

Plan Blue Cross MedicareRx Choice (PDP)SM proporcionado por HCSC Insurance Services Company (HISC)

Aviso anual de cambios para el 2022

Actualmente se encuentra inscrito como miembro de Blue Cross MedicareRx Choice (PDP)SM. Habrá algunos cambios en los costos y beneficios del plan durante el siguiente año. *Este cuadernillo contiene información sobre los cambios.*

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

Qué hacer ahora

1. PREGUNTE: Qué cambios aplican a usted

Verifique los cambios en nuestros beneficios y costos para ver si lo afectan.

- Es importante que revise su cobertura ahora para asegurarse de que satisfaga sus necesidades el año siguiente.
- ¿Los cambios afectan los servicios que usted utiliza?
- Consulte las Secciones 1.1 y 1.2 para obtener información sobre los cambios en los beneficios y costos de nuestro plan.

Verifique los cambios en el cuadernillo sobre nuestra cobertura de medicamentos recetados para saber si estos lo afectan.

- ¿Estarán cubiertos sus medicamentos?
- ¿Sus medicamentos están en una categoría diferente, con un costo compartido diferente?
- ¿Alguno de sus medicamentos tiene nuevas restricciones, como necesitar nuestra aprobación antes de surtir su receta?
- ¿Puede continuar usando las mismas farmacias? ¿Hay algún cambio en los costos al utilizar esta farmacia?
- Revise la Lista de medicamentos 2022 y consulte la Sección 1.3 para obtener más información acerca de cambios en nuestra cobertura de medicamentos.

- Sus costos de medicamentos pueden haber aumentado desde el año pasado. Hable con su médico sobre alternativas de menor costo que pueden estar disponibles para usted; esto puede ahorrarle gastos anuales de su bolsillo durante todo el año. Para obtener información adicional sobre los precios de los medicamentos, visite [go.medicare.gov/drugprices](https://www.go.medicare.gov/drugprices) y haga clic en el enlace "dashboards" (tableros) en el medio de la segunda Nota en la parte inferior de la página. Estos tableros destacan qué fabricantes han estado aumentando sus precios y también muestran otra información sobre los precios de medicamentos de un año a otro. Tenga en cuenta que los beneficios de su plan determinarán exactamente cuánto pueden cambiar sus propios costos de medicamentos.

Piense en los costos de atención médica generales.

- ¿Cuánto gastará de su bolsillo para pagar los servicios y medicamentos recetados que utiliza con regularidad?
- ¿Cuánto gastará en la prima y en los deducibles?
- ¿En qué se diferencian sus costos totales del plan con los de otras opciones de cobertura de Medicare?

Piense si está conforme con nuestro plan.

2 COMPARE: Conozca otras opciones de plan

Revise las coberturas y los costos de los planes en su área.

- Use la función de búsqueda personalizada en el buscador de planes de Medicare en el sitio web www.medicare.gov/plan-compare.
- Revise la lista que se encuentra en la parte posterior de su manual *Medicare y Usted 2022*.
- Lea la Sección 3.2 para obtener más información sobre sus opciones.

Una vez que reduzca sus opciones a un plan preferido, confirme sus costos y cobertura en la página web del plan.

3 ELIJA: Decida si desea cambiar de plan

- Si no se inscribe a otro plan antes del 7 de diciembre del 2021, se lo inscribirá en el plan Blue Cross MedicareRx Choice (PDP).
- Para cambiarse a un **plan diferente** que podría cubrir mejor sus necesidades, se puede cambiar de plan entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre.

4 INSCRÍBASE: Para cambiar de planes, inscríbase en un plan entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre del 2021

- Si no se inscribe en otro plan antes del **7 de diciembre del 2021**, se lo inscribirá en el plan Blue Cross MedicareRx Choice (PDP).

