

Blue Cross Medicare Advantage Value (HMO)SM ofrecido por Health Care Service Corporation, a Mutual Legal Reserve Company (HCSC)

Aviso Anual de Cambios para 2021

Usted está asegurado actualmente en Blue Cross Medicare Advantage Value (HMO)SM. El próximo año, habrá algunos cambios en los costos y beneficios de la cobertura. *Este folleto le informa sobre los cambios.*

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

Qué hacer ahora

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

- Consulte los cambios en nuestros beneficios y costos para ver si le afectan.
 - Es importante revisar su cobertura ahora para asegurarse de que satisfaga sus necesidades el próximo año.
 - ¿Los cambios afectan los servicios que usted utiliza?
 - Consulte en las secciones 1.1 y 1.5 para obtener información sobre los cambios en los beneficios y costos de nuestra cobertura
- Consulte los cambios en el folleto de nuestra cobertura de medicamentos recetados para ver si le afectan.
 - ¿Serán incluidos sus medicamentos en la cobertura?
 - ¿Están sus medicamentos en un nivel diferente, con costos compartidos diferentes?
 - ¿Alguno de sus medicamentos tiene nuevas restricciones, como necesitar nuestra aprobación antes de obtenerlo?
 - ¿Puede seguir usando las mismas farmacias? ¿Hay cambios en los costos por usar esta farmacia?
 - Revise la Lista de medicamentos de 2021 y consulte en la Sección 1.6 para obtener información sobre los cambios en nuestra cobertura de medicamentos.
 - Los costos de sus medicamentos pueden haber aumentado desde el año pasado. Hable con su médico sobre las alternativas de menor costo que puedan estar disponibles para usted; esto puede ahorrarle gastos de bolsillo anuales durante todo

el año. Para obtener información adicional sobre los precios de los medicamentos, visite go.medicare.gov/drugprices. Estos paneles de control destacan qué fabricantes han estado aumentando sus precios y también muestran otra información de 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 prestadores de servicios médicos estarán en nuestra red el próximo año.
 - ¿Están en nuestra red sus médicos, incluidos los especialistas que visita regularmente?
 - ¿Qué pasa con los hospitales u otros prestadores de servicios médicos que usa?
 - Consulte en la sección 1.3 para información sobre nuestro *Directorio de prestadores de servicios médicos*.
- Piense en sus costos generales de atención médica.
 - ¿Cuánto gastará usted de su bolsillo por los servicios y medicamentos recetados que toma regularmente?
 - ¿Cuánto gastará en su prima y deducibles?
 - ¿Cómo se comparan los costos totales de su cobertura con otras opciones de cobertura de Medicare?

Piense si está satisfecho con nuestra cobertura.

2. COMPARE: Aprenda sobre otras opciones de planes

- Verifique la cobertura y los costos de las coberturas en su área.
 - Use la función de búsqueda personalizada en el Buscador de Coberturas de Medicare en el sitio web www.medicare.gov/plan-compare.
 - Revise la lista al final de su folleto Medicare y Usted.
 - Consulte en la sección 3.2 para conocer más sobre sus elecciones.
- Una vez que limite su elección a un plan preferido, confirme sus costos y cobertura en el sitio web del plan.

3. ESCOJA: Decida si quiere cambiar su plan

- Si no se cambia a otra cobertura antes del 7 de diciembre de 2020, estará asegurado en Blue Cross Medicare Advantage Value (HMO).
- Para cambiar a **una cobertura diferente** que satisfaga mejor sus necesidades, puede cambiar de cobertura entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre.

4. SOLICITE COBERTURA: Para cambiar de coberturas, inscríbese en un plan entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de 2020

- Si no se cambia a otra cobertura antes del **7 de diciembre de 2020**, estará asegurado en Blue Cross Medicare Advantage Value (HMO).

- Si se inscribe en otra cobertura para el **7 de diciembre de 2020**, su nueva cobertura comenzará el **1 de enero de 2021**. Será dado de baja automáticamente de su cobertura actual.

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 a Servicio al Cliente 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 de servicio al cliente al 1-877-774-8592. (Usuarios de TTY deben llamar al 711.) El horario es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, 7 días a la semana. Si llama entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, informamos que se utilizarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz) los fines de semana y festivos.
- Comuníquese con Blue Cross Medicare Advantage Value (HMO) si necesita esta información en otro idioma o formato (español, braille, letra grande o formatos alternativos).
- **La cobertura de este Plan califica como Cobertura médica calificada (QHC, por sus siglas en inglés)** y satisface el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA, por sus siglas en inglés). 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 Value (HMO)

- Las coberturas HMO son proporcionadas por HCSC Insurance Services Company (HISC) y GHS Insurance Company (GHSIC). Coberturas grupales de HMO para empleadores/sindicatos proporcionados por Health Care Service Corporation, a Mutual Legal Reserve Company (HCSC). HCSC, HISC y GHSIC son licenciatarias 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 este folleto dice "nosotros", "nos" o "nuestro", significa Health Care Service Corporation, a Mutual Legal Reserve Company (HCSC). Cuando dice "cobertura" o "nuestra cobertura", significa Blue Cross Medicare Advantage Value (HMO).

