

Blue Cross Medicare Advantage Dual Care Plus (HMO SNP)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 Dual Care Plus (HMO SNP)SM. El próximo año, habrá algunos cambios en los costos y beneficios de la cobertura. *Este folleto le informa sobre los cambios.*

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 gastos compartidos diferentes?
 - ¿Alguno de sus medicamentos tiene nuevas restricciones, como necesitar nuestra aprobación antes de surtir su receta?
 - ¿Puede seguir usando las mismas farmacias? ¿Hay cambios en los costos por usar esta farmacia?
 - Revise la Lista de medicamentos de 2021 y consulte 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 pueden estar disponibles para usted; esto puede ahorrarle gastos anuales de bolsillo 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 cobertura determinarán exactamente cuánto pueden cambiar sus propios costos en medicamentos.

- Verifique si sus médicos y otros profesionales de la salud estarán en nuestra red el próximo año.
 - ¿Sus médicos, incluidos los especialistas que visita habitualmente, están en nuestra red?
 - ¿Y los hospitales u otros prestadores de servicios médicos que usa?
 - Consulte la Sección 1.3 para obtener información sobre nuestro Directorio de prestadores de servicios médicos.
- Piense en sus costos globales de atención médica.
 - ¿Cuánto será su gasto de bolsillo por los servicios y medicamentos recetados que usa habitualmente?
 - ¿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:** Conozca otras opciones de cobertura

- 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. Haga clic en "Buscar planes de salud y medicamentos".
 - Revise la lista al final de su folleto Medicare y Usted.
 - Consulte la Sección 3.2 para conocer más sobre sus opciones.
- Una vez que haya limitado su elección a una cobertura preferida, confirme sus costos y cobertura en el sitio web de la cobertura.

3. **ESCOJA:** Decida si quiere cambiar su cobertura

- Si no se une a otro plan antes del 7 de diciembre de 2020, estará asegurado en Blue Cross Medicare Advantage Dual Care Plus (HMO SNP).
- Si se desea **cambiar a una cobertura diferente** que pueda satisfacer mejor sus necesidades, puede hacerlo entre el **15 de octubre y el 7 de diciembre**. Consulte la sección 3.2 en la página 18 para conocer más acerca de sus opciones.

4. **SOLICITE COBERTURA:** Para cambiar de coberturas, únase a una cobertura entre el **15 de octubre** y el **7 de diciembre de 2020**

- Si no se une a otro plan antes del **7 de diciembre de 2020**, estará asegurado en Blue Cross Medicare Advantage Dual Care Plus (HMO SNP).

- Si se une a otro plan entre el **15 de octubre** y 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 inglés.
- ATTENTION: If you speak Spanish, language assistance services, free of charge, are available to you. Call Customer Service at 1-877-895-6437 (TTY only, call 711) for more information.
- ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia de lingüística. Llame a Servicio al Cliente al 1-877-895-6437 (TTY: 711) para recibir más información.
- Please contact our Customer Service number at 1-877-895-6437 for additional information. (TTY users should call 711). Hours are 8:00 a.m. – 8:00 p.m., local time, 7 days a week. If you are calling from April 1 through September 30, alternate technologies (for example, voicemail) will be used on weekends and holidays.
- Para obtener más información comuníquese con nuestro número de servicio al cliente al 1-877-895-6437. (Usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora de local, 7 días a la semana. Si usted está llamando 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 Dual Care Plus (HMO SNP) 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 más información.

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

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

Blue Cross and Blue Shield of Texas, una división de Health Care Service Corporation, a Mutual Legal Reserve Company (HCSC), una licenciataria independiente de la Blue Cross and Blue Shield Association.

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 Dual Care Plus (HMO SNP).

Resumen de Costos Importantes para 2021

La siguiente tabla compara los costos de 2020 y los costos de 2021 para Blue Cross Medicare Advantage Dual Care Plus (HMO SNP) 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/dsnp. También puede llamar a Servicio al Cliente para pedirnos que le enviemos por correo una *Evidencia de cobertura*. Si usted es elegible para la asistencia de gastos compartidos de Medicare bajo Medicaid, usted paga \$0 por su deducible, consultas médicas presenciales y estadías en el hospital como paciente internado.

