

**Blue Cross Medicare Advantage Premier Plus (HMO-POS)SM
ofrecido por Health Care Service Corporation, a Mutual Legal
Reserve Company (HCSC)**

Aviso anual de cambios para 2020

Usted está actualmente inscrito como asegurado de Blue Cross Medicare Advantage Premier Plus (HMO-POS)SM. 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 1.5 para obtener información sobre los cambios en los costos y beneficios para 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 diferentes?
 - ¿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 1.6 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 ayudarle 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.

Verifique si sus médicos y otros prestadores de servicios médicos estarán en nuestra red el próximo año.

- ¿Están en nuestra red los médicos, incluidos los especialistas, que consulta regularmente?
- ¿Y los hospitales o demás prestadores de servicios médicos que usted utiliza?
- Consulte la Sección 1.3 para obtener información sobre nuestro *Directorio de prestadores de servicios médicos*.

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 Medicare Advantage Premier Plus (HMO-POS), no necesita hacer nada. Permanecerá en Blue Cross Medicare Advantage Premier Plus (HMO-POS).
- 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 otra cobertura antes del **7 de diciembre de 2019**, permanecerá en Blue Cross Medicare Advantage Premier Plus (HMO-POS).
- 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. Llame a Servicio al Cliente al 1-877-774-8592 (los usuarios de TTY/TDD solamente deben llamar al 711) para recibir más información.
- 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 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los 7 días de la semana. Si llama desde el 1 de abril al 30 de septiembre, se utilizarán tecnologías alternativas (por ejemplo, mensaje de voz) los fines de semana y días feriados.
- Comuníquese con Blue Cross Medicare Advantage Premier Plus (HMO-POS) si necesita esta información en otro idioma o formato (español, braille, letras grandes o formatos alternativos).
- **Esta cobertura reúne los requisitos de cobertura médica calificada (Qualifying Health Coverage, QHC)** y satisface el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (Patient Protection and Affordable Care Act, ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS) en <https://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families> para obtener más información.

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

- Las coberturas de HMO y HMO-POS son proporcionadas por Health Care Service Corporation, una división de Mutual Legal Reserve Company (HCSC), licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association. HCSC es una organización de Medicare Advantage con un contrato con Medicare. La inscripción en las coberturas de HCSC depende de la renovación del contrato.
- A lo largo de este folleto, los términos “nosotros”, “nos” o “nuestro/a” se refieren a Health Care Service Corporation, a Mutual Legal Reserve Company (HCSC). Cuando

hace referencia a “cobertura” o “nuestra cobertura”, significa Blue Cross Medicare Advantage Premier Plus (HMO-POS).

Resumen de los costos importantes para 2020

La tabla que aparece a continuación compara los costos de 2019 con los costos de 2020 para Blue Cross Medicare Advantage Premier Plus (HMO-POS) en varias áreas importantes. **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.getblueil.com/plandocs/eoc. También puede comunicarse con Servicio al Cliente para solicitar que le enviemos por correo postal una copia de la *Evidencia de cobertura*.

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
Prima mensual de la cobertura* * Su prima puede ser mayor o menor que esta cantidad. Consulte la Sección 1.1 para conocer detalles.	\$83	\$83
Gasto máximo de bolsillo Esto es lo <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por sus servicios cubiertos. (Consulte la Sección 1.2 para obtener detalles.)	<u>Dentro de la red</u> \$4,500	<u>Dentro de la red</u> \$4,500
Consultas al consultorio del médico	<u>Dentro de la red</u> Consultas de atención primaria: Copago de \$5 por visita	<u>Dentro de la red</u> Consultas de atención primaria: Copago de \$5 por visita
	Consultas a especialistas: Copago de \$35 por visita	Consultas a especialistas: Copago de \$35 por visita
	<u>Fuera de la red</u> Consultas de atención primaria: Copago de \$60 por visita	<u>Fuera de la red</u> Consultas de atención primaria: Copago de \$60 por visita
	Consultas a especialistas: Copago de \$75 por visita	Consultas a especialistas: Copago de \$75 por visita