- Si se inscribe en otro plan antes del **7 de diciembre del 2021**, su nueva cobertura comenzará el **1 de enero del 2022**. La inscripción a su plan actual se cancelará automáticamente.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible de forma gratuita en español.
- ATTENTION: If you speak Spanish, language assistance services, free of charge, are available to you. Call Customer Service at 1-888-285-2249 (TTY call: 711) for more information.
- Atención: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al Departamento de Servicios para Miembros 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 por favor póngase en contacto con nuestro número del Departamento de Servicios para Miembros en 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 de local, 7 días a la semana. Si usted está llamando desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz) se utilizarán los fines de semana y festivos.
- Comuníquese con Blue Cross MedicareRx Choice (PDP) si necesita esta información en otro idioma o formato (español, braille, letra grande o formatos alternativos).

Acerca de Blue Cross MedicareRx Choice (PDP)

- Planes de medicamentos con receta proporcionados por HCSC Insurance Services Company (HISC), Licenciatario Independiente de Blue Cross and Blue Shield Association. Un patrocinador de Parte D aprobado por Medicare. La inscripción en los planes de HISC depende de la renovación del contrato.
- Cuando en este cuadernillo se mencionen las palabras “nosotros”, “nos” o “nuestro”, significa HCSC Insurance Services Company (HISC). Cuando se mencionen las palabras “el plan” o “nuestro plan”, significa Blue Cross MedicareRx Choice (PDP).

Resumen de costos importantes para el 2022

La tabla a continuación compara los costos del 2021 y los costos del 2022 para Blue Cross MedicareRx Choice (PDP) en varias áreas importantes. **Sepa que esto es solamente un resumen de cambios.** Puede encontrar una copia de la *Evidencia de Cobertura* en nuestro sitio web en getblueok.com/pdp. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para solicitar que le enviemos por correo una *Evidencia de Cobertura*.

Costo	2021 (este año)	2022 (el próximo año)
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser mayor o menor que esta suma. Consulte la Sección 1.1 para obtener más detalles.	\$21	\$21.20
Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D (Consulte la Sección 1.3 para obtener más detalles).	Deducible: \$445 Copago/Coseguro durante la Etapa de Cobertura Inicial: Categoría de medicamento 1: <ul style="list-style-type: none"> <i>Gastos compartidos estándar:</i> \$1 de copago <i>Gastos compartidos preferidos:</i> \$1 de copago Categoría de medicamento 2: <ul style="list-style-type: none"> <i>Gastos compartidos estándar:</i> \$4 de copago <i>Gastos compartidos preferidos:</i> Sin cobertura 	Deducible: \$480 Copago/Coseguro durante la Etapa de Cobertura Inicial: Categoría de medicamento 1: <ul style="list-style-type: none"> <i>Gastos compartidos estándar:</i> \$10 de copago <i>Gastos compartidos preferidos:</i> \$0 de copago Categoría de medicamento 2: <ul style="list-style-type: none"> <i>Gastos compartidos estándar:</i> \$15 de copago <i>Gastos compartidos preferidos:</i> \$5 de copago

Costo	2021 (este año)	2022 (el próximo año)
	<p>Categoría de medicamento 3:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Gastos compartidos estándar: \$47 copago</i> • <i>Gastos compartidos preferidos: Sin cobertura</i> <p>Categoría de medicamento 4:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Gastos compartidos estándar: 35% del costo total</i> • <i>Gastos compartidos preferidos: Sin cobertura</i> <p>Categoría de medicamento 5:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Gastos compartidos estándar: 25% del costo total</i> • <i>Gastos compartidos preferidos: Sin cobertura</i> 	<p>Categoría de medicamento 3:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Gastos compartidos estándar: \$47 copago</i> • <i>Gastos compartidos preferidos: \$44 copago</i> <p>Categoría de medicamento 4:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Gastos compartidos estándar: 50% del costo total</i> • <i>Gastos compartidos preferidos: 45% del costo total</i> <p>Categoría de medicamento 5:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Gastos compartidos estándar: 25% del costo total</i> • <i>Gastos compartidos preferidos: 25% del costo total</i>

