

# **Blue Cross MedicareRx Value (PDP)<sup>SM</sup> ofrecido por HCSC Insurance Services Company (HISC)**

## **Aviso anual de cambios para 2020**

Usted está actualmente inscrito como asegurado de Blue Cross MedicareRx Value (PDP)<sup>SM</sup>. El próximo año, habrá algunos cambios en los costos y beneficios de la cobertura. *Este folleto le informa los cambios.*

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

### **Qué hacer ahora**

#### **1. PREGUNTE:** Qué cambios se aplican a usted

- Verifique los cambios en nuestros beneficios y costos para ver si le afectan.
  - Es importante hacer una revisión de su cobertura ahora para asegurarse de que cumpla con sus necesidades para el próximo año.
  - ¿Estos cambios influyen en los servicios que usted utiliza?
  - Consulte las secciones 1.1 y 1.2 para obtener información de los cambios en los beneficios y costos de nuestra cobertura.
- Verifique en el folleto los cambios en nuestra cobertura de medicamentos con receta para ver si le afectan.
  - ¿Sus medicamentos tendrán cobertura?
  - ¿Sus medicamentos cambiaron de nivel de cobertura, con gastos compartidos diferente?
  - ¿Alguno de sus medicamentos tiene nuevas restricciones, que necesiten nuestra aprobación antes de que pueda surtir su receta?
  - ¿Puede seguir usando las mismas farmacias? ¿Hay cambios con respecto al costo de utilizar esta farmacia?
  - Revise la Lista de medicamentos 2020 y consulte la Sección 1.3 para obtener información sobre los cambios en nuestra cobertura de medicamentos.

- Es probable que los costos de sus medicamentos hayan aumentado desde el año pasado. Hable con su médico sobre alternativas de menor costo que pudieran estar disponibles para usted; esto puede ayudarlo a ahorrar en sus gastos de bolsillo anuales durante todo el año. Para obtener información adicional sobre precios de medicamentos, visite <https://go.medicare.gov/drugprices>. Estos tableros destacan cuáles son los fabricantes que han aumentado sus precios y también muestran otra información sobre cómo han variado los precios de medicamentos año tras año. Tenga en cuenta que los beneficios de su cobertura determinarán exactamente cuánto varían los costos de sus medicamentos.

Piense sobre sus costos de atención médica generales.

- ¿Cuánto gastará de su bolsillo para los servicios y los medicamentos con receta que usa regularmente?
- ¿Cuánto gastará en su prima y deducibles?
- ¿Cómo se comparan los costos totales de su cobertura con otras opciones de cobertura de Medicare?

Piense si está conforme con nuestra cobertura.

## 2. **COMPARE:** Infórmese sobre otras opciones de coberturas

Compruebe la cobertura y costos de las coberturas en su zona.

- Utilice la función de búsqueda personalizada en el Buscador de coberturas de Medicare en el sitio web <https://www.medicare.gov>. Haga clic en “Buscar coberturas de salud y de medicamentos”.
- Revise la lista en la contraportada de su manual Medicare y usted.
- Consulte la Sección 2.2 para obtener más información sobre sus opciones.

Una vez que delimite sus opciones a una cobertura preferida, confirme los costos y cobertura en el sitio web de la aseguradora.

## 3. **ELIJA:** Decida si desea cambiar de cobertura

- Si desea **conservar** Blue Cross MedicareRx Value (PDP), no necesita hacer nada. Permanecerá en Blue Cross MedicareRx Value (PDP).
- Para cambiar a una **cobertura diferente** que se adapte mejor a sus necesidades, puede cambiar de cobertura entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre.

## 4. **INSCRÍBASE:** Para cambiar de cobertura, inscríbese en una cobertura entre el **15 de octubre** y el **7 de diciembre de 2019**

- Si no se inscribe en una cobertura diferente antes del **7 de diciembre de 2019**, permanecerá en Blue Cross MedicareRx Value (PDP).
- Si se inscribe en otra cobertura antes del **7 de diciembre de 2019**, su nueva cobertura comenzará el **1 de enero de 2020**.

