



BlueCross BlueShield
of Texas

***Blue Cross Group Medicare Advantage Open Access (PPO)SM
ofrecido por Health Care Service Corporation (HCSC), una
compañía de reserva legal mutua***

Notificación anual de cambios para 2026

Usted se ha afiliado como asociado de Blue Cross Group Medicare Advantage Open Access (PPO)SM a través de City of Austin.

El presente material explica los cambios que se aplican a los costos y beneficios de nuestro plan el próximo año.

- **Durante el período de afiliación abierta de su grupo, puede realizar cambios a su cobertura de Medicare para el próximo año.**
- Si desea cambiarse a un **plan diferente**, visite www.Medicare.gov o revise la lista que aparece en la parte posterior de su manual *Medicare y usted 2026*.
- Tenga en cuenta que este documento es solo un resumen de los cambios implementados. Para obtener más información sobre los costos, los beneficios y las normas, consulte la *Evidencia de cobertura*. Obtenga una copia en www.bcbstx.com/retiree-medicare-coa o llame a Servicio al cliente al 1-855-380-8542 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) para obtener una copia por correo.

Más recursos

- Este documento está disponible de forma gratuita inglés (English).
- **ATENCIÓN:** Si habla español, tiene disponibles los servicios de asistencia lingüística gratis. Llame a Servicio al cliente al 1-855-380-8542 (solo los usuarios de TTY pueden llamar al 711) para obtener más información.
- Llame a Servicio al cliente al 1-855-380-8542 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711). El horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., hora local los 7 días de la semana. Si llama entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, se utilizarán tecnologías alternativas (por ejemplo, servicio de correo de voz) los fines de semana y días feriados. Esta llamada es gratuita.

- Póngase en contacto con Blue Cross Group Medicare Advantage Open Access (PPO) si necesita esta información en otro idioma o formato (español, braille, letra grande o formatos alternativos).

Acerca de Blue Cross Group Medicare Advantage Open Access (PPO)

- Planes PPO proporcionados por Blue Cross and Blue Shield of Texas, una división de Health Care Service Corporation (HCSC), una compañía de reserva legal mutua. HCSC es una licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association. HCSC es una organización Medicare Advantage con un contrato de Medicare. La afiliación depende de la renovación del contrato.
- Cuando este material dice "nosotros", "nos" o "nuestro," se refiere a Health Care Service Corporation (HCSC), una compañía de reserva legal mutua. Cuando dice "plan" o "nuestro plan", quiere decir Blue Cross Group Medicare Advantage Open Access (PPO).

Tabla de Contenido

Resumen de costos importantes para 2026	4
SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año	7
Sección 1.1 Cambios en la prima mensual del plan	7
Sección 1.2 Cambios en el monto máximo de gastos de bolsillo	7
Sección 1.3 Cambios en la red de proveedores.....	9
Sección 1.4 Cambios en la red de farmacias	9
Sección 1.5 Cambios en los beneficios y costos por servicios médicos	10
Sección 1.6 Cambios en la cobertura de medicamentos de la Parte D.....	13
Sección 1.7 Cambios en los beneficios y costos de los medicamentos recetados	14
SECCIÓN 2 Cambios administrativos	18
SECCIÓN 3 Cómo cambiar de plan	18
Sección 3.1 Plazos para cambiar de plan	19
Sección 3.2 ¿Puedo realizar cambios en algún otro momento del año?	20
SECCIÓN 4 Cómo obtener ayuda para pagar los medicamentos recetados	20
SECCIÓN 5 ¿Tiene alguna pregunta?	22
Obtenga ayuda de Blue Cross Group Medicare Advantage Open Access (PPO)	22
Obtenga asesoramiento gratuito sobre Medicare.....	23
Cómo obtener ayuda de Medicare	23

Resumen de costos importantes para 2026

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Prima mensual del plan* *El monto de su prima puede ser mayor o menor que este monto. Consulte la Sección 1.1 para obtener más detalles.	Puede obtener información referente a su prima a través del plan de salud grupal de su empleador.	Puede obtener información referente a su prima a través del plan de salud grupal de su empleador.
Monto máximo de gastos de bolsillo Este es el <u>monto máximo</u> que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos. (Consulte la Sección 1.2 para obtener más detalles).	De proveedores dentro de la red: no corresponde De proveedores dentro y fuera de la red combinados: \$0	De proveedores dentro de la red: no corresponde De proveedores dentro y fuera de la red combinados: \$0
Visitas al consultorio de atención primaria	<u>Dentro de la red</u> \$0 de copago por consulta <u>Fuera de la red</u> \$0 de copago por consulta	<u>Dentro de la red</u> \$0 de copago por consulta <u>Fuera de la red</u> \$0 de copago por consulta
Visitas al consultorio de un especialista	<u>Dentro de la red</u> \$0 de copago por consulta	<u>Dentro de la red</u> \$0 de copago por consulta

