

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

Aviso Anual de Cambios para 2021

Actualmente está asegurado como miembro de Blue Cross Medicare Advantage Choice Premier (PPO)SM. El próximo año, habrá algunos cambios en los costos y beneficios del plan. *Este folleto le informa sobre los cambios.*

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

Qué hacer ahora

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

- Consulte los cambios en nuestros beneficios y costos para ver si le afectan.
 - Es importante revisar su cobertura ahora para asegurarse de que satisfaga sus necesidades el próximo año.
 - ¿Los cambios afectan los servicios que usted utiliza?
 - Consulte las secciones 1.1 y 1.5 para obtener información sobre los cambios en los beneficios y costos de nuestro plan.
- Consulte los cambios en el folleto de nuestra cobertura de medicamentos recetados para ver si le afectan.
 - ¿Se cubrirán sus medicamentos?
 - ¿Están sus medicamentos en un nivel diferente, con Gastos compartidos diferentes?
 - ¿Alguno de sus medicamentos tiene nuevas restricciones, como necesitar nuestra aprobación antes de obtenerlos?
 - ¿Puede seguir usando las mismas farmacias? ¿Hay cambios en el costo de usar esta farmacia?
 - Revise la Lista de medicamentos de 2021 y mire en la Sección 1.6 para obtener información sobre los cambios en nuestra cobertura de medicamentos.

- Los costos de sus medicamentos pueden haber aumentado desde el año pasado. Hable con su médico sobre las alternativas de menor costo que puedan estar disponibles para usted; esto puede ahorrarle costos de bolsillo anuales durante todo el año. Para obtener información adicional sobre los precios de los medicamentos, visite go.medicare.gov/drugprices. Estos paneles de control destacan qué fabricantes han estado aumentando sus precios y también muestran otra información de precios de medicamentos de un año a otro. Tenga en cuenta que los beneficios de su plan determinarán exactamente cuánto pueden cambiar sus propios costos de medicamentos.

- Verifique si sus médicos y otros prestadores de servicios médicos estarán en nuestra red el próximo año.
 - ¿Están en nuestra red sus médicos, incluidos los especialistas que consulta regularmente?
 - ¿Qué pasa con los hospitales u otros prestadores de servicios médicos que usa?
 - Mire en la sección 1.3 para obtener información sobre nuestro *Directorio de prestadores de servicios médicos*.
- Piense en sus costos generales de atención médica.
 - ¿Cuánto gastará usted de su bolsillo por los servicios y medicamentos recetados que toma regularmente?
 - ¿Cuánto gastará en su prima y deducibles?
 - ¿Cómo se comparan los costos totales de su plan con otras opciones de cobertura de Medicare?
- Piense si está satisfecho con nuestra cobertura.

2. COMPARE: Aprenda sobre otras opciones de planes

- Verifique la cobertura y los costos de las coberturas en su área.
 - Use la función de búsqueda personalizada en el Buscador de Coberturas de Medicare en el sitio web www.medicare.gov/plan-compare.
 - Revise la lista al final de su folleto Medicare y Usted.
 - Consulte la sección 3.2 para obtener más información sobre sus opciones.
- Una vez que limite 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 cambia a una cobertura diferente antes del 7 de diciembre de 2020, estará asegurado en Blue Cross Medicare Advantage Choice Premier (PPO).
- Para cambiar a **una cobertura diferente** que satisfaga mejor sus necesidades, puede cambiar de cobertura entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre.

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

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

- Si se une a otra cobertura antes del **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 English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call Customer Service at 1-888-285-2249 (TTY only, call 711) for more information.
- ATENCIÓN: Si habla inglés, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame a Servicio al Cliente al 1-877-774-8592 (TTY: 711) para recibir más información.
- Please contact our Customer Service number at 1-877-774-8592 for additional information. (TTY users should call 711). Hours are 8:00 a.m. – 8:00 p.m., local time, 7 days a week. If you are calling from April 1 through September 30, alternate technologies (for example, voicemail) will be used on weekends and holidays.
- Para obtener más información, por favor póngase en contacto con nuestro número de servicio al cliente en 1-877-774-8592. (Usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, 7 días a la semana. Si llama entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, informamos que se utilizarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz) los fines de semana y festivos.
- Comuníquese con Blue Cross Medicare Advantage Choice Premier (PPO) si necesita esta información en otro idioma o formato (español, braille, letra grande o formatos alternativos).
- **La cobertura bajo este seguro califica como Cobertura médica calificada (QHC, por sus siglas en inglés)** y satisface el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA, por sus siglas en inglés). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información.

