

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

Aviso anual de cambios para 2021

Usted está actualmente asegurado en Blue Cross MedicareRx Value (PDP)SM. El próximo año habrá algunos cambios en los gastos y beneficios de la cobertura. *Este folleto informa sobre los cambios.*

- **Tiene del 15 de octubre al 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 gastos 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 utiliza?
 - Consulte las secciones 1.1 y 1.2 para obtener información sobre los cambios en los beneficios y costos de nuestra cobertura.
- Consulte los cambios en el folleto de nuestra cobertura de medicamentos recetados para ver si le afectan.
 - ¿Serán incluidos sus medicamentos en la cobertura?
 - ¿Están sus medicamentos en un nivel diferente, con gastos compartidos diferentes?
 - ¿Alguno de sus medicamentos tiene nuevas restricciones, como necesitar nuestra aprobación antes de surtir su receta?
 - ¿Puede seguir usando las mismas farmacias? ¿Hay cambios en los gastos por usar esta farmacia?
 - Revise la Lista de medicamentos para 2021 y consulte la sección 1.3 para obtener información sobre los cambios en nuestra cobertura de medicamentos.
 - Los costos de sus medicamentos pueden haber aumentado desde el año pasado. Hable con su médico sobre las alternativas de menor costo que pueden estar disponibles para usted; esto puede ahorrarle gastos anuales de bolsillo durante todo el año. Para obtener información adicional sobre los precios de los medicamentos, visite go.medicare.gov/drugprices. Estos paneles de control destacan qué fabricantes han estado aumentando sus precios y también muestran otra información de precios de medicamentos de un año a otro. Tenga en cuenta que los beneficios de su cobertura determinarán exactamente cuánto pueden cambiar sus propios gastos en medicamentos.

- Piense en sus gastos generales de atención médica.
 - ¿Cuánto gastará en gastos de bolsillo por los servicios y medicamentos recetados que usa regularmente?
 - ¿Cuánto gastará en su prima y deducibles?
 - ¿Cómo se comparan los gastos totales de su cobertura con otras opciones de cobertura de Medicare?

Piense si está satisfecho con nuestra cobertura.

2. **COMPARE:** Conozca otras opciones de cobertura

- Verifique la cobertura y los costos de las coberturas en su área.
 - Utilice la función de búsqueda personalizada en el buscador de coberturas de Medicare, en www.medicare.gov/plan-compare
 - Revise la lista al final de su folleto Medicare y Usted.
 - Consulte la sección 2.2 para obtener más información sobre sus opciones.
- Una vez que haya limitado su elección a una cobertura preferida, confirme sus costos y cobertura en el sitio web de la cobertura.

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

- Si no se cambia a una cobertura diferente antes del 7 de diciembre de 2020, estará asegurado en Blue Cross MedicareRx Value (PDP).
- Para cambiar a una **cobertura diferente** que satisfaga mejor sus necesidades, puede hacerlo 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 une a otra cobertura antes del **7 de diciembre de 2020**, estará asegurado en Blue Cross MedicareRx Value (PDP).
- Si se asegura en otra cobertura antes del **7 de diciembre de 2020**, su nueva cobertura comenzará el **1 de enero de 2021**. Se dará de baja automáticamente de su cobertura actual.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible gratis 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 call: 711) for more information.
- **Atención:** Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia de lingüística. Llame al Servicio al Cliente al 1-888-285-2249 (TTY: 711) para recibir más información.

- Please contact our Customer Service number at 1-888-285-2249 for additional information. (TTY: 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, póngase en contacto con nuestro número de Servicio al Cliente al 1-888-285-2249. (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 los feriados.
- Por favor contacte a 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)

- Coberturas de medicamentos con receta proporcionados por HCSC Insurance Services Company (HISC), un licenciario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association. Un patrocinador de la Parte D aprobado por Medicare. La inscripción en la cobertura de HISC depende de la renovación del contrato.
- En este folleto, los términos "nosotros", "nos" o "nuestro" se refieren a HCSC Insurance Services Company (HISC). Los términos "cobertura" o "nuestra cobertura" hacen referencia a Blue Cross MedicareRx Value (PDP).

