



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 2027

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.**
- Para cambiarse a un **plan diferente**, visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) o consulte la lista que se encuentra al final de su *manual Medicare y usted 2027*.
- Tenga en cuenta que este documento es solo un resumen de los cambios. Para obtener más información sobre los costos, los beneficios y las normas, consulte la *Evidencia de cobertura*. Obtenga una copia en 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 en inglés.
- 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, 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)

- Los planes grupales PPO de empleadores/sindicatos son proporcionados por Health Care Service Corporation, una compañía de reserva legal mutua (HCSC)-H0107 y H8634, y HCSC Insurance Services Company (HISC)-H1666. HCSC y HISC son licenciatarias independientes de Blue Cross and Blue Shield Association. HCSC e HISC son organizaciones de Medicare Advantage con un contrato con Medicare. La afiliación a estos planes depende de la renovación del contrato.
- Cuando este material mencione "nosotros", "nos" o "nuestro", se refiere a Health Care Service Corporation, una compañía de reserva legal mutua (HCSC). Cuando dice "plan" o "nuestro plan", quiere decir Blue Cross Group Medicare Advantage Open Access (PPO).
- Pueden aplicarse limitaciones, copagos, exclusiones y restricciones. Los individuos deben vivir en el área de servicio del plan. Los beneficios varían según el plan. Se requiere autorización previa y/o referidos para ciertos servicios.

Tabla de Contenido

Resumen de costos importantes para 2027	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.....	8
Sección 1.4 Cambios en la red de farmacias	9
Sección 1.5 No se aplican cambios a sus beneficios ni a los montos que deba pagar por los servicios médicos.....	9
Sección 1.6 Cambios en la cobertura de medicamentos de la Parte D.....	10
Sección 1.7 Cambios en los beneficios y costos de los medicamentos con receta	10
SECCIÓN 2 Cambios administrativos	13
SECCIÓN 3 Cómo cambiar de plan	15
SECCIÓN 3.1 Plazos para cambiar de plan.....	16
SECCIÓN 3.2 ¿Puedo realizar cambios en algún otro momento del año?.....	16
SECCIÓN 4 Cómo obtener ayuda para pagar los medicamentos recetados	17
SECCIÓN 5¿Tiene alguna pregunta?.....	19
Obtenga ayuda de Blue Cross Group Medicare Advantage Open Access (PPO)	19
Obtenga asesoramiento gratuito sobre Medicare.....	19
Cómo obtener ayuda de Medicare	20

Resumen de costos importantes para 2027

	2026 (este año)	2027 (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 de la red: No corresponde De proveedores de la red y fuera de la red combinados: \$0	De proveedores de la red: No corresponde De proveedores de la red y fuera de la red combinados: \$0
Visitas al consultorio de atención primaria	<u>Dentro de la red</u> \$0 de copago por visita <u>Fuera de la red:</u> \$0 de copago por visita	<u>Dentro de la red</u> \$0 de copago por visita <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 visita <u>Fuera de la red:</u> \$0 de copago por visita	<u>Dentro de la red</u> \$0 de copago por visita <u>Fuera de la red:</u>

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
		\$0 de copago por consulta
Hospitalizaciones Incluye varias hospitalizaciones como cuidados agudos, rehabilitación y atención a largo plazo. Una hospitalización como paciente interno comienza el día en que se le ingresa formalmente por orden médica y termina el día anterior a su alta.	<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
Cobertura de medicamentos de la Parte D (Consulte la Sección 1.6 para obtener más detalles, incluido el deducible anual, las etapas de cobertura inicial y de cobertura en situaciones catastróficas).	Deducible según la cobertura de medicamentos de la Parte D \$50, para los Niveles 2 y 3 excepto para los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas para adultos cubiertas por la Parte D. Copago/coseguro durante la etapa de cobertura inicial: - Medicamento de Nivel 1: \$10 de copago - Medicamento de Nivel 2: 20% (\$30 min-\$60 máx)	Deducible según la cobertura de medicamentos de la Parte D \$50, para los Niveles 2 y 3 excepto para los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas para adultos cubiertas por la Parte D. Copago/coseguro durante la etapa de cobertura inicial: Medicamento de Nivel 1: \$10 de copago

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
	No pagará más que \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Medicamento de Nivel 3: 20% (\$50 min-\$100 máx) No pagará más que \$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 que están cubiertos a través de nuestro beneficio mejorado.	Medicamento de Nivel 2: 20% (\$30 min-\$60 máx) No pagará más que \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Medicamento de Nivel 3: 20% (\$50 min-\$100 máx) No pagará más que \$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 que están 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

	2026 (este año)	2027 (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 (también denominada cobertura acreditable) durante 63 días o más.
- 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 el programa de 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.