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
<p>Estadías en el hospital como paciente internado Incluye servicios hospitalarios intensivos, de rehabilitación, atención a largo plazo y otros tipos de servicios para pacientes internados. La atención de pacientes internados comienza el día en que son hospitalizados formalmente por prescripción médica. El día anterior al alta es su último día como paciente internado.</p>	<p><u>Dentro de la red</u> Copago de \$190 por día para los días 1-8 y un copago de \$0 por día para los días 9-90 Copago de \$0 por día por los días 91 y siguientes.</p> <p><u>Fuera de la red</u> 40% del costo total por estadía</p>	<p><u>Dentro de la red</u> Copago de \$190 por día para los días 1-8 y un copago de \$0 por día para los días 9-90 Copago de \$0 por día por los días 91 y siguientes.</p> <p><u>Fuera de la red</u> 40% del costo total por estadía</p>
<p>Cobertura de medicamentos con receta de la Parte D (Consulte la Sección 1.6 para obtener detalles.)</p>	<p>Deducible: \$0</p> <p>Copago/coaseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <p>Nivel 1 de medicamentos – Genéricos preferidos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Gastos compartidos estándar:</i> Copago de \$5 • <i>Gastos compartidos preferidos:</i> Copago de \$0 <p>Nivel 2 de medicamentos – Genéricos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Gastos compartidos estándar:</i> Copago de \$19 • <i>Gastos compartidos preferidos:</i> Copago de \$8 	<p>Deducible: \$0</p> <p>Copago/coaseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <p>Nivel 1 de medicamentos – Genéricos preferidos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Gastos compartidos estándar:</i> Copago de \$5 • <i>Gastos compartidos preferidos:</i> Copago de \$0 <p>Nivel 2 de medicamentos – Genéricos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Gastos compartidos estándar:</i> Copago de \$19 • <i>Gastos compartidos preferidos:</i> Copago de \$8

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
Cobertura de medicamentos con receta de la Parte D (continuación)	Nivel 3 de medicamentos – De marca preferida: <ul style="list-style-type: none"> • <i>Gastos compartidos estándar:</i> Copago de \$47 • <i>Gastos compartidos preferidos:</i> Copago de \$39 	Nivel 3 de medicamentos – De marca preferida: <ul style="list-style-type: none"> • <i>Gastos compartidos estándar:</i> Copago de \$47 • <i>Gastos compartidos preferidos:</i> Copago de \$39
	Nivel 4 de medicamentos – De marca no preferida: <ul style="list-style-type: none"> • <i>Gastos compartidos estándar:</i> Copago de \$100 • <i>Gastos compartidos preferidos:</i> Copago de \$95 	Nivel 4 de medicamentos – De marca no preferida: <ul style="list-style-type: none"> • <i>Gastos compartidos estándar:</i> Copago de \$100 • <i>Gastos compartidos preferidos:</i> Copago de \$95
	Nivel 5 de medicamentos – Especializados: <ul style="list-style-type: none"> • <i>Gastos compartidos estándar:</i> 33% del costo total • <i>Gastos compartidos preferidos:</i> 33% del costo total 	Nivel 5 de medicamentos – Especializados: <ul style="list-style-type: none"> • <i>Gastos compartidos estándar:</i> 33% del costo total • <i>Gastos compartidos preferidos:</i> 33% del costo total

Aviso anual de cambios para 2020

Índice

Resumen de los costos importantes para 2020	1
SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año	5
Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual	5
Sección 1.2 – Cambios en las cantidades máximas de gastos de bolsillo.....	5
Sección 1.3 – Cambios en la red de prestadores de servicios médicos.....	6
Sección 1.4 – Cambios en la red de farmacias.....	7
Sección 1.5 – Cambios en los beneficios y costos por servicios médicos.....	7
Sección 1.6 – Cambios en la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D.....	10
SECCIÓN 2 Decidir qué cobertura elegir	15
Sección 2.1 – Si quiere permanecer en Blue Cross Medicare Advantage Premier Plus (HMO-POS)	15
Sección 2.2 – Si desea cambiar de cobertura.....	15
SECCIÓN 3 Plazo para cambiar de cobertura	16
SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito acerca de Medicare.....	16
SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta.....	17
SECCIÓN 6 ¿Tiene alguna pregunta?.....	18
Sección 6.1 – Obtener ayuda de Blue Cross Medicare Advantage Premier Plus (HMO- POS)	18
Sección 6.2 – Obtener ayuda de Medicare.....	18

