

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

Aviso anual de cambios para 2019

Usted está inscrito actualmente como miembro de Blue Cross Medicare Advantage Choice Plus (PPO)SM. El año próximo, habrá algunos cambios a los beneficios y costos del plan. *Este folleto describe los cambios.*

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

Qué hacer ahora

1. PREGUNTE: qué cambios se aplican a usted

- Verifique los cambios en nuestros beneficios y costos para saber si lo afectan.
 - Es importante que revise ahora su cobertura para asegurarse de que satisfaga sus necesidades el próximo año.
 - ¿Estos cambios afectan los servicios que usted utiliza?
 - 1.1 y 1.5 para obtener información acerca de los cambios en los beneficios y costos de nuestro plan.
- Verifique los cambios en el folleto correspondientes a nuestra cobertura para medicamentos con receta para saber se aplican a usted.
 - ¿Estarán cubiertos sus medicamentos?
 - ¿Los medicamentos están en un nivel diferente con un costo compartido distinto?
 - ¿Alguno de sus medicamentos tiene restricciones nuevas, como requerir nuestra aprobación antes de obtener sus medicamentos con receta?
 - ¿Puede seguir utilizando las mismas farmacias? ¿Hay cambios en el costo por usar esta farmacia?
 - Revise la Lista de medicamentos para 2019 y consulte la Sección 1.6 para obtener información sobre los cambios en nuestra cobertura para medicamentos.

- Los costos de los medicamentos pueden haber aumentado respecto del año pasado. Consulte con su médico sobre alternativas disponibles para usted y que tengan un costo menor. Esto puede ayudarlo a ahorrar en los costos anuales que paga de su bolsillo durante todo el año. Para obtener información adicional sobre los precios de los medicamentos visite <https://go.medicare.gov/drugprices>. Estos cuadros destacan qué fabricantes han estado aumentando sus precios y también muestran otra información de precios de medicamentos por año. Tenga en cuenta que los beneficios de su plan determinarán exactamente cuánto pueden variar los costos de sus medicamentos.

Verifique si sus médicos y otros proveedores se encontrarán en nuestra red el próximo año.

- ¿Se encuentran sus médicos en nuestra red?
- ¿Se encuentran los hospitales y otros proveedores que usted utiliza?
- Consulte la Sección 1.3 para obtener información sobre nuestro Directorio de proveedores.

Piense acerca de los costos de atención de la salud generales.

- ¿Cuánto dinero pagará de su bolsillo por los servicios y medicamentos con receta que utiliza habitualmente?
- ¿Cuánto gastará en su prima y los deducibles?
- ¿Cómo se comparan sus costos totales del plan con otras opciones de cobertura de Medicare?

Piense si se encuentra satisfecho con nuestro plan.

2. **COMPARE:** conozca otras opciones de planes

Revise la cobertura y los costos de los planes en su área.

- Use la función de búsqueda personalizada Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare) en el sitio web <https://www.medicare.gov>. Haga clic en “Find health & drug plans” (Buscar planes de salud y de medicamentos).
- Revise la lista en la contraportada del manual Medicare & You (Medicare y Usted).
- Consulte la Sección 2.2 para obtener más información acerca de las opciones a su disposición.

Una vez que limite su opción a un plan preferido, confirme sus costos y cobertura en el sitio web del plan.

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

- Si desea **conservar** Blue Cross Medicare Advantage Choice Plus (PPO), no es necesario que haga nada. Permanecerá en Blue Cross Medicare Advantage Choice Plus (PPO).

- Si desea cambiar a un **plan diferente** que pueda satisfacer mejor sus necesidades, puede hacerlo desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre.

4. **INSCRÍBASE:** para cambiar de plan, inscríbese en un plan entre el **15 de octubre** y el **7 de diciembre de 2018**

- Si **no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2018**, permanecerá en Blue Cross Medicare Advantage Choice Plus (PPO).
- Si se **inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2018**, su nueva cobertura comenzará el 1 de enero de 2019.

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/TDD 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/TDD: 711) para recibir más información.
- Please contact our Customer Service number at 1-877-774-8592 for additional information. (TTY/TDD 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 en 1-877-774-8592. (Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711). El horario es de 8:00 – 20:00, hora local, 7 días a la semana. Si usted está llamando desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz) se utilizarán los fines de semana y festivos.
- Póngase en contacto con Blue Cross Medicare Advantage Choice Plus (PPO) si necesita esta información en otro idioma o formato (español, Braille, letra grande o formatos alternativos).
- **La cobertura según este plan califica como cobertura de salud que reúne los requisitos (Qualifying Health Coverage, QHC)** y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección del Paciente y Cuidado de Salud de Bajo Costo (Patient Protection and Affordable Care Act, ACA). Para obtener más información, visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en <https://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families>.

Acerca de Blue Cross Medicare Advantage Choice Plus (PPO)

- Los planes de Blue Cross Medicare Advantage son planes PPO proporcionados por HCSC Insurance Services Company (HISC), licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association. HISC es una organización de Medicare Advantage que

tiene un contrato con Medicare. La inscripción en los planes de HISC depende de la renovación del contrato.