Costo	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
Prima mensual de la cobertura* *Su prima puede ser mayor o menor que esta cantidad. Consulte la sección 1.1 para obtener más detalles.	\$20.80	\$23.30
Deducible	\$0 o \$198 (dependiendo de sus ingresos y estado institucional)	\$0 o \$198 (dependiendo de sus ingresos y estado institucional) Estos son los montos de los gastos compartidos para 2020 y pueden cambiar para 2021. Blue Cross Medicare Advantage Dual Care Plus (HMO SNP) proporcionará tarifas actualizadas tan pronto como se publiquen.
Consultas médicas presenciales	Consultas de atención básica: 0% o 20% del costo total por consulta Consultas a especialistas: 0% o 20% del costo total por consulta	Consultas de atención básica: 0% o 20% del costo total por consulta Consultas a especialistas: 0% o 20% del costo total por consulta

Costo	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
<p>Hospitalizaciones Incluye hospitalización para problemas agudos, rehabilitación, hospitales para atención a largo plazo y otros tipos de servicios para pacientes internados. Los servicios hospitalarios para pacientes internados comienzan el día en que usted ingresa formalmente en el hospital con una orden médica. El día anterior a su alta médica es su último día como paciente hospitalizado.</p>	<p>Deducible de \$0 o de \$1,408 por cada período de beneficios; copago de \$0 diarios para los días 1 a 60; copago de \$0 o de \$352 diarios para los días 61 a 90</p>	<p>Deducible de \$0 o de \$1,408 por cada período de beneficios; copago de \$0 diarios para los días 1 a 60; copago de \$0 o de \$352 diarios para los días 61 a 90</p> <p>Estos son los montos de los gastos compartidos para 2020 y pueden cambiar para 2021. Blue Cross Medicare Advantage Dual Care Plus (HMO SNP) proporcionará tarifas actualizadas tan pronto como se publiquen.</p>

Costo	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
<p>Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D (Consulte la sección 1.6 para obtener más detalles)</p>	<p>Deducible: \$0 hasta \$435 (dependiendo de sus ingresos y estado institucional)</p> <p>Copago durante la etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel 1 de pago por medicamento: Medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos): Copago de \$0, o de \$1.30, o de \$3.60 o, del 15% del costo total. <p>Todos los demás medicamentos: Copago de \$0, o de \$3.90, o de \$8.95 o, del 15% del costo total.</p>	<p>Deducible: \$0 hasta \$445 (dependiendo de sus ingresos y estado institucional)</p> <p>Copago durante la etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel 1 de pago por medicamento: Medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos): Copago de \$0, o de \$1.30, o de \$3.70 o, del 15% del costo total. <p>Todos los demás medicamentos: Copago de \$0, o de \$4.00, o de \$9.20 o del 15% del costo total.</p>
<p>Monto máximo de gasto de bolsillo Este es el <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo para sus servicios cubiertos. (Consulte la sección 1.2 para obtener más detalles).</p>	<p>\$6,700</p> <p>Si usted es elegible para la asistencia de gastos compartidos de Medicare bajo Medicaid, usted no es responsable de pagar ningún gasto de bolsillo para su gasto máximo de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p>	<p>\$7,550</p> <p>Si usted es elegible para la asistencia de gastos compartidos de Medicare bajo Medicaid, usted no es responsable de pagar ningún gasto de bolsillo para su gasto máximo de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p>

Aviso Anual de cambios para 2021

Tabla de Contenido

Resumen de Costos Importantes para 2021	1
SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año	5
Sección 1.1- Cambios a 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	7
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.....	14
SECCIÓN 2 Cambios Administrativos	18
SECCIÓN 3 Decidir qué cobertura elegir	18
Sección 3.1 – Si desea permanecer en Blue Cross Medicare Advantage Dual Care Plus (HMO SNP).....	18
Sección 3.2 – Si desea cambiar de cobertura.....	18
SECCIÓN 4 Cambio de cobertura.....	19
SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid.....	20
SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados	20
SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas?	21
Sección 7.1 - Obtención de ayuda de Blue Cross Medicare Advantage Dual Care Plus (HMO SNP).....	21
Sección 7.2 – Obtención de ayuda de Medicare	22
Sección 7.3 – Obtención de Ayuda de Medicaid.....	23

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

Costo	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
Prima mensual (Usted también debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare a menos que sea pagada en su nombre por Medicaid.)	\$20.80	\$23.30

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 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.