## Recursos adicionales

- Esta información 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/TDD only 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/TDD: 711) para recibir más información.
- Please contact our Customer Service number at 1-888-285-2249 for additional information. (TTY/TDD users should call 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 de servicio al cliente en 1-888-285-2249. (Usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711). El horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los 7 días de la semana. Si llama del 1 de abril al 30 de septiembre, se utilizarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz) los fines de semana y días feriados.
- Comuníquese con Blue Cross MedicareRx Value (PDP) si necesita esta información en otro idioma o formato (español, braille, letras grandes o formatos alternativos).

## Sobre Blue Cross MedicareRx Value (PDP)

- Las coberturas de medicamentos con receta son proporcionadas por HCSC Insurance Services Company (HISC), licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association. Un patrocinador de la Parte D aprobado por Medicare. La posibilidad de solicitar cobertura de las pólizas de HISC depende de la renovación del contrato.
- A lo largo de este folleto, los términos “nosotros”, “nos” o “nuestro/a” se refieren a HCSC Insurance Services Company (HISC). Cuando hace referencia a “cobertura” o “nuestra cobertura”, significa Blue Cross MedicareRx Value (PDP).

## Resumen de los costos importantes para 2020

La tabla que aparece a continuación compara los costos de 2019 con los costos de 2020 de Blue Cross MedicareRx Value (PDP) en varias áreas de importancia. **Tenga en cuenta que este es únicamente un resumen de los cambios.** Una copia de la *Evidencia de cobertura* se encuentra en nuestro sitio web en [www.getblueok.com/pdp](http://www.getblueok.com/pdp). También puede revisar la *Evidencia de cobertura* enviada por correo por separado para ver si otros cambios en los beneficios o costos le afectan. También puede comunicarse con Servicio al Cliente para solicitar que le enviemos por correo una copia de la *Evidencia de cobertura*.

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
<b>Prima mensual de la cobertura*</b>	\$74.10	\$74.30
* Su prima puede ser mayor o menor que esta cantidad. Consulte la Sección 1.1 para obtener detalles.		
<b>Cobertura de medicamentos con receta de la Parte D</b> (Consulte la Sección 1.3 para obtener detalles).	Deducible: \$415 Copago/coaseguro durante la Etapa de cobertura inicial: Nivel 1 de medicamentos: Genéricos preferidos <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Gastos compartidos estándar</i>: Copago de \$5</li> <li>• <i>Gastos compartidos preferidos</i>: Copago de \$0</li> </ul> Nivel 2 de medicamentos: Genéricos <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Gastos compartidos estándar</i>: Copago de \$14</li> <li>• <i>Gastos compartidos preferidos</i>: Copago de \$8</li> </ul>	Deducible: \$435 Copago/coaseguro durante la Etapa de cobertura inicial: Nivel 1 de medicamentos: Genéricos preferidos <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Gastos compartidos estándar</i>: Copago de \$5</li> <li>• <i>Gastos compartidos preferidos</i>: Copago de \$0</li> </ul> Nivel 2 de medicamentos: Genéricos <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Gastos compartidos estándar</i>: Copago de \$14</li> <li>• <i>Gastos compartidos preferidos</i>: Copago de \$8</li> </ul>

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
	<p>Nivel 3 de medicamentos: De marca preferida</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Gastos compartidos estándar:</i> Copago de \$47</li> <li>• <i>Gastos compartidos preferidos:</i> Copago de \$42</li> </ul>	<p>Nivel 3 de medicamentos: De marca preferida</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Gastos compartidos estándar:</i> Copago de \$47</li> <li>• <i>Gastos compartidos preferidos:</i> Copago de \$42</li> </ul>
	<p>Nivel 4 de medicamentos: De marca no preferida</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Gastos compartidos estándar:</i> 50% del costo total</li> <li>• <i>Gastos compartidos preferidos:</i> 40% del costo total</li> </ul>	<p>Nivel 4 de medicamentos: De marca no preferida</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Gastos compartidos estándar:</i> 50% del costo total</li> <li>• <i>Gastos compartidos preferidos:</i> 40% del costo total</li> </ul>
	<p>Nivel 5 de medicamentos: Especializados</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Gastos compartidos estándar:</i> 25% del costo total</li> <li>• <i>Gastos compartidos preferidos:</i> 25% del costo total</li> </ul>	<p>Nivel 5 de medicamentos: Especializados</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Gastos compartidos estándar:</i> 25% del costo total</li> <li>• <i>Gastos compartidos preferidos:</i> 25% del costo total</li> </ul>