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

Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
Prima mensual (También debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare).	\$83	\$83

- 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 las cantidades máximas de gastos de bolsillo

Para protegerlo, Medicare exige a todas las coberturas de salud limitar cuánto paga de su “bolsillo” a lo largo del año. Este límite se denomina “cantidades máximas de gastos de bolsillo”. Una vez alcanzada esta cantidad, usted, generalmente, no paga nada por los servicios cubiertos durante el resto del año.

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
Gasto máximo de bolsillo	<u>Dentro de la red</u>	<u>Dentro de la red</u>
Sus costos por los servicios médicos cubiertos (como los copagos) se contabilizan para la cantidad máxima de gastos de bolsillo. La prima de su cobertura y los costos de los medicamentos con receta no se tienen en cuenta para la cantidad máxima de gastos de bolsillo.	\$4,500	\$4,500 Una vez que haya alcanzado los \$4,500 de gastos de bolsillo por servicios cubiertos, no pagará nada más por sus servicios cubiertos durante el resto del año calendario.

Sección 1.3 – Cambios en la red de prestadores de servicios médicos

Hay cambios en nuestra red de prestadores de servicios médicos para el próximo año. En nuestro sitio web podrá encontrar un *Directorio de prestadores de servicios médicos* actualizado en www.getblueil.com/mapd. También puede llamar a Servicio al Cliente para obtener información actualizada de los prestadores de servicios médicos o para solicitarnos que le enviemos por correo un *Directorio de prestadores de servicios médicos*. **Consulte el *Directorio de prestadores de servicios médicos de 2020* para ver si sus prestadores de servicios médicos (prestador principal de servicios médicos, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red.**

Es importante que tenga en cuenta que es posible que haya cambios en la lista de hospitales, médicos y especialistas (prestadores de servicios médicos) que forman parte de su cobertura durante el año. Hay varias razones por las cuales su profesional médico podría dejar su cobertura, pero si su médico o especialista deja su cobertura, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- A pesar de que nuestra red de prestadores de servicios médicos puede cambiar a lo largo del año, debemos brindarle acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- En caso de que su profesional médico decida dejar la red de su cobertura, haremos lo posible de notificárselo, con al menos 30 días de anticipación, para que tenga tiempo de elegir otro.
- Le proporcionaremos asistencia en la selección de un nuevo profesional médico calificado para continuar satisfaciendo sus necesidades de atención médica.
- Si se está sometiendo a un tratamiento médico, usted tiene derecho a solicitar que no se interrumpa el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo, y nosotros trabajaremos con usted para garantizar esto.

- Si considera que no le hemos ofrecido un profesional médico calificado para reemplazar a su profesional médico anterior o que su atención no está siendo administrada correctamente, tiene derecho a presentar una apelación contra nuestra decisión.
- Si se entera de que su médico o especialista está dejando su cobertura, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo profesional médico y 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 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 con costo compartido preferido, que pueden ofrecerle un costo compartido más bajo que el costo compartido estándar ofrecido por otras farmacias de la red para algunos medicamentos.

Hay cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. En nuestro sitio web podrá encontrar un *Directorio de farmacias* actualizado en www.getblueil.com/mapd/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 1.5 – Cambios en los beneficios y costos por servicios médicos

Para el próximo año, introduciremos cambios en la cobertura de ciertos servicios médicos. La información presentada a continuación describe estos cambios. Para obtener más detalles sobre la cobertura y los costos por estos servicios, consulte el Capítulo 4, *Cuadro de beneficios médicos (lo que incluye la cobertura y lo que paga usted)*, en su *Evidencia de cobertura de 2020*.