Costo	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
<p>Monto máximo de gasto de bolsillo</p> <p>Dado que nuestros miembros también reciben asistencia de Medicaid, muy pocos miembros alcanzan este máximo de gastos de bolsillo.</p> <p>Si usted es elegible para asistencia de Medicaid con copagos de Parte A y Parte B y deducibles, no es responsable de pagar los costos de desembolso directo por el monto máximo de gasto de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p> <p>Sus costos por servicios médicos cubiertos (como copagos y deducibles) cuentan para su monto máximo de gasto de bolsillo. Su prima de la cobertura y sus costos por los medicamentos con receta no cuentan para su monto máximo de gasto de bolsillo.</p>	<p>\$6,700</p>	<p>\$7,550</p> <p>Una vez que haya pagado \$7,550 de su bolsillo por servicios con cobertura, no pagará nada por sus servicios con cobertura por el resto del año calendario.</p>

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 en nuestro sitio web en getbluetx.com/dsnp/providers. También puede llamar a Servicio al Cliente para obtener información actualizada sobre el prestador de servicios médicos o para pedirnos que le enviemos 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 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 solicitar, 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 dependerán 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.

Habrán 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/dsnp/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 están en nuestra red.**

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

Tenga en cuenta que la *Notificación anual de cambios* le informa sobre los cambios en sus beneficios y costos de Medicare.

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 lo que paga usted)*, en su *Evidencia de cobertura 2021*. Una copia de la *Evidencia de cobertura* se

encuentra en nuestro sitio web en getbluetx.com/dsnp/plandocs. También puede llamar a Servicio al Cliente para pedirnos que le enviemos por correo una *Evidencia de cobertura*.

Costo	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
<p>Servicios dentales (Servicios integrales sin cobertura de Medicare)</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 por consultas no rutinarias.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por servicios restaurativos.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por extracciones.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por endodoncia, periodoncia, prostodoncia y otros servicios de cirugía maxilofacial.</p> <p>Tiene cobertura hasta la cantidad de cobertura máxima del plan de \$1,400 por año para beneficios dentales integrales dentro y fuera de la red.</p>	<p>Los servicios dentales integrales sin cobertura de Medicare <u>no</u> están incluidos en la cobertura.</p>
<p>Servicios dentales (Preventivo no cubierto por Medicare)</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 por un máximo de 2 exámenes, 2 limpiezas, 1 radiografía por año para visitas dentales de rutina (preventivas).</p>	<p>Los servicios dentales preventivos sin cobertura de Medicare <u>no</u> están incluidos en la cobertura.</p>

Costo	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
<p>Servicios y suministros para diabéticos</p>	<p>Usted paga el 0% o el 20% del costo total de los suministros para pruebas de diabetes (glucómetros, tiras reactivas y lancetas) obtenidos a través de farmacias están restringidos, a productos de la marca LifeScan (OneTouch Verio Flex, OneTouch Verio, OneTouch Ultra Mini y OneTouch Ultra 2). Se requerirá aprobación para todos los demás suministros de prueba para diabéticos (medidores, tiras y lancetas). Todas las tiras reactivas también se limitan a un máximo de 204 unidades por cada 30 días. Los productos de Monitoreo continuo de glucosa (CGM) obtenidos a través de la farmacia están sujetos a autorización previa.</p> <p>Los suministros y servicios para diabéticos No se limitan solo a los que ofrecen determinados fabricantes.</p>	<p>Usted paga el 0% o el 20% del costo total de los suministros para pruebas de diabetes (glucómetros, tiras reactivas y lancetas) obtenidos a través de farmacias están restringidos, a productos de la marca LifeScan (OneTouch Verio Flex, OneTouch Verio Reflect, OneTouch Verio, One Touch Ultra Mini y OneTouch Ultra 2). Se requerirá aprobación para todos los demás suministros de prueba para diabéticos (medidores, tiras y lancetas). Todas las tiras reactivas también se limitan a un máximo de 204 unidades por cada 30 días. Los productos de Monitoreo continuo de glucosa (CGM) obtenidos a través de la farmacia están sujetos a autorización previa.</p> <p>Los suministros y servicios para diabéticos están restringidos a los que ofrecen determinados fabricantes.</p>
<p>Programas educativos de salud y bienestar</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 por el programa de fitness SilverSneakers[®].</p>	<p>El programa de fitness SilverSneakers[®] <u>no</u> está incluido en la cobertura.</p>