Resumen de costos importantes para 2021

En la siguiente tabla, se comparan los costos de 2020 con los costos de 2021 para Blue Cross MedicareRx Value (PDP) en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los cambios.** Puede encontrar una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web, en www.getbluetx.com/pdp. 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 de la cobertura* *Su prima puede ser mayor o menor que este monto. Consulte la sección 1.1 para obtener más detalles.	\$85.80	\$86.90
Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D (Consulte la sección 1.3 para obtener más detalles).	Deducible: \$435 Copago/Coaseguro durante la etapa de cobertura inicial: Nivel 1 de pago por medicamento <ul style="list-style-type: none"> • <i>Gastos compartidos estándar:</i> Copago de \$5 • <i>Gastos compartidos preferenciales:</i> Copago de \$0 Nivel 2 de pago por medicamento <ul style="list-style-type: none"> • <i>Gastos compartidos estándar:</i> Copago de \$14 • <i>Gastos compartidos preferenciales:</i> Copago de \$8 Nivel 3 de pago por medicamento <ul style="list-style-type: none"> • <i>Gastos compartidos estándar:</i> Copago de \$47 • <i>Gastos compartidos preferenciales:</i> Copago de \$42 	Deducible: \$445 Copago/Coaseguro durante la etapa de cobertura inicial: Nivel 1 de pago por medicamento <ul style="list-style-type: none"> • <i>Gastos compartidos estándar:</i> Copago de \$7 • <i>Gastos compartidos preferenciales:</i> Copago de \$0 Nivel 2 de pago por medicamento <ul style="list-style-type: none"> • <i>Gastos compartidos estándar:</i> Copago de \$15 • <i>Gastos compartidos preferenciales:</i> Copago de \$8 Nivel 3 de pago por medicamento <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: 50% del costo total</i> • <i>Gastos compartidos preferenciales: 40% del costo total</i> 	<p>Nivel 4 de pago por medicamento</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Gastos compartidos estándar: 42% del costo total</i> • <i>Gastos compartidos preferenciales: 40% del costo total</i>
	<p>Nivel 5 de pago por medicamento</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Gastos compartidos estándar: 25% del costo total</i> • <i>Gastos compartidos preferenciales: 25% del costo total</i> 	<p>Nivel 5 de pago por medicamento</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Gastos compartidos estándar: 25% del costo total</i> • <i>Gastos compartidos preferenciales: 25% del costo total</i>

Aviso anual de cambios para 2021

Tabla de contenido

Resumen de costos importantes para 2021	3
SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año	6
Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual	6
Sección 1.2 – Cambios en la red de farmacias.....	6
Sección 1.3 – Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D	7
SECCIÓN 2 Cómo elegir una cobertura	10
Sección 2.1 – Si quiere permanecer en Blue Cross MedicareRx Value (PDP)	10
Sección 2.2 - Si quiere cambiar de cobertura	10
SECCIÓN 3 Plazo para cambiar de cobertura	12
SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito acerca de Medicare	12
SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados	12
SECCIÓN 6 ¿Tiene preguntas?	13
Sección 6.1 - Cómo obtener ayuda de Blue Cross MedicareRx Value (PDP)	13
Sección 6.2 – Cómo obtener ayuda de Medicare.....	14

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

Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual

Costo	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
Prima mensual (También debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare, a menos que Medicaid la pague por usted).	\$85.80	\$86.90

- Su prima mensual de la cobertura será mayor si debe pagar una multa por solicitud tardía de cobertura de la Parte D vitalicia por no tener otra cobertura de medicamentos que sea al menos tan buena como la cobertura de medicamentos de Medicare (también conocida como "cobertura válida") durante 63 días o más.
- Si tiene un ingreso más alto, es posible que deba pagar un monto adicional cada mes directamente al gobierno por su cobertura de medicamentos recetados de Medicare.
- Su prima mensual será *menor* si recibe "Beneficio Adicional" con los gastos de sus medicamentos recetados. Consulte la sección 5 para obtener más información sobre el "Beneficio Adicional" de Medicare.