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
	<u>Fuera de la red</u> \$0 de copago por consulta	<u>Fuera de la red</u> \$0 de copago por consulta
Hospitalización Incluye servicios de hospitalización para cuidados agudos, para rehabilitación, para atención a largo plazo y otros servicios hospitalarios para pacientes internos. La atención hospitalaria como paciente interno comienza el día en que formalmente ingresa al hospital con una orden del médico. El día anterior a su alta médica será su último día como paciente interno.	<u>Dentro de la red</u> \$0 de copago por estadía <u>Fuera de la red</u> \$0 de copago por estadía	<u>Dentro de la red</u> \$0 de copago por estadía <u>Fuera de la red</u> \$0 de copago por estadía
Deducible según la cobertura de medicamentos de la Parte D (Consulte la Sección 1.7 para obtener más detalles).	\$50, para los Niveles 2 y 3 con excepción de los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D.	\$50, para los Niveles 2 y 3 con excepción de los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D.
Cobertura de medicamentos de la Parte D	Copago/coseguro durante la etapa de cobertura inicial:	Copago/ coseguro durante la

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
(Consulte la Sección 1.6 para obtener más detalles, incluido el deducible anual, las etapas de cobertura inicial y de cobertura en situaciones catastróficas).	• Medicamento de Nivel 1: \$10 de copago • Medicamento de Nivel 2: 20% (\$30 mín.-\$60 máx.) Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. • Medicamento de Nivel 3: 20% (\$50 mín.-\$100 máx.) Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Etapas de cobertura en situaciones catastróficas: Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D. Es posible que deba pagar costos compartidos por los medicamentos cubiertos a través de nuestro beneficio mejorado.	etapa de cobertura inicial: • Medicamento de Nivel 1: \$10 de copago • Medicamento de Nivel 2: 20% (\$30 mín.-\$60 máx.) Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. • Medicamento de Nivel 3: 20% (\$50 mín.-\$100 máx.) Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Etapas de cobertura en situaciones catastróficas: Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D. Es posible que deba pagar costos compartidos por los medicamentos cubiertos a través de nuestro beneficio mejorado.

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

Sección 1.1 Cambios en la prima mensual del plan

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Prima mensual del plan (También debe continuar pagando su prima correspondiente a la Parte B de Medicare).	Puede obtener información referente a su prima a través del plan de salud grupal de su empleador.	Puede obtener información referente a su prima a través del plan de salud grupal de su empleador.

Factores que podrían cambiar el monto de la prima de la Parte D

- Multa por afiliación tardía: la prima mensual del plan será *más alta* si le exigen pagar una multa por afiliación tardía de la Parte D de por vida por no contar con otra cobertura de medicamentos que, como mínimo, ofrezca los mismos beneficios que la cobertura de medicamentos de Medicare durante 63 días o más. A esta otra cobertura también se la conoce como cobertura acreditable.
- Recargo por ingresos más altos: si percibe ingresos más altos, es posible que deba pagar un monto adicional cada mes directamente al gobierno por la cobertura de medicamentos de Medicare.
- Ayuda Adicional: la prima mensual del plan será menor si recibe Ayuda Adicional para cubrir los costos de sus medicamentos. Consulte la Sección 4 para obtener más información sobre la Ayuda Adicional de Medicare.

Sección 1.2 Cambios en el monto máximo de gastos de bolsillo

Medicare requiere que todos los planes de salud establezcan un límite respecto a los gastos de bolsillo anuales. Este límite se denomina monto máximo de gastos de bolsillo. Una vez que haya pagado este monto, por lo general, no tendrá que pagar nada por los servicios cubiertos durante el resto del año calendario.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Monto máximo de gastos de bolsillo dentro de la red Los costos de los servicios médicos cubiertos (como los copagos de los proveedores dentro de la red se tienen en cuenta para alcanzar el monto máximo de gastos de bolsillo dentro de la red. La prima de nuestro plan y los costos de sus medicamentos recetados no se tienen en cuenta para alcanzar el monto máximo de gastos de bolsillo.	No corresponde	No corresponde
Monto máximo combinado de gastos de bolsillo Sus costos por servicios médicos cubiertos (como copagos) de proveedores dentro y fuera de la red se tienen en cuenta para alcanzar el monto máximo de gastos de bolsillo. La prima de su plan y los costos de sus medicamentos recetados para pacientes externos no se tienen en cuenta para alcanzar el monto máximo de gastos de bolsillo por los servicios médicos.	\$0	\$0 Una vez que haya pagado \$0 por los servicios cubiertos, no pagará nada por los servicios cubiertos de los proveedores dentro o fuera de la red durante el resto del año calendario.

