

Blue Cross Medicare Advantage Premier Plus (HMO-POS)SM ofrecido por Health Care Service Corporation (HCSC), una compañía mutua de reserva legal (Mutual Legal Reserve Company)

Aviso anual de cambios para 2019

En la actualidad, está inscrito como miembro de Blue Cross Medicare Advantage Premier Plus (HMO-POS)SM. El próximo año, se aplicarán algunos cambios en los costos y beneficios del plan. *Este folleto describe los cambios.*

- **Usted tiene tiempo desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre para hacer cambios en su cobertura de Medicare para el próximo año.**

Qué hacer ahora

1. PREGUNTE: qué cambios se aplican a usted

- Verifique los cambios en nuestros beneficios y costos para saber si lo afectan.
 - Es importante que revise ahora su cobertura para asegurarse de que satisfaga sus necesidades el próximo año.
 - ¿Estos cambios afectan los servicios que usted utiliza?
 - Consulte las Secciones 1.1 y 1.5 para obtener información acerca de los cambios en los beneficios y costos de nuestro plan.
- Verifique los cambios en el folleto correspondientes a nuestra cobertura para medicamentos con receta para saber si aplican a usted.
 - ¿Estarán cubiertos sus medicamentos?
 - ¿Los medicamentos están en un nivel diferente con un costo compartido distinto?
 - ¿Alguno de sus medicamentos tiene restricciones nuevas, como requerir nuestra aprobación antes de obtener sus medicamentos con receta?
 - ¿Puede seguir utilizando las mismas farmacias? ¿Hay cambios en el costo por usar esta farmacia?
 - Revise la Lista de medicamentos para 2019 y consulte la Sección 1.6 para obtener información sobre los cambios en nuestra cobertura para medicamentos.
 - Los costos de los medicamentos pueden haber aumentado respecto del año pasado. Consulte con su médico sobre alternativas disponibles para usted y que tengan un costo menor. Esto puede ayudarle a ahorrar en los costos anuales que paga de su bolsillo durante todo el año. Para obtener información adicional sobre los precios de los medicamentos, visite <https://go.medicare.gov/drugprices>. Estos cuadros destacan qué

fabricantes han estado aumentando sus precios y también muestran otra información de precios de medicamentos por año. Tenga en cuenta que los beneficios de su plan determinarán exactamente cuánto pueden variar los costos de sus medicamentos.

- Verifique si sus médicos y otros proveedores se encontrarán en nuestra red el próximo año.
 - ¿Se encuentran sus médicos en nuestra red?
 - ¿Se encuentran los hospitales y otros proveedores que usted utiliza?
 - Consulte la Sección 1.3 para obtener información sobre nuestro Directorio de proveedores.
- Piense acerca de los costos de atención de la salud generales.
 - ¿Cuánto dinero pagará de su bolsillo por los servicios y medicamentos con receta que utiliza habitualmente?
 - ¿Cuánto gastará en su prima y los deducibles?
 - ¿Cómo se comparan sus costos totales del plan con otras opciones de cobertura de Medicare?
- Piense si se encuentra satisfecho con nuestro plan.

2. **COMPARE:** conozca otras opciones del plan

- Revise la cobertura y los costos de los planes en su área.
 - Use la función de búsqueda personalizada Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare) en el sitio web <https://www.medicare.gov>. Haga clic en “Find health & drug plans” (Buscar planes de salud y de medicamentos).
 - Revise la lista en la contraportada del manual Medicare & You (Medicare y Usted).
 - Consulte la Sección 2.2 para obtener más información acerca de las opciones a su disposición.
- Una vez que limita su opción a un plan preferido, confirme sus costos y cobertura en el sitio web del plan.

3. **ELIJA: decida si** desea cambiar su plan

- Si desea **conservar** Blue Cross Medicare Advantage Premier Plus (HMO-POS), no es necesario que haga nada. Permanecerá en Blue Cross Medicare Advantage Premier Plus (HMO-POS).
- Si desea cambiar a un **plan diferente** que pueda satisfacer mejor sus necesidades, puede hacerlo desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre.

4. **INSCRÍBASE:** para cambiar los planes, inscríbese en un plan entre el **15 de octubre** y el **7 de diciembre de 2018**

- Si no se inscribe en otro plan antes del **7 de diciembre de 2018**,

permanecerá en Blue Cross Medicare Advantage Premier Plus (HMO-POS).

- Si se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2018, su nueva cobertura comenzará el 1 de enero de 2019.