## ***Aviso anual de cambios para 2020***

### **Índice**

<b>Resumen de los costos importantes para 2020 .....</b>	<b>1</b>
<b>SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el año próximo.....</b>	<b>4</b>
Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual .....	4
Sección 1.2 – Cambios en la red de farmacias.....	4
Sección 1.3 – Cambios en la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D.....	5
<b>SECCIÓN 2 Decidir qué cobertura elegir.....</b>	<b>10</b>
Sección 2.1 – Si quiere permanecer en Blue Cross MedicareRx Value (PDP).....	10
Sección 2.2 – Si desea cambiar de cobertura.....	10
<b>SECCIÓN 3 Plazo para cambiar de cobertura .....</b>	<b>11</b>
<b>SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare.....</b>	<b>11</b>
<b>SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta.....</b>	<b>12</b>
<b>SECCIÓN 6 ¿Tiene alguna pregunta?.....</b>	<b>13</b>
Sección 6.1 – Obtener ayuda de Blue Cross MedicareRx Value (PDP).....	13
Sección 6.2 – Obtener ayuda de Medicare.....	13

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

### Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
<b>Prima mensual</b> <b>(También debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare a menos que sea pagada por Medicaid).</b>	\$74.10	\$74.30

- Su prima mensual de la cobertura será mayor si se le requiere que pague una multa por inscripción tardía en la Parte D de por vida por no contar con otra cobertura de medicamentos que sea al menos igual de buena que la cobertura de medicamentos de Medicare (a la que también se hace referencia como “cobertura acreditable”) durante 63 días o más.
- Si usted tiene un ingreso mayor, debe pagar una cantidad adicional por cada mes directamente al gobierno por su cobertura de medicamentos con receta de Medicare.
- Su prima mensual será menor si usted recibe “ayuda adicional” con los costos de los medicamentos con receta.

### Sección 1.2 – Cambios en la red de farmacias

Los montos que paga por sus medicamentos con receta pueden depender de la farmacia que utiliza. Las coberturas de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus recetas están cubiertas *únicamente* si se despachan en una de las farmacias de nuestra red. Nuestra red incluye farmacias que tienen gastos compartidos, las cuales pueden ofrecerle gastos compartidos inferiores que los gastos compartidos estándar que ofrecen otras farmacias de la red para algunos medicamentos.

En el *Directorio de farmacias* encontrará la farmacia de la red que desee utilizar. Hay cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. Puede encontrar el *Directorio de farmacias* actualizado en nuestro sitio web [www.getblueok.com/pdp/pharmacies](http://www.getblueok.com/pdp/pharmacies). También puede llamar a Servicio al Cliente para obtener información actualizada de los prestadores de servicios médicos o para solicitar que le enviemos por correo un *Directorio de farmacias*. **Consulte el *Directorio de farmacias* de 2020 para ver qué farmacias están en nuestra red.**

---

## Sección 1.3 – Cambios en la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D

---

<b>Cambios en nuestra Lista de medicamentos</b>
---

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se denomina “Lista de medicamentos” (*Formulary*, en inglés). Una copia de nuestra Lista de medicamentos se encuentra en este sobre.

Hicimos cambios en nuestra Lista de medicamentos, incluidos cambios en medicamentos que cubrimos y cambios en las restricciones que se aplican a nuestra cobertura de ciertos medicamentos. **Revise la Lista de medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos el próximo año y ver si habrá alguna restricción.**

Si a usted le afecta un cambio en la cobertura de medicamentos, puede:

- **Conversar con su médico (u otro profesional que emita las recetas) y solicitar a la aseguradora que haga la excepción** de cubrir el medicamento. **Invitamos a los asegurados actuales** a solicitar una excepción antes del próximo año.
  - Para enterarse de qué debe hacer para solicitar una excepción, consulte el Capítulo 7 de su *Evidencia de cobertura*, (*¿Qué debe hacer si tiene un problema o reclamación? [decisiones de cobertura, apelaciones y reclamaciones]*), o llame a Servicio al Cliente.
- **Conversar con su médico (u otro profesional que emita las recetas) para encontrar un medicamento distinto** que sí cubramos. Puede comunicarse con Servicio al Cliente para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que sirvan para tratar el mismo problema médico.