- Cuando este folleto dice “nosotros”, “nos” o “nuestro/a”, hace referencia a HCSC Insurance Services Company (HISC). Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a Blue Cross Medicare Advantage Choice Plus (PPO).
-

Resumen de costos importantes para 2019

La siguiente tabla compara los costos de 2018 y 2019 para Blue Cross Medicare Advantage Choice Plus (PPO) en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los cambios. Es importante leer el resto de este *Aviso anual de cambios* y revisar la *Evidencia de cobertura* anexa para saber si otros cambios en los beneficios o costos lo afectan.**

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser mayor o menor que este monto. Consulte la Sección 1.1 para obtener detalles.	\$50	\$0
Deducible	\$0 para servicios fuera de la red	\$750 para servicios fuera de la red cubiertos por Medicare. El deducible no se aplica a los siguientes servicios: <ul style="list-style-type: none"> • Cualquier servicio que haya recibido de un proveedor dentro de la red • Servicios de ambulancia • Servicios de sala de emergencias • Servicios de urgencia en centros de atención de urgencia
Montos máximos que paga de su bolsillo Este es el monto <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos. (Consulte la Sección 1.2 para obtener detalles).	De proveedores de la red: \$6,700 De proveedores de la red y fuera de la red combinados: \$10,000	De proveedores de la red: \$6,700 De proveedores de la red y fuera de la red combinados: \$10,000

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<p>Consultas en el consultorio del médico</p>	<p>Dentro de la red: Consultas de atención primaria: \$20 de copago por cada consulta Consultas a especialistas: \$50 de copago por cada consulta</p> <p>Fuera de la red: Consultas de atención primaria: 50% del costo total por cada consulta Consultas a especialistas: 50% del costo total por cada consulta</p>	<p>Dentro de la red: Consultas de atención primaria: \$10 de copago por cada consulta Consultas a especialistas: \$50 de copago por cada consulta</p> <p>Fuera de la red: Consultas de atención primaria: 50% del costo total por cada consulta Consultas a especialistas: 50% del costo total por cada consulta</p>
<p>Hospitalizaciones Incluye servicios hospitalarios de cuidados agudos, de rehabilitación, de atención a largo plazo y de otros tipos para pacientes internados en un hospital. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día en que formalmente ingresa al hospital con una orden del médico. El día anterior a su alta médica es su último día como paciente internado.</p>	<p>Dentro de la red: \$285 de copago por cada día para los días 1 a 7; \$0 de copago por cada día para los días 8 a 90 \$0 de copago por cada día para los días 91 en adelante</p> <p>Fuera de la red: 50% del costo total por cada hospitalización</p>	<p>Dentro de la red: \$372 de copago por día para los días 1 a 5; \$0 de copago por día para los días 6 a 90 \$0 de copago por cada día para los días 91 en adelante</p> <p>Fuera de la red: 50% del costo total por cada hospitalización</p>
<p>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D (Consulte la Sección 1.6 para obtener detalles).</p>	<p>Deducible: \$405 Copago/coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p>	<p>Deducible: \$415 Copago/coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p>

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
	<p>Medicamentos de Nivel 1: genéricos preferidos</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Costo compartido estándar:</i> \$5 de copago • <i>Costo compartido preferido:</i> \$0 de copago 	<p>Medicamentos de Nivel 1: genéricos preferidos</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Costo compartido estándar:</i> \$5 de copago • <i>Costo compartido preferido:</i> \$0 de copago
	<p>Medicamentos de Nivel 2: genéricos</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Costo compartido estándar:</i> \$19 de copago • <i>Costo compartido preferido:</i> \$14 de copago 	<p>Medicamentos de Nivel 2: genéricos</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Costo compartido estándar:</i> \$19 de copago • <i>Costo compartido preferido:</i> \$14 de copago
	<p>Medicamentos de Nivel 3: marca preferida</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Costo compartido estándar:</i> \$47 de copago • <i>Costo compartido preferido:</i> \$42 de copago 	<p>Medicamentos de Nivel 3: marca preferida</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Costo compartido estándar:</i> \$47 de copago • <i>Costo compartido preferido:</i> \$42 de copago
	<p>Medicamentos de Nivel 4: marca no preferida</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Costo compartido estándar:</i> \$100 de copago • <i>Costo compartido preferido:</i> \$95 de copago 	<p>Medicamentos de Nivel 4: marca no preferida</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Costo compartido estándar:</i> \$100 de copago • <i>Costo compartido preferido:</i> \$95 de copago
	<p>Medicamentos de Nivel 5: especialidad</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Costo compartido estándar:</i> 25% del costo total 	<p>Medicamentos de Nivel 5: especialidad</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Costo compartido estándar:</i> 25% del costo total

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
	<ul style="list-style-type: none">• <i>Costo compartido preferido:</i> 25% del costo total	<ul style="list-style-type: none">• <i>Costo compartido preferido:</i> 25% del costo total