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 1-877-774-8592 (TTY/TDD users only: 711) for additional information.
- ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame a Servicio al Cliente al 1-877-774-8592 (TTY/TDD: 711) para recibir más información.
- Please contact our Customer Service number at 1-877-774-8592 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 1-877-774-8592. (Usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711). El horario es de 8:00 – 20:00, 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 Medicare Advantage Premier Plus (HMO-POS) si necesita esta información en otro idioma o formato (español, braille, en letra grande o formatos alternativos).
- **La cobertura según este plan califica como cobertura de salud que reúne los requisitos (Qualifying Health Coverage, QHC)** y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección del Paciente y Cuidado de Salud de Bajo Costo (Patient Protection and Affordable Care Act, ACA). Para obtener más información, visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en <https://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families>.

Acerca de Blue Cross Medicare Advantage Premier Plus (HMO-POS)

- Los planes Blue Cross Medicare Advantage son planes HMO y HMO-POS que se ofrecen a través de Health Care Service Corporation (HCSC), una compañía mutua de reserva legal (Mutual Legal Reserve Company), una licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association. HCSC es una organización de Medicare Advantage que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en los planes de HCSC depende de la renovación del contrato.
- Cuando este folleto dice “nosotros”, “nos” o “nuestro/a”, hace referencia a Health Care Service Corporation (HCSC), una compañía mutua de reserva legal (Mutual Legal Reserve Company). Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a Blue Cross Medicare Advantage Premier Plus (HMO-POS).

Resumen de costos importantes para 2019

La siguiente tabla compara los costos de 2018 y 2019 para Blue Cross Medicare Advantage Premier Plus (HMO-POS) en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los cambios. Es importante leer el resto de este Aviso anual de cambios** y revisar la *Evidencia de cobertura* proporcionada de manera electrónica (ubicada en nuestro sitio web en www.getblueil.com/mapd) para saber si otros cambios en los beneficios o costos lo afectan.

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
Prima mensual del plan* *Su prima puede ser mayor o menor que este monto. Consulte la Sección 1.1 para obtener detalles.	\$83	\$83
Montos máximos que paga de su bolsillo Este es el monto <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos. (Consulte la Sección 1.2 para obtener detalles).	<u>Dentro de la red</u> \$3,600	<u>Dentro de la red</u> \$4,500
Consultas en el consultorio del médico	<u>Dentro de la red</u> Consultas de atención primaria: Copago de \$5 por consulta Consultas a especialistas: Copago de \$35 por consulta <u>Fuera de la red</u> Consultas de atención primaria: Copago de \$60 por consulta Consultas a especialistas: Copago de \$75 por consulta	<u>Dentro de la red</u> Consultas de atención primaria: Copago de \$5 por consulta Consultas a especialistas: Copago de \$35 por consulta <u>Fuera de la red</u> Consultas de atención primaria: Copago de \$60 por consulta Consultas a especialistas: Copago de \$75 por consulta

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<p>Hospitalizaciones</p> <p>Incluye servicios hospitalarios de cuidados agudos, de rehabilitación, de atención a largo plazo y de otros tipos para pacientes internados en un hospital. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día en que formalmente ingresa al hospital con una orden del médico. El día anterior a su alta médica es su último día como paciente internado.</p>	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Copago de \$190 por día para los días 1-8 y copago de \$0 por día para los días 9-90</p> <p>Copago de \$0 por día desde el día 91 en adelante</p> <p><u>Fuera de la red</u></p> <p>40 % del costo total por estadía</p>	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Copago de \$190 por día para los días 1-8 y copago de \$0 por día para los días 9-90</p> <p>Copago de \$0 por día desde el día 91 en adelante</p> <p><u>Fuera de la red</u></p> <p>40 % del costo total por estadía</p>

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<p>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D (Consulte la Sección 1.6 para obtener detalles).</p>	<p>Deducible: \$0</p> <p>Copago/coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos del Nivel 1 (genéricos preferidos): <ul style="list-style-type: none"> ○ Costo compartido estándar: copago de \$5 ○ Costo compartido preferido: copago de \$0 • Medicamentos del Nivel 2 (genéricos): <ul style="list-style-type: none"> ○ Costo compartido estándar: copago de \$19 ○ Costo compartido preferido: copago de \$8 • Medicamentos del Nivel 3 (de marca preferidos): <ul style="list-style-type: none"> ○ Costo compartido estándar: copago de \$47 ○ Costo compartido preferido: copago de \$39 	<p>Deducible: \$0</p> <p>Copago/coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos del Nivel 1 (genéricos preferidos): <ul style="list-style-type: none"> ○ Costo compartido estándar: copago de \$5 ○ Costo compartido preferido: copago de \$0 • Medicamentos del Nivel 2 (genéricos): <ul style="list-style-type: none"> ○ Costo compartido estándar: copago de \$19 ○ Costo compartido preferido: copago de \$8 • Medicamentos del Nivel 3 (de marca preferidos): <ul style="list-style-type: none"> ○ Costo compartido estándar: copago de \$47 ○ Costo compartido preferido: copago de \$39

