

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

Aviso Anual de Cambios para el 2023

Actualmente se encuentra inscrito como miembro de Blue Cross MedicareRx Choice (PDP)SM. Habrá cambios en los costos y beneficios del plan durante el siguiente año. **Consulte la página 5 para obtener un Resumen de Costos Importantes, incluida la Prima de Póliza.**

Este documento informa sobre los cambios en su plan. Para obtener más información sobre los costos, los beneficios o las reglas, revise la *Evidencia de Cobertura*, que se encuentra en nuestro sitio web getblueok.com/pdp. También puede llamar a Servicio al Cliente para solicitar que le enviemos una *Evidencia de Cobertura* por correo postal.

- **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.

- Revise los cambios en nuestra cobertura de medicamentos, incluidos los requisitos de autorización y los costos
- Considere cuánto gastará en primas, deducibles y gastos compartidos

Consulte los cambios en la Lista de Medicamentos 2023 para asegurarse de que los medicamentos que toma actualmente aún se encuentren cubiertos.

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 el Localizador de Planes de Medicare en el sitio web www.medicare.gov/plan-compare o revise la lista en el reverso de su manual *Medicare y Usted 2023*.

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

3. ELIJA: Decida si desea cambiar de plan

- Si usted no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre del 2022, permanecerá en Blue Cross MedicareRx Choice (PDP).

- Para cambiarse a un **plan diferente**, puede cambiar de plan entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Su nueva cobertura comenzará a partir del **1 de enero del 2023**. Esto finalizará su inscripción con Blue Cross MedicareRx Choice (PDP).

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 a Servicio al Cliente al 1-888-285-2249 (TTY: 711) para recibir más información.
- Comuníquese con nuestro número de Servicio al Cliente al 1-888-285-2249 para obtener información adicional. (TTY users should call 711.) Hours are 8:00 a.m. – 8:00 p.m., local time, 7 days a week. 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 los días feriados.
- 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 – 20:00, hora de local, 7 días a 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 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), Licenciario 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.
- En este documento, cuando 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).

Aviso Anual de Cambios para el 2023
Tabla de contenidos

Resumen de Costos Importantes para 2023 5

SECTION 1 Cambios en los Beneficios y Costos para el Año Siguiende 7

 Section 1.1 – Cambios en su prima mensual 7

 Section 1.2 – Cambios en la red de farmacias 7

 Section 1.3 – Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte
 D 8

SECTION 2 Cambios Administrativos 12

SECTION 3 Cómo Decidir qué Plan Elegir 13

 Section 3.1 – Si decide permanecer en Blue Cross MedicareRx Choice (PDP) 13

 Section 3.2 – Si decide cambiar de plan 13

SECTION 4 Fecha límite para cambiarse de plan 14

SECTION 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare .. 15

SECTION 6 Programas que Ayudan a Pagar Medicamentos con Receta 15

SECTION 7 ¿Tiene Preguntas? 16

 Section 7.1 – Cómo obtener ayuda de Blue Cross MedicareRx Choice (PDP) 16

 Section 7.2 – Cómo obtener ayuda de Medicare 17

Resumen de costos importantes para el 2023

La tabla a continuación compara los costos del 2022 y los costos del 2023 para Blue Cross MedicareRx Choice (PDP) en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los costos.**

Costo	2022 (este año)	2023 (el próximo año)
<p>Prima mensual del plan*</p> <p>* Su prima puede ser mayor o menor que este monto. Consulte la Sección 1.1 para obtener más detalles.</p>	\$21.20	\$22.20
<p>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D</p> <p>(Consulte la Sección 1.3 para obtener más detalles).</p>	<p>Deducible: \$480</p> <p>Copago/Coseguro durante la Etapa de Cobertura Inicial:</p> <p>Nivel de Pago por Medicamento 1:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Gastos compartidos estándar: \$10 de copago</i> • <i>Gastos compartidos para medicamentos preferidos: \$0 de copago</i> <p>Categoría de medicamento 2:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Gastos compartidos estándar: \$15 de copago</i> • <i>Gastos compartidos para medicamentos preferidos: \$5 de copago</i> 	<p>Deducible: \$505</p> <p>Copago/Coseguro durante la Etapa de Cobertura Inicial:</p> <p>Nivel de Pago por Medicamento 1:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Gastos compartidos estándar: \$15 de copago</i> • <i>Gastos compartidos para medicamentos preferidos: \$0 de copago</i> <p>Categoría de medicamento 2:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Gastos compartidos estándar: \$20 de copago</i> • <i>Gastos compartidos para medicamentos preferidos: \$4 de copago</i>