En algunas situaciones, se nos pide que cubramos un suministro temporal de un medicamento que no está incluido en la lista de medicamentos durante los primeros 90 días del año de la cobertura o los primeros 90 días de ser asegurado para evitar una interrupción en el tratamiento. (Para más información sobre cómo puede obtener un suministro temporal y cómo solicitarlo, consulte la Sección 5.2 del Capítulo 3 de la *Evidencia de cobertura*). Durante el período en que esté recibiendo un suministro temporal de un medicamento, debería conversar con su médico para decidir qué hacer cuando se termine. Puede cambiarlo por otro medicamento cubierto por la cobertura, o bien, solicitar a la cobertura que haga una excepción y le cubra el medicamento actual.

Las excepciones de la lista de medicamentos actual podrían estar igualmente cubiertas, según el caso. Puede llamar a Servicio al Cliente para confirmar la duración de la cobertura.

La mayoría de los cambios a la Lista de medicamentos son nuevos para el comienzo de cada año. Sin embargo, durante el año, es posible que hagamos otros cambios permitidos por las normas de Medicare.

A partir de 2020, es posible que eliminemos de inmediato un medicamento de marca de nuestra Lista de medicamentos si, al mismo tiempo, lo reemplazamos por un nuevo medicamento



genérico del mismo nivel de gastos compartidos o de uno inferior y con las mismas restricciones o menos. Asimismo, cuando se agrega un nuevo medicamento genérico, es posible que decidamos mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos, pero decidamos de inmediato trasladarlo a un nivel de gastos compartidos más alto o agregar nuevas restricciones. Esto significa, por ejemplo, que si está tomando un medicamento de marca que será reemplazado o trasladado a un nivel de gastos compartidos superior, no siempre recibirá el aviso de cambio 30 días antes de que lo realicemos o recibirá un suministro para un mes de su medicamento de marca en una farmacia de la red. Si está tomando el medicamento de marca, seguirá recibiendo información sobre el cambio específico que realizamos, pero puede llegar después de que se realice el cambio.

Cuando realizamos estos cambios a la Lista de medicamentos durante el año, igualmente puede atenderse con su médico (u otro profesional que emita la receta) y solicitarnos que hagamos una excepción para cubrir el medicamento. También vamos a seguir actualizando nuestra Lista de medicamentos en línea según lo previsto y brindaremos nueva información necesaria para reflejar los cambios en los medicamentos. (Para obtener más información sobre los cambios que podemos hacer a la Lista de medicamentos, consulte la Sección 6 del Capítulo 3 de Evidencia de cobertura).

### **Cambios en los costos de los medicamentos con receta**

Nota: Si usted está en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda adicional”), **la información relativa a los costos para medicamentos con receta de la Parte D puede no corresponder a su situación.** Hemos incluido un encarte separado, llamado “Cláusula adicional de la Evidencia de cobertura para personas que obtienen ayuda adicional para el pago de medicamentos con receta” (a la que también se denomina “Cláusula adicional de subsidio por bajos ingresos” o “Cláusula adicional LIS”), que presenta más información sobre los costos de sus medicamentos. Si usted recibe “Ayuda adicional” y no recibió dicho encarte junto con este paquete, comuníquese con Servicio al Cliente y solicite la “Cláusula adicional LIS”. Los números de teléfono del Servicio al Cliente se encuentran en la Sección 6.1 de este folleto.

Hay cuatro “etapas en el pago de medicamentos”. Lo que paga por un medicamento de la Parte D depende de la etapa de cobertura de los medicamentos en que se encuentra. (Puede consultar la Sección 2 del Capítulo 4 de su *Evidencia de cobertura* para obtener más información sobre las etapas).