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
	<ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos del Nivel 4 (de marca no preferidos): <ul style="list-style-type: none"> ○ Costo compartido estándar: copago de \$100 ○ Costo compartido preferido: copago de \$95 • Medicamentos del Nivel 5 (especializados): <ul style="list-style-type: none"> ○ Costo compartido estándar: el 33 % del costo total ○ Costo compartido preferido: el 33 % del costo total 	<ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos del Nivel 4 (de marca no preferidos): <ul style="list-style-type: none"> ○ Costo compartido estándar: copago de \$100 ○ Costo compartido preferido: copago de \$95 • Medicamentos del Nivel 5 (especializados): <ul style="list-style-type: none"> ○ Costo compartido estándar: el 33 % del costo total ○ Costo compartido preferido: el 33 % del costo total

Aviso anual de cambios para 2019

Índice

Resumen de costos importantes para 2019.....	1
SECCIÓN 1 Cambios en los costos y beneficios para el año próximo.....	6
Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual	6
Sección 1.2 – Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo	6
Sección 1.3 – Cambios en la red de proveedores.....	7
Sección 1.4 – Cambios en la red de farmacias.....	7
Sección 1.5 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos.....	8
Sección 1.6 – Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.....	11
SECCIÓN 2 Cómo decidir qué plan elegir	17
Sección 2.1 – Si desea seguir inscrito en Blue Cross Medicare Advantage Premier Plus (HMO-POS)	17
Sección 2.2 – Si desea cambiar de plan	17
SECCIÓN 3 Plazo para el cambio de plan	18
SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare	18
SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta.....	19
SECCIÓN 6 Preguntas.....	19
Sección 6.1 – Cómo recibir ayuda de Blue Cross Medicare Advantage Premier Plus (HMO-POS)	19
Sección 6.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare	20

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

Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
Prima mensual (También debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare).	\$83	\$83

- Su prima mensual del plan será mayor si debe pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D de por vida por no tener otra cobertura para medicamentos que sea, al menos, equivalente a la cobertura para medicamentos de Medicare (también conocida como “cobertura acreditable”) durante 63 días o más.
- Si posee ingresos más elevados, es posible que deba pagar un monto adicional por mes directamente al gobierno por su cobertura para medicamentos con receta de Medicare.
- Su prima mensual será menor si recibe “Ayuda adicional” para pagar los costos de los medicamentos con receta.

Sección 1.2 – Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo

Para protegerlo, Medicare exige que todos los planes de salud limiten el monto que usted paga “de su bolsillo” durante el año. Este límite se denomina el “monto máximo que paga de su bolsillo”. Una vez que alcance este monto, por lo general, no paga nada por los servicios cubiertos por el resto del año.

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
Montos máximos que paga de su bolsillo	<u>Dentro de la red</u>	<u>Dentro de la red</u>
Los costos por los servicios médicos cubiertos (como los copagos) se consideran para el monto máximo que paga de su bolsillo. Su prima del plan y sus costos para medicamentos con receta no se consideran para el monto máximo que paga de su bolsillo.	\$3,600	\$4,500
		Una vez que haya pagado \$4,500 de su bolsillo por los servicios cubiertos, no pagará nada por sus servicios cubiertos durante el resto del año calendario.

Sección 1.3 – Cambios en la red de proveedores

Hemos cambiado nuestra red de proveedores para el próximo año. En nuestro sitio web www.getblueil.com/mapd, se encuentra disponible un Directorio de proveedores actualizado. También puede llamar a Servicio al cliente para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitarnos que le enviemos un Directorio de proveedores. **Revise el Directorio de proveedores de 2019 para verificar si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) se encuentran en nuestra red.**

Es importante que usted sepa que podemos realizar cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de su plan durante el año. Existen varias razones por las cuales un proveedor puede dejar el plan, pero si su médico o especialista ya no pertenece al plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- A pesar de que nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare exige que le proporcionemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Haremos un esfuerzo de buena fe para enviarle un aviso de que su proveedor dejará el plan con, al menos, 30 días de anticipación para que tenga tiempo de elegir un proveedor nuevo.
- Lo ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado para que continúe controlando sus necesidades de atención médica.
- Si se está realizando un tratamiento médico, tiene derecho, y trabajaremos con usted para garantizar su derecho, a que el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo no se interrumpa.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no está siendo administrada de manera apropiada, tiene derecho a presentar una apelación de nuestra decisión.
- Si se entera de que su médico o especialista dejará el plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor y a administrar su atención.

Sección 1.4 – Cambios en la red de farmacias

Los montos que paga por sus medicamentos con receta pueden depender de la farmacia que utilice. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta están cubiertos *solo* si se obtienen en una de nuestras farmacias de la red. Nuestra red incluye farmacias con costo compartido preferido, lo que puede ofrecerle un costo compartido más bajo que el costo compartido estándar ofrecido por otras farmacias dentro de la red para ciertos medicamentos.