Sección 1.2 – Cambios en la red de farmacias

Los montos que paga por sus medicamentos recetados pueden depender de la farmacia que use. Las coberturas de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus medicamentos recetados tienen cobertura *solamente* si se surten en una farmacia de nuestra red. Nuestra red incluye farmacias con gastos compartidos preferenciales, que pueden ofrecerle gastos compartidos más bajos que los gastos compartidos estándar ofrecidos por otras farmacias de la red para algunos medicamentos.

Hay cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. Puede encontrar un *Directorio de farmacias* actualizado en nuestro sitio web, en www.getbluetx.com/pdp/pharmacies. También puede llamar a Servicio al Cliente para obtener información actualizada de los prestadores de servicios médicos o para solicitarnos que le enviemos por correo una copia impresa del *Directorio de farmacias*. **Consulte el *Directorio de farmacias* de 2021 para saber qué farmacias están en nuestra red.**

Sección 1.3 – Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D

Cambios a nuestra Lista de medicamentos

Nuestra lista de medicamentos con cobertura se denomina "Lista de medicamentos" (Drug List, en inglés). Proporcionamos una copia de nuestra Lista de medicamentos de manera electrónica.

Hicimos 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 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 receta) y solicitar a la cobertura que haga una excepción** para cubrir el medicamento. **Recomendamos a los asegurados actuales** solicitar una excepción antes del próximo año.
 - Para saber cómo solicitar una excepción, consulte el capítulo 7 de la *Evidencia de cobertura (Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones y quejas])* o comuníquese con Servicio al Cliente.
- **Trabajar con su médico (u otra persona que receta) para encontrar un medicamento diferente** que cubrimos. Puede comunicarse con Servicio al Cliente para solicitar una lista de medicamentos con cobertura que traten el mismo problema médico.

En algunas situaciones, estamos obligados a cubrir un suministro temporal de un medicamento no incluido en la lista de medicamentos durante los primeros 90 días del año de la cobertura o los primeros 90 días de ser asegurado para evitar un lapso en la terapia. (Para obtener más información sobre cuándo puede obtener un suministro temporal y cómo solicitarlo, consulte la sección 5.2 del capítulo 3 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.

Las excepciones actuales a la lista de medicamentos aún pueden estar 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 otra persona que receta) 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 hacer en la Lista de medicamentos, consulte la sección 6 del capítulo 3 de la *Evidencia de cobertura*).

Cambios en los gastos de medicamentos recetados

Nota: Si participa en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos (“Beneficio Adicional”), **la información sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D, posiblemente no corresponda a su caso.** Hemos incluido un documento separado, llamado “Cláusula adicional de evidencia de cobertura para personas que reciben “Beneficio Adicional” para pagar sus medicamentos recetados” (también denominado “Cláusula adicional del plan de Subsidio por bajos ingresos” o “Cláusula LIS”), que contiene información sobre los costos de sus medicamentos. Si recibe “Beneficio Adicional” y no recibió este documento junto con el paquete, comuníquese con Servicio al Cliente y solicite la "Cláusula 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. (Consulte la sección 2 del capítulo 4 de la *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 las secciones 6 y 7 del capítulo 4 de la *Evidencia de cobertura*, que se encuentra en nuestro sitio web, en www.getbluetx.com/pdp. También puede llamar a Servicio al Cliente para solicitar que le enviemos por correo una copia de la *Evidencia de cobertura*).