Aviso anual de cambios para el 2022

Tabla de contenidos

Resumen de costos importantes para el 2022	1
SECCIÓN 1 Cambios en beneficios y costos para el año siguiente	4
Sección 1.1 – Cambios en su prima mensual	4
Sección 1.2 – Cambios en la red de farmacias	4
Sección 1.3 – Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D	5
SECCIÓN 2 Cambios administrativos	10
SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir	11
Sección 3.1 – Si decide permanecer en Blue Cross MedicareRx Choice (PDP)	11
Sección 3.2 – Si decide cambiar de plan	11
SECCIÓN 4 Fecha límite para cambiarse de plan	12
SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare ..	13
SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar medicamentos recetados	13
SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas?	14
Sección 7.1 – Cómo obtener ayuda de Blue Cross MedicareRx Choice (PDP)	14
Sección 7.2 – Cómo obtener ayuda de Medicare	15

SECCIÓN 1 Cambios en beneficios y costos para el año siguiente

Sección 1.1 – Cambios en su prima mensual

Costo	2021 (este año)	2022 (el próximo año)
Prima mensual (Usted debe continuar pagando su prima del plan de Medicare Parte B a menos que Medicaid la pague por usted).	\$21	\$21.20

- Su prima mensual del plan será mayor si se le exige pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D de por vida por no tener otra cobertura de medicamentos que sea al menos tan buena como la cobertura de medicamentos de Medicare (también denominada "cobertura válida") durante 63 días o más.
- Si usted tiene ingresos mayores, puede que tenga que pagar un monto adicional cada mes directamente al gobierno por su cobertura de medicamentos recetados de Medicare.
- Su prima mensual será *menor* si recibe un "Ayuda Adicional" para sus costos de medicamentos con receta. Consulte la Sección 6 sobre el "Ayuda Adicional" de Medicare.

Sección 1.2 – Cambios en la red de farmacias

Las sumas que paga por sus medicamentos recetados pueden depender de la farmacia a la cual recurre. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus recetas médicas están cubiertas *solo* si a usted se las surten en una de las farmacias de nuestra red. Nuestra red incluye farmacias con gastos compartidos preferidos, que pueden ofrecerle gastos compartidos más bajos que los gastos compartidos estándar que ofrecen otras farmacias de la red para algunos medicamentos.

Habrán cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. En nuestro sitio web getblueok.com/pdp/pharmacias, se encuentra disponible un *Directorio de farmacias* actualizado. También puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros para recibir información actualizada sobre proveedores o para pedirnos que le enviemos por correo un *Directorio de farmacias*. **Revise el Directorio de farmacias de 2022 para ver qué farmacias están en nuestra red.**

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

Cambios en nuestra lista de medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se denomina formulario o “Lista de medicamentos”. Proporcionamos una copia de nuestra lista de medicamentos de forma electrónica.

Hicimos cambios en nuestra Lista de medicamentos, incluso cambios en medicamentos que cubrimos y cambios en restricciones que se aplican a nuestra cobertura de determinados medicamentos. **Revise la lista de medicamentos para asegurarse de que los medicamentos que utiliza estén cubiertos el año siguiente y consulte si existe alguna restricción.**

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

- **Hable con su médico (u otra persona que receta) y solicite al plan que haga una excepción** para cubrir el medicamento. **Alentamos a los miembros actuales** a solicitar una excepción antes del próximo año.
 - Para obtener más información sobre cómo solicitar una excepción, lea el Capítulo 7 de su *Evidencia de Cobertura (Qué hacer si tiene algún problema o alguna queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas])* o comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros.
- **Hable con su médico (u otra persona que receta) para encontrar un medicamento diferente** que cubramos. Puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para solicitar una Lista de medicamentos cubiertos que sirvan para tratar el mismo problema médico.