Hemos cambiado nuestra red de farmacias para el próximo año. En nuestro sitio web www.getblueil.com/mapd/pharmacies, se encuentra disponible un Directorio de farmacias actualizado. También puede llamar a Servicio al cliente para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitarnos que le enviemos un Directorio de farmacias. **Revise el Directorio de farmacias de 2019 para conocer qué farmacias se encuentran en nuestra red.**

Sección 1.5 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos

Estamos cambiando nuestra cobertura del próximo año para ciertos servicios médicos. La siguiente información describe estos cambios. Para obtener más detalles sobre la cobertura y los costos de estos servicios, consulte el Capítulo 4, *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)*, en su *Evidencia de cobertura de 2019*.

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
Servicios odontológicos (integrales no cubiertos por Medicare)	<p>Dentro y fuera de la red</p> <p>Usted paga el 50 % del costo total de las consultas que no sean de rutina.</p> <p>Usted paga el 50 % del costo total de los servicios de restauración.</p> <p>Usted paga el 70 % del costo total de los servicios de extracciones.</p> <p>Usted paga el 70 % del costo total de los servicios de endodoncia, periodoncia, prótesis y otros servicios de cirugía bucal/maxilofacial.</p> <p>Está cubierto hasta el monto máximo de la cobertura del plan de \$1,000 para beneficios odontológicos integrales dentro y fuera de la red por año.</p>	<p>Dentro y fuera de la red</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por las consultas que no sean de rutina.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por los servicios de restauración.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por los servicios de extracciones.</p> <p>Los servicios de endodoncia, periodoncia, prótesis y otros servicios de cirugía bucal/maxilofacial <u>no</u> están cubiertos.</p> <p>Está cubierto hasta el monto máximo de la cobertura del plan de \$500 para beneficios odontológicos integrales dentro y fuera de la red por año.</p>
Servicios odontológicos (preventivos no cubiertos por Medicare)	<p>Dentro y fuera de la red</p> <p>Usted paga un copago de \$5 por hasta 2 exámenes bucales por año para consultas odontológicas de rutina (preventivas). Incluye hasta 2 limpiezas por año y 1 radiografía de aleta de mordida por año.</p>	<p>Dentro y fuera de la red</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por hasta 2 exámenes bucales por año para consultas odontológicas de rutina (preventivas). Incluye hasta 2 limpiezas por año y 1 radiografía de aleta de mordida por año.</p>

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<p>Suministros y servicios para la diabetes</p>	<p>Dentro de la red El costo compartido del 0 % se limita a los suministros de prueba de Ascensia Diabetes Care (productos Contour, Contour Next y Breeze), incluidos el medidor, las tiras reactivas y las lancetas. Si se necesitan otros suministros de prueba para la diabetes, usted, su proveedor o un representante autorizado pueden solicitar una determinación de cobertura; sin embargo, usted pagará un coseguro del 20 % para estos otros productos.</p> <p>Costo compartido del 20 % para todos los demás suministros para la diabetes en esta categoría.</p>	<p>Dentro de la red El costo compartido del 0 % se limita a los medidores y las tiras reactivas para la diabetes que se obtienen a través de la farmacia para un producto de la marca Ascensia (Contour Next One, Contour Next EZ y Contour Next).</p> <p>Costo compartido del 20 % para medidores y tiras reactivas no preferidos aprobados por el plan. Todas las tiras reactivas también estarán sujetas a un límite de cantidad de 204 cada 30 días.</p> <p>Costo compartido del 20 % para todos los demás suministros para la diabetes en esta categoría.</p>
<p>Atención de emergencia</p>	<p>Dentro y fuera de la red Usted paga un copago de \$80 por cada consulta de atención de emergencia cubierta por Medicare.</p>	<p>Dentro y fuera de la red Usted paga un copago de \$90 por cada consulta de atención de emergencia cubierta por Medicare.</p>
<p>Artículos de venta libre</p>	<p>Dentro de la red Usted paga un copago de \$0 y el plan cubre hasta \$20 por mes.</p>	<p>Dentro de la red Los artículos de venta libre <u>no</u> están cubiertos.</p>

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
Medicamentos de la Parte B	Los medicamentos de la Parte B no estaban sujetos a tratamientos escalonados.	Los medicamentos de la Parte B <i>pueden</i> estar sujetos a los requisitos de tratamientos escalonados. Este requisito lo incentiva a intentar utilizar medicamentos menos costosos pero igual de eficaces antes de que el plan le brinde cobertura para otro medicamento. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma afección, el plan puede requerir que pruebe el medicamento A primero. Si el medicamento A no le da resultado, el plan cubrirá el medicamento B. Este requisito para probar primero con otro medicamento se denomina “ tratamiento escalonado ”.
Programa de incentivos y recompensas	Dentro de la red Cada acción saludable equivale a \$25.00, que se acreditarán en una tarjeta de regalo.	Dentro de la red La mayoría de las acciones saludables realizadas reciben una recompensa de \$25.00, que se acreditarán en una tarjeta de regalo. Como novedad en 2019, la consulta anual de bienestar recompensará a los miembros con \$50 una vez completada.