Cambios a la Etapa de deducible

Etapa	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
<p>Etapa 1: Etapa de deducible anual</p> <p>Durante esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos de la Nivel 3 de Marca Preferencial, Nivel 4 de Medicamentos no preferencial y Nivel 5 de Especializados hasta que haya alcanzado el deducible anual.</p>	<p>El deducible es \$435 para Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5 solamente.</p> <p>Durante esta etapa, usted paga los gastos compartidos de \$0-\$14 para los medicamentos de Nivel 1 de Genérico preferenciales y Nivel 2 de Genérico y el costo total de los medicamentos de Nivel 3 de Marca Preferencial, Nivel 4 de Marca no Preferencial y Nivel 5 de Especializados hasta que haya alcanzado el deducible anual.</p>	<p>El deducible es \$445 para Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5 solamente.</p> <p>Durante esta etapa, usted paga los gastos compartidos de \$0-\$15 para los medicamentos de Nivel 1 de Genérico preferenciales y Nivel 2 de Genérico y el costo total de los medicamentos de Nivel 3 de Marca Preferencial, Nivel 4 de Medicamentos no Preferencial y Nivel 5 de Especializados 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 la sección 1.2 del capítulo 4, *Tipos de gastos de bolsillo que puede pagar por medicamentos incluidos en la cobertura de su Evidencia de cobertura*.

Etapa	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</p> <p>Una vez que alcanza el deducible anual, pasa a la Etapa de cobertura inicial. Durante esta etapa, la compañía aseguradora paga su parte del costo de los medicamentos y usted paga la suya.</p> <p>Los costos en esta fila son por un mes (30 días) cuando surte su receta en una farmacia de la red.</p> <p>Para obtener información sobre los costos de un suministro a largo plazo o de entrega de medicamentos recetados a domicilio, consulte la sección 5 del capítulo 4 de la <i>Evidencia de cobertura</i>.</p> <p>Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos en nuestra Lista de medicamentos. Para ver si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búselos en la Lista de medicamentos.</p>	<p>Su gasto por un suministro de un mes en una farmacia de la red:</p> <p>Nivel 1: genéricos preferenciales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Gastos compartidos estándar:</i> Usted paga Copago de \$5 por receta. • <i>Gastos compartidos preferenciales:</i> Usted paga Copago de \$0 por medicamento recetado. <p>Nivel 2: genéricos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Gastos compartidos estándar:</i> Usted paga Copago de \$14 por medicamento recetado. • <i>Gastos compartidos preferenciales:</i> Usted paga Copago de \$8 por medicamento recetado. <p>Nivel 3: marca preferencial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Gastos compartidos estándar:</i> Usted paga Copago de \$47 por medicamento recetado. • <i>Gastos compartidos preferenciales:</i> Usted paga Copago de \$42 por medicamento recetado. <p>Nivel 4: marca no preferencial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Gastos compartidos estándar:</i> Usted paga 50% del costo total por medicamento recetado. • <i>Gastos compartidos preferenciales:</i> Usted paga 40% del costo total por medicamento recetado. 	<p>Su gasto por un suministro de un mes en una farmacia de la red:</p> <p>Nivel 1: genéricos preferenciales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Gastos compartidos estándar:</i> Usted paga Copago de \$7 por receta. • <i>Gastos compartidos preferenciales:</i> Usted paga Copago de \$0 por medicamento recetado. <p>Nivel 2: genéricos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Gastos compartidos estándar:</i> Usted paga Copago de \$15 por medicamento recetado. • <i>Gastos compartidos preferenciales:</i> Usted paga Copago de \$8 por medicamento recetado. <p>Nivel 3: marca preferencial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Gastos compartidos estándar:</i> Usted paga Copago de \$47 por medicamento recetado. • <i>Gastos compartidos preferenciales:</i> Usted paga Copago de \$40 por medicamento recetado. <p>Nivel 4: medicamento no preferencial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Gastos compartidos estándar:</i> Usted paga 42% del costo total por medicamento recetado. • <i>Gastos compartidos preferenciales:</i> Usted paga 40% del costo total por medicamento recetado.