Acerca de Blue Cross Medicare Advantage Choice Premier (PPO)

- Las coberturas PPO son proporcionadas por HCSC Insurance Services Company (HISC). Planes PPO grupales de empleador y sindicato proporcionados por Health Care Service Corporation, a Mutual Legal Reserve Company (HCSC). HCSC e HISC son Licenciarios independientes de la Asociación Blue Cross and Blue Shield. HISC es una organización de Medicare Advantage con un contrato de Medicare. La inscripción en las coberturas de HISC depende de la renovación del contrato.
 - Cuando este folleto dice "nosotros", "nos" o "nuestro", significa HCSC Insurance Services Company (HISC). Cuando dice "cobertura" o "nuestra cobertura", significa Blue Cross Medicare Advantage Choice Premier (PPO).
-

Resumen de Costos Importantes para 2021

La siguiente tabla compara los costos de 2020 y los costos de 2021 para Blue Cross Medicare Advantage Choice Premier (PPO) 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/plandocs/eoc. 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)
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser mayor o menor que esta cantidad. Consulte la sección 1.1 para más detalles.	\$90	\$90
Montos máximos de desembolso Este es el <u>máximo</u> que va a pagar de costos de bolsillo por sus servicios incluidos en la cobertura. (Consulte la sección 1.2 para más detalles.)	De prestadores de servicios médicos de la red: \$5,900 De la red y prestadores de servicios médicos fuera de la red combinados: \$10,000	De prestadores de servicios médicos de la red: \$7,550 De la red y prestadores de servicios médicos fuera de la red combinados: \$11,300
Consultas médicas <u>presenciales</u>	<u>Dentro de la red</u> Consultas de atención básica: copago de \$15 por consulta Consultas de especialistas: copago de \$45 por consulta <u>Fuera de la red</u> Consultas de atención básica: 50% del costo total por consulta Consultas de especialistas: 50% del costo total por consulta	<u>Dentro de la red</u> Consultas de atención básica: copago de \$5 por consulta Consultas de especialistas: copago de \$35 por consulta <u>Fuera de la red</u> Consultas de atención básica: 50% del costo total por consulta Consultas de especialistas: 50% del costo total por consulta

Costo	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
<p>Hospitalizaciones Incluye hospitalización para problemas agudos, rehabilitación hospitalaria, atención hospitalaria a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes internados. Los servicios hospitalarios para pacientes internados comienzan el día en que usted ingresa formalmente al hospital con una orden médica. El día anterior a su alta médica es su último día como paciente hospitalizado.</p>	<p><u>Dentro de la red</u> Copago de \$275 diarios para los días 1-5 y un copago de \$0 por día para los días 6-90 Copago de \$0 por día a partir del día 91</p> <p><u>Fuera de la red</u> 50% del costo total por estadía</p>	<p><u>Dentro de la red</u> Copago de \$275 diarios para los días 1-5 y un copago de \$0 por día para los días 6-90 Copago de \$0 por día a partir del día 91</p> <p><u>Fuera de la red</u> 50% del costo total por estadía</p>
<p>Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D (Consulte la sección 1.6 para más detalles.)</p>	<p>Deducible: \$435 Copago/Coaseguro durante la etapa de cobertura inicial:</p> <p>Nivel 1 de pago por medicamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Gastos compartidos estándar:</i> copago de \$5 • <i>Gastos compartidos preferenciales:</i> copago de \$0 <p>Nivel 2 de pago por medicamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Gastos compartidos estándar:</i> copago de \$19 • <i>Gastos compartidos preferenciales:</i> copago de \$14 <p>Nivel 3 de pago por medicamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Gastos compartidos estándar:</i> copago de \$47 • <i>Gastos compartidos preferenciales:</i> copago de \$42 	<p>Deducible: \$300 Copago/Coaseguro durante la etapa de cobertura inicial:</p> <p>Nivel 1 de pago por medicamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Gastos compartidos estándar:</i> copago de \$7 • <i>Gastos compartidos preferenciales:</i> copago de \$0 <p>Nivel 2 de pago por medicamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Gastos compartidos estándar:</i> copago de \$20 • <i>Gastos compartidos preferenciales:</i> copago de \$13 <p>Nivel 3 de pago por medicamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Gastos compartidos estándar:</i> copago de \$47 • <i>Gastos compartidos preferenciales:</i> copago de \$40