Resumen de Costos Importantes para 2021

La siguiente tabla compara los costos de 2020 y los costos de 2021 para Blue Cross Medicare Advantage Value (HMO) en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los cambios.** Una copia de la *Evidencia de cobertura* se encuentra en nuestro sitio web en www.getbluetx.com/mapd. También puede llamar a Servicio al Cliente para pedirnos que le enviemos por correo una *Evidencia de cobertura*.

Gasto	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
Prima mensual del plan * * Su prima puede ser mayor o menor que esta cantidad. Consulte la sección 1.1 para más detalles.	\$0	\$0
Monto máximo de gasto bolsillo Este es el monto <u>máximo</u> que usted pagará de gasto de bolsillo por sus servicios con cobertura. (Consulte la sección 1.2 para más detalles.)	\$6,700	\$6,700
Consultas médicas presenciales	Consultas de atención básica: Copago de \$0 por consulta Consultas a especialistas: Copago de \$35 por consulta	Consultas de atención básica: Copago de \$0 por consulta Consultas a especialistas: Copago de \$35 por consulta

Gasto	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
<p>Hospitalizaciones</p> <p>Incluye hospitalización para problemas agudos, rehabilitación hospitalaria, hospitales que proporcionan atención a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados. Los servicios hospitalarios para pacientes internados comienzan el día en que usted ingresa formalmente al hospital con una orden médica. El día anterior a su alta médica es su último día como paciente hospitalizado.</p>	<p>Copago de \$275 por día para los días 1-5 y un copago de \$0 por día para los días 6-90</p> <p>Copago de \$0 por día a partir del día 91</p>	<p>Copago de \$275 por día para los días 1-5 y un copago de \$0 por día para los días 6-90</p> <p>Copago de \$0 por día a partir del día 91</p>
<p>Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D</p> <p>(Consulte la sección 1.6 para más detalles.)</p>	<p>Deducible: \$300 Copago/Coaseguro durante la etapa de cobertura inicial:</p> <p>Nivel 1 de pago por medicamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Costos compartidos estándar:</i> copago de \$5 • <i>Costos compartidos preferenciales:</i> copago de \$0 <p>Nivel 2 de pago por medicamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Costos compartidos estándar:</i> copago de \$19 • <i>Costos compartidos preferenciales:</i> copago de \$8 	<p>Deducible: \$300 Copago/Coaseguro durante la etapa de cobertura inicial:</p> <p>Nivel 1 de pago por medicamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Costos compartidos estándar:</i> copago de \$7 • <i>Costos compartidos preferenciales:</i> copago de \$0 <p>Nivel 2 de pago por medicamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Costos compartidos estándar:</i> copago de \$19 • <i>Costos compartidos preferenciales:</i> copago de \$8

Gasto	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
	<p>Nivel 3 de pago por medicamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Costos compartidos estándar:</i> copago de \$47 • <i>Costos compartidos preferenciales:</i> copago de \$39 	<p>Nivel 3 de pago por medicamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Costos compartidos estándar:</i> copago de \$47 • <i>Costos compartidos preferenciales:</i> copago de \$39
	<p>Nivel 4 de pago por medicamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Costos compartidos estándar:</i> copago de \$100 • <i>Costos compartidos preferenciales:</i> copago de \$95 	<p>Nivel 4 de pago por medicamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Costos compartidos estándar:</i> copago de \$100 • <i>Costos compartidos preferenciales:</i> copago de \$93
	<p>Nivel 5 de pago por medicamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Costos compartidos estándar:</i> 27% del costo total • <i>Costos compartidos preferenciales:</i> 27% del costo total 	<p>Nivel 5 de pago por medicamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Costos compartidos estándar:</i> 27% del costo total • <i>Costos compartidos preferenciales:</i> 27% del costo total

Aviso Anual de cambios para 2021
Tabla de contenido

Aviso Anual de Cambios para 2021	1
SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año	5
Sección 1.1 - Cambios en la Prima Mensual	5
Sección 1.2 - Cambios en su monto máximo de gastos de bolsillo	5
Sección 1.3 - Cambios en la red de prestadores de servicios médicos	6
Sección 1.4 - Cambios en la red de farmacias	6
Sección 1.5 - Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos	7
Sección 1.6 - Cambios en la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D.....	10
SECCIÓN 2 Cambios Administrativos	15
SECCIÓN 3 Decidir qué cobertura elegir	15
Sección 3.1 - Si desea permanecer en Blue Cross Medicare Advantage Value (HMO)	15
Sección 3.2 - Si desea cambiar de cobertura.....	16
SECCIÓN 4 Fecha límite para cambiar de cobertura	16
SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare	17
SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados	17
SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas?	18
Sección 7.1 - Obtención de ayuda de Blue Cross Medicare Advantage Value (HMO)	18
Sección 7.2 - Obtención de ayuda de Medicare.....	19

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

Sección 1.1 - Cambios en la Prima Mensual

Gasto	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
Prima mensual (También debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare).	\$0	\$0

- Su prima mensual del plan será *más* si debe pagar una multa por inscripción tardía de 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 conocida como "cobertura acreditable") durante 63 días o más.
- Si tiene un ingreso más alto, es posible que deba pagar un monto adicional cada mes directamente al gobierno por su cobertura de medicamentos recetados de Medicare.
- Su prima mensual será *menor* si recibe "Beneficio Adicional" con los costos de sus medicamentos recetados. Por favor consulte la sección 6 con respecto al "Beneficio Adicional" de Medicare.