Etapa	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
	<p>Nivel 5: especializados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Gastos compartidos estándar:</i> Usted paga 25% del costo total por medicamento recetado. • <i>Gastos compartidos preferenciales:</i> Usted paga 25% del costo total por medicamento recetado. <hr/> <p>Una vez que sus gastos totales en medicamentos hayan alcanzado \$4,020, pasará a la siguiente etapa (Etapa de lapso sin cobertura).</p>	<p>Nivel 5: especializados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Gastos compartidos estándar:</i> Usted paga 25% del costo total por medicamento recetado. • <i>Gastos compartidos preferenciales:</i> Usted paga 25% del costo total por medicamento recetado. <hr/> <p>Una vez que sus gastos totales en medicamentos hayan alcanzado \$4,130, pasará a la siguiente etapa (Etapa de lapso sin cobertura).</p>

Cambios en las Etapas del lapso sin cobertura y de cobertura catastrófica

Las otras dos etapas de cobertura de medicamentos, la etapa del lapso sin cobertura y la etapa de cobertura catastrófica, son para personas con altos gastos de medicamentos. **La mayoría de los asegurados no alcanzan la etapa del lapso sin cobertura o la etapa de cobertura catastrófica.**

Para obtener información sobre sus costos en estas etapas, consulte las secciones 6 y 7 del capítulo 6 de la *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 2 Cómo elegir una cobertura

Sección 2.1 – Si quiere permanecer en Blue Cross MedicareRx Value (PDP)

Para permanecer en nuestra cobertura, no es necesario que haga nada. Si no se cambia a otra cobertura antes del 7 de diciembre, estará asegurado automáticamente en nuestro Blue Cross MedicareRx Value (PDP).

Sección 2.2 - 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 solicitar cobertura en una cobertura de medicamentos recetados de Medicare de manera oportuna.
- *O bien*, puede cambiarse a una cobertura médica de Medicare. Algunas coberturas médicas de Medicare también incluyen cobertura de medicamentos recetados de la Parte D.
- *O bien*, puede mantener su cobertura de salud actual de Medicare y cancelar su cobertura de medicamentos recetados de Medicare.

Para obtener más información sobre Original Medicare y los distintos tipos de coberturas de Medicare, lea *Medicare y Usted 2021*, llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (ver la sección 4) o comuníquese con Medicare (ver la sección 6.2).

Usted también puede encontrar información sobre las coberturas en su área utilizando el Buscador de coberturas de Medicare en el sitio web de Medicare. Ingrese en <http://www.medicare.gov/plan-compare> **Aquí encontrará información sobre costos, cobertura y calificaciones de calidad para las coberturas de Medicare.**

Paso 2: Cambie su cobertura

- Para **cambiarse a otra cobertura de medicamentos recetados de Medicare**, inscribáse en la nueva cobertura. Se dará de baja automáticamente de Blue Cross MedicareRx Value (PDP).
- Para **cambiar a una cobertura médica de Medicare**, solicite el cambio a la nueva cobertura. Según el tipo de cobertura que elija, es posible que se cancele automáticamente su cobertura en Blue Cross MedicareRx Value (PDP).
 - Se dará de baja automáticamente de Blue Cross MedicareRx Value (PDP) si solicita un cambio a cualquier cobertura médica de Medicare que incluya medicamentos recetados de la Parte D. También se dará de baja automáticamente si solicita cobertura en una HMO o en una PPO de Medicare, aun si esa cobertura no incluye medicamentos recetados.
 - Si solicita cambio a una cobertura privada de pago por servicio que no incluye medicamentos de la Parte D, una cobertura con cuenta de ahorros para gastos médicos de Medicare o una cobertura de costos de Medicare, puede mantener Blue Cross MedicareRx Value (PDP) para su cobertura de medicamentos. El cambio a uno de estos tipos de cobertura no cancelará automáticamente su cobertura en Blue Cross MedicareRx Value (PDP). Si solicita cambio a este tipo de cobertura y desea abandonar la nuestra, debe solicitar que se cancele su cobertura en Blue Cross MedicareRx Value (PDP). Para solicitar que se cancele, debe enviarnos una solicitud por escrito o comunicarse con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877- 486-2048).
- Para **cambiarse a Original Medicare sin una cobertura de medicamentos recetados**, usted debe:
 - Enviarnos una solicitud por escrito para darse de baja. Comuníquese con Servicio al Cliente si necesita más información sobre cómo hacerlo (los números de teléfono se encuentran en la sección 6.1 de este folleto).