Costo	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
	<p>Nivel 4 de pago por medicamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Gastos compartidos estándar:</i> copago de \$100 • <i>Gastos compartidos preferenciales:</i> copago de \$95 <p>Nivel 5 de pago por medicamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Gastos compartidos estándar:</i> 25% del costo total • <i>Gastos compartidos preferenciales:</i> 25% del costo total 	<p>Nivel 4 de pago por medicamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Gastos compartidos estándar:</i> copago de \$100 • <i>Gastos compartidos preferenciales:</i> copago de \$93 <p>Nivel 5 de pago por medicamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Gastos compartidos estándar:</i> 27% del costo total • <i>Gastos compartidos preferenciales:</i> 27% del costo total

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	1
Sección 1.1 – Cambios a la Prima Mensual.....	1
Sección 1.2 – Cambios en su monto máximo de costos de bolsillo	1
Sección 1.3 – Cambios en la Red de prestadores de servicios médicos	2
Sección 1.4 – Cambios en la red de farmacias.....	3
Sección 1.5 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos.....	3
Sección 1.6 – Cambios en la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D.....	9
SECCIÓN 2 Cambios administrativos	13
SECCIÓN 3 Decidir qué cobertura elegir	14
Sección 3.1 – Si desea permanecer en Blue Cross Medicare Advantage Choice Premier (PPO).....	14
Sección 3.2 - Si quiere cambiar de cobertura	14
SECCIÓN 4 Fecha límite para cambiar de coberturas	15
SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare	16
SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta ..	16
SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas?	17
Sección 7.1 – Obtención de ayuda de Blue Cross Medicare Advantage Choice Premier (PPO).....	17
Sección 7.2 – Obtención de ayuda de Medicare	18

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

Sección 1.1 – Cambios a la Prima Mensual

Gasto	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
Prima mensual (También debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare).	\$90	\$90

- Su prima mensual del plan será *más* si debe pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D de por vida por no tener otra cobertura de medicamentos que sea al menos tan buena como la cobertura de medicamentos de Medicare (también conocida como "cobertura acreditable") durante 63 días o más.
- Si tiene un ingreso más alto, es posible que deba pagar un monto adicional cada mes directamente al gobierno por su cobertura de medicamentos recetados de Medicare.
- Su prima mensual será *menos* si recibe "Beneficio Adicional" con los costos de sus medicamentos recetados. Por favor vea la sección 6 con respecto al "Beneficio Adicional" de Medicare.

Sección 1.2 – Cambios en su monto máximo de costos de bolsillo

Para protegerlo, Medicare exige que todas las coberturas de salud limiten la cantidad que paga "de gasto de bolsillo" durante el año. Estos límites se denominan "costos máximos de bolsillo". Una vez que alcanza esta cantidad, generalmente no paga nada por los servicios con cobertura por el resto del año.

Costo	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
Cantidad máxima de costos de bolsillo dentro de la red Sus costos por servicios médicos con cobertura (como copagos) de los prestadores de servicios médicos de la red cuentan para su monto máximo de costos de bolsillo dentro de la red. Su prima de la cobertura y sus costos de los medicamentos con receta no cuentan para su monto máximo de costos de bolsillo.	\$5,900	\$7,550 Una vez que haya pagado \$7,550 de gasto de bolsillo por los servicios con cobertura, no pagará nada por los servicios con cobertura de los prestadores de servicios médicos de la red durante el resto del año calendario.

Costo	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
Cantidad máxima combinada de costos de bolsillo	\$10,000	\$11,300
Sus costos por los servicios médicos con cobertura (como copagos) de prestadores de servicios médicos dentro y fuera de la red cuentan para su monto máximo de costos de bolsillo combinado. La prima de su cobertura no cuenta para su monto máximo de costos de bolsillo.		Una vez que haya pagado \$11,300 de gasto de bolsillo por los servicios con cobertura, no pagará nada por los servicios con cobertura de los prestadores de servicios médicos de la red o fuera de la red durante el resto del año calendario.

Sección 1.3 – Cambios en la Red de prestadores de servicios médicos

Hay cambios en nuestra red de prestadores de servicios médicos para el próximo año. Un *Directorio de prestadores de servicios médicos* actualizado se encuentra en nuestro sitio web en www.getbluetx.com/mapd. También puede llamar al 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.
- Lo ayudaremos a seleccionar un nuevo prestador de servicios médicos calificado para continuar administrando sus necesidades de atención médica.
- Si está recibiendo tratamiento médico, tiene derecho a solicitarlo, y trabajaremos con usted para garantizar que no se interrumpa el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo.
- Si considera que no le hemos asignado un prestador de servicios médicos calificado para reemplazar a su antiguo prestador de servicios médicos o que su servicio de atención no está siendo administrado correctamente, tiene derecho de apelar nuestra decisión.
- Si descubre que su médico o especialista abandonará su cobertura, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo prestador de servicios médicos para administrar su atención.