Sección 1.2 - Cambios en su monto máximo de gastos de bolsillo

Para protegerlo, Medicare exige que todas las coberturas de salud limiten la cantidad que usted paga "de gasto de bolsillo" durante el año. Este límite se denomina "gasto máximo de bolsillo". Una vez que usted alcanza esta cantidad, generalmente ya no pagará nada más por los servicios con cobertura por el resto del año.

Gasto	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
Gasto máximo bolsillo Sus costos por servicios médicos con cobertura (como copagos) cuentan para su monto máximo de gasto de bolsillo. Sus costos de los medicamentos recetados no cuentan para su gasto máximo de bolsillo.	\$6,700	\$6,700 Una vez que haya pagado \$6,700 de su bolsillo por los servicios con cobertura, no pagará nada por los servicios con cobertura durante el resto del año calendario.

Sección 1.3 - Cambios en la red de prestadores de servicios médicos

Hay cambios en nuestra red de prestadores de servicios médicos para el próximo año. Un *Directorio de prestadores* de servicios médicos actualizado se encuentra disponible en nuestro sitio web en www.getbluetx.com/mapd. También puede llamar a Servicio al Cliente para obtener información actualizada sobre prestadores de servicios médicos o para pedirnos que le enviemos por correo un *Directorio de prestadores* de servicios médicos. **Por favor revise el *Directorio de prestadores de servicios médicos 2021* para ver si sus prestadores de servicios médicos (prestador principal de servicios médicos, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red.**

Es importante que sepa que podemos hacer cambios durante el año en los hospitales, médicos y especialistas (prestadores de servicios médicos) que forman parte de su cobertura. Existen varias razones por las cuales su prestador de servicios médicos podría abandonar su cobertura, pero si su médico o especialista abandona su cobertura, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Aunque nuestra red de prestadores de servicios médicos puede cambiar durante el año, debemos proporcionarle a usted acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Haremos un esfuerzo de buena fe para notificarle con al menos 30 días de anticipación que su prestador de servicios médicos dejará nuestra cobertura para que tenga tiempo de seleccionar un nuevo prestador de servicios médicos.
- Le ayudaremos a seleccionar un nuevo prestador de servicios médicos calificado para que continúe ayudándole en sus necesidades de atención médica.
- Si está recibiendo tratamiento médico, tiene derecho a solicitarlo, y trabajaremos con usted para garantizar que no se interrumpa el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo.
- Si considera que no le hemos asignado un prestador de servicios médicos calificado para reemplazar a su antiguo prestador de servicios médicos o que su servicio de atención no está siendo administrado correctamente, tiene derecho de apelar nuestra decisión.
- Si descubre que su médico o especialista abandonará su cobertura, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo prestador de servicios médicos para administrar su atención.

Sección 1.4 - Cambios en la red de farmacias

Los precios que usted pague por sus medicamentos recetados dependen de la farmacia que utilice. Las coberturas de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus recetas tienen cobertura *solo* si se surten en una de las farmacias de nuestra red. Nuestra red incluye farmacias con costos compartidos preferenciales, que pueden ofrecerle costos compartidos más bajos que los costos compartidos estándar ofrecidos por otras farmacias de la red para algunos medicamentos.

Habr  cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. Un *Directorio de farmacias* actualizado se encuentra en nuestro sitio web en www.getbluetx.com/mapd/pharmacies. También puede llamar a Servicio al cliente para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitarnos que le enviemos un *Directorio de farmacias*. **Revise el *Directorio de farmacias de 2021* para ver qué farmacias est n en nuestra red.**

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

Estamos cambiando nuestra cobertura para ciertos servicios médicos del próximo año. La siguiente información describe estos cambios. Para obtener detalles sobre la cobertura y los costos de estos servicios, consulte el Capítulo 4, *Cuadro de beneficios médicos (qué tiene cobertura y qué paga usted)*, en su *Evidencia de cobertura 2021*.