Aviso anual de cambios para 2019

Índice

Resumen de costos importantes para 2019	1
SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el año próximo.....	6
Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual	6
Sección 1.2 – Cambios en los montos máximos que paga de su bolsillo	6
Sección 1.3 – Cambios en la red de proveedores.....	7
Sección 1.4 – Cambios en la red de farmacias.....	8
Sección 1.5 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos.....	8
Sección 1.6 – Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.....	13
SECCIÓN 2 Cómo decidir qué plan elegir	18
Sección 2.1 – Si desea seguir inscrito en en Blue Cross Medicare Advantage Choice Plus (PPO).....	18
Sección 2.2 – Si desea cambiar de plan	18
SECCIÓN 3 Plazo para el cambio de plan	19
SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare	19
SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta	20
SECCIÓN 6 Preguntas.....	21
Sección 6.1 – Cómo recibir ayuda de Blue Cross Medicare Advantage Choice Plus (PPO). .	21
Sección 6.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare	21

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

Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
Prima mensual (También debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare).	\$50	\$0

- Su prima mensual del plan será mayor si debe pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D de por vida por no tener otra cobertura para medicamentos que sea, al menos, equivalente a la cobertura para medicamentos de Medicare (también conocida como “cobertura acreditable”) durante 63 días o más.
- Si posee ingresos más elevados, es posible que deba pagar un monto adicional por mes directamente al gobierno por su cobertura para medicamentos con receta de Medicare.
- Su prima mensual será menor si recibe “Ayuda adicional” para pagar los costos de los medicamentos con receta.

Sección 1.2 – Cambios en los montos máximos que paga de su bolsillo

Para protegerlo, Medicare exige que todos los planes de salud limiten el monto que usted paga “de su bolsillo” durante el año. Estos límites se denominan “montos máximos que paga de su bolsillo”. Una vez que alcance este monto, por lo general, no paga nada por los servicios cubiertos por el resto del año.

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<p>Monto máximo que paga de su bolsillo dentro de la red</p> <p>Los costos por los servicios médicos cubiertos (como los copagos y deducibles) de proveedores de la red se consideran para el monto máximo que paga de su bolsillo dentro de la red. Los costos de los medicamentos con receta no cuentan para el monto máximo que paga de su bolsillo.</p>	\$6,700	<p>\$6,700</p> <p>Una vez que haya pagado \$6,700 de su bolsillo por los servicios cubiertos, no pagará nada por sus servicios cubiertos de proveedores de la red durante el resto del año calendario.</p>
<p>Monto máximo que paga de su bolsillo combinado</p> <p>Los costos por los servicios médicos cubiertos (como los copagos y deducibles) de proveedores dentro y fuera de la red se consideran para el monto máximo que paga de su bolsillo combinado.</p>	\$10,000	<p>\$10,000</p> <p>Una vez que haya pagado \$10,000 de su bolsillo por los servicios cubiertos, no pagará nada por sus servicios cubiertos de proveedores de la red o fuera de la red durante el resto del año calendario.</p>

Sección 1.3 – Cambios en la red de proveedores

Hemos cambiado nuestra red de proveedores para el próximo año. En nuestro sitio web, www.getbluetx.com/mapd, se encuentra disponible un Directorio de proveedores actualizado. También puede llamar a Servicios para los miembros para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitarnos que le enviemos un Directorio de proveedores. **Revise el Directorio de proveedores de 2019 para verificar si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) se encuentran en nuestra red.**

Es importante que usted sepa que podemos realizar cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de su plan durante el año. Existen varias razones por las cuales un proveedor puede dejar el plan, pero si su médico o especialista ya no pertenece al plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- A pesar de que nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare exige que le proporcionemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Haremos un esfuerzo de buena fe para enviarle un aviso de que su proveedor dejará el plan con, al menos, 30 días de anticipación para que tenga tiempo de elegir un proveedor nuevo.

- Lo ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado para que continúe controlando sus necesidades de atención médica.
- Si se está realizando un tratamiento médico, tiene derecho a solicitar, y trabajaremos con usted para garantizar su derecho, que el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo no se interrumpa.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no está siendo administrada de manera apropiada, tiene derecho a presentar una apelación de nuestra decisión.
- Si se entera de que su médico o especialista dejará el plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor y a administrar su atención.

Sección 1.4 – Cambios en la red de farmacias

Los montos que paga por sus medicamentos con receta pueden depender de la farmacia que utilice. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta están cubiertos *solo* si se obtienen en una de nuestras farmacias de la red. Nuestra red incluye farmacias con costo compartido preferido, lo que puede ofrecerle un costo compartido más bajo que el costo compartido estándar ofrecido por otras farmacias dentro de la red para ciertos medicamentos.

Hemos cambiado nuestra red de farmacias para el próximo año. En nuestro sitio web, www.getbluetx.com/mapd/pharmacies, se encuentra disponible un Directorio de farmacias actualizado. También puede llamar a Servicios para los miembros para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitarnos que le enviemos un Directorio de farmacias. **Revise el Directorio de farmacias de 2019 para conocer qué farmacias se encuentran en nuestra red.**

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

Estamos cambiando nuestra cobertura del próximo año para ciertos servicios médicos. La siguiente información describe estos cambios. Para obtener más detalles sobre la cobertura y los costos de estos servicios, consulte el Capítulo 4, *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)*, en su *Evidencia de cobertura de 2019*.

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
Servicios de centros quirúrgicos ambulatorios	<u>Dentro de la red</u> Usted paga un copago de \$225 por servicios quirúrgicos en un centro quirúrgico ambulatorio.	<u>Dentro de la red</u> Usted paga un copago de \$250 por servicios quirúrgicos en un centro quirúrgico ambulatorio.