Sección 1.4 – Cambios en la red de farmacias

Los precios que usted pague por sus medicamentos recetados 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 *solamente* si se surten en una de nuestras farmacias de la red. Nuestra red incluye farmacias con gastos compartidos preferenciales, que pueden ofrecerle un gasto compartido más bajo que el gasto compartido estándar ofrecido por otras farmacias de la red para algunos medicamentos.

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/mapd/pharmacies. También puede llamar al Servicio al cliente para obtener información actualizada sobre los prestadores de servicios médicos 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

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

Costo	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
Acupuntura para el dolor lumbar crónico (Con cobertura de Medicare)	<u>Dentro de la red</u> Usted paga un copago de \$45 por cada consulta con cobertura de Medicare.	<u>Dentro de la red</u> Usted paga un copago de \$35 por cada consulta con cobertura de Medicare.
Servicios de ambulancia	<u>No</u> se requiere autorización previa para los servicios de ambulancia con cobertura de Medicare que no sean de emergencia.	Se requiere autorización previa para los servicios de ambulancia con cobertura de Medicare que no sean de emergencia.

Costo	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
<p>Servicios y suministros para diabéticos</p>	<p><u>Dentro de la red</u> Usted paga Gasto compartido del 0% limitado a suministros de prueba para diabéticos (medidores, tiras y lancetas) obtenidos en la farmacia para un producto de la marca LifeScan (OneTouch Verio Flex, OneTouch Verio, OneTouch Ultra Mini y OneTouch Ultra 2).</p> <p>Gastos compartidos del 20% para suministros de prueba para diabéticos no preferidos incluidos en la cobertura.</p> <p>Gastos compartidos del 20% para todos los demás suministros para diabéticos en esta categoría. Todas las tiras reactivas también estarán sujetas a un límite de cantidad de 204 por cada 30 días. Los productos de monitoreo continuo de glucosa (CGM, por sus siglas en inglés) obtenidos a través de la farmacia estarán sujetos a autorización previa.</p>	<p><u>Dentro de la red</u> Usted paga Gastos compartidos del 0%, limitado a suministros de prueba para diabéticos (medidores, tiras y lancetas) obtenidos en la farmacia para un producto de la marca LifeScan (OneTouch Verio Flex, OneTouch Verio Reflect, OneTouch Verio, OneTouch Ultra Mini y OneTouch Ultra 2).</p> <p>Gastos compartidos del 20% para todos los demás suministros para diabéticos, incluidas las excepciones aprobadas. Todas las tiras reactivas también estarán sujetas a un límite de cantidad de 204 por cada 30 días. Los productos de monitoreo continuo de glucosa (CGM, por sus siglas en inglés) obtenidos a través de la farmacia estarán sujetos a autorización previa.</p>
<p>Audífonos (Sin cobertura de Medicare)</p>	<p>Los audífonos <u>no</u> están incluidos en la cobertura.</p>	<p><u>Dentro y fuera de la red</u> No hay límite para la cantidad de audífonos hasta la asignación de cobertura de la cobertura.</p> <p>Hay un límite máximo de cobertura del plan de \$1,000 para audífonos (ambos oídos combinados) comprados dentro o fuera de la red cada 3 años.</p>

Costo	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
Exámenes auditivos (Sin cobertura de Medicare)	Los exámenes auditivos de rutina y los exámenes para ajustar y evaluar los aparatos auditivos <u>no</u> están incluidos en la cobertura.	<p><u>Dentro de la red</u> Usted paga copago de \$10 por 1 examen auditivo de rutina cada 3 años.</p> <p>Usted paga copago de \$0 por 1 visita de evaluación y ajuste de audífonos cada 3 años.</p> <p><u>Fuera de la red</u> Usted paga 50% del costo total por 1 examen auditivo de rutina cada 3 años.</p> <p>Usted paga 50% del costo total por 1 visita de evaluación y ajuste de audífonos cada 3 años.</p>
Terapia de infusión en el hogar	La terapia de infusión en el hogar <u>no</u> está incluida en la cobertura.	<p><u>Dentro de la red</u> Usted paga un copago de \$0 por la terapia de infusión en el hogar.</p> <p><u>Fuera de la red</u> Usted paga 50% del costo total por terapia de infusión en el hogar.</p>
Servicios de diálisis renal	<p><u>Fuera de la red</u> Usted paga 20% del costo total por servicios de diálisis con cobertura de Medicare.</p>	<p><u>Fuera de la red</u> Usted paga 50% del costo total por servicios de diálisis con cobertura de Medicare.</p>
Servicios educativos sobre enfermedades renales	Se requiere autorización previa para los servicios educativos sobre enfermedad renal con cobertura de Medicare.	<p><u>No</u> se requiere autorización previa para los servicios de educación sobre enfermedad renal con cobertura de Medicare.</p>