La información que aparece a continuación presenta los cambios para el próximo año en las primeras dos etapas: la etapa del deducible anual y la etapa de cobertura inicial. (La mayoría de los asegurados no llegan a las otras dos etapas: la etapa sin cobertura o la etapa de cobertura por eventos catastróficos. Para obtener información sobre sus costos en estas etapas, consulte las Secciones 6 y 7 del Capítulo 4 de la *Evidencia de cobertura*, disponible en nuestro sitio web [www.getblueok.com/pdp](http://www.getblueok.com/pdp). También puede revisar la *Evidencia de cobertura* enviada por correo por separado para ver si otros cambios en los beneficios o costos le afectan. También puede comunicarse con Servicio al Cliente para solicitar que le enviemos por correo una copia de la *Evidencia de cobertura*).

**Cambios en la etapa del deducible**

<b>Etapa</b>	<b>2019 (este año)</b>	<b>2020 (próximo año)</b>
<p><b>Etapa 1: Etapa del deducible anual</b></p> <p>Durante esta etapa, <b>usted paga el costo total</b> de sus Medicamentos de marca preferida del Nivel 3, Medicamentos de marca no preferida del Nivel 4 y Medicamentos especializados del Nivel 5 hasta que haya alcanzado el deducible anual.</p>	<p>El deducible es \$415 para el nivel 3, nivel 4 y nivel 5 solamente.</p> <p>Durante esta etapa, usted paga \$0-\$14 de gastos compartidos por los Medicamentos genéricos preferidos del Nivel 1 y Medicamentos genéricos del Nivel 2 y el costo total por los Medicamentos de marca preferida del Nivel 3, Medicamentos de marca no preferida del Nivel 4 y Medicamentos especializados del Nivel 5 hasta que haya alcanzado el deducible anual.</p>	<p>El deducible es \$435 para el nivel 3, nivel 4 y nivel 5 solamente.</p> <p>Durante esta etapa, usted paga \$0-\$14 de gastos compartidos por los Medicamentos genéricos preferidos del Nivel 1 y Medicamentos genéricos del Nivel 2 y el costo total por los Medicamentos de marca preferida del Nivel 3, Medicamentos de marca no preferida del Nivel 4 y Medicamentos especializados del Nivel 5 hasta que haya alcanzado el deducible anual.</p>

## Cambios en sus gastos compartidos en la etapa de cobertura inicial

Para saber más sobre cómo funcionan los copagos y el coaseguro, consulte la Sección 1.2 del Capítulo 4, *Tipos de gastos de bolsillo que puede pagar por medicamentos cubiertos* en su *Evidencia de cobertura*.

Etapa	2019 (este año)	2020 (próximo año)
<p><b>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</b></p> <p>Una vez que haya pagado el deducible anual, pasa a la etapa de cobertura inicial. Durante esta etapa, la aseguradora paga su parte del costo de sus medicamentos y <b>usted paga su parte del costo.</b></p> <p>Los costos de esta línea corresponden al suministro de un mes (30 días) cuando despacha su receta en una farmacia de la red.</p> <p>Para obtener información sobre los costos para un suministro a largo plazo o para recetas mediante pedido por correo, consulte la Sección 5 del Capítulo 4 de su <i>Evidencia de cobertura</i>.</p>	<p>Su costo por el suministro de un mes en una farmacia de la red:</p> <p><b>Nivel 1: Genéricos preferidos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Gastos compartidos estándar:</i> Usted paga un copago de \$5 por receta.</li> <li>• <i>Gastos compartidos preferidos:</i> Usted paga un copago de \$0 por receta.</li> </ul> <p><b>Nivel 2: Genéricos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Gastos compartidos estándar:</i> Usted paga un copago de \$14 por receta.</li> <li>• <i>Gastos compartidos preferidos:</i> Usted paga un copago de \$8 por receta.</li> </ul> <p><b>Nivel 3: De marca preferida:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Gastos compartidos estándar:</i> Usted paga un copago de \$47 por receta.</li> <li>• <i>Gastos compartidos preferidos:</i> Usted paga un copago de \$42 por receta.</li> </ul>	<p>Su costo por el suministro de un mes en una farmacia de la red:</p> <p><b>Nivel 1: Genéricos preferidos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Gastos compartidos estándar:</i> Usted paga un copago de \$5 por receta.</li> <li>• <i>Gastos compartidos preferidos:</i> Usted paga un copago de \$0 por receta.</li> </ul> <p><b>Nivel 2: Genéricos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Gastos compartidos estándar:</i> Usted paga un copago de \$14 por receta.</li> <li>• <i>Gastos compartidos preferidos:</i> Usted paga un copago de \$8 por receta.</li> </ul> <p><b>Nivel 3: De marca preferida:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Gastos compartidos estándar:</i> Usted paga un copago de \$47 por receta.</li> <li>• <i>Gastos compartidos preferidos:</i> Usted paga un copago de \$42 por receta.</li> </ul>