Gasto	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
Servicios y suministros para diabéticos	<p><u>De la red</u> Usted paga Costos compartidos del 0% limitado a suministros de prueba para diabéticos (medidores, tiras y lancetas) obtenidos en la farmacia para un producto de la marca LifeScan (OneTouch Verio Flex, OneTouch Verio, OneTouch Ultra Mini y OneTouch Ultra 2).</p> <p>Costos compartidos del 20% para suministros de prueba para diabéticos no preferidos incluidos en la cobertura (medidores, tiras y lancetas).</p> <p>Costo compartido del 20% para todos los demás suministros para diabéticos en esta categoría. Todas las tiras reactivas también estarán sujetas a un límite de cantidad de 204 por cada 30 días. Los productos de monitoreo continuo de glucosa (CGM) obtenidos a través de la farmacia estarán sujetos a autorización previa.</p>	<p><u>De la red</u> Usted paga Costos compartidos del 0% limitado a suministros de prueba para diabéticos (medidores, tiras y lancetas) obtenidos en la farmacia para un producto de la marca LifeScan (OneTouch Verio Flex, OneTouch Verio Reflect, OneTouch Verio, OneTouch Ultra Mini y OneTouch Ultra 2).</p> <p>20% de costo compartido para todos los demás suministros para diabéticos, incluidas las excepciones aprobadas. Todas las tiras reactivas también estarán sujetas a un límite de cantidad de 204 por cada 30 días. Los productos de monitoreo continuo de glucosa (CGM) obtenidos a través de la farmacia estarán sujetos a autorización previa.</p>

Gasto	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
Aparatos auditivos (sin cobertura de Medicare)	<p><u>De y fuera de la red</u> La cobertura incluye un límite máximo de cobertura de \$1,500 para aparatos auditivos (ambos oídos combinados) comprados dentro o fuera de la red cada tres años.</p>	<p><u>De la red</u> Usted paga un \$699 por cada dispositivo especializado y \$999 por cada uno de calidad superior por un máximo de 1 por oído cada año.</p>
Exámenes auditivos (No cubierto por Medicare)	<p><u>De la red</u> Usted paga un copago de \$0 por 1 examen de audición de rutina cada tres años. Usted paga un copago de \$0 por 1 visita para adaptación y evaluación de audífonos cada 3 años.</p>	<p><u>De la red</u> Usted paga un copago de \$0 por 1 examen auditivo de rutina cada año. Usted paga un copago de \$0 por 3 visitas para adaptación y evaluación de audífonos cada año.</p>
Terapia de infusión en el hogar	<p>La terapia de infusión en el hogar <u>no</u> está incluida en la cobertura.</p>	<p><u>De la red</u> Usted paga un copago de \$0 por la terapia de infusión en el hogar.</p>
Servicios del programa de tratamiento con opioides	<p><u>Dentro de la red</u> Usted paga un copago de \$75 por cada servicio de tratamiento con opioides con cobertura de Medicare.</p>	<p><u>Dentro de la red</u> Usted paga un copago de \$0 por cada servicio de tratamiento con opioides con cobertura de Medicare.</p>
Servicios de sangre para pacientes ambulatorios	<p><u>De la red</u> La cobertura de sangre completa y glóbulos rojos empaquetados comienza solo a partir de la cuarta pinta de sangre que usted necesite: usted debe pagar los costos de las primeras 3 pintas de sangre que recibe en un año calendario o que usted o alguien más done la sangre. Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos comenzando con la primera pinta utilizada.</p>	<p><u>De la red</u> La cobertura de sangre entera y concentrado de eritrocitos (así como otros componentes de la sangre) comienza con la primera pinta de sangre que usted necesita.</p>

Gasto	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
Cirugía en el hospital para pacientes ambulatorios	<u>De la red</u> Usted paga un copago de \$250 por servicios quirúrgicos en el hospital para pacientes ambulatorios con cobertura de Medicare.	<u>De la red</u> Usted paga un copago de \$275 por servicios quirúrgicos en el hospital para pacientes ambulatorios con cobertura de Medicare.
Atención en un centro de enfermería especializada (SNF, en inglés)	<u>De la red</u> Usted paga un copago de \$0 por día para los días 1-20 y un copago de \$178 por día para los días 21-100 por cada estadía SNF con cobertura de Medicare.	<u>De la red</u> Usted paga un copago de \$0 por día para los días 1-20 y un copago de \$184 por día para los días 21-100 por cada estadía SNF con cobertura de Medicare.
Servicios de telesalud	Los servicios de telesalud adicionales <u>no</u> están incluidos en la cobertura.	<u>De la red</u> Usted paga un copago de \$0 por visitas de atención médica inmediata a través de MDLive.
Cuidado de la visión (Anteojos con cobertura de Medicare)	<u>De la red</u> Usted paga un copago de \$35 por 1 par de anteojos (lentes y marcos) o lentes de contacto con cobertura de Medicare después de una cirugía de cataratas.	<u>De la red</u> Usted paga un copago de \$0 por 1 par de anteojos (lentes y marcos) o lentes de contacto con cobertura de Medicare después de una cirugía de cataratas.