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
Servicios odontológicos (Que no cubre Medicare - preventivos)	Los servicios odontológicos que no cubre Medicare <u>no</u> están cubiertos.	<u>Dentro y fuera de la red</u> Usted paga un copago de \$0 por un máximo de 2 exámenes bucales por año. Esto incluye un máximo de 2 limpiezas al año y 1 radiografía al año.
Suministros y servicios para diabéticos	<u>Dentro de la red</u> El costo compartido del 0% se limita a los suministros de análisis de cuidados para la diabetes de Ascensia (productos Contour, Contour Next y Breeze), lo que incluye el medidor, las tiras reactivas y las lancetas. Si se requieren otros suministros de análisis para diabéticos, usted, su proveedor o un representante autorizado pueden solicitar una determinación de cobertura; sin embargo, usted pagará un coseguro del 20% por estos otros productos. Costo compartido del 20% para todos los demás suministros para pacientes diabéticos incluidos en esta categoría.	<u>Dentro de la red</u> El costo compartido del 0% se limita a las tiras reactivas y medidores para pacientes diabéticos que se obtienen a través de la farmacia para un producto de la marca Ascensia (Contour Next One, Contour Next EZ y Contour Next). Costo compartido del 20% para tiras reactivas y medidores no preferidos aprobados para el plan. Todas las tiras reactivas también estarán sujetas a un límite de cantidad de 204 cada 30 días. Costo compartido del 20% para todos los demás suministros para pacientes diabéticos incluidos en esta categoría.
Atención de emergencia	<u>Dentro y fuera de la red</u> Usted paga un copago de \$80 por cada consulta de atención de emergencia cubierta por Medicare.	<u>Dentro y fuera de la red</u> Usted paga un copago de \$90 por cada consulta de atención de emergencia cubierta por Medicare.

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
Atención hospitalaria para pacientes internados	<p><u>Dentro de la red</u> Usted paga un copago de \$285 por cada día, por los días 1 a 7; un copago de \$0 por cada día, por los días 8 a 90, por las hospitalizaciones cubiertas por Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por cada día para los días 91 en adelante.</p>	<p><u>Dentro de la red</u> Usted paga un copago de \$372 por cada día, por los días 1 a 5; un copago de \$0 por cada día, por los días 6 a 90, por las hospitalizaciones cubiertas por Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por cada día para los días 91 en adelante.</p>
Otros profesionales de atención médica (es decir, practicante de enfermería, asistente médico)	<p><u>Dentro de la red</u> Usted paga un copago de \$20 por los servicios prestados por un PCP y un copago de \$50 por los servicios prestados por un especialista.</p>	<p><u>Dentro de la red</u> Usted paga un copago de \$10 por los servicios prestados por un PCP y un copago de \$50 por los servicios prestados por un especialista.</p>
Servicios de rayos X y de laboratorio para pacientes externos	<p><u>Dentro de la red</u> Usted paga un copago de \$5 a \$50: \$5 de copago por laboratorio independiente \$20 de copago por laboratorio de PCP \$50 de copago por laboratorio de especialista \$50 de copago por laboratorio del hospital para pacientes externos por servicios de laboratorio cubiertos por Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de \$5 a \$100 (radiología independiente: \$5 de copago; PCP: \$20 de copago; especialista: \$50 de copago; hospital para pacientes externos: \$100 de copago) por servicios de rayos X cubiertos por Medicare.</p>	<p><u>Dentro de la red</u> Usted paga un copago de \$5 a \$50: \$5 de copago por laboratorio independiente \$10 de copago por laboratorio de PCP \$50 de copago por laboratorio de especialista \$50 de copago por laboratorio del hospital para pacientes externos por servicios de laboratorio cubiertos por Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de \$5 a \$100 (radiología independiente: \$5 de copago; PCP: \$10 de copago; especialista: \$50 de copago; hospital para pacientes externos: \$100 de copago) por servicios de rayos X cubiertos por Medicare.</p>

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
Medicamentos de la Parte B	Los medicamentos de la Parte B no estaban sujetos a tratamientos escalonados.	Los medicamentos de la Parte B <i>pueden</i> estar sujetos a los requisitos de tratamientos escalonados. Este requisito lo incentiva a intentar utilizar medicamentos menos costosos pero igual de eficaces antes de que el plan le brinde cobertura para otro medicamento. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma afección, el plan puede requerir que pruebe el medicamento A primero. Si el medicamento A no le da resultado, el plan cubrirá el medicamento B. Este requisito para probar primero con otro medicamento se denomina “ tratamiento escalonado ”.
Servicios de un médico de atención primaria	<u>Dentro de la red</u> Usted paga un copago de \$20.	<u>Dentro de la red</u> Usted paga un copago de \$10.
Programa de recompensas e incentivos	Cada acción saludable genera \$25.00 que se pondrán en una tarjeta de regalo.	La mayoría de las Acciones saludables generan una recompensa de \$25.00 para los miembros en forma de tarjeta de regalo. Algo nuevo para 2019 es que realizar la Consulta anual de bienestar recompensará a los miembros con \$50.