En algunas situaciones, debemos cubrir un suministro provisional de un medicamento que no esté en el formulario en los primeros 90 días del año del plan o en los primeros 90 días de membresía para evitar una brecha en la terapia. (Para averiguar más sobre cuándo puede obtener un suministro provisional y cómo solicitarlo, consulte el Capítulo 3, Sección 5.2 de la *Evidencia de Cobertura*). Durante el período en el cual recibe el suministro provisional de un medicamento, deberá consultar con su médico para decidir qué hará cuando este se termine. Puede cambiar el medicamento por uno diferente que esté cubierto por el plan o solicitar al plan que haga una excepción y cubra su medicamento actual.

Las excepciones actuales de la Lista de medicamentos pueden seguir cubiertas, según las circunstancias. Puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros 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 realicemos estos cambios durante el año en la lista de medicamentos, puede seguir trabajando con su médico (u otro recetador) y pedirnos que hagamos una excepción para cubrir el medicamento. También continuaremos actualizando nuestra lista de medicamentos en la red en línea según lo programado y proporcionaremos otra información requerida para reflejar los cambios en los medicamentos. (Para averiguar más información sobre los cambios que podemos hacer en la Lista de medicamentos, consulte el Capítulo 3, Sección 6 de la *Evidencia de Cobertura*).

Cambios en los costos de medicamentos recetados

Nota: Si usted forma parte de un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos ("Beneficio Adicional"), **es posible que la información sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D no se aplique a su caso.** Le hemos enviado un prospecto, titulado "Cláusula de Evidencia de Cobertura para quienes reciban el Ayuda Adicional para sus medicamentos con receta" (también llamada "Cláusula adicional de subsidio por bajos ingresos" o "Cláusula adicional LIS"), en el que se describen los costos por medicamentos que le corresponden. Si recibe un "Ayuda Adicional", pero no ha recibido este anexo, llame al Departamento de Servicios para Miembros y pida su "Cláusula adicional LIS".

Hay cuatro "etapas de cobertura de medicamentos". Lo que paga por un medicamento Parte D depende de la etapa de pago de medicamentos en la que usted se encuentre. (Puede consultar el Capítulo 4, Sección 2 de su *Evidencia de Cobertura* para obtener más información sobre las etapas).

La información a continuación muestra los cambios para el siguiente año en las primeras dos etapas: la Etapa de deducible anual y la Etapa de cobertura inicial. (La mayoría de los miembros no alcanzan las otras dos etapas: la Etapa de Brecha en Cobertura o la Etapa de Cobertura de Catástrofe. Para obtener información sobre sus costos en estas etapas, consulte el Capítulo 4, Secciones 6 y 7, de la *Evidencia de Cobertura*, la cual se encuentra en nuestro sitio web en getblueok.com/pdp. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para solicitar que le enviemos por correo una *Evidencia de Cobertura*).

Cambios en la Etapa de deducibles

Etapa	2021 (este año)	2022 (el próximo año)
Etapa 1: Etapa de deducible anual Durante esta etapa, usted paga el costo	El deducible es de \$445. Durante esta etapa, usted paga \$1-\$4 de los gastos compartidos de los	El deducible es de \$480. Durante esta etapa, usted paga \$0-\$15 de los gastos compartidos de los

Etapa	2021 (este año)	2022 (el próximo año)
<p>total de los medicamentos de marca preferida de Categoría 3, los medicamentos no preferidos de Categoría 4 y los medicamentos especializados de Categoría 5 hasta que haya alcanzado el deducible anual.</p>	<p>medicamentos genéricos preferidos de Categoría 1 y los medicamentos genéricos de Categoría 2, además del costo total de los medicamentos de marca preferida de Categoría 3, los medicamentos no preferidos de Categoría 4 y los medicamentos especializados de Categoría 5 hasta que haya alcanzado el deducible anual.</p>	<p>medicamentos genéricos preferidos de Categoría 1 y los medicamentos genéricos de Categoría 2, además del costo total de los medicamentos de marca preferida de Categoría 3, los medicamentos no preferidos de Categoría 4 y los medicamentos especializados de Categoría 5 hasta que haya alcanzado el deducible anual.</p>