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
Atención en un centro de enfermería especializada (SNF)	Dentro de la red Usted paga un copago de \$0 por día para los días 1-20 y un copago de \$167.50 por día para los días 21-100 para las estadías cubiertas por Medicare en un centro de enfermería especializada.	Dentro de la red Usted paga un copago de \$0 por día para los días 1-20 y un copago de \$172 por día para los días 21-100 para las estadías cubiertas por Medicare en un centro de enfermería especializada.
Servicios de urgencia y atención de emergencia en todo el mundo	Usted paga un copago de \$80 por cada consulta en todo el mundo.	Usted paga un copago de \$90 por cada consulta en todo el mundo.

Sección 1.6 – Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D

Cambios en nuestra Lista de medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se denomina Formulario o “Lista de medicamentos”. Le enviamos una copia de nuestra Lista de medicamentos en este sobre.

Hemos realizado cambios en nuestra Lista de medicamentos, incluidos cambios en los medicamentos que cubrimos y cambios en las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos. **Revise la Lista de medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos el próximo año y para saber si habrá restricciones de algún tipo.**

Si un cambio en la cobertura para medicamentos lo afecta a usted, puede hacer lo siguiente:

- **Consultar a su médico (o a otra persona autorizada a dar recetas) y pedirle al plan que haga una excepción** y cubra el medicamento. **Les recomendamos a los miembros actuales** solicitar una excepción antes del próximo año.
 - Para saber qué debe hacer para solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 de su *Evidencia de cobertura (Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas])* o llame a Servicio al cliente.
- **Consultar a su médico (o a otra persona autorizada a dar recetas) para encontrar un medicamento diferente** cubierto por nosotros. Puede llamar a Servicios al cliente y pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección.

En algunas situaciones, debemos cubrir un suministro temporal de un medicamento que no está en el Formulario durante los primeros 90 días del año del plan o los primeros 90 días de la membresía para evitar una interrupción del tratamiento. En 2019, los miembros que se

encuentren en centros de atención a largo plazo (Long Term Care, LTC) ahora recibirán un suministro temporal que tiene la misma cantidad de días de suministro temporal proporcionado en todos los demás casos: un suministro de medicamentos para 31 días en lugar de la cantidad proporcionada en 2018 (suministro de medicamentos para hasta 98 días). (Para obtener más información sobre cuándo puede obtener un suministro temporal y cómo solicitar uno, consulte la Sección 5.2 del Capítulo 5 de la *Evidencia de cobertura*). Durante el período en que vaya a obtener un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su médico para decidir qué hacer cuando se agote el suministro temporal. Puede cambiar a un medicamento diferente cubierto por el plan o solicitarle al plan que haga una excepción para usted y cubra el medicamento actual.

La mayoría de los cambios nuevos en la Lista de medicamentos se realizan al comienzo de cada año. No obstante, durante el año, podemos hacer otros cambios permitidos por las reglas de Medicare.

A partir de 2019, podemos eliminar inmediatamente un medicamento de marca de nuestra Lista de medicamentos si, al mismo tiempo, lo reemplazamos por un nuevo medicamento genérico del mismo nivel de costo compartido o de un nivel de costo compartido más bajo y con las mismas restricciones o menos. Además, cuando agreguemos el nuevo medicamento genérico, podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos pero inmediatamente moverlo a un nivel de costo compartido diferente o agregar nuevas restricciones. Esto significa que, si está tomando el medicamento de marca que será reemplazado por el nuevo medicamento genérico (o el nivel o la restricción del medicamento de marca cambia), no recibirá siempre aviso del cambio 60 días antes de que lo apliquemos ni recibirá un resurtido para 60 días de su medicamento de marca en una farmacia de la red. Si está tomando el medicamento de marca, aún recibirá información sobre el cambio específico que realicemos, pero el aviso le puede llegar después de que apliquemos el cambio.

Además, a partir de 2019, antes de que hagamos otros cambios durante el año en nuestra Lista de medicamentos que debamos informarle con anticipación cuando esté tomando un medicamento determinado, le proporcionaremos un aviso 30 días, no 60 días, antes de que apliquemos el cambio. O le proporcionaremos un resurtido para 30 días, y no para 60 días, del medicamento de marca en una farmacia de la red.