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
Atención en una institución de enfermería especializada (SNF)	<p><u>Dentro de la red</u> Usted realiza un copago de \$0 por día, por los días 1 a 20; un copago de \$167.50 por día, por los días 21 a 100, por las hospitalizaciones cubiertas por Medicare en una institución de enfermería especializada.</p>	<p><u>Dentro de la red</u> Usted realiza un copago de \$0 por cada día, por los días 1 a 20; un copago de \$172.00 por cada día, por los días 21 a 100, por las hospitalizaciones cubiertas por Medicare en una institución de enfermería especializada.</p>
Atención de la vista (Que no cubre Medicare - examen oftalmológico)	<p><u>Dentro y fuera de la red</u> Usted paga un copago de \$10 por 1 examen oftalmológico de rutina cada año y tiene un monto asignado de \$40 para exámenes oftalmológicos de rutina fuera de la red cada año.</p>	<p><u>Dentro y fuera de la red</u> Usted paga un copago de \$0 por 1 examen oftalmológico de rutina cada año y tiene un monto asignado de \$40 para exámenes oftalmológicos de rutina fuera de la red cada año.</p>
Atención de la vista (Que no cubre Medicare - lentes)	<p><u>Dentro y fuera de la red</u> Usted paga un copago de \$0 (lentes monofocales, bifocales con división, trifocales o lenticulares únicamente) para 1 par de lentes cada 2 años.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por armazones de lentes.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por lentes de contacto.</p> <p>Tiene una cobertura limitada de \$100 para el plan para lentes de rutina dentro y fuera de la red cada 2 años (lo que incluye armazones de lentes o lentes de contacto).</p>	<p>Los lentes de rutina que no cubre Medicare <u>no</u> están cubiertos.</p>
Atención de emergencia a nivel mundial y servicios de urgencia	<p>Usted realiza un copago de \$80 por cada consulta a nivel mundial.</p>	<p>Usted realiza un copago de \$90 por cada consulta a nivel mundial.</p>

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

Cambios en nuestra Lista de medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se denomina Formulario o “Lista de medicamentos”. Le enviamos una copia de nuestra Lista de medicamentos en este sobre.

Hemos realizado cambios en nuestra Lista de medicamentos, incluidos cambios en los medicamentos que cubrimos y 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 cubiertos el próximo año y para saber si habrá restricciones de algún tipo.**

Si un cambio en la cobertura para medicamentos lo afecta a usted, puede hacer lo siguiente:

- **Consultar a su médico (o a otra persona autorizada a dar recetas) y pedirle al plan que haga una excepción** y cubra el medicamento. **Les recomendamos a los miembros actuales** 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 a Servicios para los miembros.
- **Consultar a su médico (o a otra persona autorizada a dar recetas) para encontrar un medicamento diferente** cubierto por nosotros. Puede llamar a Servicios para los miembros y pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección.

En algunas situaciones, debemos cubrir un suministro temporal de un medicamento que no está en el Formulario durante los primeros 90 días del año del plan o los primeros 90 días de la membresía para evitar una interrupción del tratamiento. En 2019, los miembros que se encuentren en centros de atención a largo plazo (Long Term Care, LTC) ahora recibirán un suministro temporal que tiene la misma cantidad de días de suministro temporal proporcionado en todos los demás casos: suministro para 31 días de medicamento en lugar de la cantidad proporcionada en 2018 (suministro para hasta 98 días de medicamento). (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 período en que vaya a obtener un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su médico para decidir qué hacer cuando se agote el suministro temporal. Puede cambiar a un medicamento diferente cubierto por el plan o solicitarle al plan que haga una excepción para usted y cubra el medicamento actual.

Es posible que las excepciones al formulario actuales aún estén cubiertas, según las circunstancias. Puede llamar a Servicios para los miembros para confirmar la duración de la cobertura.

La mayoría de los cambios nuevos en la Lista de medicamentos se realizan al comienzo de cada año. No obstante, durante el año, podemos hacer otros cambios permitidos por las reglas de Medicare.

A partir de 2019, podemos eliminar inmediatamente un medicamento de marca de nuestra Lista de medicamentos si, al mismo tiempo, lo reemplazamos por un nuevo medicamento genérico del mismo nivel de costo compartido o de un nivel de costo compartido más bajo y con las mismas restricciones o menos. Además, cuando agreguemos el nuevo medicamento genérico, podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos pero inmediatamente moverlo a un nivel de costo compartido diferente o agregar nuevas restricciones. Esto significa que, si está tomando el medicamento de marca que será reemplazado por el nuevo medicamento genérico (o el nivel o la restricción del medicamento de marca cambia), no recibirá siempre aviso del cambio 60 días antes de que lo apliquemos ni recibirá un resurtido para 60 días de su medicamento de marca en una farmacia de la red. Si está tomando el medicamento de marca, aún recibirá información sobre el cambio específico que realicemos, pero el aviso le puede llegar después de que apliquemos el cambio.

Además, a partir de 2019, antes de que hagamos otros cambios durante el año en nuestra Lista de medicamentos que debamos informarle con anticipación cuando esté tomando un medicamento determinado, le proporcionaremos un aviso 30 días, no 60 días, antes de que los apliquemos. O le proporcionaremos un resurtido para 30 días, y no para 60 días, del medicamento de marca en una farmacia de la red.