Costo	2022 (este año)	2023 (el próximo año)
	<p>Categoría de medicamento 3:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Gastos compartidos estándar: \$47 de copago</i> • <i>Gastos compartidos para medicamentos preferidos: \$44 de 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 para medicamentos 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 para medicamentos preferidos: 25% del costo total</i> 	<p>Categoría de medicamento 3:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Gastos compartidos estándar: \$47 de copago</i> • <i>Gastos compartidos preferidos: \$44 de copago</i> <p>Categoría de medicamento 4:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Gastos compartidos estándar: 41% del costo total</i> • <i>Gastos compartidos para medicamentos preferidos: 38% 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 para medicamentos preferidos: 25% del costo total</i>

SECTION 1 Cambios en los Beneficios y Costos para el Año Siguiente

Section 1.1 – Cambios en su prima mensual

Costo	2022 (este año)	2023 (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).	\$21.20	\$22.20

- 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 para medicamentos con receta de Medicare.
- Su prima mensual será *menor* si recibe un “Beneficio Adicional” para sus costos de medicamentos con receta. Consulte la Sección 6 sobre el “Beneficio Adicional” de Medicare.

Section 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 2023 para ver qué farmacias están en nuestra red.**

Es importante que tenga en cuenta que podemos realizar cambios en las farmacias que forman parte de su plan durante el año. Si se ve afectado por un cambio de mitad de año en nuestras farmacias, comuníquese con Servicio al Cliente para que le brindemos ayuda.

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

Cambios en Nuestra Lista de Medicamentos

Nuestra lista de medicamentos incluidos se denomina Formulario o "Lista de Medicamentos". Se le proporciona electrónicamente una copia de nuestra Lista de Medicamentos.

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.**

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. Por ejemplo, podemos eliminar de inmediato los medicamentos que la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, en inglés) considera inseguros o que un fabricante del producto retira del mercado. Actualizamos nuestra Lista de Medicamentos en línea a fin de proporcionar la lista más actualizada de medicamentos.

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura de medicamentos al comienzo del año o durante el año, revise el Capítulo 7 de su Evidencia de Cobertura y hable con su médico para conocer sus opciones, como solicitar un suministro temporal, solicitar una excepción o una búsqueda para encontrar un nuevo medicamento. También puede comunicarse con Servicio al Cliente para obtener más información.

Cambios en los Costos de Medicamentos con Receta

Hay cuatro "etapas de cobertura para medicamentos".

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 asegurados no alcanzan las otras dos etapas: la Etapa de Interrupción en la Cobertura o la Etapa de Cobertura para Casos Catastróficos).

Mensaje Importante sobre lo que Usted Paga por las Vacunas

Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo para usted, incluso si no pagó su deducible. Llame al Servicio al Cliente para obtener más información.

Mensaje Importante sobre lo que Usted Paga por la Insulina

No pagará más de \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar el nivel de gastos compartidos en el que se encuentre, incluso si no pagó su deducible.