Sección 1.3 Cambios en la red de proveedores

El próximo año, notará cambios en nuestra red de proveedores. Consulte el *Buscador de proveedores* de 2026 www.bcbstx.com/retiree-medicare-coa para saber si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) forman parte de nuestra red. A continuación, le indicamos cómo obtener un *Directorio de proveedores* actualizado:

- Visite nuestro sitio web www.bcbstx.com/retiree-medicare-coa.
- Llame a Servicio al cliente al 1-855-380-8542 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitar que le enviemos un *Directorio de proveedores* por correo postal.

Podemos realizar cambios a hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de nuestro plan durante el año. Si un cambio realizado a mediados del año en nuestros proveedores le afecta, llame a Servicio al cliente al 1-855-380-8542 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) para obtener ayuda.

Sección 1.4 Cambios en la red de farmacias

Los montos que usted paga por sus medicamentos recetados dependerán de la farmacia que utilice. Los planes de medicamentos que ofrece Medicare incluyen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, los medicamentos recetados están cubiertos *únicamente* si los surte una de las farmacias de nuestra red.

El próximo año, notará cambios en nuestra red de farmacias. Consulte el *Directorio de farmacias* de 2026 www.bcbstx.com/retiree-medicare-coa para saber cuáles farmacias están dentro de la red. A continuación, le indicamos cómo obtener un *Directorio de farmacias* actualizado:

- Visite nuestro sitio web www.bcbstx.com/retiree-medicare-coa.
- Llame a Servicio al cliente al 1-855-380-8542 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) para obtener información actualizada sobre las farmacias o para solicitarnos que le enviemos por correo postal un *Directorio de farmacias*.

Durante el año, podemos realizar cambios en las farmacias que forman parte de nuestro plan. Si un cambio realizado a mediados del año en nuestros proveedores le afecta, llame a Servicio al cliente al 1-855-380-8542 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) para obtener ayuda.