Gasto	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
Cuidado de la visión (sin cobertura de Medicare - Anteojos)	<p><u>De y fuera de la red</u> Usted paga un copago de \$0.</p> <p>Esto incluye lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 par de lentes de contacto cada dos años • 1 par de monturas para anteojos cada dos años. • 1 par de lentes para anteojos cada 2 años (Solo lentes monofocales, bifocales alineados, trifocales o lenticulares). <p>La cobertura incluye un monto máximo de \$150 dentro y fuera de la red para anteojos de rutina cada 2 años (incluyendo marcos para anteojos, lentes y lentes de contacto).</p>	<p><u>De red</u> Usted paga un copago de \$0 por lentes de contacto, marcos para anteojos y lentes para anteojos.</p> <p>Esto incluye lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cantidad ilimitada de lentes de contacto. • 1 par de marcos para anteojos cada año. • 1 par de lentes para gafas cada año (Solo lentes estándar. Lentes progresivos excluidos). <p>Monto máximo de cobertura del plan de \$100 dentro de la red para anteojos de rutina cada año (incluidos marcos de anteojos, lentes y lentes de contacto).</p>

Sección 1.6 - Cambios en la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D

Cambios en nuestra lista de medicamentos

Nuestra lista de medicamentos incluidos se llama Formulario o "Lista de medicamentos". Una copia de nuestra Lista de medicamentos es proporcionada electrónicamente.

Hicimos cambios en nuestra Lista de medicamentos, incluidos los cambios en los medicamentos con cobertura y los cambios en las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos. **Revise la Lista de medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estén incluidos en la cobertura el próximo año y para ver si habrá alguna restricción.**

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

- **Trabajar con su médico (u otra persona que recete) y solicite a la cobertura que haga una excepción para cubrir el medicamento. Alentamos a los asegurados actuales a solicitar una excepción antes del próximo año.**

- Para saber qué debe hacer para solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 de su *Evidencia de cobertura (Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas))* o llame al Servicio al Cliente.
- **Trabajar con su médico (u otra persona que recete) para encontrar un medicamento diferente** que incluimos en la cobertura. Puede llamar a Servicio al Cliente para solicitar una lista de medicamentos incluidos en la cobertura que tratan la misma afección médica.

En algunas situaciones, estamos obligados a cubrir un suministro temporal de un medicamento no incluido en el formulario en los primeros 90 días del año de la cobertura o los primeros 90 días de estar asegurado para evitar un lapso sin cobertura en la terapia. (Para obtener más información sobre cuándo puede obtener un suministro temporal y cómo solicitar uno, consulte el Capítulo 5, Sección 5.2 de la *Evidencia de cobertura*). Durante el tiempo en que reciba un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su médico para decidir qué hacer cuando se agote su suministro temporal. Puede cambiar a un medicamento diferente incluido en la cobertura o pedirle a la cobertura que haga una excepción para usted y cubra su medicamento actual.

Es posible que las excepciones al formulario actual aún estén incluidas en la cobertura, según cada circunstancia. Puede llamar a Servicio al Cliente 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.

Esto significa que, por ejemplo, si está tomando un medicamento de marca que está siendo reemplazado o trasladado a un nivel de costos compartidos más alto, ya no siempre recibirá un aviso del cambio 30 días antes de que lo hagamos o que pueda obtener un suministro mensual de su medicamento de marca en una farmacia de la red. Si está tomando el medicamento de marca, seguirá recibiendo información sobre el cambio específico que realizamos, pero puede llegar después de que se realice el cambio.

Cuando realizamos estos cambios en la Lista de medicamentos durante el año, aún puede trabajar con su médico (u otro recetador) y solicitarnos que hagamos una excepción para cubrir el medicamento. También continuaremos actualizando nuestra Lista de medicamentos en línea según lo programado y brindaremos otra información requerida para reflejar los cambios en los medicamentos. (Para obtener más información sobre los cambios que podemos realizar 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 está en un programa que ayuda a pagar sus medicamentos ("Beneficio Adicional"), **La información sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D mayo posiblemente no se aplica a usted.** Hemos incluido un documento por separado, llamado

“Cláusula de evidencia de cobertura para personas que reciben ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados” (también llamada “Cláusula adicional de subsidio por bajos ingresos” o “Cláusula adicional LIS”), que le informa sobre los costos de sus medicamentos. Si recibe "Beneficio Adicional " y no recibió este inserto con este paquete, llame al Servicio de atención al cliente y solicite el "Anexo LIS".

Hay cuatro "etapas de cobertura para medicamentos". La cantidad que paga por un medicamento de la Parte D depende de la etapa de cobertura del medicamento en la que se encuentre. (Puede consultar el Capítulo 6, Sección 2 de su *Evidencia de cobertura* para obtener más información sobre las etapas).

La siguiente información muestra los cambios para el próximo año en las dos primeras etapas: la etapa de deducible anual y la etapa de cobertura inicial. (La mayoría de los asegurados no alcanzan las otras dos etapas: la Etapa de lapso sin cobertura o la Etapa de cobertura catastrófica. Para obtener información sobre sus costos en estas etapas, consulte el capítulo 6, secciones 6 y 7, en la *Evidencia de cobertura*, que se encuentra en nuestro sitio web en www.getbluetx.com/mapd. También puede llamar a Servicio al Cliente para pedirnos que le enviemos una *Evidencia de cobertura*).