Etapa	2019 (este año)	2020 (próximo año)
<p>Cambiamos el nivel para algunos medicamentos de nuestra Lista de medicamentos. Para ver si sus medicamentos estarán en un nivel distinto, búselos en la Lista de medicamentos.</p>	<p><b>Nivel 4: De marca no preferida:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Gastos compartidos estándar:</i> Usted paga 50% del costo total por receta.</li> <li>• <i>Gastos compartidos preferidos:</i> Usted paga 40% del costo total por receta.</li> </ul> <p><b>Nivel 5: Especializados:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Gastos compartidos estándar:</i> Usted paga 25% del costo total por receta.</li> <li>• <i>Gastos compartidos preferidos:</i> Usted paga 25% del costo total por receta.</li> </ul> <hr/> <p>Una vez que su costo total de medicamentos haya llegado a \$3,820, pasará a la siguiente etapa (Etapa sin cobertura).</p>	<p><b>Nivel 4: De marca no preferida:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Gastos compartidos estándar:</i> Usted paga 50% del costo total por receta.</li> <li>• <i>Gastos compartidos preferidos:</i> Usted paga 40% del costo total por receta.</li> </ul> <p><b>Nivel 5: Especializados:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Gastos compartidos estándar:</i> Usted paga 25% del costo total por receta.</li> <li>• <i>Gastos compartidos preferidos:</i> Usted paga 25% del costo total por receta.</li> </ul> <hr/> <p>Una vez que su costo total de medicamentos haya llegado a \$4,020, pasará a la siguiente etapa (Etapa sin cobertura).</p>

### Cambios en las etapas sin cobertura y de cobertura por eventos catastróficos

Las otras dos etapas de cobertura de medicamentos, la etapa sin cobertura y la etapa de cobertura por eventos catastróficos, son para personas con costos altos de medicamentos. **La mayoría de los asegurados no alcanzan la etapa sin cobertura o la etapa de cobertura por eventos catastróficos.**

Para obtener información sobre sus costos en estas etapas, consulte las Secciones 6 y 7 del Capítulo 4 de su *Evidencia de cobertura*.

## SECCIÓN 2 Decidir qué cobertura elegir

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

Para quedarse en nuestra cobertura no es necesario que haga nada. Si no opta por suscribirse en una cobertura distinta antes del 7 de diciembre, quedará inscrito automáticamente como asegurado de nuestra cobertura para 2020.

### Sección 2.2 – Si desea cambiar de cobertura

Esperamos contarle entre los asegurados para el próximo año, pero si desea cambiar para 2020, siga estos pasos:

#### **Paso 1: Conozca sus opciones y compárelas**

- Puede inscribirse en una cobertura diferente de medicamentos con receta de Medicare,
- -- O-- Puede optar por una cobertura de salud de Medicare. Algunas coberturas de salud de Medicare también incluyen cobertura de medicamentos con receta de la Parte D.
- -- O-- Puede mantener su cobertura médica actual de Medicare y darse de baja de la cobertura de medicamentos con receta de Medicare.

Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de coberturas de Medicare, lea *Medicare y usted 2020*, llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (consulte la Sección 4), o llame a Medicare (consulte la Sección 6.2).

También puede encontrar información sobre las coberturas de su área usando el buscador de coberturas de Medicare del sitio web de Medicare. Visite <https://www.medicare.gov> y haga clic en “Buscar coberturas de salud y de medicamentos”. **Aquí, puede encontrar información sobre costos, cobertura y calificaciones de calidad para las coberturas de Medicare.**