Cambios en la Etapa del Deducible

Etapa	2022 (este año)	2023 (el próximo año)
<p>Etapa 1: Etapa de Deducible Anual</p> <p>Durante esta etapa, usted paga el costo total de los Medicamentos de Marca Preferida de Nivel 3, los Medicamentos No Preferidos de Nivel 4 y los medicamentos Especializados de Nivel 5 hasta que haya alcanzado el deducible anual.</p>	<p>El deducible es de \$480.</p> <p>Durante esta etapa, usted paga \$0-\$15 de los gastos compartidos de los medicamentos genéricos preferidos de Nivel 1 y los medicamentos genéricos de Nivel 2, además del costo total de los medicamentos de marca preferida de Nivel 3, los medicamentos no preferidos de Nivel 4 y los medicamentos especializados de Nivel 5 hasta que haya alcanzado el deducible anual.</p>	<p>El deducible es de \$505.</p> <p>Durante esta etapa, usted paga \$0-\$20 de los gastos compartidos de los medicamentos genéricos preferidos de Nivel 1 y los medicamentos genéricos de Nivel 2, además del costo total de los medicamentos de marca preferida de Nivel 3, los medicamentos no preferidos de Nivel 4 y los medicamentos especializados de Nivel 5 hasta que haya alcanzado el deducible anual.</p>

Cambios en sus gastos compartidos en la Etapa de Cobertura Inicial

Etapa	2022 (este año)	2023 (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>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 los niveles de algunos de los medicamentos en su Lista de Medicamentos. Para comprobar si sus medicamentos estarán en otro nivel, búsquelos en la Lista de Medicamentos.</p>	<p>Su costo por un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red:</p> <p>Nivel 1: Medicamentos Genéricos Preferidos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Gastos compartidos estándar:</i> Usted paga \$10 de copago por receta médica. • <i>Gastos compartidos para medicamentos preferidos:</i> Usted paga \$0 de copago por receta médica. <p>Nivel 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>Nivel 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. 	<p>Su costo por un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red:</p> <p>Nivel 1: Medicamentos Genéricos Preferidos:</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 \$0 de copago por receta médica. <p>Nivel 2: Medicamentos Genéricos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Gastos compartidos estándar:</i> Usted paga \$20 de copago por receta médica. • <i>Gastos compartidos para medicamentos preferidos:</i> Usted paga \$4 de copago por receta médica. <p>Nivel 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.

Etapa	2022 (este año)	2023 (el próximo año)
	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Gastos compartidos para medicamentos preferidos:</i> Usted paga \$44 de copago por receta médica. <p>Nivel 4: Medicamentos no preferidos:</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>Nivel 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</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Gastos compartidos para medicamentos preferidos:</i> Usted paga \$44 de copago por receta médica. <p>Nivel 4: Medicamentos no preferidos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Gastos compartidos estándar:</i> Usted paga 41% del costo total por receta médica. • <i>Gastos compartidos preferidos:</i> Usted paga 38% del costo total por receta médica. <p>Nivel 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 \$4,660, usted pasará a la siguiente etapa (la Etapa de</p>

Etapa	2022 (este año)	2023 (el próximo año)
	Interrupción en la Cobertura).	Interrupción en la Cobertura).

SECTION 2 Cambios Administrativos

Descripción	2022 (este año)	2023 (el próximo año)
Pago de Facturas en Línea	No aplicable	A partir del 1 de enero de 2023, podrá efectuar los pagos de las primas en línea. Para obtener más información, llame a Servicio al Cliente al número de teléfono que aparece al reverso de su tarjeta de asegurado.
Giro Mensual Automático de la Cámara de Compensación Automatizada (ACH, en inglés)	No aplicable	A partir del giro mensual automático de la prima de la ACH de enero de 2023, se realizará un giro bancario del saldo total adeudado en lugar del monto de la prima mensual actual. Esto significa que, si se deben 2 meses de primas, se realizará un giro por 2 meses de primas. Si adeuda varios meses de primas y no puede pagar el saldo completo de la cuenta que se retirará en enero de 2023, puede cambiar al pago del estado de cuenta o configurar la retención de la prima de la Administración de Seguro Social (SSA, en inglés) si se comunica con Servicio al

Descripción	2022 (este año)	2023 (el próximo año)
		Cliente llamando al número de teléfono que se encuentra en el reverso de su tarjeta de asegurado.

SECTION 3 Cómo Decidir qué Plan Elegir

Section 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).