Cambios a la Etapa del Deducible

Etapa	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
<p>Etapa 1: Etapa de deducible anual</p> <p>Durante esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos Nivel 4 de medicamentos no preferidos y Nivel 5 de especialidad hasta que haya alcanzado el deducible anual.</p>	<p>El deducible es \$300.</p> <p>Durante esta etapa, usted paga \$0-\$47 de costos compartidos de medicamentos en Nivel 1 de genérico preferido, Nivel 2 de genérico y Nivel 3 de marca preferida y el costo total de los medicamentos en Nivel 4 de marca no preferida y Nivel 5 de especializados hasta que haya alcanzado el deducible anual.</p>	<p>El deducible es \$300.</p> <p>Durante esta etapa, usted paga \$0-\$47 de costos compartidos de medicamentos en Nivel 1 de genérico preferido, Nivel 2 de genérico y Nivel 3 de marca preferida y el costo total de los medicamentos en Nivel 4 de medicamentos no preferidos y Nivel 5 de especializados hasta que haya alcanzado el deducible anual.</p>

Cambios en sus costos compartidos en la etapa de cobertura inicial

Para saber cómo funcionan los copagos y el coaseguro, consulte el Capítulo 6, Sección 1.2, *Tipos de gastos de bolsillo que puede pagar por medicamentos cubiertos en su Evidencia de cobertura.*

	2020 (este año)	2021 (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, la cobertura paga su parte del gasto de sus medicamentos y usted paga su parte del gasto.</p> <p>Los costos en esta fila son por el suministro de un mes (30 días) cuando surte su receta en una farmacia de la red.</p> <p>Para información sobre los costos para un suministro a largo plazo o para recetas de pedidos por correo, mire en el Capítulo 6, Sección 5 de su <i>Evidencia de cobertura.</i></p> <p>Cambiamos el nivel de algunos de los medicamentos en nuestra Lista de medicamentos. Para ver si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búselos en la Lista de medicamentos.</p>	<p>Su gasto por un suministro de un mes en una farmacia de la red:</p> <p>Nivel 1 - Genérico preferencial: <i>Costos compartidos estándar:</i> Usted paga copago de \$5 por receta. <i>Costos compartidos preferenciales:</i> Usted paga copago de \$0 por receta.</p> <p>Nivel 2 - Genérico: <i>Costos compartidos estándar:</i> Usted paga copago de \$19 por receta. <i>Costos compartidos preferenciales:</i> Usted paga copago de \$8 por receta.</p> <p>Nivel 3 - Marca preferencial: <i>Costos compartidos estándar:</i> Usted paga copago de \$47 por receta. <i>Costos compartidos preferenciales:</i> Usted paga copago de \$39 por receta.</p>	<p>Su gasto por un suministro de un mes en una farmacia de la red:</p> <p>Nivel 1 - Genérico preferencial: <i>Costos compartidos estándar:</i> Usted paga copago de \$7 por receta. <i>Costos compartidos preferenciales:</i> Usted paga copago de \$0 por receta.</p> <p>Nivel 2 - Genérico: <i>Costos compartidos estándar:</i> Usted paga copago de \$19 por receta. <i>Costos compartidos preferenciales:</i> Usted paga copago de \$8 por receta.</p> <p>Nivel 3 - Marca preferencial: <i>Costos compartidos estándar:</i> Usted paga copago de \$47 por receta. <i>Costos compartidos preferenciales:</i> Usted paga copago de \$39 por receta.</p>

<p>Nivel 4 - Marca no preferencial: <i>Costos compartidos estándar:</i> Usted paga copago de \$100 por receta. <i>Costos compartidos preferenciales:</i> Usted paga copago de \$95 por receta.</p>	<p>Nivel 4 - Medicamento no preferido: <i>Costos compartidos estándar:</i> Usted paga copago de \$100 por receta. <i>Costos compartidos preferenciales:</i> Usted paga copago de \$93 por receta.</p>
<p>Nivel 5 - Especialidad: <i>Costos compartidos estándar:</i> Usted paga 27% del costo total. <i>Costos compartidos preferenciales:</i> Usted paga 27% del costo total.</p>	<p>Nivel 5 - Especialidad: <i>Costos compartidos estándar:</i> Usted paga 27% del costo total. <i>Costos compartidos preferenciales:</i> Usted paga 27% del costo total.</p>
<p>Una vez que sus costos totales de medicamentos han alcanzado \$4,020, pasará a la siguiente etapa (la Etapa de lapso sin cobertura).</p>	<p>Una vez que sus costos totales de medicamentos han alcanzado \$4,130, pasará a la siguiente etapa (la Etapa de lapso sin cobertura).</p>

Cambios en el lapso sin cobertura y las etapas de cobertura catastrófica

Las otras dos etapas de cobertura de medicamentos, la Etapa de lapso sin cobertura y la Etapa de cobertura catastrófica, son para personas con altos costos de medicamentos. **La mayoría de los miembros no alcanzan la Etapa de lapso sin cobertura o la Etapa de cobertura catastrófica.** Para obtener información sobre sus costos en estas etapas, consulte el Capítulo 6, Secciones 6 y 7, en su *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 2 Cambios Administrativos