Costo	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
Servicios de audición (No incluido en la cobertura de Medicare)	<p>Usted paga un copago de \$0 por 1 examen auditivo de rutina cada año.</p> <p>Usted paga un límite máximo de cobertura del plan de \$1,000 para audífonos (ambos oídos combinados) comprados dentro o fuera de la red cada tres años.</p>	<p>El examen de audición y los audífonos sin cobertura de Medicare <u>no</u> están incluidos en la cobertura.</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>Usted paga un copago de \$0 por la terapia de infusión en el hogar.</p>
Hospitalización para pacientes con condición médica aguda	<p>Usted paga un deducible de \$0 o de \$1,408 por cada período de beneficios; copago de \$0 diarios para los días 1 a 60; copago de \$0 o de \$352 diarios para los días 61 a 90.</p> <p>Si usted es elegible para la asistencia de gastos compartidos de Medicare bajo Medicaid, usted paga un monto de copago de \$0.</p>	<p>Usted paga un deducible de \$0 o de \$1,408 por cada período de beneficios; copago de \$0 diarios para los días 1 a 60; copago de \$0 o de \$352 diarios para los días 61 a 90.</p> <p>Estos son los montos de los gastos compartidos para 2020 y pueden cambiar para 2021. Blue Cross Medicare Advantage Dual Care Plus (HMO SNP) proporcionará tarifas actualizadas tan pronto como se publiquen.</p> <p>Si usted es elegible para la asistencia de gastos compartidos de Medicare bajo Medicaid, usted paga un monto de copago de \$0.</p>

Costo	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
<p>Hospitalización para pacientes con condición médica aguda <i>Días de reserva de por vida</i></p>	<p>Usted paga un copago de \$0 o de \$704 diarios por cada período de beneficios (hasta 60 días adicionales a la vigencia de su plan).</p> <p>Si usted es elegible para la asistencia de gastos compartidos de Medicare bajo Medicaid, usted paga un monto de copago de \$0.</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 o de \$704 diarios por cada período de beneficios (hasta 60 días adicionales a la vigencia de su plan).</p> <p>Estos son los montos de los gastos compartidos para 2020 y pueden cambiar para 2021. Blue Cross Medicare Advantage Dual Care Plus (HMO SNP) proporcionará tarifas actualizadas tan pronto como se publiquen.</p> <p>Si usted es elegible para la asistencia de gastos compartidos de Medicare bajo Medicaid, usted paga un monto de copago de \$0.</p>
<p>Hospitalización para pacientes psiquiátricos</p>	<p>Usted paga un deducible de \$0 o de \$1,408 por cada período de beneficios; copago de \$0 diarios para los días 1 a 60; copago de \$0 o de \$352 diarios para los días 61 a 90.</p> <p>Si usted es elegible para la asistencia de gastos compartidos de Medicare bajo Medicaid, usted paga un monto de copago de \$0.</p>	<p>Usted paga un deducible de \$0 o de \$1,408 por cada período de beneficios; copago de \$0 diarios para los días 1 a 60; copago de \$0 o de \$352 diarios para los días 61 a 90.</p> <p>Estos son los montos de los gastos compartidos para 2020 y pueden cambiar para 2021. Blue Cross Medicare Advantage Dual Care Plus (HMO SNP) proporcionará tarifas actualizadas tan pronto como se publiquen.</p> <p>Si usted es elegible para la asistencia de gastos compartidos de Medicare bajo Medicaid, usted paga un monto de copago de \$0.</p>