Costo	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
<p>Servicios del programa de tratamiento con opioides</p>	<p><u>Dentro de la red</u> Usted paga copago de \$75 por cada servicio de tratamiento con opioides con cobertura de Medicare.</p> <p>Se requiere autorización previa para los servicios del programa de tratamiento con opioides con cobertura de Medicare.</p>	<p><u>Dentro de la red</u> Usted paga copago de \$0 por cada servicio de tratamiento con opioides con cobertura de Medicare.</p> <p><u>No</u> se requiere autorización previa para los servicios del programa de tratamiento con opioides con cobertura de Medicare.</p>
<p>Otros profesionales de la salud (por ejemplo, enfermero practicante, asistente médico)</p>	<p><u>Dentro de la red</u> Usted paga copago de \$15 por servicios prestados por un PCP y un copago de \$45 por servicios prestados por un especialista.</p>	<p><u>Dentro de la red</u> Usted paga copago de \$5 por servicios prestados por un médico PCP y un copago de \$35, por servicios prestados por un especialista.</p>
<p>Servicios de sangre para pacientes ambulatorios</p>	<p><u>Dentro y fuera de la red</u> La cobertura de sangre completa y glóbulos rojos empaquetados comienza solo a partir de la cuarta pinta de sangre que usted necesite: usted debe pagar los costos de las primeras 3 pintas de sangre que recibe en un año calendario o que usted o alguien más done la sangre. Todos los demás componentes de la sangre tienen cobertura comenzando con la primera pinta utilizada.</p>	<p><u>Dentro y fuera de la red</u> La cobertura de sangre total y glóbulos rojos empaquetados (así como otros componentes de la sangre) comienza desde la primera pinta de sangre que necesite.</p>

Costo	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
Servicios de radiología de diagnóstico para pacientes ambulatorios	<p><u>Dentro de la red</u> Usted paga copago entre \$275 y \$325 (\$275 en una clínica de radiología independiente y \$325 en hospitalización ambulatoria) por servicios de radiología de diagnóstico para pacientes externos con cobertura de Medicare (como resonancias magnéticas y tomografías computarizadas).</p>	<p><u>Dentro de la red</u> Usted paga copago de \$225 a \$300 (\$225 en una clínica de radiología independiente; \$300 en un hospital de servicios ambulatorios) por servicios de radiología de diagnóstico para pacientes externos con cobertura de Medicare (como resonancias magnéticas y tomografías computarizadas).</p>
Servicios de laboratorio para pacientes ambulatorios	<p><u>Dentro de la red</u> Usted paga un copago de \$5 a \$50 (\$5 en un laboratorio independiente; \$15 en el consultorio del PCP; \$45 en el consultorio de un especialista; \$50 en un hospital de servicios ambulatorios) por servicios de laboratorio para pacientes externos con cobertura de Medicare.</p>	<p><u>Dentro de la red</u> Usted paga un copago de \$5 a \$50 (\$5 en laboratorios independientes, \$5 con médicos PCP, \$35 con médicos especialistas y, \$50 por atención ambulatoria en hospital) por servicios de laboratorio para pacientes externos con cobertura de Medicare.</p>