Descripción	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
Suministros para pruebas de diabetes	<p>Los suministros de prueba para diabéticos se limitan a estos productos de la marca LifeScan:</p> <p>OneTouch Verio Flex, OneTouch Verio, OneTouch Ultra Mini y OneTouch Ultra 2.</p>	<p>Tiene un producto adicional ofrecido a través de LifeScan para suministros de pruebas para diabéticos:</p> <p>OneTouch Verio Flex, OneTouch Verio Reflect, OneTouch Verio, OneTouch Ultra Mini y OneTouch Ultra 2.</p>
Suministro a largo plazo de un medicamento recetado cubierto por la Parte D (Nivel 1: Genérico preferencial)	<p>Para los medicamentos del Nivel 1, puede obtener un suministro a largo plazo (también llamado "suministro extendido") cuando surte su receta. Un suministro a largo plazo es un suministro de hasta 90 días.</p>	<p>Para los medicamentos del Nivel 1, puede obtener un suministro a largo plazo (también llamado "suministro extendido") cuando surte su receta. Un suministro a largo plazo es un suministro de hasta 100 días.</p>
Área de servicio	<p>El área de servicio de este plan incluye estos condados: Travis.</p>	<p>El área de servicio de este plan incluye estos condados: Bastrop, Burnet, Caldwell, Hays, Lee, Travis and Williamson.</p>

SECCIÓN 3 Decidir qué cobertura elegir

Sección 3.1 - Si desea permanecer en Blue Cross Medicare Advantage Value (HMO)

Para permanecer en nuestro plan usted no necesita hacer nada. Si no se asegura en una cobertura diferente o se cambia a Medicare Original antes del 7 de diciembre, estará asegurado automáticamente en nuestra Blue Cross Medicare Advantage Value (HMO).

Sección 3.2 - Si desea cambiar de cobertura

Esperamos mantenerlo como asegurado el próximo año, pero si desea cambiar para 2021, siga estos pasos:

Paso 1: Conozca y compare sus opciones

- Puede inscribirse a tiempo en una cobertura de salud de Medicare diferente,
- *O bien*, puede cambiar a Medicare Original. Si se cambia a Medicare Original, deberá decidir si se inscribe en una cobertura de medicamentos de Medicare. Si no se asegura en una cobertura de medicamentos de Medicare, consulte la Sección 1.1 con respecto a una posible multa por solicitud tardía de cobertura de la Parte D.

Para obtener más información sobre Medicare Original y los diferentes tipos de coberturas de Medicare, lea *Medicare y usted 2021*, llame a su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (consulte la Sección 5), o llame a Medicare (consulte la Sección 7.2).

Usted también puede encontrar información sobre las coberturas en su área utilizando el Buscador de coberturas de Medicare en el sitio web de Medicare. Visite www.medicare.gov/plan-compare. **Aquí podrá encontrar información sobre costos, coberturas y calificaciones de calidad para las coberturas de Medicare.**

Paso 2: Cambie su cobertura

- Para **cambiar a un plan de salud diferente de Medicare**, inscribese en la nueva cobertura. Se le dará de baja automáticamente de Blue Cross Medicare Advantage Value (HMO).
- Para **cambiarse a Original Medicare con una cobertura de medicamentos recetados**, inscribese en la nueva cobertura de medicamentos. Se le dará de baja automáticamente de Blue Cross Medicare Advantage Value (HMO).
- Para **cambiarse a Original Medicare sin una cobertura de medicamentos recetados**, usted debe:
 - Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar su cobertura. Comuníquese con Servicio al Cliente si necesita más información sobre cómo hacerlo (los números de teléfono se encuentran en la Sección 7.1 de este folleto).
 - *O bien*, comuníquese con **Medicare**, llamando 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 cobertura. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 4 Fecha límite para cambiar de cobertura

Si desea cambiar a un plan diferente o a Medicare Original para el próximo año, puede hacerlo desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre**. El cambio entrará en vigencia el 1 de enero de 2021.

¿Hay otros momentos del año en que pueda hacer el cambio?

En ciertas situaciones, los cambios también están permitidos en otros momentos del año. Por ejemplo, personas con Medicaid, aquellos que reciben "Beneficio Adicional" para pagar sus medicamentos, aquellos que tienen o están dejando la cobertura del empleador, y aquellos que se mudan fuera del área de servicio se les puede permitir hacer un cambio en otros momentos del año. Para más información, consulte el Capítulo 10, Sección 2.3 de la *Evidencia de cobertura*.

Si está asegurado en una cobertura Medicare Advantage para el 1 de enero de 2021 y no le gusta su elección de cobertura, puede cambiar a otra cobertura de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) o cambiar a Medicare Original (con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2021. 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 Seguros Médicos (SHIP, por sus siglas en inglés) es un programa gubernamental con asesores capacitados en todos los estados. En Texas, el SHIP se llama Programa de información, asesoramiento y defensa de la salud (HICAP).