Costo	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
<p>Hospitalización para pacientes psiquiátricos <i>Días de reserva de por vida</i></p>	<p>Usted paga un copago de \$0 o de \$704 diarios por cada período de beneficios (hasta 60 días adicionales a la vigencia de su plan).</p> <p>Si usted es elegible para la asistencia de gastos compartidos de Medicare bajo Medicaid, usted paga un monto de copago de \$0.</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 o de \$704 diarios por cada período de beneficios (hasta 60 días adicionales a la vigencia de su plan).</p> <p>Estos son los montos de los gastos compartidos para 2020 y pueden cambiar para 2021. Blue Cross Medicare Advantage Dual Care Plus (HMO SNP) proporcionará tarifas actualizadas tan pronto como se publiquen.</p> <p>Si usted es elegible para la asistencia de gastos compartidos de Medicare bajo Medicaid, usted paga un monto de copago de \$0.</p>
<p>Beneficio de comidas</p>	<p>Usted paga 0% del costo total por 2 comidas por día durante 14 días. Cobertura limitada a 3 por año.</p>	<p>El beneficio de comidas <u>no</u> está incluido en la cobertura.</p>
<p>Artículos sin receta (OTC, por sus siglas en inglés)</p>	<p>Límite de cobertura del plan de \$150 cada 3 meses, para medicamentos específicos de venta libre y otros productos relacionados con la salud. Los saldos no utilizados para productos OTC no son acumulables para el siguiente año calendario.</p>	<p>Los artículos sin receta <u>no</u> están incluidos en la cobertura.</p>

Costo	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
<p>Estancia en un centro de enfermería especializada</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 diarios para los días del 1 al 20 y un copago de \$0 o de \$176 por día durante los días 21 al 100.</p> <p>Si usted es elegible para la asistencia de gastos compartidos de Medicare bajo Medicaid, usted paga un monto de copago de \$0.</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 diarios para los días 1 al 20 y copago de \$0 o de \$176 por día durante los días 21 al 100.</p> <p>Estos son los montos de los gastos compartidos para 2020 y pueden cambiar para 2021. Blue Cross Medicare Advantage Dual Care Plus (HMO SNP) proporcionará tarifas actualizadas tan pronto como se publiquen.</p> <p>Si usted es elegible para la asistencia de gastos compartidos de Medicare bajo Medicaid, usted paga un monto de copago de \$0.</p>
<p>Servicios de transporte</p>	<p>Usted paga 0% del costo total por hasta 48 viajes de ida cada año a lugares aprobados por el plan.</p> <p>La cobertura no tiene un monto máximo de cobertura de beneficios.</p>	<p>Los servicios de transporte sin cobertura de Medicare <u>no</u> están incluidos en la cobertura.</p>

Costo	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
Cuidado de la vista (Anteojos y exámenes de la vista no cubiertos por Medicare)	<p>Usted paga un copago de \$0 por 1 examen de rutina de la vista cada año.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por 1 par decristales para anteojos por año (Solo cristales monofocales, bifocales con línea divisoria, trifocales o lenticulares).</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por 1 par de marcos por año.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por lentes de contacto.</p> <p>Límite de cobertura del plan de \$150 para anteojos de rutina (lentes de contacto, lentes estándar y marcos de anteojos) cada año.</p>	<p>Los exámenes de la vista y los anteojos sin cobertura de Medicare <u>no</u> están incluidos en la cobertura.</p>

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

Cambios a Nuestra Lista de Medicamentos

Nuestra lista de medicamentos incluidos se llama "Lista de medicamentos" (o Formulary, en inglés). 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:

- **Hable 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.
- **Hable 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 la sección 5.2 del capítulo 5 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, por ejemplo, que si usted está tomando un medicamento de marca que está siendo reemplazado o trasladado a un nivel de gastos 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 la sección 6 del capítulo 5 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 con receta de la Parte D es posible que no se aplique a usted.** Incluimos un inserto separado, llamado "Cláusula adicional de evidencia de cobertura para personas que reciben ayuda adicional para pagar sus medicamentos con receta" (también denominada "Cláusula adicional del plan 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 a Servicio 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 la sección 2 del capítulo 6 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*).