Section 3.2 – Si decide cambiar de plan

Esperamos tenerlo entre nuestros asegurados el año siguiente, pero si desea cambiarse de plan para el 2023, siga estos pasos:

Primer paso: Conozca y compare las opciones que tiene

- Puede inscribirse en un plan diferente de medicamentos con receta de Medicare,
- -- 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, use el Localizador de Planes de Medicare (www.medicare.gov/plan-compare), lea el manual *Medicare y Usted 2023*, comuníquese con el Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (consulte la Sección 5) o llame a Medicare (consulte la Sección 7.2).

Segundo paso: Cambie su cobertura

- Para **cambiarse a otro plan de salud de medicamentos con receta de Medicare**, inscribese en el nuevo plan. Se cancelará automáticamente su inscripción en Blue Cross MedicareRx Choice (PDP).

- Para **cambiarse a un plan de salud de Medicare**, inscribese 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 con receta**, debe hacer lo siguiente:
 - Envíenos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Comuníquese con Servicio al Cliente si necesita más información sobre cómo hacerlo.
 - - 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.

SECTION 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 de 2023.

¿Se pueden hacer cambios en otros momentos del año?

En determinadas situaciones, también se permiten cambios en otras épocas del año, algunos ejemplos incluyen a personas con Medicaid, aquellos que obtienen el "Beneficio adicional" para pagar sus medicamentos, aquellos que abandonaron o están en proceso de abandonar la cobertura del empleador y aquellos que se mudan fuera del área de servicio.

Si recientemente se mudó a una institución, en la actualidad reside en una o recientemente se mudó de una (como un centro de enfermería especializada o un hospital de atención médica a largo plazo), puede cambiar su cobertura de Medicare **en cualquier momento**. Puede cambiarse a cualquier otro seguro de gastos médicos de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos con receta de Medicare) o cambiarse a Original Medicare (con o sin un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado) en cualquier momento.

SECTION 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare

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

Es un programa estatal que obtiene fondos del Gobierno federal para ofrecer asesoramiento local **gratuito** sobre seguros médicos a personas que tienen Medicare. En Senior Health Insurance Counseling Program, los consejeros pueden ayudarle si tiene preguntas o problemas relacionados con Medicare. Pueden ayudarle a comprender sus opciones de planes de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan. Puede llamar a Senior Health Insurance Counseling Program al 1-800-763-2828. Puede averiguar más acerca de Senior Health Insurance Counseling Program visitando su sitio web (<https://www.oid.ok.gov/consumers/information-for-seniors/senior-health-insurance-counseling-program-ship/>).

SECTION 6 Programas que Ayudan a Pagar Medicamentos con Receta

Puede calificar para recibir ayuda para pagar medicamentos recetados.

- **“Ayuda Adicional” de Medicare.** Las personas de ingresos limitados pueden ser elegibles para recibir “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, incluidas las primas mensuales para los medicamentos recetados, los deducibles anuales y el coseguro. Además, quienes califiquen para esta prestación no tendrán una brecha en la cobertura ni serán sancionados con multas por inscripción tardía. 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 8:00 a. m. y 7:00 p. m., para comunicarse con un representante. Los mensajes automatizados se encuentran disponibles las 24 horas del día. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-325-0778; o
- La oficina de Medicaid de su estado (solicitudes).
- **Asistencia de costo compartido de recetas médicas para personas con VIH/SIDA.** El AIDS Drug Assistance Program (ADAP, en inglés) ayuda a garantizar 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 miembro/submiembro. Los medicamentos con receta de Medicare Parte D que también se encuentran cubiertos por el ADAP califican para la asistencia de gastos compartidos 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/services/personal-health/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.

SECTION 7 ¿Tiene Preguntas?

Section 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 2023 (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 2023. Para obtener más información, consulte la *Evidencia de Cobertura* 2023 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).

Section 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 el sitio web de Medicare

Visite el sitio web de Medicare (www.medicare.gov). Tiene información sobre los costos, la cobertura y la Calificación por Estrellas de calidad para ayudarle a comparar los planes de medicamentos con receta de Medicare. Para ver la información sobre los planes, visite www.medicare.gov/plan-compare.

Lea *Medicare y Usted de 2023*

Lea el manual de *Medicare y Usted 2023*. Este cuadernillo se envía cada 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 documento, puede obtenerlo en el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf>) 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.