Cuando realizamos estos cambios en la Lista de medicamentos durante el año, aún puede trabajar con su médico (u otra persona autorizada a dar recetas) y solicitarnos que hagamos una excepción para cubrir el medicamento. También seguiremos actualizando nuestra Lista de medicamentos en línea según lo planeado y proporcionaremos otra información obligatoria para reflejar los cambios de 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 con receta

Nota: si participa en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda adicional”), **la información sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D puede no aplicarse en su caso.** Nosotros hemos incluido un inserto separado, que se denomina “Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs” (Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben Ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta), también denominada “Low Income Subsidy Rider” o “LIS Rider” (Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS), que le informa sobre los costos de sus medicamentos. Si recibe “Ayuda adicional” y no recibió el inserto con el paquete, llame a Servicios para los miembros y solicite la “Cláusula adicional LIS”. En la Sección 6.1 de este folleto, encontrará los números de teléfono de Servicios para los miembros.

Existen cuatro “etapas de pago de los medicamentos”. La cantidad que paga por un medicamento de la Parte D depende de la etapa de pago de los medicamentos en la que se encuentra. (Puede

consultar la Sección 2 del Capítulo 6 de la *Evidencia de cobertura* para obtener más información sobre las etapas).

La siguiente información describe los cambios para el próximo año en las dos primeras etapas: la Etapa del deducible anual y la Etapa de cobertura inicial. (La mayoría de los miembros no llega a las otras dos etapas: la Etapa del período sin cobertura o la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas. Para obtener información sobre sus costos en estas etapas, consulte las Secciones 6 y 7 del Capítulo 6 de la *Evidencia de cobertura* anexa).

Cambios en la Etapa del deducible

Etapa	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<p>Etapa 1: Etapa del deducible anual</p> <p>Durante esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos de marca preferida del Nivel 3, de marca no preferida del Nivel 4 y de especialidad del Nivel 5, hasta que alcance el deducible anual.</p>	<p>El deducible es de \$405 para los medicamentos de marca no preferida del Nivel 4 y de especialidad del Nivel 5 solamente.</p> <p>Durante esta etapa, usted paga un costo compartido de \$0-\$47 por los medicamentos genéricos preferidos del Nivel 1, genéricos del Nivel 2 y de marca preferida del Nivel 3, así como el costo total de los medicamentos de marca no preferida del Nivel 4 y de especialidad del Nivel 5, hasta que alcance el deducible anual.</p>	<p>El deducible es de \$415 para los medicamentos de marca preferida del Nivel 3, de marca no preferida del Nivel 4 y de especialidad del Nivel 5 solamente.</p> <p>Durante esta etapa, usted paga un costo compartido de \$0-\$19 por los medicamentos genéricos preferidos del Nivel 1 y genéricos del Nivel 2, y el costo total de los medicamentos de marca preferida nivel 3, marca no preferida nivel 4 y de especialidad nivel 5, hasta que alcance el deducible anual.</p>

Cambios en sus costos compartidos en la Etapa de cobertura inicial

Para saber cómo funcionan los copagos y los coseguros, consulte la Sección 1.2 del Capítulo 6, *Tipos de costos que es posible que deba pagar de su bolsillo por los medicamentos cubiertos* en su *Evidencia de cobertura*.

Etapa	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</p> <p>Una vez que usted paga el deducible anual, pasa a la Etapa de cobertura inicial. Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo.</p> <p>Los costos en esta fila son por un suministro para un mes (30 días) cuando obtiene sus medicamentos con receta en una farmacia de la red.</p> <p>Para obtener información sobre los costos de un suministro a largo plazo o de medicamentos con receta para pedido por correo, consulte la Sección 5 del Capítulo 6 de su <i>Evidencia de cobertura.</i></p> <p>Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos de la Lista de medicamentos. Para saber si sus medicamentos han pasado a un nivel diferente, búselos en la Lista de medicamentos.</p>	<p>Sus costos por un suministro para un mes en una farmacia de la red:</p> <p>Nivel 1: genéricos preferidos</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Costo compartido estándar:</i> usted paga un copago de \$5 por cada receta • <i>Costo compartido preferido:</i> usted paga un copago de \$0 por cada receta <p>Nivel 2: genéricos</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Costo compartido estándar:</i> usted paga un copago de \$19 por cada receta • <i>Costo compartido preferido:</i> usted paga un copago de \$14 por cada receta <p>Nivel 3: de marca preferida</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Costo compartido estándar:</i> usted paga un copago de \$47 por cada receta • <i>Costo compartido preferido:</i> usted paga un copago de \$42 por cada receta 	<p>Sus costos por un suministro para un mes en una farmacia de la red:</p> <p>Nivel 1: genéricos preferidos</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Costo compartido estándar:</i> usted paga un copago de \$5 por cada receta • <i>Costo compartido preferido:</i> usted paga un copago de \$0 por cada receta <p>Nivel 2: genéricos</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Costo compartido estándar:</i> usted paga un copago de \$19 por cada receta • <i>Costo compartido preferido:</i> usted paga un copago de \$14 por cada receta <p>Nivel 3: de marca preferida</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Costo compartido estándar:</i> usted paga un copago de \$47 por cada receta • <i>Costo compartido preferido:</i> usted paga un copago de \$42 por cada receta

