

Blue Cross MedicareRx Value (PDP)SM ofrecido por HCSC Insurance Services Company (HISC)

Aviso anual de cambios para 2019

Usted está inscrito actualmente como miembro de Blue Cross MedicareRx Value (PDP)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?
 - Consulte las Secciones 1.1 y 1.2 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 1.3 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 ayudarle 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 que 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.

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 MedicareRx Value (PDP), no es necesario que haga nada. Permanecerá en Blue Cross MedicareRx Value (PDP).
- 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, inscríbase 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 MedicareRx Value (PDP).
- 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 1-888-285-2249 (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 1-888-285-2249 TTY/TDD: 711) para recibir más información.
- Please contact our Customer Service number at 1-888-285-2249 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 1-888-285-2249. (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 MedicareRx Value (PDP) si necesita esta información en otro idioma o formato (español, Braille, letra grande o formatos alternativos).

Acerca de Blue Cross MedicareRx Value (PDP).

- Blue Cross MedicareRx es un plan de medicamentos con receta proporcionado por HCSC Insurance Services Company (HISC), licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association. Patrocinador de la Parte D aprobado por Medicare. La inscripción en el plan 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 MedicareRx Value (PDP).

Resumen de costos importantes para 2019

La siguiente tabla compara los costos de 2018 y 2019 para Blue Cross MedicareRx Value (PDP) 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 2.1 para obtener detalles.	\$87.30	\$82.10
Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D (Consulte la Sección 2.3 para obtener detalles).	Deducible: \$405 Copago/coseguro durante la Etapa de cobertura inicial: Medicamentos de Nivel 1: genéricos preferidos <ul style="list-style-type: none"> • <i>Costo compartido estándar:</i> \$5 de copago • <i>Costo compartido preferido:</i> \$0 de copago Medicamentos de Nivel 2: genéricos <ul style="list-style-type: none"> • <i>Costo compartido estándar:</i> \$15 de copago • <i>Costo compartido preferido:</i> \$10 de copago 	Deducible: \$415 Copago/coseguro durante la Etapa de cobertura inicial: Medicamentos de Nivel 1: genéricos preferidos <ul style="list-style-type: none"> • <i>Costo compartido estándar:</i> \$5 de copago • <i>Costo compartido preferido:</i> \$0 de copago Medicamentos de Nivel 2: genéricos <ul style="list-style-type: none"> • <i>Costo compartido estándar:</i> \$14 de copago • <i>Costo compartido preferido:</i> \$8 de copago

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
Medicamentos de Nivel 3: marca preferida	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Costo compartido estándar:</i> \$47 de copago • <i>Costo compartido preferido:</i> \$42 de copago 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Costo compartido estándar:</i> \$47 de copago • <i>Costo compartido preferido:</i> \$42 de copago
Medicamentos de Nivel 4: marca no preferida	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Costo compartido estándar:</i> 50% del costo total • <i>Costo compartido preferido:</i> 40% del costo total 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Costo compartido estándar:</i> 50% del costo total • <i>Costo compartido preferido:</i> 40% del costo total
Medicamentos de Nivel 5: especialidad	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Costo compartido estándar:</i> 25% del costo total • <i>Costo compartido preferido:</i> 25% del costo total 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Costo compartido estándar:</i> 25% del costo total • <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 costos y beneficios para el año próximo.....	4
Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual	4
Sección 1.2 – Cambios en la red de farmacias.....	4
Sección 1.3 – Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.....	5
SECCIÓN 2 Cómo decidir qué plan elegir	10
Sección 2.1 – Si desea seguir inscrito en Blue Cross MedicareRx Value (PDP)	10
Sección 2.2 – Si desea cambiar de plan	10
SECCIÓN 3 Plazo para el cambio de plan	11
SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare	12
SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta	12
SECCIÓN 6 Preguntas.....	13
Sección 6.1 – Cómo recibir ayuda de Blue Cross MedicareRx Value (PDP)	13
Sección 6.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare	14

SECCIÓN 1 Cambios en los costos y beneficios 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, a menos que la pague Medicaid por usted).	\$87.30	\$82.10

- 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 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.