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 de la Parte D hasta que alcance el deducible anual.</p>	<p>Su monto deducible es \$0 hasta \$435, dependiendo del nivel de "Beneficio Adicional" que reciba. (Consulte el inserto por separado, la "Cláusula adicional LIS", para conocer el monto de su deducible).</p>	<p>Su monto deducible es \$0 hasta \$445, dependiendo del nivel de "Beneficio Adicional" que reciba. (Consulte el inserto por separado, la "Cláusula adicional LIS", para conocer el monto de su deducible).</p>

Cambios en sus gastos compartidos en la etapa de cobertura inicial

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

Etapa	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, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo.</p> <p>Los costos en esta fila son por un suministro de un mes (30 días) cuando surte su receta en una farmacia de la red que proporciona gastos compartidos estándar.</p>	<p>Su costo por un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red con gastos compartidos estándar:</p> <p>Nivel 1 de pago por medicamento:</p> <p>Medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos):</p> <p>Usted paga un copago de \$0, o de \$1.30, o de \$3.60 o, del 15% del costo total por receta.</p>	<p>Su costo por un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red con gastos compartidos estándar:</p> <p>Nivel 1 de pago por medicamento:</p> <p>Medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos):</p> <p>Usted paga un copago de \$0, o de \$1.30, o de \$3.70 o, del 15% del costo total por receta.</p>
<p>Para obtener información sobre los costos de un suministro a largo plazo; o para recetas de pedidos por correo, consulte el Capítulo 6, Sección 5 de su <i>Evidencia de cobertura</i>.</p>	<p>Todos los demás medicamentos:</p> <p>Usted paga un copago de \$0, o de \$3.90, o de \$8.95 o, del 15% del costo total por receta.</p> <hr/> <p>Una vez que se han alcanzado sus costos totales de medicamentos \$4,020; pasará a la siguiente etapa (la Etapa de lapso sin cobertura).</p>	<p>Todos los demás medicamentos:</p> <p>Usted paga un copago de \$0, o de \$4.00, o de \$9.20 o, del 15% del costo total por receta.</p> <hr/> <p>Una vez que ha alcanzado sus costos totales de medicamentos \$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

La Etapa de lapso sin cobertura y la Etapa de cobertura catastrófica son otras dos etapas de cobertura de medicamentos para personas con altos costos de medicamentos. **La mayoría de los miembros no llegan a ninguna de estas etapas.**

Para obtener información sobre sus costos en estas etapas, consulte su *Resumen de beneficios* o el Capítulo 6, Secciones 6 y 7, de su *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 2 Cambios Administrativos

Descripción	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
Suministros para pruebas de diabetes	Los suministros para pruebas de diabetes están limitados a estos productos de la marca LifeScan: OneTouch Verio Flex, OneTouch Verio, OneTouch Ultra Mini y OneTouch Ultra 2	Usted tiene un producto adicional ofrecido a través de LifeScan para suministros para pruebas de diabetes: OneTouch Verio Flex, OneTouch Verio Reflect, OneTouch Verio, OneTouch Ultra Mini y OneTouch Ultra 2.

SECCIÓN 3 Decidir qué cobertura elegir

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

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 Dual Care Plus (HMO SNP).

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 unirse a una cobertura médica de Medicare diferente,
- *O bien*, puede cambiar a Medicare Original. Si se cambia a Medicare Original, deberá decidir si se une a una cobertura de medicamentos de Medicare.

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 **cambiarse a Original Medicare con una cobertura de medicamentos recetados**, inscríbese en la nueva cobertura de medicamentos. Se le dará de baja automáticamente de Blue Cross Medicare Advantage Dual Care Plus (HMO SNP).
- Para **cambiarse a Original Medicare con una cobertura de medicamentos recetados**, inscríbese en la nueva cobertura de medicamentos. Se le dará de baja automáticamente de Blue Cross Medicare Advantage Dual Care Plus (HMO SNP).
- 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.