Cuando realizamos estos cambios en la Lista de medicamentos durante el año, aún puede trabajar con su médico (u otra persona autorizada a dar recetas) y solicitarnos que hagamos una excepción para cubrir el medicamento. También seguiremos actualizando nuestra Lista de medicamentos en línea según lo planeado y proporcionaremos otra información obligatoria para reflejar los cambios de los medicamentos. (Para obtener más información sobre los cambios que podemos realizar en la Lista de medicamentos, consulte la Sección 6 del Capítulo 5 de la *Evidencia de cobertura*).

Cambios en los costos de los medicamentos de receta

Nota: si participa en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda adicional”), **la información sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D puede no aplicarse en su caso.** Nosotros hemos incluido un inserto separado, que se denomina “Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs” (Cláusula

adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben Ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta), también denominada “Low Income Subsidy Rider” o “LIS Rider” (Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS), que le informa sobre los costos de sus medicamentos. Si recibe “Ayuda adicional” y no recibió el inserto con el paquete, llame a Servicio al cliente y solicite la “Cláusula adicional LIS”. En la Sección 6.1 de este folleto, encontrará los números de teléfono de Servicio al cliente.

Existen cuatro “etapas de pago de los medicamentos”. La cantidad que paga por un medicamento de la Parte D depende de la etapa de pago de los medicamentos en la que se encuentra. (Puede consultar la Sección 2 del Capítulo 6 de la *Evidencia de cobertura* para obtener más información sobre las etapas).

La siguiente información describe los cambios para el próximo año en las dos primeras etapas: la Etapa del deducible anual y la Etapa de cobertura inicial. (La mayoría de los miembros no llega a las otras dos etapas: la Etapa del período sin cobertura o la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas. Para obtener información sobre sus costos en estas etapas, consulte las Secciones 6 y 7 del Capítulo 6 de la *Evidencia de cobertura* que se envió por separado por correo).

Cambios en la Etapa del deducible

Etapa	2018 (este año)	2019 (próximo año)
Etapa 1: Etapa del deducible anual	Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.	Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.

Cambios en sus costos compartidos en la Etapa de cobertura inicial

Para saber cómo funcionan los copagos y los coseguros, consulte la Sección 1.2 del Capítulo 6, *Tipos de costos que es posible que deba pagar de su bolsillo por los medicamentos cubiertos en su Evidencia de cobertura.*

	2018 (este año)	2019 (próximo año)
Etapa 2: Etapa de cobertura inicial		
Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo.	Sus costos por un suministro para un mes en una farmacia de la red:	Sus costos por un suministro para un mes en una farmacia de la red:
Los costos en esta fila son por un suministro para un mes (30 días) cuando obtiene sus medicamentos con receta en una farmacia de la red.	Medicamentos del Nivel 1 (genéricos preferidos): <i>Costo compartido estándar:</i> usted paga un copago de \$5 por medicamento con receta.	Medicamentos del Nivel 1 (genéricos preferidos): <i>Costo compartido estándar:</i> usted paga un copago de \$5 por medicamento con receta.
Para obtener información sobre los costos de un suministro a largo plazo o de medicamentos con receta para pedido por correo, consulte la Sección 5 del Capítulo 6 de la <i>Evidencia de cobertura.</i>	<i>Costo compartido preferido:</i> usted paga un copago de \$0 por medicamento con receta.	<i>Costo compartido preferido:</i> usted paga un copago de \$0 por medicamento con receta.
Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos de la Lista de medicamentos. Para saber si sus medicamentos han pasado a un nivel diferente, búselos en la Lista de medicamentos.	Medicamentos del Nivel 2 (genéricos): <i>Costo compartido estándar:</i> usted paga un copago de \$19 por medicamento con receta. <i>Costo compartido preferido:</i> usted paga un copago de \$8 por medicamento con receta.	Medicamentos del Nivel 2 (genéricos): <i>Costo compartido estándar:</i> usted paga un copago de \$19 por medicamento con receta. <i>Costo compartido preferido:</i> usted paga un copago de \$8 por medicamento con receta.