Costo	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
Artículos sin receta (sin cobertura de Medicare)	Los artículos sin receta <u>no</u> están incluidos en la cobertura.	<p><u>Dentro y fuera de la red</u></p> <p>El plan cubre hasta Subsidio de \$50 cada tres 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. El miembro selecciona artículos del catálogo y los artículos se envían a los miembros. No se emite tarjeta ni se cambia efectivo.</p> <p>Este beneficio también cubre la terapia de reemplazo de nicotina (NRT).</p>
Servicios de médicos especialistas	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Usted paga copago de \$45 por cada consulta a un especialista con cobertura de Medicare.</p>	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Usted paga copago de \$35 por cada consulta a un especialista con cobertura de Medicare.</p>
Servicios de médico de cabecera	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Usted paga un copago de \$15 por cada consulta al médico de cabecera con cobertura de Medicare.</p>	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Usted paga un copago de \$5 por cada consulta al médico de cabecera con cobertura de Medicare.</p>
Atención en un centro de enfermería especializada (SNF, en inglés)	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Usted paga copago de \$0 por día para los días 1-20 y un copago de \$178 por día para los días 21-100 por cada estadía en un SNF con cobertura de Medicare.</p>	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Usted paga copago de \$0 por día para los días 1-20 y un copago de \$184 por día para los días 21-100 por cada estadía en un SNF con cobertura de Medicare.</p>
Servicios de Telesalud	Los servicios de telesalud adicionales <u>no</u> están incluidos en la cobertura.	<p><u>Dentro y fuera de la red</u></p> <p>Usted paga copago de \$0 por visitas de atención médica inmediata a través de MDLive.</p>

Costo	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
Cuidado de la visión (Anteojos sin cobertura de Medicare)	<p><u>Dentro y fuera de la red</u></p> <p>La cobertura incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • lentes de contacto (Cantidad ilimitada de lentes de contacto) • armazones para anteojos (Cantidad ilimitada de armazones) • cristales para anteojos (Cantidad ilimitada de cristales para anteojos (Solo cristales monofocales, bifocales con línea divisoria, trifocales o lenticulares).) <p>Cobertura limitada de \$100 cada 2 años dentro y fuera de la red para anteojos de rutina (incluye armazones para anteojos, cristales y lentes de contacto).</p>	<p><u>Dentro y fuera de la red</u></p> <p>La cobertura incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • lentes de contacto (Cantidad ilimitada de lentes de contacto) • armazones de anteojos (1 par de armazones por año) • cristales para anteojos (1 par de cristales para anteojos cada año (Solo anteojos estándar. Lentes progresivas excluidas)) <p>Cobertura limitada de \$100 dentro y fuera de la red para anteojos de rutina cada año (incluyendo armazones para anteojos, lentes y lentes de contacto).</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 con cobertura se llama Formulario o "Lista de medicamentos". Una copia de nuestra Lista de medicamentos se proporciona electrónicamente.

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

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

- **Trabajar con su médico (u otra persona que recete) y solicite a la cobertura que haga una excepción** para cubrir el medicamento. **Alentamos a los asegurados actuales a solicitar una excepción antes del próximo año.**
 - Para saber qué debe hacer para solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 de su *Evidencia de cobertura (Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas))* o llame a Servicio al Cliente.

- **Trabajar con su médico (u otra persona que recete) para encontrar un medicamento diferente** que incluimos en la cobertura. Puede llamar a Servicio al Cliente para solicitar una lista de medicamentos incluidos en la cobertura que tratan la misma afección médica.

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

Es posible que las excepciones al formulario actual aún estén incluidas en la cobertura, según las circunstancias. 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.

Cuando realizamos estos cambios en la Lista de medicamentos durante el año, aún puede trabajar con su médico (u otro recetador) y solicitarnos que hagamos una excepción para cubrir el medicamento. También continuaremos actualizando nuestra Lista de medicamentos en línea según lo programado y brindaremos otra información requerida para reflejar los cambios en los medicamentos. (Para obtener más información sobre los cambios que podemos realizar en la Lista de medicamentos, consulte el capítulo 5, sección 6 de la *Evidencia de cobertura*).

Cambios en los costos de medicamentos recetados

Nota: Si está en un programa que ayuda a pagar sus medicamentos ("Beneficio Adicional"), **La información sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D posiblemente no se aplica a usted.** Hemos incluido un documento por separado, llamado "Cláusula de evidencia de cobertura para personas que reciben Beneficio Adicional para pagar sus medicamentos recetados" (también llamada "Cláusula adicional de subsidio por bajos ingresos" o "Cláusula adicional LIS"), que le informa sobre los costos de sus medicamentos. Si recibe "Beneficio Adicional" y no recibió este inserto con este paquete, llame al Servicio al Cliente y solicite el "Anexo LIS".