Sección 1.5 Cambios en los beneficios y costos por servicios médicos

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Programas educativos sobre salud y bienestar Membresía de SilverSneakers	Incluye acceso al programa Burnalong de clases interactivas en línea.	El programa Burnalong no está disponible. Consulte la <i>Evidencia de cobertura</i> para obtener más detalles sobre los programas disponibles. Este cambio no afecta su membresía de SilverSneakers.
Suministros para pacientes diabéticos	Dentro de la red: 0% de los costos compartidos se limita a los suministros para pruebas de diabetes (medidores y tiras reactivas) obtenidos mediante la farmacia y correspondientes a productos de la marca Lifescan (OneTouch Verio Flex, OneTouch Verio Reflect, OneTouch Verio IQ, OneTouch Verio, OneTouch Ultra Mini y OneTouch Ultra 2). Se requerirá autorización previa para todos los demás suministros para pruebas de diabetes (medidores y tiras reactivas), y estarán sujetos a un 0% de los costos compartidos. Todas las tiras reactivas también estarán sujetas	Dentro de la red: 0% de los costos compartidos se limita a los suministros para pruebas de diabetes (medidores y tiras reactivas) obtenidos a través de la farmacia para los productos de las marcas Ascensia y Abbott. Se requerirá autorización previa para todos los demás suministros para pruebas de diabetes (medidores y tiras reactivas), y estarán sujetos a un 0% de los costos compartidos. Todas las tiras reactivas también estarán sujetas a un límite de cantidad de 204 unidades por cada 30 días.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
	a un límite de cantidad de 204 unidades por cada 30 días. Los productos de monitoreo continuo de glucosa (Continuous Glucose Monitoring, CGM) obtenidos mediante la farmacia están sujetos a autorización previa, límite de cantidad y un 0% de los costos compartidos. Los productos preferidos de monitoreo continuo de glucosa (CGM) son Dexcom G6, Dexcom G7 cuando se usa con un receptor Dexcom, así como los productos Abbott Freestyle Libre y Freestyle Libre 2, y Freestyle Libre 3 cuando se usa con un receptor Freestyle Libre. Para todos los demás productos de monitoreo continuo de glucosa, se requerirá aprobación previa y constancia de prueba con resultado no satisfactorio de un producto preferido de CGM.	Los productos de monitoreo continuo de glucosa (Continuous Glucose Monitoring, CGM) obtenidos mediante la farmacia están sujetos a autorización previa, límite de cantidad y un 0% de los costos compartidos. Los productos preferidos de monitoreo continuo de glucosa (CGM) son Dexcom G6, Dexcom G7 cuando se usa con un receptor Dexcom, así como Abbott Freestyle Libre 2/Plus y Freestyle Libre 3/Plus cuando se usan con un receptor Freestyle Libre. Para todos los demás productos de monitoreo continuo de glucosa, se requerirá aprobación previa y constancia de prueba con resultado no satisfactorio de un producto preferido de CGM. Los receptores de los productos de monitoreo continuo de glucosa (CGM) están sujetos a un límite de cantidad de 1 cada 365 días.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
	Fuera de la red: 0% de los costos compartidos se limita a los suministros para pruebas de diabetes (medidores y tiras reactivas) obtenidos mediante la farmacia y correspondientes a productos de la marca Lifescan (OneTouch Verio Flex, OneTouch Verio Reflect, OneTouch Verio IQ, OneTouch Verio, OneTouch Ultra Mini y OneTouch Ultra 2). Se requerirá autorización previa para todos los demás suministros para pruebas de diabetes (medidores y tiras reactivas), y estarán sujetos a un 0% de los costos compartidos. Todas las tiras reactivas también estarán sujetas a un límite de cantidad de 204 unidades por cada 30 días. Los productos de monitoreo continuo de glucosa (Continuous Glucose Monitoring, CGM) obtenidos mediante la farmacia están sujetos a autorización previa, límite de cantidad y un 0% de los costos	Fuera de la red: 0% de los costos compartidos se limita a los suministros para pruebas de diabetes (medidores y tiras reactivas) obtenidos a través de la farmacia para los productos de las marcas Ascensia y Abbott. Se requerirá autorización previa para todos los demás suministros para pruebas de diabetes (medidores y tiras reactivas), y estarán sujetos a un 0% de los costos compartidos. Todas las tiras reactivas también estarán sujetas a un límite de cantidad de 204 unidades por cada 30 días. Los productos de monitoreo continuo de glucosa (Continuous Glucose Monitoring, CGM) obtenidos mediante la farmacia están sujetos a autorización previa, límite de cantidad y un 0% de los costos compartidos. Los productos preferidos de monitoreo continuo de glucosa (CGM) son

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
	compartidos. Los productos preferidos de monitoreo continuo de glucosa (CGM) son Dexcom G6, Dexcom G7 cuando se usa con un receptor Dexcom, así como los productos Abbott Freestyle Libre y Freestyle Libre 2, y Freestyle Libre 3 cuando se usa con un receptor Freestyle Libre. Para todos los demás productos de monitoreo continuo de glucosa, se requerirá aprobación previa y constancia de prueba con resultado no satisfactorio de un producto preferido de CGM.	Dexcom G6, Dexcom G7 cuando se usa con un receptor Dexcom, así como Abbott Freestyle Libre 2/Plus y Freestyle Libre 3/Plus cuando se usan con un receptor Freestyle Libre. Para todos los demás productos de monitoreo continuo de glucosa, se requerirá aprobación previa y constancia de prueba con resultado no satisfactorio de un producto preferido de CGM. Los receptores de los productos de monitoreo continuo de glucosa (CGM) están sujetos a un límite de cantidad de 1 cada 365 días.

Sección 1.6 Cambios en la cobertura de medicamentos de la Parte D

Cambios en nuestra Lista de medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se denomina formulario o Lista de medicamentos. Una copia de nuestra Lista de medicamentos está disponible de forma electrónica en www.bcbstx.com/retiree-medicare-coa.

Hemos implementado cambios en nuestra Lista de medicamentos, que podrían incluir la eliminación o incorporación de medicamentos, la modificación de las restricciones que se aplican a la cobertura de determinados medicamentos o el

traslado a un nivel diferente de costos compartidos. **Consulte la Lista de medicamentos para asegurarse de que cubriremos sus medicamentos el próximo año y para informarse si aplicaremos alguna restricción o si trasladamos su medicamento a un nivel de costos compartidos diferente.**

La mayoría de los cambios en la Lista de medicamentos se aplican al comienzo de cada año. Sin embargo, existe la posibilidad de que, conforme a las normas de Medicare y durante el año calendario, implementemos otros cambios.