Cambios en sus gastos compartidos en la Etapa de Cobertura Inicial

Para obtener información acerca de los copagos y coseguro, revise el Capítulo 4, Sección 1.2, *Tipos de gastos de su bolsillo que puede pagar por los medicamentos cubiertos* en su *Evidencia de Cobertura*.

Etapa	2021 (este año)	2022 (el próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de Cobertura Inicial</p> <p>Una vez que paga el deducible anual, pasa a la Etapa de cobertura inicial. Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde por el costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo.</p>	<p>Su costo para un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red :</p> <p>Categoría 1: Medicamentos genéricos preferidos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Gastos compartidos estándar:</i> Usted paga \$1 de copago por receta médica. 	<p>Su costo para un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red :</p> <p>Categoría 1: Medicamentos genéricos preferidos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Gastos compartidos estándar:</i> Usted paga \$10 de copago por receta médica.

Etapa	2021 (este año)	2022 (el próximo año)
<p>Los costos que se indican en esta fila corresponden a un suministro de un mes (30 días) cuando surta su receta médica en una farmacia de la red.</p> <p>Para obtener información sobre los costos de un suministro a largo plazo o de recetas de pedidos por correo, consulte la Sección 5 del Capítulo 4 de su <i>Evidencia de Cobertura</i>.</p> <p>Hemos cambiado la categoría de algunos de los medicamentos en su Lista de medicamentos. Para comprobar si sus medicamentos estarán en otra categoría, búsquelos en la lista de medicamentos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Gastos compartidos para medicamentos preferidos:</i> Usted paga \$1 de copago por receta médica. <p>Categoría 2: Medicamentos genéricos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Gastos compartidos estándar:</i> Usted paga \$4 de copago por receta médica. • <i>Gastos compartidos para medicamentos preferidos:</i> Sin cobertura <p>Categoría 3: Medicamentos de marca preferidos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Gastos compartidos estándar:</i> Usted paga \$47 de copago por receta médica. • <i>Gastos compartidos para medicamentos preferidos:</i> Sin cobertura 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Gastos compartidos para medicamentos preferidos:</i> Usted paga \$0 de copago por receta médica. <p>Categoría 2: Medicamentos genéricos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Gastos compartidos estándar:</i> Usted paga \$15 de copago por receta médica. • <i>Gastos compartidos para medicamentos preferidos:</i> Usted paga \$5 de copago por receta médica. <p>Categoría 3: Medicamentos de marca preferidos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Gastos compartidos estándar:</i> Usted paga \$47 de copago por receta médica. • <i>Gastos compartidos preferidos:</i> Usted paga \$44 de copago por receta médica.

Etapa	2021 (este año)	2022 (el próximo año)
	<p>Categoría 4: Medicamento no preferido:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Gastos compartidos estándar:</i> Usted paga 35% del costo total por receta médica. • <i>Gastos compartidos para medicamentos preferidos:</i> Sin cobertura <p>Categoría 5: Medicamentos especializados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Gastos compartidos estándar:</i> Usted paga 25% del costo total por receta médica. • <i>Gastos compartidos para medicamentos preferidos:</i> Sin cobertura <hr/> <p>Una vez que sus costos totales por medicamentos hayan alcanzado los \$4,130, usted pasará a la siguiente etapa (la Etapa de Interrupción en la Cobertura).</p>	<p>Categoría 4: Medicamento no preferido:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Gastos compartidos estándar:</i> Usted paga 50% del costo total por receta médica. • <i>Gastos compartidos preferidos:</i> Usted paga 45% del costo total por receta médica. <p>Categoría 5: Medicamentos especializados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Gastos compartidos estándar:</i> Usted paga 25% del costo total por receta médica. • <i>Gastos compartidos preferidos:</i> Usted paga 25% del costo total por receta médica. <hr/> <p>Una vez que sus costos totales por medicamentos hayan alcanzado los \$4,430; usted pasará a la siguiente etapa (la Etapa de Interrupción en la Cobertura).</p>