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

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

Cambios a la etapa del deducible

Etapa	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
<p>Etapa 1: Etapa de deducible anual</p> <p>Durante esta etapa, usted paga el costo total de sus Nivel 3 de marca comercial preferencial, Nivel 4 de medicamento no preferencial y Nivel 5 de especialidad. medicamentos hasta que haya alcanzado el deducible anual.</p>	<p>El deducible es \$435.</p> <p>Durante esta etapa, usted paga \$0 a \$19 los Gastos compartidos de los medicamentos en Nivel 1 de genérico preferido y Nivel 2 de genérico y el costo total de los medicamentos en Nivel 3 de marca preferencial, Nivel 4 de marca no preferencial y Nivel 5 de especialidad hasta que haya alcanzado el deducible anual.</p>	<p>El deducible es \$300.</p> <p>Durante esta etapa, usted paga \$0 a \$20 los Gastos compartidos de los medicamentos en Nivel 1 de genérico preferido y Nivel 2 de genérico y el costo total de los medicamentos Nivel 3 de marca comercial preferencial, Nivel 4 de medicamento no preferencial y Nivel 5 de especialidad. hasta que haya alcanzado el deducible anual.</p>

Cambios en sus Gastos compartidos en la etapa de cobertura inicial

Para saber cómo funcionan los copagos y el coaseguro, consulte el Capítulo 6, Sección 1.2, *Tipos de costos de bolsillo que puede pagar por medicamentos incluidos en la cobertura 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.</p>	<p>Su gasto por un suministro de un mes en una farmacia de la red:</p> <p>Nivel 1 – Genérico preferencial: <i>Gastos compartidos estándar:</i> Usted paga copago de \$5 por receta.</p> <p><i>Gastos compartidos preferenciales:</i> Usted paga copago de \$0 por receta.</p>	<p>Su gasto por un suministro de un mes en una farmacia de la red:</p> <p>Nivel 1 – Genérico preferencial: <i>Gastos compartidos estándar:</i> Usted paga copago de \$7 por receta.</p> <p><i>Gastos compartidos preferenciales:</i> Usted paga copago de \$0 por receta.</p>

Etapa	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
<p>Para información sobre los costos para 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>. Cambiamos el nivel de algunos de los medicamentos en nuestra Lista de medicamentos. Para ver si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búsquelos en la Lista de medicamentos.</p>	<p>Nivel 2 – Genérico: <i>Gastos compartidos estándar:</i> Usted paga copago de \$19 por receta. <i>Gastos compartidos preferenciales:</i> Usted paga copago de \$14 por receta.</p> <p>Nivel 3 – Marca preferencial: <i>Gastos compartidos estándar:</i> Usted paga copago de \$47 por receta.</p> <p><i>Gastos compartidos preferenciales:</i> Usted paga copago de \$42 por receta.</p> <p>Nivel 4 – Marca no preferencial: <i>Gastos compartidos estándar:</i> Usted paga copago de \$100 por receta.</p> <p><i>Gastos compartidos preferenciales:</i> Usted paga copago de \$95 por receta.</p> <p>Nivel 5 – Especialidad: <i>Gastos compartidos estándar:</i> Usted paga 25% del costo total.</p> <p><i>Gastos compartidos preferenciales:</i> Usted paga 25% del costo total</p>	<p>Nivel 2 – Genérico: <i>Gastos compartidos estándar:</i> Usted paga copago de \$20 por receta. <i>Gastos compartidos preferenciales:</i> Usted paga copago de \$13 por receta.</p> <p>Nivel 3 – Marca preferencial: <i>Gastos compartidos estándar:</i> Usted paga copago de \$47 por receta.</p> <p><i>Gastos compartidos preferenciales:</i> Usted paga copago de \$40 por receta.</p> <p>Nivel 4 – Medicamento no preferencial: <i>Gastos compartidos estándar:</i> Usted paga copago de \$100 por receta.</p> <p><i>Gastos compartidos preferenciales:</i> Usted paga copago de \$93 por receta.</p> <p>Nivel 5 – Especialidad: <i>Gastos compartidos estándar:</i> Usted paga 27% del costo total.</p> <p><i>Gastos compartidos preferenciales:</i> Usted paga 27% del costo total</p>

Etapa	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
	Una vez que sus costos totales de medicamentos hayan alcanzado \$4,020, pasará a la siguiente etapa (la Etapa de lapso sin cobertura).	Una vez que sus costos totales de medicamentos hayan alcanzado \$4,130, pasará a la siguiente etapa (la Etapa de lapso sin cobertura).

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

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

SECCIÓN 2 Cambios administrativos

Descripción	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
Suministros para pruebas de diabetes	Los suministros para pruebas de diabetes se limitan a estos productos de la marca LifeScan: OneTouch Verio Flex, OneTouch Verio, OneTouch Ultra Mini y OneTouch Ultra 2.	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.