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
Servicios del centro quirúrgico ambulatorio	<u>Dentro de la red</u> Usted paga un copago de \$275 por servicios quirúrgicos en un centro quirúrgico ambulatorio.	<u>Dentro de la red</u> Usted paga un copago de \$225 por servicios quirúrgicos en un centro quirúrgico ambulatorio.

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
<p>Suministros y servicios para diabéticos</p>	<p><u>Dentro de la red</u> Usted paga: gastos compartidos del 0% limitados a tiras reactivas y medidores para diabéticos que se obtengan a través de la farmacia para un producto de marca Ascensia (Contour Next One, Contour Next EZ y Contour Next).</p> <p>gastos compartidos del 20% para tiras reactivas y medidores no preferidos aprobados por la cobertura.</p> <p>gastos compartidos del 20% para todos los demás suministros para diabéticos dentro de esta categoría.</p>	<p><u>Dentro de la red</u> Usted paga: gastos compartidos del 0% limitados a suministros de pruebas para diabéticos (medidores, tiras y lancetas) que se obtengan a través de la farmacia para un producto de la marca LifeScan (OneTouch Verio Flex, OneTouch Verio, OneTouch Ultra Mini y OneTouch Ultra 2).</p> <p>gastos compartidos del 20% para suministros de pruebas para diabéticos no preferidos aprobados por la cobertura (medidores, tiras y lancetas).</p> <p>gastos compartidos del 20% para todos los demás suministros para diabéticos dentro de esta categoría.</p> <p>Los productos de control continuo de la glucosa (CGM) que se obtengan a través de la farmacia quedan sujetos a autorización previa.</p>

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
<p>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare</p>	<p>Los medicamentos de la Parte B <u>no</u> requirieron un tratamiento escalonado en 2019.</p>	<p>Los medicamentos de la Parte B <i>pueden</i> estar sujetos a los requisitos del tratamiento escalonado. Este requisito lo alienta a probar medicamentos menos costosos, pero igualmente eficaces, antes de que la cobertura cubra otro medicamento. Por ejemplo, si los medicamentos A y B tratan el mismo problema médico, la cobertura puede solicitarle que pruebe el A en primer lugar. Si el Medicamento A no funciona para usted, entonces la cobertura cubrirá el Medicamento B. Este requisito de probar primero un medicamento diferente se llama “tratamiento escalonado”.</p>
<p>Servicios del programa de tratamiento con opioides</p>	<p><u>Dentro de la red</u> Los servicios de tratamiento con opioides <u>no</u> están cubiertos.</p>	<p><u>Dentro de la red</u> Usted paga un copago de \$75 por servicios de tratamiento con opioides.</p>

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
Servicios de radiología de diagnóstico para pacientes en consulta externa	<u>Dentro de la red</u> Usted paga un copago de \$200 para servicios de radiología de diagnóstico para pacientes en consulta externa cubiertos por Medicare (tales como resonancias magnéticas y tomografías computadas).	<u>Dentro de la red</u> Usted paga un copago de \$150 por servicios proporcionados en una clínica independiente y un copago de \$200 por servicios proporcionados en un entorno hospitalario para pacientes en consulta externa para servicios de radiología de diagnóstico para pacientes en consulta externa cubiertos por Medicare (tales como resonancias magnéticas y tomografías computadas).
Atención en instalaciones de enfermería especializada (SNF)	<u>Dentro de la red</u> 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 por estadías en una instalación de enfermería especializada cubiertas por Medicare.	<u>Dentro de la red</u> Usted paga un copago de \$0 por día para los días 1-20 y un copago de \$178 por día para los días 21-100 por estadías en una instalación de enfermería especializada cubiertas por Medicare.
Atención de la vista (Solo examen oftalmológico)	Se requiere autorización previa y orden médica.	<u>No</u> se requiere autorización previa ni orden médica.