Actualizamos nuestra Lista de medicamentos en línea al menos una vez al mes para facilitar la lista con la información más actualizada. Si realizamos un cambio que condicione su acceso a un medicamento que esté tomando, le enviaremos una notificación sobre dicho cambio.

Si, al inicio de año o durante el transcurso de este, un cambio afecta la cobertura de medicamentos, consulte el Capítulo 9 de la *Evidencia de cobertura* y hable con el prescriptor para saber cuáles son sus opciones, que pueden incluir pedir un suministro temporal, solicitar una excepción y/o buscar un nuevo medicamento. Llame a Servicio al cliente al 1-855-380-8542 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) para obtener más información.

Sección 1.7 Cambios en los beneficios y costos de los medicamentos recetados

¿Recibe Ayuda Adicional para pagar los costos de la cobertura de medicamentos?

Si usted está en un programa que le brinda asistencia con el pago de los medicamentos (Ayuda Adicional), **la información sobre los costos de los medicamentos cubiertos por la Parte D** no se aplica a usted. Le enviamos una documentación por separado, llamada *Cláusula adicional de Evidencia de cobertura para personas que reciben Ayuda Adicional para el pago de medicamentos recetados*. Este documento le brindará información referente a los costos de sus medicamentos. Si recibe Ayuda Adicional y no le entregaron este material con este paquete, llame a Servicio al cliente al 1-855-380-8542 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) y solicite la *Cláusula adicional LIS*.

Etapas para el pago de medicamentos

Existen **3 etapas para el pago de medicamentos**: la etapa de deducible anual, la etapa de cobertura inicial y la etapa de cobertura en situaciones catastróficas. La

etapa de período sin cobertura y el Programa de descuentos por período sin cobertura ya no están disponibles como parte de los beneficios de la Parte D.

- ***Etapa 1: Etapa de deducible anual***

Cada año calendario, usted empieza en esta etapa de pago. Durante esta etapa, usted paga el costo completo de sus medicamentos de marca preferidos de Nivel 2 y medicamentos no preferidos de Nivel 3 hasta que alcance el deducible anual.

- ***Etapa 2: Etapa de cobertura inicial***

Después de pagar el deducible anual, pasa a la etapa de cobertura inicial. En esta etapa, el plan paga la parte del costo de sus medicamentos que le corresponde y usted paga la suya. Por lo general, usted permanece en esta etapa hasta que sus gastos de bolsillo del año a la fecha alcancen \$2,100.

- ***Etapa 3: Etapa de cobertura en situaciones catastróficas***

Esta es la tercera y última etapa para el pago de medicamentos. En esta etapa de pago, usted no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D. Por lo general, se mantendrá en esta etapa durante el resto del año calendario.

El Programa de descuentos por período sin cobertura ha sido sustituido por el Programa de descuentos ofrecidos por el fabricante. De acuerdo con el Programa de descuentos ofrecidos por el fabricante, en las etapas de cobertura inicial y cobertura en situaciones catastróficas, los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total del plan correspondiente a los productos biológicos y medicamentos de marca cubiertos por la Parte D. Los descuentos pagados por los fabricantes en virtud del Programa de descuentos ofrecidos por el fabricante no cuentan para los gastos de bolsillo.

Costos de medicamentos en la Etapa 1: Etapa de deducible anual

La siguiente tabla muestra el costo por medicamento recetado en esta etapa.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Deducible anual	\$50, para los Niveles 2 y 3. Durante esta etapa, usted paga \$10 de costos compartidos por los medicamentos genéricos de Nivel 1 y el costo total de los medicamentos de marca preferidos de Nivel 2 y de medicamentos no preferidos de Nivel 3 hasta que alcance el deducible anual.	\$50, para los Niveles 2 y 3. Durante esta etapa, usted paga \$10 de costos compartidos por los medicamentos genéricos de Nivel 1 y el costo total de los medicamentos de marca preferidos de Nivel 2 y de medicamentos no preferidos de Nivel 3 hasta que alcance el deducible anual.