Etapa	2018 (este año)	2019 (próximo año)
	<p>Nivel 4: de marca no preferida</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Costo compartido estándar:</i> usted paga un copago de \$100 por cada receta • <i>Costo compartido preferido:</i> usted paga un copago de \$95 por cada receta <p>Nivel 5: especialidad</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Costo compartido estándar:</i> usted paga el 25% del costo total • <i>Costo compartido preferido:</i> usted paga el 25% del costo total <hr/> <p>Una vez que los costos totales de los medicamentos alcancen los \$3,750, pasará a la siguiente etapa (Etapa del período sin cobertura).</p>	<p>Nivel 4: de marca no preferida</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Costo compartido estándar:</i> usted paga un copago de \$100 por cada receta • <i>Costo compartido preferido:</i> usted paga un copago de \$95 por cada receta <p>Nivel 5: especialidad</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Costo compartido estándar:</i> usted paga el 25% del costo total • <i>Costo compartido preferido:</i> usted paga el 25% del costo total <hr/> <p>Una vez que los costos totales de los medicamentos alcancen los \$3,820, pasará a la siguiente etapa (Etapa del período sin cobertura).</p>

Cambios en la Etapa del período sin cobertura y en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas

Las otras dos etapas de cobertura para medicamentos, la Etapa del período sin cobertura y la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, son para personas que necesitan medicamentos más costosos. **La mayoría de los miembros no llega a la Etapa del período sin cobertura o a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.** Para obtener información sobre sus costos en estas etapas, consulte las Secciones 6 y 7 del Capítulo 6 de su *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 2 Cómo decidir qué plan elegir

Sección 2.1 – Si desea seguir inscrito en en Blue Cross Medicare Advantage Choice Plus (PPO)

Para seguir inscrito en nuestro plan no es necesario que haga nada. Si no se inscribe en un plan diferente ni se cambia a Original Medicare hasta el 7 de diciembre, automáticamente seguirá inscrito como miembro de nuestro plan para el año 2019.

Sección 2.2 – Si desea cambiar de plan

Esperamos que continúe siendo miembro de nuestro plan durante 2019, pero si desea cambiar, siga estos pasos:

Paso 1: conozca y compare sus opciones

- Puede inscribirse en un plan de salud de Medicare diferente.
- *O BIEN*, puede cambiar a Original Medicare. Si cambia a Original Medicare, deberá decidir si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.

Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare, consulte la publicación *Medicare & You 2019* (Medicare y Usted 2019), llame a su Programa estatal de asistencia en seguros de salud (consulte la Sección 4) o llame a Medicare (consulte la Sección 6.2).

También puede encontrar información sobre los planes de su área mediante el Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare) disponible en el sitio web de Medicare. Visite <https://www.medicare.gov> y haga clic en “Find health & drug plans” (Buscar planes de salud y de medicamentos). **Aquí puede encontrar información sobre costos, cobertura y calificaciones de la calidad de los planes de Medicare.**

Paso 2: cambie su cobertura

- Para cambiar a un plan de salud de Medicare diferente, inscríbase en el nuevo plan. Automáticamente, se cancelará su inscripción en Blue Cross Medicare Advantage Choice Plus (PPO).
- Para cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos con receta, inscríbase en un plan de medicamentos nuevo. Automáticamente, se cancelará su inscripción en Blue Cross Medicare Advantage Choice Plus (PPO).

- Para **cambiarse a Original Medicare sin un plan de medicamentos con receta**, debe seguir uno de estos pasos:
 - Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con Servicios para los miembros (en la Sección 6.1 de este folleto encontrará los números de teléfono).
 - *O* puede llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana, y pedir que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 3 Plazo para el cambio de plan

Si desea cambiar a un plan diferente o a Original Medicare para el próximo año, puede hacerlo desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre**. El cambio entrará en vigencia el 1 de enero de 2019.

¿Puedo realizar un cambio en otro momento del año?

En ciertas situaciones, también se permite realizar cambios en otros momentos del año. Por ejemplo, las personas que tienen Medicaid, aquellos que reciben “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos, aquellos que tienen la cobertura de un empleador o van a dejarla, y las personas que se trasladan fuera del área de servicio pueden realizar un cambio en otros momentos del año. Para obtener más información, consulte la Sección 2.3 del Capítulo 10 de la *Evidencia de cobertura*.

Nota: si está inscrito en un programa de administración de medicamentos, quizás no pueda cambiar de plan.

Si usted está inscrito en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2019 y no le gusta su opción de plan, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) o cambiarse a Original Medicare (con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2019. Para obtener más información, consulte la Sección 2.2 del Capítulo 10 de la *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare

El Programa de asistencia de seguro de salud del estado (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa del gobierno con asesores capacitados en todos los estados. En Texas, el SHIP se llama Programa de Información, Consejería y Defensa en Salud (Health Information, Counseling, and Advocacy Program, HICAP).