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Monto máximo de gastos de bolsillo Sus costos por servicios médicos cubiertos (como copagos) de proveedores de la red cuentan para su 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 de la red cuentan para su monto máximo de gastos de bolsillo dentro de la red. La prima de su plan y los costos de los medicamentos recetados para pacientes ambulatorios no cuentan para el monto máximo de gastos de bolsillo por servicios médicos.	\$0	\$0 Una vez que haya pagado \$0 por los servicios cubiertos, no pagará nada por los servicios cubiertos de los proveedores de la red 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 2027 *Buscador de proveedores* bcbstx.com/retiree-medicare-coa para ver si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) están

en nuestra red. A continuación, le indicamos cómo obtener un *Buscador de proveedores* actualizado:

- Visite nuestro sitio web 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*.

Podemos realizar cambios en los 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. Puede tener un período de afiliación especial si su proveedor abandona la red de plan.

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 *solo* si los obtiene en una de las farmacias de nuestra red.

El próximo año, notará cambios en nuestra red de farmacias. Consulte el *Directorio de farmacias 2027* bcbstx.com/retiree-medicare-coa para ver qué farmacias están en nuestra red. A continuación, le indicamos cómo obtener un *Directorio de farmacias* actualizado:

- Visite nuestro sitio web 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 nuestras farmacias 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 No se aplican cambios a sus beneficios ni a los montos que deba pagar por los servicios médicos

Nuestros beneficios y los montos que usted pague por estos servicios médicos cubiertos serán los mismos en 2027 que en 2026.

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. Se proporciona una copia de nuestra Lista de medicamentos de manera electrónica y se publica en línea en el 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 su *Evidencia de cobertura* y hable con su 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 TTY pueden llamar al 711) para obtener más información.

Sección 1.7 Cambios en los beneficios y costos de los medicamentos con receta

¿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 con receta*, que le informa sobre sus costos de medicamentos. Si recibe Ayuda Adicional y no recibió 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.

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

Usted empieza en esta etapa de pago cada año calendario. Durante esta etapa, paga el costo total de sus medicamentos del Nivel 2 Marca preferida y del Nivel 3 no preferido hasta alcanzar el deducible anual.

- ***Etapas 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, permanece en esta etapa hasta que sus gastos de bolsillo del año a la fecha alcancen \$2,400.

- ***Etapas 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. Es posible que tenga que pagar costos compartidos para los medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado. Por lo general, usted permanecerá en esta etapa durante el resto del año calendario.

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

La siguiente tabla muestra el costo por receta en esta etapa.

	2026 (este año)	2027 (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, el costo total de los medicamentos de marca preferidos de Nivel 2 y de medicamentos no preferidos de Nivel 3 hasta alcanzar 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, el costo total de los medicamentos de marca preferidos de Nivel 2 y de medicamentos no preferidos de Nivel 3 hasta alcanzar 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. Para obtener más información sobre 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 \$2,400 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.

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Nivel 1 – Medicamentos genéricos preferidos:	Usted paga \$10 de copago por receta.	Usted paga \$10 de copago por receta.
Nivel 2 – Medicamentos de marca preferidos:	Usted paga el 20% (\$30 min-\$60 máx)	Usted paga el 20% (\$30 min-\$60 máx)
Nivel 3 – Medicamentos no preferidos:	Usted paga el 20% (\$50 min-\$100 máx)	Usted paga el 20% (\$50 min-\$100 máx)

SECCIÓN 2 Cambios administrativos

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Cambio de nombre en MDLive	MDLive	Atención virtual de MDLive

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Cambio de proveedor de artículos de venta libre (OTC)	El proveedor del beneficio OTC es Convey. La asignación mensual para OTC se aplica a la tarjeta de gastos flexibles. La información de contacto para este beneficio es 1-855-852-2917, Para obtener información sobre la tarjeta, visite: flexiblespendcard.com . Para obtener información sobre pedidos, visite MyTXOTC.com .	El proveedor del beneficio OTC se ha cambiado a InComm. Recibirá una nueva tarjeta de débito a más tardar el 1 de enero de 2027. La asignación mensual para OTC se aplicará a la tarjeta de gastos flexibles. La información de contacto para este beneficio es 1-800-953-1499 (Sistema TTY 711) y el sitio web es FlexibleSpendCard.com.
Cambio de proveedor de transporte	El proveedor del beneficio de transporte es Modivcare.	El proveedor del beneficio de transporte ha cambiado a MTM Health. La información de contacto para este beneficio es 1-888-901-4998 (Sistema TTY 711).
Información de contacto de Amazon Pharmacy	1-855-393-4279	1-855-745-5725