Costos de medicamentos en la Etapa 2: Etapa de cobertura inicial

Cambiamos el nivel de algunos de los medicamentos de nuestra Lista de medicamentos. Para saber si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búsquelos en la Lista de medicamentos. La mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D están cubiertas sin costo alguno para usted. Si desea obtener más información acerca de los costos de las vacunas o información acerca de los costos referentes a un suministro de largo plazo; o a recetas pedidas por correo, consulte el Capítulo 6 de su *Evidencia de cobertura*.

Una vez que haya pagado \$2,100 como gastos de bolsillo por los medicamentos cubiertos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa, que es la etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Nivel 1 – Genéricos:	Usted paga \$10 de copago por receta.	Usted paga \$10 de copago por receta.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Nivel 2 - Medicamentos de marca preferidos:	Usted paga 20% (\$30 mín.-\$60 máx.)	Usted paga 20% (\$30 mín.-\$60 máx.)
Nivel 3 – Medicamentos no preferidos:	Usted paga 20% (\$50 mín.-\$100 máx.)	Usted paga 20% (\$50 mín.-\$100 máx.)

Cambios en la etapa de cobertura en situaciones catastróficas

En la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, usted no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D. Es posible que tenga que pagar costos compartidos por medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado.

Para obtener información específica sobre sus costos en la etapa de cobertura en situaciones catastróficas, consulte la Sección 6 del Capítulo 6 de su *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 2 Cambios administrativos

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare	El plan de pago de medicamentos recetados de Medicare es una alternativa de pago que se inició este año y que puede ayudarlo a administrar los gastos de bolsillo para los medicamentos cubiertos por nuestro plan distribuyéndolos a lo largo del año calendario (de enero a diciembre). Es posible que esté participando en esta opción de pago.	Si participa en el plan de pago de medicamentos recetados de Medicare y permanece en el mismo plan de la Parte D, su participación se renovará automáticamente para 2026. Para obtener más información sobre esta opción de pago, llámenos al 1-855-380-8542 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) o visite www.Medicare.gov.

SECCIÓN 3 Cómo cambiar de plan

Si desea mantenerse en Blue Cross Group Medicare Advantage Open Access (PPO), no es necesario que realice ninguna acción. A menos que se afilie en un plan diferente o se cambie a Medicare Original antes del período de afiliación definido por su empleador, se le afiliará automáticamente en nuestro Blue Cross Group Medicare Advantage Open Access (PPO).

Si tiene la intención de cambiar de plan para 2026, debe seguir estos pasos:

- Si ya no desea la cobertura de Blue Cross Group Medicare Advantage Open Access (PPO), comuníquese con el administrador de beneficios de su empleador/sindicato.

- Si desea afiliarse en un plan individual (minorista) de Medicare Advantage, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) cancelarán automática su afiliación de su plan Blue Cross Group Medicare Advantage Open Access (PPO).
- **Para cambiarse a Medicare Original sin un plan de medicamentos, puede:**
 - Ponerse en contacto con su empleador actual, empleador anterior o sindicato.
 - O bien llame a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y pida que se cancele su afiliación. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. Si no se afilia en un plan de medicamentos de Medicare, es posible que se le aplique una multa por afiliación tardía de la Parte D. (Consulte la Sección 3.2).
- **Para obtener más información sobre Medicare Original y los tipos diferentes de planes de Medicare**, visite www.Medicare.gov, consulte el manual *Medicare y usted 2026*, llame al Programa estatal de asistencia sobre seguros médicos (consulte la Sección 5), o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Su cobertura se proporciona a través de un contrato con su empleador actual, anterior o sindicato. Comuníquese con el administrador de beneficios de su empleador o sindicato para obtener más información sobre cómo no participar.

Sección 3.1 Plazos para cambiar de plan

Las personas con Medicare pueden realizar cambios en su cobertura durante el período de afiliación abierta especificado por su plan grupal. Comuníquese con el administrador de beneficios del plan grupal de su empleador para comprender qué puede suceder si se desafilia del plan grupal.

Si se afilió en un plan Medicare Advantage con vigencia desde el 1 de enero de 2026 y no está conforme con su elección, tiene las siguientes opciones: puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare, ya sea con o sin cobertura de medicamentos de Medicare; o cambiarse a Medicare Original, ya sea con o sin cobertura de medicamentos de Medicare por separado. Su cobertura se proporciona a través de un contrato con su empleador actual, anterior o sindicato. Comuníquese con el administrador de beneficios de su empleador o sindicato para obtener más información.

Sección 3.2 ¿Puedo realizar cambios en algún otro momento del año?