Si cambia a Original Medicare y **no** se asegura en una cobertura separada de medicamentos con receta de Medicare, Medicare puede inscribirlo en una cobertura de medicamentos a menos que haya optado por no participar en la inscripción automática.

SECCIÓN 4 Cambio de cobertura

Si desea cambiar a una cobertura diferente o a Medicare Original para el próximo año, puede hacerlo del 15 de octubre al 7 de diciembre. El cambio entrará en vigencia el 1.º 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.

Si está asegurado en una cobertura Medicare Advantage para el 1.º 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.º de enero y el 31 de marzo de 2021. Para obtener más información, consulte la sección 2.3 del capítulo 10 de la *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid

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, por sus siglas en inglés).

El HICAP es independiente (no está relacionado con ninguna compañía de seguros o cobertura médica). 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 cobertura de Medicare y responder preguntas sobre el cambio de coberturas. Puede llamar al HICAP al 1-800-252-9240. Puede obtener más información sobre el HICAP visitando su sitio web (www.tdi.texas.gov/consumer/hicap/).

Si tiene preguntas sobre sus beneficios de Medicaid de Texas comuníquese con la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas al 1-800-252-8263. El horario es de lunes a viernes desde las 7:00 a.m. a 7:00 p.m., hora local. También puede visitar su sitio web en www.hhsc.state.tx.us. Pregunte cómo unirse a otra cobertura o regresar a Medicare Original afecta la forma en que obtiene su cobertura Medicaid de Texas.

SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados

Es posible que califique para recibir ayuda para pagar los medicamentos recetados. A continuación, enumeramos diferentes tipos de ayuda:

- **"Beneficio Adicional" de Medicare.** Dado que usted tiene Medicaid, ya está inscrito en "Beneficio Adicional", también llamado Subsidio por bajos ingresos. El Beneficio

Adicional paga algunas de sus primas de medicamentos con receta, deducibles anuales y coaseguros. Debido a que califica, no tiene un lapso sin cobertura ni una multa por inscripción tardía. Si tiene preguntas sobre el Beneficio Adicional, llame 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.
 - 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 (aplicaciones); 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 salud renal (KHC) y Programa de medicamentos contra el VIH de Texas (THMP) que ayuda a las personas a pagar los medicamentos con receta en función de sus necesidades financieras, edad o afección médica. Para obtener más información sobre el programa, consulte con su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (el nombre y los números de teléfono de esta organización se encuentran en la Sección 5 de este folleto).
 - **Asistencia de gastos 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 su estado de 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 gastos compartidos de medicamentos recetados a través de Texas HIV Medication Program (THMP), PO Box 149347 MC1873 Austin, TX 78714, www.dshs.state.tx.us/hivstd/meds. 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 - Obtención de ayuda de Blue Cross Medicare Advantage Dual Care Plus (HMO SNP)

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudar. Llame a Servicio al Cliente al 1-877-895-6437. (TTY solamente, llame al 711). Estamos disponibles para llamadas telefónicas de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los 7 días de la semana. Si llama entre el 1.º de abril y el 30 de septiembre, informamos que se utilizarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz) los fines de semana y feriados. Las llamadas a estos números son gratuitas.

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

Este *Aviso anual de cambios* le brinda un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2021. Para obtener más detalles, consulte la *Evidencia de cobertura* 2021 para Blue Cross Medicare Advantage Dual Care Plus (HMO SNP). 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 getbluetx.com/dsnp/plandocs. 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 www.getbluetx.com/dsnp. 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 cubiertos (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). Tiene información sobre costos, cobertura y calificaciones de calidad para ayudarlo a comparar las coberturas de salud de Medicare. 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 los planes, vaya a 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 el 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.

Sección 7.3 – Obtención de Ayuda de Medicaid

Para obtener información de Medicaid puede llamar a la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas al 1-800-252-8263. El horario es de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 7:00 p. m., hora local. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.