#### **Paso 2: Cambie su cobertura**

- Para cambiar a **una cobertura diferente de medicamentos con receta de Medicare**, inscribese en la nueva cobertura. Su afiliación a la cobertura de Blue Cross MedicareRx Value (PDP) finalizará automáticamente.
- Para **cambiar a una cobertura de salud de Medicare**, inscribese en la nueva cobertura. Según el tipo de cobertura que elija, posiblemente su afiliación a la cobertura de Blue Cross MedicareRx Value (PDP) finalice automáticamente.
  - Su afiliación a la cobertura de Blue Cross MedicareRx Value (PDP) finalizará automáticamente si se inscribe a una cobertura de salud de Medicare que incluya la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D. Su afiliación a la cobertura también finalizará automáticamente si se inscribe a un Medicare HMO

- o Medicare PPO, incluso si esa cobertura no incluye la cobertura de medicamentos con receta.
- o Si elige una cobertura privada de pago por servicio sin cobertura de medicamentos de la Parte D, una cobertura de cuenta de ahorros médicos de Medicare o una cobertura de costos de Medicare, puede inscribirse en esa nueva cobertura y conservar Blue Cross MedicareRx Value (PDP) para su cobertura de medicamentos. Inscribirse en uno de estos tipos de coberturas no finalizará automáticamente su afiliación a Blue Cross MedicareRx Value (PDP). Si se inscribe en este tipo de cobertura y desea darse de baja de nuestra cobertura, debe solicitar que se cancele su inscripción de Blue Cross MedicareRx Value (PDP). Para solicitar la cancelación de su inscripción, debe enviarnos una solicitud por escrito o contactarse con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días a la semana (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).
- Para **cambiar a Original Medicare sin una cobertura de medicamentos con receta**, debe:
    - o Enviarnos por escrito una solicitud de cancelación de inscripción. Comunicarse con Servicio al Cliente si necesita más información sobre cómo hacerlo (los números de teléfono se encuentran en la Sección 6.1 de este folleto).
    - o – o – ponerse en contacto con **Medicare**, al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicitar la cancelación de su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

### SECCIÓN 3 Plazo para cambiar de cobertura

Si desea cambiar a una cobertura diferente de medicamentos con receta o a una cobertura de salud de Medicare para el año próximo, puede hacerlo desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre**. El cambio entrará en vigencia a partir del 1 de enero de 2020.

#### ¿Es posible hacer cambios en otros momentos del año?

En determinadas situaciones, está permitido hacer cambios en otros momentos del año. Por ejemplo, con Medicaid, los que obtienen “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos, los que han dejado o están por dejar de recibir la cobertura del empleador y los que se mudan fuera del área de servicio pueden tener permitido realizar cambios en otros momentos del año. Para obtener más información, consulte la Sección 2.2 del Capítulo 8 de la *Evidencia de cobertura*.

### SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa del gobierno con consejeros capacitados en cada estado. En Oklahoma, el Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (State Health Insurance

Assistance Program, SHIP) se denomina Programa de Orientación de Seguro de Salud de Alto Nivel.

El Programa de Orientación de Seguro de Salud de Alto Nivel es independiente (no está relacionado con ninguna compañía de seguros o cobertura de salud). Se trata de un programa estatal que recibe dinero de parte del gobierno federal para brindar asesoramiento sobre seguros de salud locales de manera **gratuita** a personas con Medicare. Los asesores del Programa de Orientación de Seguro de Salud de Alto Nivel pueden ayudarle con sus preguntas o problemas sobre Medicare. Pueden ayudarle a comprender sus opciones de cobertura de Medicare y a responder preguntas referidas a cambiar de cobertura. Puede llamar al Programa de Orientación de Seguro de Salud de Alto Nivel al 1-800-763-2828. Puede obtener más información sobre el Programa de Orientación de Seguro de Salud de Alto Nivel visitando su sitio web ([www.ship.oid.ok.gov](http://www.ship.oid.ok.gov)).

## SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta

Puede reunir los requisitos para obtener ayuda para pagar los medicamentos con receta.