2018 (este año)	2019 (próximo año)
<p>Medicamentos del Nivel 3 (de marca preferidos):</p> <p><i>Costo compartido estándar:</i></p> <p>usted paga un copago de \$47 por medicamento con receta.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i></p> <p>usted paga un copago de \$39 por medicamento con receta.</p>	<p>Medicamentos del Nivel 3 (de marca preferidos):</p> <p><i>Costo compartido estándar:</i></p> <p>usted paga un copago de \$47 por medicamento con receta.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i></p> <p>usted paga un copago de \$39 por medicamento con receta.</p>
<p>Medicamentos del Nivel 4 (de marca no preferidos):</p> <p><i>Costo compartido estándar:</i></p> <p>usted paga un copago de \$100 por medicamento con receta.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i></p> <p>usted paga un copago de \$95 por medicamento con receta.</p>	<p>Medicamentos del Nivel 4 (de marca no preferidos):</p> <p><i>Costo compartido estándar:</i></p> <p>usted paga un copago de \$100 por medicamento con receta.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i></p> <p>Usted paga un copago de \$95 por medicamento con receta.</p>
<p>Medicamentos del Nivel 5 (especializados):</p> <p><i>Costo compartido estándar:</i></p> <p>usted paga el 33 % del costo total.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i></p> <p>usted paga el 33 % del costo total.</p>	<p>Medicamentos del Nivel 5 (especializados):</p> <p><i>Costo compartido estándar:</i></p> <p>usted paga el 33 % del costo total.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i></p> <p>usted paga el 33 % del costo total.</p>

	2018 (este año)	2019 (próximo año)
	Una vez que los costos totales de los medicamentos alcancen los \$3,750, pasará a la siguiente etapa (Etapa del período sin cobertura).	Una vez que los costos totales de los medicamentos alcancen los \$3,820, pasará a la siguiente etapa (Etapa del período sin cobertura).

Cambios en la Etapa del período sin cobertura y en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas

Las otras dos etapas de cobertura para medicamentos, la Etapa del período sin cobertura y la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, son para personas que necesitan medicamentos más costosos. **La mayoría de los miembros no llega a la Etapa del período sin cobertura o a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.** Para obtener información sobre sus costos en estas etapas, consulte las Secciones 6 y 7 del Capítulo 6 de su *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 2 Cómo decidir qué plan elegir

Sección 2.1 – Si desea seguir inscrito en Blue Cross Medicare Advantage Premier Plus (HMO-POS)

Para seguir inscrito en nuestro plan no es necesario que haga nada. Si no se inscribe en un plan diferente ni se cambia a Original Medicare hasta el 7 de diciembre, automáticamente seguirá inscrito como miembro de nuestro plan para el año 2019.

Sección 2.2 – Si desea cambiar de plan

Esperamos que continúe siendo miembro de nuestro plan durante 2019, pero si desea cambiar, siga estos pasos:

Paso 1: conozca y compare sus opciones

- Puede inscribirse en un plan de salud de Medicare diferente.
- *O BIEN*, puede cambiar a Original Medicare. Si cambia a Original Medicare, deberá decidir si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.

Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare, consulte la publicación *Medicare & You 2019* (Medicare y Usted 2019), llame a su Programa estatal de asistencia en seguros de salud (consulte la Sección 4) o llame a Medicare (consulte la Sección 6.2).

También puede encontrar información sobre los planes de su área mediante el Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare) disponible en el sitio web de Medicare. Visite <https://www.medicare.gov> y haga clic en “Find health & drug plans” (Buscar planes de salud y de medicamentos). **Aquí puede encontrar información sobre costos, cobertura y calificaciones de la calidad de los planes de Medicare.**

Paso 2: cambie su cobertura

- Para cambiar **a un plan de salud de Medicare diferente**, inscríbese en el nuevo plan. Automáticamente, se cancelará su inscripción en Blue Cross Medicare Advantage Premier Plus (HMO-POS).
- Para **cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos con receta**, inscríbese en un plan de medicamentos nuevo. Automáticamente, se cancelará su inscripción en Blue Cross Medicare Advantage Premier Plus (HMO-POS).
- Para **cambiarse a Original Medicare sin un plan de medicamentos con receta**, debe seguir uno de estos pasos:
 - Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con Servicio al cliente (en la Sección 6.1 de este folleto encontrará los números de teléfono).

- o O puede llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana, y pedir que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 3 Plazo para el cambio de plan

Si desea cambiar a un plan diferente o a Original Medicare para el próximo año, puede hacerlo desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre**. El cambio entrará en vigencia el 1 de enero de 2019.

¿Puedo realizar un cambio en otro momento del año?

En ciertas situaciones, también se permite realizar cambios en otros momentos del año. Por ejemplo, las personas que tienen Medicaid, aquellos que reciben “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos, aquellos que tienen la cobertura de un empleador o van a dejarla, y las personas que se trasladan fuera del área de servicio pueden realizar un cambio en otros momentos del año. Para obtener más información, consulte la Sección 2.3 del Capítulo 10 de la *Evidencia de cobertura*.

Nota: si está inscrito en un programa de administración de medicamentos, quizás no pueda cambiar de plan.

Si usted está inscrito en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2019 y no le gusta su opción de plan, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) o cambiarse a Original Medicare (con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2019. Para obtener más información, consulte la Sección 2.2 del Capítulo 10 de la *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare

El Programa de asistencia de seguro de salud del estado (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa del gobierno con asesores capacitados en todos los estados. En Illinois, el SHIP se denomina Illinois Department on Aging.