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

Cambios en nuestra Lista de medicamentos

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 compañía de seguros 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 9 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 5 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 actuales de la lista de medicamentos 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 diferente o agregar nuevas restricciones. Esto significa que si está tomando el medicamento de marca que será reemplazado por un nuevo medicamento genérico (o cambia en nivel o restricción aplicables al medicamento de marca), usted ya no siempre recibirá un aviso de ese cambio con 60 días de antelación, ni recibirá un surtido de 60 días 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 5 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 para 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 6 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 acerca de los costos en estas etapas, consulte el Capítulo 6, Secciones 6 y 7, de la *Evidencia de cobertura*, que se encuentra en nuestro sitio web en www.getblueil.com/plandocs/eoc. 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

Etapa	2019 (este año)	2020 (próximo año)
Etapa 1: Etapa del deducible anual	Debido a que no aplicamos un deducible, esta etapa de pago no le corresponde.	Debido a que no aplicamos un deducible, esta etapa de pago no le corresponde.

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 6, *Tipos de gastos de bolsillo que puede pagar por medicamentos cubiertos* en su *Evidencia de cobertura*.

	2019 (este año)	2020 (próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</p> <p>Durante esta etapa, la aseguradora paga su parte del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo.</p>	<p>Su costo por el suministro de un mes en una farmacia de la red:</p>	<p>Su costo por el suministro de un mes en una farmacia de la red:</p>
<p>Los costos en esta fila corresponden a un suministro de un mes (30 días) cuando surte su receta en una farmacia de la red.</p>	<p>Nivel 1: Genéricos preferidos:</p> <p><i>Gastos compartidos estándar:</i></p> <p>Usted paga un copago de \$5 por receta.</p>	<p>Nivel 1: Genéricos preferidos:</p> <p><i>Gastos compartidos estándar:</i></p> <p>Usted paga un copago de \$5 por receta.</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 6 de su <i>Evidencia de cobertura</i>.</p>	<p><i>Gastos compartidos preferidos:</i></p> <p>Usted paga un copago de \$0 por receta.</p>	<p><i>Gastos compartidos preferidos:</i></p> <p>Usted paga un copago de \$0 por receta.</p>
<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>Nivel 2: Genéricos:</p> <p><i>Gastos compartidos estándar:</i></p> <p>Usted paga un copago de \$19 por receta.</p>	<p>Nivel 2: Genéricos:</p> <p><i>Gastos compartidos estándar:</i></p> <p>Usted paga un copago de \$19 por receta.</p>
	<p><i>Gastos compartidos preferidos:</i></p> <p>Usted paga un copago de \$8 por receta.</p>	<p><i>Gastos compartidos preferidos:</i></p> <p>Usted paga un copago de \$8 por receta.</p>

2019 (este año)	2020 (próximo año)
<p>Nivel 3: De marca preferida: <i>Gastos compartidos estándar:</i> Usted paga un copago de \$47 por receta.</p>	<p>Nivel 3: De marca preferida: <i>Gastos compartidos estándar:</i> Usted paga un copago de \$47 por receta.</p>
<p><i>Gastos compartidos preferidos:</i> Usted paga un copago de \$39 por receta.</p>	<p><i>Gastos compartidos preferidos:</i> Usted paga un copago de \$39 por receta.</p>
<p>Nivel 4: De marca no preferida: <i>Gastos compartidos estándar:</i> Usted paga un copago de \$100 por receta.</p>	<p>Nivel 4: De marca no preferida: <i>Gastos compartidos estándar:</i> Usted paga un copago de \$100 por receta.</p>
<p><i>Gastos compartidos preferidos:</i> Usted paga un copago de \$95 por receta.</p>	<p><i>Gastos compartidos preferidos:</i> Usted paga un copago de \$95 por receta.</p>
<p>Nivel 5: Especializados: <i>Gastos compartidos estándar:</i> Usted paga 33% del costo total.</p>	<p>Nivel 5: Especializados: <i>Gastos compartidos estándar:</i> Usted paga 33% del costo total.</p>
<p><i>Gastos compartidos preferidos:</i> Usted paga 33% del costo total.</p>	<p><i>Gastos compartidos preferidos:</i> Usted paga 33% del costo total.</p>
<hr/> <p>Una vez que su costo total de medicamentos haya llegado a \$3,820, pasará a la siguiente etapa (la Etapa sin cobertura).</p>	<hr/> <p>Una vez que sus costos totales de medicamentos hayan alcanzado \$4,020, pasará a la siguiente etapa (la 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 6 de su *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 2 Decidir qué cobertura elegir