- **“Ayuda adicional” de Medicare.** Es posible que las personas con ingresos limitados reúnan los requisitos para recibir “ayuda adicional” para pagar los costos de sus medicamentos con receta. Si usted cumple con los requisitos, Medicare podría pagar hasta el 75% o más de los costos de sus medicamentos, lo que incluye las primas mensuales de la cobertura de medicamentos con receta, los deducibles anuales y el coaseguro. Además, quienes reúnen los requisitos no recibirán una multa por alcanzar la etapa sin cobertura o por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles y no lo saben. Para saber si usted reúne los requisitos, llame al:
  - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048 disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
  - Para comunicarse con la Oficina del Seguro Social debe llamar al 1-800-772-1213, de lunes a viernes de 7:00 a. m. a 7:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes); o a
  - Su oficina de Medicaid estatal (solicitudes).
- **Asistencia de gastos compartidos de medicamentos con receta para personas con VIH/SIDA.** El Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a garantizar que individuos con VIH/SIDA elegibles según el ADAP tengan acceso a medicamentos contra el VIH que pueden salvarles la vida. Los individuos deben cumplir con ciertos criterios, los cuales incluyen una prueba de residencia en el Estado y de la condición respecto al VIH, bajos ingresos según la definición del Estado y no tener seguro o tener un seguro insuficiente. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por ADAP reúnen los requisitos para asistencia de gastos compartidos de medicamentos con receta a través de la División de Servicios de enfermedades de transmisión sexual/VIH, Departamento de Salud del Estado de Oklahoma, 1000 N. E Tenth, Mail Drop 0308, Oklahoma City, OK

73117-1299:

[https://www.ok.gov/health/Disease\\_Prevention\\_Preparedness/HIV\\_STD\\_Service/Care\\_Delivery\\_\(Ryan\\_White\\_ADAP\\_Hepatitis\)/index.html](https://www.ok.gov/health/Disease_Prevention_Preparedness/HIV_STD_Service/Care_Delivery_(Ryan_White_ADAP_Hepatitis)/index.html). Para obtener más información sobre los criterios de elegibilidad, medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al 1-405-271-4636.

## SECCIÓN 6 ¿Tiene alguna pregunta?

### Sección 6.1 – Obtener ayuda de Blue Cross MedicareRx Value (PDP)

¿Tiene alguna pregunta? No dude en contactarnos si necesita ayuda. Llame a Servicio al Cliente al 1-888-285-2249. (Los usuarios de TTY/TDD solamente deben llamar al 711). Puede comunicarse por teléfono de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los 7 días de la semana. Si llama del 1 de abril al 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 2020* (tiene detalles sobre los beneficios y los costos del próximo año)

El presente *Aviso anual de cambios* le presenta un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2020. Si desea obtener detalles, busque en la *Evidencia de cobertura de 2020* para Blue Cross MedicareRx Value (PDP). La *Evidencia de cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su cobertura. Explica sus derechos y las normas que debe seguir para acceder a servicios cubiertos y medicamentos con receta. Una copia de la *Evidencia de cobertura* se encuentra en nuestro sitio web en [www.getblueok.com/pdp](http://www.getblueok.com/pdp). También puede revisar la *Evidencia de cobertura* enviada por correo por separado para ver si otros cambios en los beneficios o costos le afectan. También puede comunicarse con Servicio al Cliente para solicitar que le enviemos por correo una copia de la *Evidencia de cobertura*.

#### Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web en [www.getblueok.com/pdp](http://www.getblueok.com/pdp). Como recordatorio, nuestro sitio web tiene la información más actualizada sobre nuestra red de farmacias (*Directorio de farmacias*) y nuestra lista de medicamentos cubiertos.

### Sección 6.2 – 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), disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.



## **Visite el sitio web de Medicare**

Puede visitar el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov>). Incluye información sobre costos, cobertura y calificaciones de calidad para ayudarlo a comparar las coberturas de medicamentos con receta de Medicare. También puede encontrar información sobre las coberturas disponibles en su área usando el buscador de coberturas de Medicare del sitio web de Medicare. (Para ver información sobre las coberturas, visite <https://www.medicare.gov> y haga clic en “Revisar y comparar las opciones de cobertura”).

## **Lea *Medicare y usted 2020***

Puede leer el manual *Medicare y usted 2020*. Todos los años en otoño, se envía este folleto por correo a las personas con Medicare. Es un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare, y las respuestas a las preguntas formuladas con mayor frecuencia sobre Medicare. Si no tiene una copia de este folleto, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov>) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Llame a Servicio al Cliente al 1-888-285-2249 (los usuarios de TTY/TDD solamente deben llamar al 711) para recibir más información.