Illinois Department on Aging es un programa independiente (no se relaciona con ninguna compañía aseguradora ni plan de salud). Es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros de salud, a nivel local y **en forma gratuita**, a las personas que tienen Medicare. Los asesores del Illinois Department on Aging pueden ayudarlo con las preguntas o los problemas que tenga respecto de Medicare. Podrán ayudarlo a comprender las opciones de los planes de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan. Puede llamar al Illinois Department on Aging al 1-800-252-8966. Puede obtener más información sobre el Illinois Department on Aging visitando su sitio web (www.state.il.us/aging).

SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta

Es posible que reúna los requisitos para recibir 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 los medicamentos con receta. Si reúne los requisitos, Medicare podría pagar hasta el 75 % o más de los costos de sus medicamentos, incluso las primas mensuales de los medicamentos con receta, los deducibles anuales y el coseguro. Además, las personas que reúnan los requisitos no tendrán un período sin cobertura ni una multa por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles para recibir esta ayuda y no lo saben. Para saber si reúne los requisitos, llame:
 - Al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
 - A la Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213, de 7:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes).
 - A la oficina de Medicaid de su estado (solicitudes).
- **Asistencia con los costos compartidos para medicamentos con receta para personas con VIH/SIDA.** El Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles para el ADAP que tienen VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH que salvan vidas. Las personas deben cumplir con ciertos criterios, incluso comprobante de residencia en el estado y estatus del VIH, comprobante de bajos ingresos según lo establece el Estado, y estatus de no asegurado/con seguro insuficiente. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también estén cubiertos por el ADAP califican para la asistencia con los costos compartidos para medicamentos con receta a través del Departamento de Salud Pública de Illinois, Oficina de ADAP de Illinois, 535 W. Jefferson St. First Floor, Springfield, IL 62761; www.idph.state.il.us/health/aids/adap.htm. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al 1-217-524-5983.

SECCIÓN 6 Preguntas

Sección 6.1 – Cómo recibir ayuda de Blue Cross Medicare Advantage Premier Plus (HMO-POS)

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudar. Llame a Servicio al cliente al 1-877-774-8592. (Solo los usuarios de TTY deben llamar al 711). Estamos disponibles para recibir llamadas telefónicas de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los 7 días de la semana. Si llama del 1.º de abril al 30 de septiembre, se utilizarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz) durante los fines de semana y días festivos. Las llamadas a estos números son gratuitas.

Lea su *Evidencia de cobertura de 2019* (describe en detalles los beneficios y costos para el próximo año)

Este *Aviso anual de cambios* le ofrece un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2019. Para obtener detalles, consulte la *Evidencia de cobertura de 2019* para Blue Cross Medicare Advantage Premier Plus (HMO-POS). La *Evidencia de cobertura* es la descripción detallada legal de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las normas que debe seguir para recibir sus servicios cubiertos y medicamentos con receta. Se proporciona una copia de la *Evidencia de cobertura* por vía electrónica en nuestro sitio web en www.getblueil.com/mapd.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web en www.getblueil.com/mapd. Le recordamos que, en nuestro sitio web, puede encontrar la información más actualizada acerca de nuestra red de proveedores (Directorio de proveedores) y nuestra lista de medicamentos cubiertos (Formulario/Lista de medicamentos).

Sección 6.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare, haga lo siguiente:

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

Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, 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>). Tiene información acerca de los costos, la cobertura y las calificaciones de calidad para ayudarlo a comparar los planes de salud de Medicare. Puede encontrar información sobre los planes disponibles en su área mediante el Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare) en el sitio web de Medicare. (Para ver la información sobre los planes, vaya a <https://www.medicare.gov> y haga clic en “Find health & drug plans” [Buscar planes de salud y de medicamentos]).

Lea *Medicare & You 2019* (Medicare y Usted 2019)

Usted puede leer el manual *Medicare & You 2019* (Medicare y Usted 2019). Cada año, en otoño, este folleto se envía por correo a las personas que tienen Medicare. Contiene un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare, y las respuestas a las preguntas más frecuentes acerca de Medicare. Si usted 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), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Esta información no es una descripción exhaustiva de los beneficios. Llame a Servicio al cliente al 1-877-774-8592 (solo los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711) para obtener más información.

Los proveedores fuera de la red/no contratados no tienen obligación alguna de tratar a miembros de Blue Cross Medicare Advantage, salvo en situaciones de emergencia. Llame al número de nuestro Servicio al cliente o consulte su Evidencia de cobertura para obtener más información, incluidos los costos compartidos que se aplican a los servicios fuera de la red.