- *O bien*, comuníquese con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), disponible 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 3 Plazo para cambiar de cobertura

Si desea cambiarse a otra cobertura de medicamentos recetados o a una cobertura médica de Medicare para el próximo año, puede hacerlo desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre**. El cambio entrará en vigor el 1 de enero de 2021.

¿Hay otras épocas del año para hacer un cambio?

En ciertas situaciones, los cambios también están permitidos en otras épocas 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, pueden hacer un cambio en otros momentos del año. Para obtener más información, consulte la Sección 2.2 del capítulo 8 de la *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito acerca de Medicare

El Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP, en inglés) es un programa gubernamental con asesores entrenados en todos los estados. En Texas, el SHIP se denomina Programa de Información, Asesoramiento y Defensa de la Salud (HICAP, en inglés).

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

SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados

Es posible que usted reúna los requisitos para recibir ayuda para pagar los medicamentos recetados. A continuación, se enumeran los diferentes tipos de ayuda:

- **“Beneficio Adicional” de Medicare.** Las personas con ingresos limitados pueden calificar para recibir “Beneficio Adicional” para pagar los gastos de sus medicamentos recetados. Si reúne los requisitos, Medicare podría pagar hasta el 75% o más de los gastos 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 solicitud tardía de cobertura. Muchas personas son elegibles y ni siquiera lo saben. Para ver si califica, llame al:

- 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 (aplicaciones); o
 - La oficina de Medicaid de su estado (solicitudes).
- **Ayuda del programa de asistencia farmacéutica de su estado.** Texas cuenta con un programa llamado Kidney Health Care Program (KHC) que ayuda a las personas a pagar los medicamentos recetados en función de sus necesidades financieras, edad o problema médico. Para obtener más información sobre el programa, consulte en el SHIP de su estado (el nombre y los números de teléfono de esta organización se encuentran en la sección 4 de este folleto).
 - **Asistencia de gastos compartidos de recetas para personas con VIH/SIDA.** El Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP, en inglés) 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 su situación de VIH, su situación de bajos ingresos según lo definido por el estado y su situación de sin seguro/con seguro insuficiente. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también están incluidos en la cobertura del ADAP reúnen los requisitos para recibir ayuda con los gastos compartidos de medicamentos recetados a través de Texas HIV Medication Program (THMP), P.O. Box 149347, MC 1873, Austin, TX 78714: www.dshs.state.tx.us/hivstd/meds. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos con cobertura o cómo solicitar cobertura en el programa, llame al 1-800-255-1090.

SECCIÓN 6 ¿Tiene preguntas?

Sección 6.1 - Cómo obtener ayuda de Blue Cross MedicareRx Value (PDP)

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudar. Llame a Servicio al Cliente al 1-888-285-2249. (TTY solamente, 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 feriados. Las llamadas a estos números son gratuitas.

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

Este *Aviso anual de cambios* le brinda un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2021. Para obtener más detalles, consulte la *Evidencia de cobertura* para 2021 de Blue Cross MedicareRx Value (PDP). 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. Puede encontrar una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web, en www.getbluetx.com/pdp. También puede llamar a Servicio al Cliente para pedirnos que le enviemos por correo una copia de la *Evidencia de cobertura*.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web en www.getbluetx.com/pdp. Le recordamos que nuestro sitio web tiene la información más actualizada sobre nuestra red de farmacias (*Directorio de farmacias*) y nuestra lista de medicamentos con cobertura (*Lista de medicamentos*).

Sección 6.2 – Cómo obtener 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 medicamentos recetados de Medicare. Puede encontrar información sobre las coberturas disponibles en su área utilizando el buscador de coberturas de Medicare en el sitio web de Medicare. (Para ver la información sobre las coberturas, ingrese en www.medicare.gov/plan-compare.)

Lea *Medicare y Usted 2021*

Puede leer el manual *Medicare y Usted 2021*. Todos los años en el otoño, este folleto se envía por correo a las personas con Medicare. 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 documento, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (www.medicare.gov) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.