En algunas situaciones, es posible que las personas puedan tener otra oportunidad para cambiar de cobertura durante el año. Dichas situaciones incluyen a personas:

- que cuenten con Medicaid;
- que obtengan Ayuda Adicional para el pago de sus medicamentos;
- que tengan cobertura a través de su empleador o dejen de contar con ella;
- que se muden fuera del área de servicio del plan.

Si recientemente se mudó a una institución, como un centro de enfermería especializada u hospital de cuidados a largo plazo, o vive en una, puede cambiar su cobertura de Medicare **en el momento que considere conveniente**. Puede cambiarse a cualquier otro plan de salud de Medicare, ya sea con o sin cobertura de medicamentos de Medicare; o cambiarse a Medicare Original, con o sin cobertura de medicamentos de Medicare, en cualquier momento. Si se mudó recientemente de una institución, tiene la oportunidad de cambiar de plan o cambiarse a Medicare Original durante dos meses completos después del mes en que se haya mudado.

SECCIÓN 4 Cómo obtener ayuda para pagar los medicamentos recetados

Es posible que cumpla con los requisitos para recibir ayuda para pagar sus medicamentos recetados. Existen diferentes tipos de ayuda disponibles:

- **Ayuda Adicional de Medicare.** Las personas que tienen ingresos limitados pueden ser elegibles para recibir Ayuda Adicional que les permita pagar el costo de sus medicamentos recetados. Si reúne los requisitos establecidos, Medicare podría pagar hasta el 75% o más de los costos de sus medicamentos, incluidos las primas mensuales del plan de medicamentos, los deducibles anuales y los coseguros. Del mismo modo, a las personas que reúnan los requisitos no se les aplicará una multa por afiliación tardía. Para saber si reúne los requisitos, llame a alguno de los siguientes organismos:
 - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048 las 24 horas del día, los siete días de la semana.
 - La oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, entre las 8 a. m. y las 7 p. m., de lunes a viernes y solicite hablar con un representante. Los mensajes automatizados están disponibles las 24 horas del día. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-325-0778.

- La oficina estatal de Medicaid.
- **Ayuda del programa de asistencia farmacéutica de su estado (state's pharmaceutical assistance program, SPAP).** Texas tiene un programa llamado Programa de Atención de la Salud Renal (Kidney Health Care Program, KHC): Programas de asistencia farmacéutica del estado de Texas (solo asistencia por enfermedad renal en etapa terminal [end-stage renal disease, ESRD]) y Programa estatal de asistencia farmacéutica (State Pharmacy Assistance Program, SPAP) del Programa de medicamentos para el VIH de Texas (Texas HIV Medication Program, THMP) que ayuda a las personas a pagar los medicamentos recetados en función de su necesidad financiera, edad o condición médica. Para obtener más información sobre el programa, consulte con su Programa estatal de asistencia sobre seguros médicos (State Health Insurance Assistance Program, SHIP). Para obtener una lista del programa disponible en su estado, visite www.bcbstx.com/retiree-medicare-tools.
- **Asistencia con los costos compartidos de medicamentos recetados para personas con VIH/sida.** El Programa de asistencia para medicamentos contra el sida (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a garantizar que las personas que reúnen los requisitos con un diagnóstico de VIH/sida tengan acceso a medicamentos vitales contra la enfermedad. Para reunir los requisitos para el programa ADAP que funciona en su estado, debe cumplir con ciertos criterios, entre los que incluyen un comprobante de residencia en el estado y estado del VIH, un comprobante de bajos ingresos según lo establece el estado y un estado de no asegurado/con seguro insuficiente. Los medicamentos de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por ADAP califican para recibir ayuda de costos compartidos de medicamentos recetados a través de Texas HIV Medication Program, ATTN: MSJA, MC 1873, Post Office Box 149347 Austin, TX 78714-9347; <https://www.dshs.texas.gov/hivstd/meds>. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos, cómo afiliarse en el programa, o si actualmente está afiliado, cómo continuar recibiendo ayuda, llame al y llame al 1-800-255-1090. Si necesita asistencia en otro estado, visite www.bcbstx.com/retiree-medicare-coa para obtener una lista de los programas ADAP en cada estado. Cuando llame, asegúrese de indicar el nombre de su plan de la Parte D de Medicare o el número de póliza.
- **El Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare.** El Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare es una opción de pago que funciona con su cobertura de medicamentos actual para ayudarle a administrar los gastos de bolsillo para los medicamentos cubiertos por nuestro plan, distribuyéndolos a lo largo del año calendario (enero a diciembre). Cualquier persona que cuente con un plan de medicamentos de Medicare o un plan de salud de Medicare con cobertura de medicamentos, como un plan Medicare