Cambios en la Etapa de Brecha en Cobertura y en la Etapa de Cobertura de Catástrofe

Las otras dos etapas de cobertura de medicamentos, la Etapa de Brecha en Cobertura y la Etapa de Cobertura de Catástrofe, son para personas con altos costos en medicamentos. **La mayoría de los miembros no alcanza la Etapa de Brecha en Cobertura ni la Etapa de Cobertura de Catástrofe.**

Para obtener información sobre sus costos en estas etapas, revise el Capítulo 4, Secciones 6 y 7, en su *Evidencia de Cobertura*.

SECCIÓN 2 Cambios administrativos

Descripción	2021 (este año)	2022 (el próximo año)
Servicio de Farmacia por Correo	AllianceRx Walgreens Prime es una farmacia preferida	Tanto AllianceRx Walgreens Prime como Express Scripts [®] Pharmacy son farmacias preferidas
Gastos compartidos en farmacias de la red	Se aplican los gastos compartidos estándares en todas las farmacias de la red.	Los gastos compartidos estándares se aplican en farmacias estándares, y los gastos compartidos preferidos se aplican en farmacias preferidas. Revise el Directorio de farmacias 2022 para ver si su farmacia es preferida o estándar.

Prime Therapeutics LLC es una compañía de administración de beneficios de farmacia, contratada por Blue Cross and Blue Shield of Oklahoma (BCBSOK) para proporcionar servicios de administración de beneficios de farmacia. BCBSOK, además de otros planes independientes de Blue Cross and Blue Shield, mantiene una participación en Prime Therapeutics.

Prime Therapeutics LLC mantiene una participación en AllianceRx Walgreens Prime, una farmacia central de medicamentos especializados con entrega a domicilio. Prime Therapeutics LLC proporciona servicios de administración de beneficios de farmacia para Blue Cross and Blue Shield of Oklahoma (BCBSOK) y pertenece a 18 planes de Blue Cross and Blue Shield, sus subsidiarias o filiales de esos planes.

Express Scripts[®] Pharmacy es una farmacia con contrato para proporcionar servicios de farmacia por correo a los miembros de Blue Cross and Blue Shield of Oklahoma (BCBSOK).

Express Scripts[®] Pharmacy es una marca comercial de Express Scripts Strategic Development, Inc.

SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir

Sección 3.1 – Si decide permanecer en Blue Cross MedicareRx Choice (PDP)

Para permanecer en nuestro plan, no debe hacer nada. Si no se inscribe en un plan diferente antes del 7 de diciembre, se lo inscribirá automáticamente en nuestro plan Blue Cross MedicareRx Choice (PDP).

Sección 3.2 – Si decide cambiar de plan

Esperamos tenerlo entre nuestros miembros el año siguiente, pero si desea cambiarse a 2022, siga estos pasos:

Primer paso: conozca y compare las opciones que tiene

- Puede inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare diferente a tiempo.
- -- O-- También se puede cambiar a un plan de salud de Medicare. Algunos planes de salud de Medicare también incluyen la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D.
- -- O-- bien, puede mantener su cobertura médica de Medicare vigente y dejar su cobertura de medicamentos con receta de Medicare.

Para averiguar más sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare, lea el manual *Medicare y Usted 2022*, comuníquese con el Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (consulte la Sección 5) o comuníquese con Medicare (vea la Sección 7.2).