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Información de contacto del plan de pago de medicamentos recetados de Medicare	Llame a: 1-855-380-8542 Escriba a: Blue Cross Group Medicare Advantage de Acceso Libre (PPO) Departamento de Elecciones MPPP. 13900 N. Harvey Ave Edmond, OK 73013 Correo electrónico: ElectMPPP@RxPayments.com	Llame a: 1-833-894-3593 Escriba a: Judi Rx Attn: M3P Elections 9450 SW Gemini Dr. Suite 87234 Beaverton, Oregon 97008-7105 Correo electrónico: M3P-Election@judi.com

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 tipo diferente de plan de salud de Medicare o cambie a Medicare Original antes del período de afiliación abierta según lo 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 durante 2027, 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 a un plan individual (minorista) de Medicare Advantage, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) cancelarán automática su afiliación a 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 diferentes tipos de planes de Medicare**, visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov), consulte el manual *Medicare y usted 2027*, 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, o empleador 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 sucede si se da de baja del plan grupal.

Si se afilió en un plan Medicare Advantage con vigencia desde el 1 de enero de 2027 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, o empleador 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, o actualmente vive en una institución (como un centro de enfermería especializada u hospital de cuidados a largo plazo), puede cambiar su cobertura de Medicare **en cualquier momento**. 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 2 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 reunir los requisitos 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 7 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 Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP).** Texas cuenta con programas llamados Kidney Health Care Program (KHC): Texas State Pharmaceutical Assistance Programs (solo asistencia para ESRD) y Texas HIV Medication Program (THMP) State Pharmacy Assistance Program (SPAP), que ayudan a las personas a pagar los medicamentos recetados según sus necesidades económicas, edad o condición médica. Para obtener más

información sobre estos programas, comuníquese con su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP). Para consultar una lista de los programas disponibles en su estado, visite 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 ser elegible para el ADAP que funciona en su estado, debe cumplir con ciertos criterios, 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 Medicare Parte D que también están cubiertos por ADAP califican para recibir ayuda con los costos compartidos de los medicamentos recetados a través del Programa de Medicamentos para el VIH de Texas, ATTN: MSJA, MC 1873, Apartado postal 149347, Austin, TX 78714-9347; dshs.texas.gov/hivstd/meds. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos, cómo inscribirse en el programa o, si actualmente está inscrito, cómo continuar recibiendo ayuda, llame al 1-800-255-1090. Si necesita asistencia en otro estado, visite bcbstx.com/retiree-medicare-coa para obtener una lista de ADAP en cada estado. Cuando llame, asegúrese de informarles el nombre o número de póliza de su plan de Medicare Parte D.
- **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. Si participa en el Plan de pagos de medicamentos recetados de Medicare y continúa con el mismo plan de la Parte D, dicha participación se renovará automática para 2027. No necesita presentar una nueva solicitud de elección para continuar participando en 2027. **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. Para obtener más información sobre esta opción de pago, llámenos al 1-855-380-8542 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visite 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, correo de voz) los fines de semana y días feriados. Las llamadas a estos números son gratuitas.

- **Lea su *Evidencia de cobertura* de 2027**

Esta *Notificación anual de cambios* le proporciona un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2027. Para obtener más información, consulte la *Evidencia de cobertura* de 2027 para Blue Cross Group Medicare Advantage Open Access (PPO). 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 bcbstx.com/retiree-medicare-coa o llame a Servicio al cliente al 1-855-380-8542 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para solicitarnos que le enviemos una copia por correo.

- **Visite 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 denomina Programa de Información, Asesoramiento y Defensa sobre Seguros Médicos (HICAP).

Llame al Programa de Información, Asesoramiento y Defensa sobre Seguros Médicos (HICAP) para obtener asesoramiento personalizado gratuito sobre seguros

médicos. Pueden ayudarle a entender las opciones que le ofrece el plan de Medicare y responder sus preguntas respecto de cómo cambiar de plan. Llame al Programa de Información, Asesoramiento y Defensa sobre Seguros Médicos (HICAP) al 1-800-252-9240. Obtenga más información en Programa de Información, Asesoramiento y Defensa sobre Seguros Médicos (HICAP) visitando [.hhs.texas.gov/services/health/medicare](https://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 [Medicare.gov](https://www.medicare.gov)**

Puede chatear en directo en [Medicare.gov/talk-to-someone](https://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 [Medicare.gov](https://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 2027***

Cada otoño, el manual *Medicare y usted 2027* 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. Puede obtener una copia en [Medicare.gov](https://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.