Advantage con cobertura de medicamentos, puede usar esta opción de pago. **Dicha opción podría ayudarle a administrar sus gastos, pero no le permite ahorrar dinero ni reduce los costos de sus medicamentos.**

Para aquellos asociados que califican, el programa Ayuda Adicional de Medicare y la ayuda proveniente de su SPAP y su programa ADAP implican más beneficios que acceder al Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare. Todos los asociados son elegibles para acceder a la opción de pago que ofrece el Plan de pago para medicamentos recetados de Medicare. Para obtener información sobre esta opción, llámenos al 1-855-380-8542 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) o visite www.Medicare.gov.

SECCIÓN 5 ¿Tiene alguna pregunta?

Obtenga ayuda de Blue Cross Group Medicare Advantage Open Access (PPO)

- **Llame a Servicio al cliente al 1-855-380-8542 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711)**

Estamos disponibles para recibir llamadas telefónicas de 8 a. m.-8 p. m., hora local, los 7 días de la semana. Si llama entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, se utilizarán tecnologías alternativas (por ejemplo, servicio de correo de voz) los fines de semana y días feriados. Las llamadas a estos números son gratuitas.

- **Lea su *Evidencia de cobertura* de 2026**

Esta *Notificación anual de cambios* le proporciona un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2026. Para obtener más información, consulte la *Evidencia de cobertura* para Blue Cross Group Medicare Advantage Open Access (PPO) de 2026. La *Evidencia de cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios que ofrece nuestro plan. En esta se explican sus derechos y las normas que debe seguir para recibir la cobertura de sus servicios y medicamentos recetados. Obtenga su *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web en www.bcbstx.com/retiree-medicare-coa o llame a Servicio al cliente 1-855-380-8542 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) para obtener una copia por correo.

- **Visite www.bcbstx.com/retiree-medicare-coa**

En nuestro sitio web se encuentra disponible la información más actualizada acerca de nuestra red de proveedores, que incluye el *Buscador de*

proveedores/Directorio de farmacias, además de nuestra Lista de medicamentos cubiertos (Formulario/Lista de medicamentos).

Obtenga asesoramiento gratuito sobre Medicare

El Programa estatal de asistencia sobre seguros médicos (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa gubernamental independiente que cuenta con asesores capacitados en todos los estados. En Texas, el SHIP se llama Programa de Información, Asesoramiento y Defensa de la Salud (HICAP).

Llame al Programa de Información, Asesoramiento y Defensa de la Salud (HICAP) para obtener asesoramiento personalizado y gratuito sobre seguros de salud. Pueden ayudarle a entender las opciones que le ofrece el plan Medicare Advantage y responder sus preguntas respecto de cómo cambiar de plan. Llame al Programa de Información, Asesoramiento y Defensa de la Salud (HICAP) al 1-800-252-9240. Obtenga más información sobre el Programa de Información, Asesoramiento y Defensa de la Salud (HICAP) visitando <https://www.hhs.texas.gov/services/health/medicare>.

Cómo obtener ayuda de Medicare

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

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

- **Chatee en directo con www.Medicare.gov**

Puede chatear en directo desde www.Medicare.gov/talk-to-someone.

- **Contáctese con Medicare por escrito**

Puede escribir a Medicare a la siguiente dirección: PO Box 1270, Lawrence, KS 66044.

- **Visite www.Medicare.gov**

El sitio web oficial de Medicare ofrece información sobre costos, coberturas y calificaciones de calidad con estrellas que le ayudarán a comparar los planes de salud de Medicare en su área.

- **Lea el manual *Medicare y usted 2026***

Cada otoño, el manual *Medicare y usted 2026* se envía por correo postal a las personas con Medicare. Este manual incluye un resumen de los beneficios de Medicare, los derechos y las protecciones, así como las respuestas a las

preguntas frecuentes sobre Medicare. Obtenga una copia en www.Medicare.gov o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

Los proveedores fuera de la red/no contratados no tienen la obligación de tratar a los asociados de Blue Cross Group Medicare Advantage Open Access (PPO), excepto en situaciones de emergencia. Llame a nuestro número de Servicio al cliente o consulte su Evidencia de cobertura para obtener más información, incluidos los costos compartidos correspondientes a los servicios fuera de la red.