El Programa de Información, Consejería y Defensa en Salud (HICAP) es un programa independiente (no se relaciona con ninguna compañía aseguradora ni plan de salud). Es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar

asesoramiento sobre seguros de salud, a nivel local y **en forma gratuita**, a las personas que tienen Medicare. Los asesores del Programa de Información, Consejería y Defensa en Salud (HICAP) pueden ayudarlo con las preguntas o los problemas que tenga respecto de Medicare. Podrán ayudarlo a comprender las opciones de los planes de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan. Puede llamar al Programa de Información, Consejería y Defensa en Salud (HICAP) al 1-800-252-9240. Para obtener más información sobre el Programa de Información, Consejería y Defensa en Salud (HICAP), visite su sitio web (www.tdi.texas.gov/consumer/hicap/).

SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta

Es posible que reúna los requisitos para recibir ayuda para pagar los medicamentos con receta. A continuación, enumeramos diferentes tipos de ayuda:

- **“Ayuda adicional” de Medicare.** Es posible que las personas con ingresos limitados reúnan los requisitos para recibir “Ayuda adicional” para pagar los costos de los medicamentos con receta. Si reúne los requisitos, Medicare podría pagar hasta el 75% o más de los costos de sus medicamentos, incluso las primas mensuales de los medicamentos con receta, los deducibles anuales y el coseguro. Además, las personas que reúnan los requisitos no tendrán un período sin cobertura ni una multa por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles para recibir esta ayuda y no lo saben. Para saber si reúne los requisitos, llame:
 - Al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
 - A la Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213, de 7:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes).
 - A la oficina de Medicaid de su estado (solicitudes).
- **Ayuda del programa de asistencia farmacéutica de su estado.** Texas tiene un programa denominado Programa de atención médica renal (Kidney Health Care Program, KHC) (únicamente asistencia para enfermedad renal terminal [End-Stage Renal Disease, ESRD]) y el Programa de medicación para el VIH de Texas (Texas HIV Medication Program, THMP) que ayuda a las personas a pagar los medicamentos con receta según su necesidad económica, edad o afección. Para obtener más información sobre estos programas, consulte con su Programa estatal de asistencia en seguros de salud (el nombre y los números de teléfono de estas organizaciones aparecen en la Sección 4 de este folleto).
- **Asistencia con los costos compartidos para medicamentos con receta para personas con VIH/SIDA.** El Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles para el ADAP que tienen VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH que salvan vidas. Las personas deben cumplir con ciertos criterios, incluso comprobante de residencia en el estado y estatus del VIH, comprobante de bajos ingresos según lo establece el Estado, y

estatus de no asegurado/con seguro insuficiente. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también estén cubiertos por el ADAP califican para la asistencia con los costos compartidos para medicamentos con receta a través de Texas HIV Medication Program (THMP), Attn: MSJA-MC 1873, P.O. Box 149347, Austin, TX 78714-9347; 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 6 Preguntas

Sección 6.1 – Cómo recibir ayuda de Blue Cross Medicare Advantage Choice Plus (PPO)

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudar. Llame a Servicios para los miembros al 1-877-774-8592. (Solo los usuarios de TTY deben llamar al 711). Estamos disponibles para recibir llamadas telefónicas de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los 7 días de la semana. Si llama del 1.º de abril al 30 de septiembre, se utilizarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz) durante los fines de semana y días festivos. Las llamadas a estos números son gratuitas.

Lea su *Evidencia de cobertura* de 2019 (describe en detalles los beneficios y costos para el próximo año)

Este *Aviso anual de cambios* le ofrece un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2019. Para obtener detalles, consulte la *Evidencia de cobertura* de 2019 para Blue Cross Medicare Advantage Choice Plus (PPO). La *Evidencia de cobertura* es la descripción detallada legal de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las normas que debe seguir para recibir sus servicios cubiertos y medicamentos con receta. Una copia de la *Evidencia de cobertura* se incluye en este sobre.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web en www.getbluetx.com/mapd. Le recordamos que, en nuestro sitio web, puede encontrar la información más actualizada acerca de nuestra red de proveedores (Directorio de proveedores) y nuestra lista de medicamentos cubiertos (Formulario/Lista de medicamentos).

Sección 6.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare, haga lo siguiente:

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

Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, 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 (<https://www.medicare.gov>). Tiene información acerca de los costos, la cobertura y las calificaciones de calidad para ayudarlo a comparar los planes de salud de Medicare. Puede encontrar información sobre los planes disponibles en su área mediante el Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare) en el sitio web de Medicare. (Para ver la información sobre los planes, vaya a <https://www.medicare.gov> y haga clic en “Find health & drug plans” [Buscar planes de salud y de medicamentos]).

Lea *Medicare & You 2019* (Medicare y usted 2019)

Puede leer el Manual *Medicare & You 2019* (Medicare y Usted 2019). Cada año, en otoño, este folleto se envía por correo a las personas que tienen Medicare. Contiene un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare, y las respuestas a las preguntas más frecuentes acerca de Medicare. Si usted no tiene una copia de este folleto, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov>) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Los proveedores fuera de la red o no contratados no tienen obligación de atender a los miembros de Blue Cross Medicare Advantage Choice Plus (PPO), salvo en situaciones de emergencia. Llame a nuestro número de Servicios para los miembros o consulte su Evidencia de cobertura para obtener más información, incluyendo el costo compartido que se aplica a los servicios fuera de la red.

Esta información no es una descripción exhaustiva de beneficios. Llame a Servicios para los miembros al 1-877-774-8592 (Solo los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711) para obtener más información.