HICAP es independiente (no está relacionado con ninguna compañía de seguros o cobertura de salud). Es un programa estatal que obtiene dinero del gobierno federal para brindar asesoramiento **gratuito** a nivel local sobre seguros de salud a personas con Medicare. Los asesores del HICAP pueden ayudarlo con sus preguntas o problemas de Medicare. Pueden ayudarlo a comprender sus opciones de coberturas de Medicare y responder preguntas sobre el cambio de cobertura. Puede llamar al HICAP al 1-800-252-9240. Puede obtener más información sobre HICAP visitando su sitio web (<http://www.tdi.texas.gov/consumer/hicap/>).

SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados

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

- **"Beneficio adicional" de Medicare.** Las personas con ingresos limitados pueden calificar para recibir "Beneficio Adicional" para pagar los costos de sus medicamentos recetados. Si reúne los requisitos, Medicare podría pagar hasta el 75% o más de los costos de sus medicamentos, incluidas las primas mensuales de medicamentos recetados, los deducibles anuales y el coaseguro. Además, aquellos que califican no tendrán un lapso sin cobertura o una multa por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles y ni siquiera lo saben. Para ver si califica, llame a:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana;
 - La Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 7:00 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes); o
 - La oficina de Medicaid de su estado (solicitudes).
- **Ayuda del programa de asistencia farmacéutica de su estado.** Texas tiene un programa llamado Programa de atención de la salud renal (KHC): Programas de asistencia farmacéutica del estado de Texas (solo asistencia ESRD) y Programa de medicamentos para el VIH de Texas (THMP) Programa estatal de asistencia farmacéutica (SPAP) que ayuda a las personas a pagar los medicamentos recetados según su necesidad económica, edad o condición médica. Para obtener más información sobre el programa, consulte con su Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (el nombre y los números de teléfono de esta organización se encuentran en la Sección 5 de este folleto).
 - **Asistencia de costos compartidos de recetas para personas con VIH/SIDA.** El Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles para ADAP que viven con VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos contra el VIH que salvan vidas. Las personas deben cumplir con ciertos criterios, que incluyen prueba de residencia estatal y estado de VIH, bajos ingresos según lo definido por el estado y el estado de la persona sin seguro/con seguro insuficiente. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también están incluidos en la cobertura de ADAP califican para la asistencia de costos compartidos de medicamentos recetados a través de Texas HIV Medication Program, PO Box 149347, MC1873, Austin, Texas 78714; www.dshs.state.tx.us/hivstd/meds. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos incluidos en la cobertura o cómo inscribirse en el programa, llame al 1-800-255-1090.

SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas?

Sección 7.1 - Obtención de ayuda de Blue Cross Medicare Advantage Value (HMO)

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudarle. Llame a Servicio al Cliente al 1-877-774-8592. (Solo para TTY, llame al 711). Estamos disponibles para llamadas telefónicas los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local. Si llama entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, informamos que se utilizarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz) los fines de semana y días feriados. Las llamadas a estos números son gratuitas.

Lea su *Evidencia de cobertura* 2021 (tiene detalles sobre los beneficios y costos del próximo año)

Esta *Aviso Anual de cambios* le brinda un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2021. Para obtener más información, consulte en la *Evidencia de cobertura* 2021 para Blue Cross Medicare Advantage Value (HMO). La *Evidencia de cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su cobertura. Explica sus derechos y las reglas que debe seguir para obtener servicios incluidos en la cobertura y medicamentos recetados. Una copia de la *Evidencia de cobertura* se encuentra en nuestro sitio web en www.getbluetx.com/mapd. También puede llamar a Servicio al Cliente para pedirnos que le enviemos por correo una *Evidencia de cobertura*.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web en www.getbluetx.com/mapd. Como recordatorio, nuestro sitio web tiene la información más actualizada sobre nuestra red de prestadores de servicios médicos (*Directorio de prestadores de servicios médicos*) y nuestra lista de medicamentos incluidos en la cobertura (Formulario/Lista de medicamentos).

Sección 7.2 - Obtención de ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare:

Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)

Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Visite el sitio web de Medicare

Puede visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov). Contiene información sobre costos, cobertura y calificaciones de calidad para ayudarlo a comparar las coberturas de salud de Medicare. Usted puede encontrar información sobre las coberturas disponibles en su área utilizando el Buscador de coberturas de Medicare en el sitio web de Medicare. (Para ver la información sobre las coberturas, visite www.medicare.gov/plan-compare).

Lea *Medicare y Usted* 2021

Usted puede leer el Manual *Medicare y usted* 2021. Este manual se envía por correo a las personas con Medicare todos los años en otoño. Contiene un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare, y respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Si no tiene una copia de este folleto, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (www.medicare.gov) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Los prestadores de servicios médicos fuera de la red o no contratados no tienen la obligación de tratar a los asegurados de Blue Cross Medicare Advantage Value (HMO), excepto en situaciones de emergencia. Llame a nuestro número de servicio al cliente o consulte su Evidencia de cobertura para obtener más información, incluido el gasto compartido que se aplica a los servicios fuera de la red.