Puede utilizar el Directorio de farmacias para encontrar la farmacia de la red en la que desea comprar los medicamentos. Hemos cambiado nuestra red de farmacias para el próximo año. En nuestro sitio web www.getbluetx.com/pdp/pharmacias, 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 1.3 – 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 7 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 proporcionados en todos los demás casos: suministro de medicamento para 31 días, en vez de la cantidad proporcionada en 2018 (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 3 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 3 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 4 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 4 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, 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 el Nivel 3 de marca preferida, el Nivel 4 de marca no preferida y el Nivel 5 de especialidad solamente.</p> <p>Durante esta etapa, usted paga un costo compartido de \$0-\$15 por los medicamentos genéricos preferidos del Nivel 1 y genéricos del Nivel 2 y el costo total de los medicamentos de marca preferida del Nivel 3, marca no preferida del Nivel 4 y especialidad del Nivel 5, hasta que alcance el deducible anual.</p>	<p>El deducible es de \$415 para el Nivel 3 de marca preferida, el Nivel 4 de marca no preferida y el Nivel 5 de especialidad solamente.</p> <p>Durante esta etapa, usted paga un costo compartido de \$0-\$14 por los medicamentos genéricos preferidos del Nivel 1 y genéricos del Nivel 2 y el costo total de los medicamentos de marca preferida del Nivel 3, marca no preferida del Nivel 4 y especialidad del 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 4, *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.</p> <p>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 su medicamento 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 4 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 \$15 por cada receta • <i>Costo compartido preferido:</i> usted paga un copago de \$10 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 \$14 por cada receta • <i>Costo compartido preferido:</i> usted paga un copago de \$8 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 el 50% del costo total por cada receta • <i>Costo compartido preferido:</i> usted paga el 40% del costo total 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 por cada receta • <i>Costo compartido preferido:</i> usted paga el 25% del costo total por cada receta <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 el 50% del costo total por cada receta • <i>Costo compartido preferido:</i> usted paga el 40% del costo total 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 por cada receta • <i>Costo compartido preferido:</i> usted paga el 25% del costo total por cada receta <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 4 de su *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 2 Cómo decidir qué plan elegir

Sección 2.1 – Si desea seguir inscrito en Blue Cross MedicareRx Value (PDP)

Para seguir inscrito en nuestro plan no es necesario que haga nada. Si no se registra para un plan diferente 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 medicamentos con receta de Medicare diferente.
- *O BIEN*, puede cambiar a un plan de salud de Medicare. Algunos planes de salud de Medicare también incluyen la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.
- *O BIEN*, puede mantener su cobertura de salud actual de Medicare y dejar su cobertura para medicamentos con receta 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 medicamentos con receta de Medicare diferente**, inscríbese en el nuevo plan. Automáticamente, se cancelará su inscripción en Blue Cross MedicareRx Value (PDP).
- Para **cambiarse a un plan de salud de Medicare**, debe inscribirse en el nuevo plan de salud. Según el tipo de plan que elija, es posible que se cancele su inscripción en Blue Cross MedicareRx Value (PDP) automáticamente.

- Automáticamente, se cancelará su inscripción en Blue Cross MedicareRx Value (PDP) si se inscribe en cualquier plan de salud de Medicare que incluya cobertura para medicamentos con receta de la Parte D. También se cancelará automáticamente su inscripción si se inscribe en una Organización para el mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organization, HMO) de Medicare o una Organización de proveedores preferidos (Preferred Provider Organization, PPO) de Medicare, incluso si dicho plan no incluye cobertura para medicamentos con receta.
- Si elige un plan de pago por servicio privado sin la cobertura para medicamentos de la Parte D, un plan de Cuenta de ahorro para gastos médicos de Medicare, o un plan de Costo de Medicare, puede inscribirse en ese nuevo plan y mantener Blue Cross MedicareRx Value (PDP) para cobertura para medicamentos. Si se inscribe en uno de estos tipos de planes, no se cancelará automáticamente su inscripción en Blue Cross MedicareRx Value (PDP). Si se inscribe en este tipo de plan y desea abandonar nuestro plan, debe solicitar que se cancele su inscripción en Blue Cross MedicareRx Value (PDP). Para solicitar que se cancele su inscripción, debe enviarnos una solicitud por escrito o ponerse en contacto con Medicare 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).
- 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 de medicamentos con receta diferente o a un plan de salud de 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 2.2 del Capítulo 8 de la *Evidencia de cobertura*.

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

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 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 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 HICAP al 1-800-252-9240. Para obtener más información sobre el 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 cuenta con un programa denominado Programa de atención médica renal (Kidney Health Care Program, KHC) que ayuda a las personas a pagar los medicamentos con receta según su necesidad

económica, edad o afección. Para obtener más información sobre el programa, consulte con su Programa estatal de asistencia en seguros de salud (el nombre y los números de teléfono de esta organización 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 MedicareRx Value (PDP)

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudar. Llame a Servicios para los miembros al 1-888-285-2249. (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 MedicareRx Value (PDP). 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/pdp. Le recordamos que, en nuestro sitio web, puede encontrar la información más actualizada acerca de nuestra red de farmacias (Directorio de farmacias) 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 medicamentos con receta 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 conocer más información sobre los planes, visite <https://www.medicare.gov> y haga clic en “Review and Compare Your Coverage Options” [Revisar y comparar sus opciones de cobertura]).

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

Usted 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.

Esta información no es una descripción exhaustiva de beneficios. Llame a Servicios para los miembros al 1-888-285-2249 (los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711) para obtener más información.