Usted puede encontrar información sobre los planes que hay en su área utilizando el localizador de planes de Medicare en la página web de Medicare. Visite www.medicare.gov/plan-compare. **Aquí, puede encontrar información sobre costos, cobertura y clasificaciones de calidad de los planes de Medicare.**

Segundo paso: cambie su cobertura

- Para **cambiarse a otro plan de salud de medicamentos con receta de Medicare**, inscríbese en el nuevo plan. Se cancelará automáticamente su inscripción en Blue Cross MedicareRx Choice (PDP).
- Para **cambiarse a un plan de salud de Medicare**, inscríbese en el nuevo plan. Según el tipo de plan que elija, puede que su inscripción en Blue Cross MedicareRx Choice (PDP) sea automáticamente cancelada.
 - Se cancelará automáticamente su inscripción en Blue Cross MedicareRx Choice (PDP) si se inscribe en cualquier plan de salud de Medicare que incluya la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D. También se cancelará automáticamente su inscripción si se inscribe en Medicare HMO o Medicare PPO, incluso si ese plan no incluye cobertura de medicamentos con receta.
 - Si elige un plan privado de pago por servicio sin cobertura de medicamentos de la Parte D, un plan de cuentas de ahorros médicos de Medicare o un plan de costos de Medicare, puede inscribirse en ese nuevo plan y mantener Blue Cross MedicareRx Choice (PDP) para la cobertura de sus medicamentos. La inscripción en uno de estos tipos de coberturas no cancelará automáticamente su inscripción en Blue Cross MedicareRx Choice (PDP). Si está inscribiéndose en este tipo de cobertura y desea dejar nuestro plan, debe solicitar la cancelación de la inscripción a Blue Cross MedicareRx Choice (PDP). Para solicitar la cancelación de su inscripción, tiene que enviarnos una solicitud por escrito o comunicarse con Medicare 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).
- Para **cambiarse a Original Medicare sin un plan de medicamentos recetados**, debe hacer lo siguiente:
 - Envíenos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros para obtener más información sobre cómo proceder (los números de teléfono se encuentran en la Sección 7.1 de este cuadernillo).
 - - O - comuníquese con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicite que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 4 Fecha límite para cambiarse de plan

Si desea cambiarse a un plan diferente de medicamentos con receta o a un plan de salud de Medicare para el próximo año, puede hacerlo desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre**. El cambio tendrá vigencia a partir del 1 de enero del 2022.

¿Se pueden hacer cambios en otros momentos del año?

En determinadas situaciones, también se permiten cambios en otras épocas del año. Por ejemplo, las personas con Medicaid, aquellos que obtienen un “Ayuda Adicional” para pagar sus medicamentos, aquellos que abandonaron o están en proceso de abandonar la cobertura del empleador y aquellos que se mudan del área de servicio podrían hacer un cambio en otro momento del año. Para obtener más información, consulte el Capítulo 8, Sección 2.2, de la *Evidencia de Cobertura*.

SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare

El Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (SHIP) es un programa gubernamental con asesores capacitados en cada estado. En Oklahoma, el SHIP es conocido como Senior Health Insurance Counseling Program.

Senior Health Insurance Counseling Program es independiente (no está conectado con ninguna compañía de seguro o plan de salud). Es un programa estatal que obtiene fondos del gobierno federal para ofrecer asesoramiento local **gratuito** sobre seguros médicos a personas que tienen Medicare. Los consejeros de Senior Health Insurance Counseling Program pueden ayudarlo con sus preguntas o problemas sobre Medicare. Podrán ayudarlo a comprender sus opciones dentro del Plan de Medicare y responderán a sus preguntas relacionadas con el cambio de un plan a otro. Puede llamar a Senior Health Insurance Counseling Program al 1-800-763-2828. Puede averiguar más sobre Senior Health Insurance Counseling Program visitando su sitio web (https://www.oid.ok.gov/Consumers/Information_for_Seniors/SHIP.html).

SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar medicamentos recetados

Puede calificar para recibir ayuda para pagar medicamentos recetados.

- **“Ayuda Adicional” de Medicare.** Las personas de ingresos limitados pueden ser elegibles para recibir un “Ayuda Adicional” con el fin de poder pagar los costos de sus medicamentos con receta. Si usted califica, Medicare podría pagarle hasta un 75 % o más de los costos de sus medicamentos, incluyendo las primas mensuales para los medicamentos recetados, los deducibles anuales y el coseguro. Además, quienes califiquen para esta prestación no tendrán una brecha en cobertura ni serán sancionados con multas por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles y ni siquiera lo saben. Para ver si califica, comuníquese con:
 - 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, de lunes a viernes entre las 7:00 a. m. y 7:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes); o
- La oficina de Medicaid de su estado (solicitudes).
- **Asistencia de costo compartido de recetas médicas para personas con VIH/SIDA.** El Programa de Asistencia para Medicamentos del VIH (ADAP) ayuda a asegurar que las personas elegibles para el ADAP que viven con VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos contra el VIH que salvan la vida. Las personas deben reunir determinados criterios, incluidas la prueba de residencia en el estado y la condición de VIH, bajos ingresos según lo definido por el estado y condición de asegurado/subasegurado. Los medicamentos recetados de Medicare Parte D que también están cubiertos por el ADAP califican para la asistencia de gasto compartido en las recetas médicas a través de Oklahoma HIV Drug Assistance Program (HDAP), 1000 N.E. Tenth Mail Drop 0308, Oklahoma City, OK 73117-1299: <https://oklahoma.gov/health/prevention-and-preparedness/sexual-health-and-harm-reduction-service/ryan-white-programs.html>. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al 1-405-271-4636.

SECCIÓN 7 ¿Tiene Preguntas?

Sección 7.1 – Cómo obtener ayuda de Blue Cross MedicareRx Choice (PDP)

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudarle. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-888-285-2249. (Solo para usuarios de TTY; llamar al 711). El horario de atención para llamadas telefónicas es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, 7 días a la semana. Si llama desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, se utilizarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz) los fines de semana y los días feriados. Las llamadas a estos números son gratuitas.

Lea su *Evidencia de Cobertura* para el 2022 (contiene detalles sobre los beneficios y los costos del próximo año).

Este *Aviso anual de cambios* le ofrece un resumen de cambios en sus beneficios y costos para el 2022. Para obtener más información, consulte la *Evidencia de Cobertura* 2022 del plan Blue Cross MedicareRx Choice (PDP). La *Evidencia de Cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las normas que debe seguir para obtener servicios y medicamentos recetados cubiertos. Puede encontrar una copia de la *Evidencia de Cobertura* en nuestro sitio web en getblueok.com/pdp. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para solicitar que le enviemos por correo una *Evidencia de Cobertura*.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web en getblueok.com/pdp. Como recordatorio, en nuestro sitio web se presenta la información más actualizada sobre la red de farmacias (*Directorio de farmacias*) y nuestra Lista de medicamentos cubiertos (Formulario/Lista de medicamentos).

Sección 7.2 – 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 la página web de Medicare

Puede visitar la página web de Medicare (www.medicare.gov). Tiene información sobre costos, cobertura y clasificaciones de calidad para ayudarle a comparar los planes de medicamentos con receta de Medicare. Usted puede encontrar información sobre los planes disponibles en su área utilizando el localizador de planes de Medicare en la página web de Medicare. (Para ver la información sobre los planes, visite www.medicare.gov/plan-compare).

Lea *Medicare y Usted 2022*

Puede leer el manual *Medicare y Usted 2022*. Este cuadernillo se envía todos los años en otoño a todas las personas que tienen Medicare. Se incluye un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare, y se responde las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Si no cuenta con un ejemplar de este cuadernillo, puede obtenerlo en el sitio web de Medicare (www.medicare.gov) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.