Descripción	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
<p>El suministro a largo plazo de un medicamento recetado con cobertura de la Parte D</p> <p>(Nivel 1– Genérico preferencial)</p>	<p>Para los medicamentos del Nivel 1, puede obtener un suministro a largo plazo (también llamado "suministro extendido") cuando surte su receta. Un suministro a largo plazo es un suministro de hasta 90 días.</p>	<p>Para los medicamentos del Nivel 1, puede obtener un suministro a largo plazo (también llamado "suministro extendido") cuando surte su receta. Un suministro a largo plazo es de hasta 100 días.</p>
<p>Área de servicio</p>	<p>El área de servicio de este plan incluye estos condados: Bastrop, Burnet, Caldwell, Fayette, Hays, Lee, Llano, Travis y Williamson.</p>	<p>El área de servicio de este plan incluye estos condados: Bastrop, Burnet, Caldwell, Fayette, Hays, Lampasas, Lee, Llano, Milam, Travis y Williamson.</p>

SECCIÓN 3 Decidir qué cobertura elegir

Sección 3.1 – Si desea permanecer en Blue Cross Medicare Advantage Choice Premier (PPO)

Para permanecer en nuestra cobertura 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 Choice Premier (PPO).

Sección 3.2 - Si quiere 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 tiempo a una cobertura de salud 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. Si no se inscribe en una cobertura de medicamentos de Medicare, consulte la Sección 1.1 con respecto a una posible multa por inscripción tardía de la Parte D.

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

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

Paso 2: Cambie su cobertura

- Para **cambiar a una cobertura de salud diferente de Medicare**, inscríbese en la nueva cobertura. Se le dará de baja automáticamente de Blue Cross Medicare Advantage Choice Premier (PPO).
- Para **cambiarse a Medicare Original con una cobertura de medicamentos recetados**, inscríbese en la nueva cobertura de medicamentos. Se le dará de baja automáticamente de Blue Cross Medicare Advantage Choice Premier (PPO).
- Para **cambiarse a Medicare Original 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** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicite que se cancele su cobertura. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 4 Fecha límite para cambiar de coberturas

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

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

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

Si está asegurado en una cobertura Medicare Advantage para el 1 de enero de 2021 y no le gusta su elección de cobertura, puede cambiar a otra cobertura de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) o cambiar a Medicare Original (con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2021. Para obtener más información, consulte el Capítulo 10, Sección 2.2 de la *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare

El Programa Estatal de Asistencia de Seguros Médicos (SHIP, por sus siglas en inglés) es un programa gubernamental con asesores capacitados en todos los estados. En Texas, el SHIP se llama Programa de Información, Asesoramiento y Defensa de la Salud (HICAP).

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

SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta

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

- **"Beneficio Adicional" de Medicare.** Las personas con ingresos limitados pueden calificar para recibir "Beneficio Adicional" para pagar los costos de sus medicamentos recetados. Si reúne los requisitos, Medicare podría pagar hasta el 75% o más de los costos de sus medicamentos, incluidas las primas mensuales de medicamentos recetados, los deducibles anuales y el coaseguro. Además, aquellos que califican no tendrán un lapso sin cobertura o una multa por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles y ni siquiera lo saben. Para ver si califica, llame a:
 - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana;
 - La Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 7:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes); o
 - A la oficina de Medicaid de su estado (solicitudes).
- **Ayuda del programa de asistencia farmacéutica de su estado.** Texas tiene un programa llamado Programa de cuidado de la salud renal (KHC) (Asistencia de ESRD solamente) y Programa de medicamentos contra el VIH de Texas (THMP) que ayuda a las personas a pagar los medicamentos recetados según su necesidad económica, edad o condición médica. Para conocer más sobre estos programas, consulte con su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (el nombre y los números de teléfono de estas organizaciones están 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 con receta de la Parte D de Medicare que también están incluidos en la cobertura por ADAP califican para la asistencia de Gastos compartidos de medicamentos con receta a través de la Programa de Medicamentos contra el VIH de Texas (THMP), PO Box 149347, MC 1873, Austin, TX 78714; www.dshs.state.tx.us/hivstd/meds. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos incluidos en la cobertura o cómo inscribirse en el programa, llame al 1-800-255-1090.

SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas?

Sección 7.1 – Obtención de ayuda de Blue Cross Medicare Advantage Choice Premier (PPO)

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

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

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

Visite nuestro sitio web

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

Sección 7.2 – Obtención de ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare:

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

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

Visite el sitio web de Medicare

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

Lea Medicare y Usted 2021

Puede leer el folleto *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.

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