Sección 2.1 – Si quiere permanecer en Blue Cross Medicare Advantage Premier Plus (HMO-POS)

Para quedarse en nuestra cobertura no es necesario que haga nada. Si no opta por suscribirse en una cobertura distinta o cambiar a Original Medicare 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 de salud de Medicare diferente,
- *O--* Puede optar por Original Medicare. Si cambia a Original Medicare, deberá decidir si se inscribe en la cobertura de medicamentos de Medicare. Si no se inscribe en una cobertura de medicamentos de Medicare, consulte la Sección 1.1 con respecto a la posible multa por inscripción tardía en la Parte D.

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 (consultar la Sección 4), o llame a Medicare (consultar 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 de salud diferente de Medicare**, inscríbase en la nueva cobertura. Su afiliación a la cobertura Blue Cross Medicare Advantage Premier Plus (HMO-POS) finalizará automáticamente.

- Para **cambiar a Original Medicare con una cobertura de medicamentos con receta**, inscríbese en la nueva cobertura de medicamentos. Su afiliación a la cobertura Blue Cross Medicare Advantage Premier Plus (HMO-POS) finalizará automáticamente.
- Para **cambiar a Original Medicare sin una cobertura de medicamentos con receta**, debe:
 - 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* – 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 o a Original 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 el Capítulo 10, Sección 2.3 de la *Evidencia de cobertura*.

Si se inscribió en una cobertura Medicare Advantage para el 1 de enero de 2020, y no le gusta su elección de cobertura, puede cambiarse a otra cobertura de salud de Medicare (ya sea con o sin cobertura de medicamentos con receta de Medicare) o cambiarse a Original Medicare (ya sea con o sin cobertura de medicamentos con receta de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2020. Para obtener más información, consulte la Sección 2.2 del Capítulo 10 de la *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito acerca de 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 Illinois, el SHIP se denomina Departamento en Envejecimiento de Illinois.

El Departamento en Envejecimiento de Illinois 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 Departamento en Envejecimiento de

Illinois 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 Departamento en Envejecimiento de Illinois al 1-800-252-8966. Puede obtener más información sobre el Departamento en Envejecimiento de Illinois si consulta su sitio web (www.state.il.us/aging).

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 que también tienen cobertura de ADAP reúnen los requisitos para asistencia de gastos compartidos de medicamentos con receta por medio de la 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 más información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al 1-217-782-4977.

SECCIÓN 6 ¿Tiene alguna pregunta?

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

¿Tiene alguna pregunta? No dude en contactarnos si necesita ayuda. Llame a Servicio al Cliente al 1-877-774-8592. (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 desde el 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 da un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2020. Si desea obtener detalles, busque en la *Evidencia de cobertura 2020* la cobertura Blue Cross Medicare Advantage Premier Plus (HMO-POS). 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. Tenemos una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web en www.getblueil.com/plandocs/eoc. 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.getblueil.com/mapd. Como recordatorio, nuestro sitio web tiene la información más actualizada sobre nuestra red de prestadores de servicios médicos (*Directorio de prestadores de servicios médicos*) 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 salud 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 “Buscar coberturas de salud y de medicamentos”).

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 1-877-774-8592 (los usuarios de TTY/TDD solamente deben llamar al 711) para recibir más información.

Los prestadores de servicios médicos fuera de la red/no contratados no tienen la obligación de tratar asegurados de Blue Cross Medicare Advantage Premier Plus (HMO-POS), salvo en situaciones de emergencia. Llame a nuestro número de servicio al cliente o consulte nuestra Evidencia de cobertura para obtener más información, incluidos los gastos compartidos que se aplican a los servicios fuera de la red.