

**Blue MedicareRx
Enhanced (PDP)**

ofrecido por
Blue Cross Blue Shield of Arizona

**2021
Aviso
anual de
cambios**



Un licenciatario independiente de Blue Cross Blue Shield Association

Aviso anual de cambios para 2021

Actualmente está inscrito como miembro de Blue MedicareRx Enhanced. El próximo año habrá algunos cambios en los costos y beneficios del plan. *Este folleto le informa sobre los cambios.*

Desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre, tiene la oportunidad de realizar cambios en su cobertura de Medicare para el próximo año.

Qué debe hacer ahora

1. PREGUNTAR: Qué cambios se aplican a usted

- Consulte los cambios en nuestros beneficios y costos para saber si le afectan.**
 - Es importante que revise su cobertura ahora para asegurarse de que cubra sus necesidades el próximo año.
 - ¿Los cambios afectan los servicios que usa?
 - Consulte las Secciones 1.1, 1.2 y 1.3 para obtener información sobre los cambios en los costos y beneficios de nuestro plan.
- Consulte los cambios en el folleto de nuestra cobertura de medicamentos con receta para saber si le afectan.**
 - ¿Estarán cubiertos sus medicamentos?
 - ¿Están sus medicamentos en un nivel diferente, con costos compartidos diferentes?
 - ¿Alguno de sus medicamentos tiene nuevas restricciones, como la necesidad de nuestra autorización antes de su obtención?
 - ¿Puede seguir usando las mismas farmacias? ¿Hay cambios en el costo por usar esta farmacia?
 - Revise la lista de medicamentos de 2021 y consulte la Sección 1.3 para obtener información sobre los cambios en nuestra cobertura de medicamentos.
 - Es posible que los costos de sus medicamentos hayan aumentado en comparación con el año pasado. Hable con su médico sobre las alternativas de menor costo que estén disponibles para usted. Esto puede implicar ahorros anuales en los costos que paga de su bolsillo durante todo el año. Para obtener información adicional sobre los precios de los medicamentos, visite [go.medicare.gov/drugprices](https://www.go.medicare.gov/drugprices). Estos paneles destacan qué fabricantes aumentaron sus precios y también muestran otra información sobre los precios de los medicamentos año tras año. Tenga en cuenta que los beneficios de su plan determinarán exactamente cuánto pueden cambiar los costos de sus propios medicamentos.
- Piense en sus costos generales de atención médica.**
 - ¿Cuáles serán los costos que pague de su bolsillo por los servicios y medicamentos con receta que usa con frecuencia?
 - ¿Cuáles serán los costos de su prima y deducibles?
 - ¿Cómo se comparan los costos totales de su plan con otras opciones de cobertura de Medicare?
- Piense si está satisfecho con nuestro plan.**

2. COMPARAR: Obtenga información sobre otras opciones de planes.

- Compruebe la cobertura y los costos de los planes en su área.**
 - Use la función de búsqueda personalizada en el buscador de planes de Medicare en el sitio web www.medicare.gov/plan-compare.
 - Revise la lista en la parte de atrás del manual *Medicare & You* (Medicare y usted).
 - Consulte la Sección 3.2 para obtener más información sobre sus opciones.
- Una vez que decida el plan que prefiere, confirme sus costos y cobertura en el sitio web del plan.**

3. ELEGIR: Decida si quiere cambiar su plan.

- Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2020, se lo inscribirá en Blue MedicareRx Enhanced.
- Para cambiar a un **plan diferente** que pueda satisfacer mejor sus necesidades, puede cambiar de plan entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre.

4. INSCRIBIRSE: Para cambiar de plan, inscribese en un plan entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de 2020.

- Si no se inscribe en otro plan antes del **7 de diciembre de 2020**, se lo inscribirá en Blue MedicareRx Enhanced.
- Si se inscribe en otro plan antes del **7 de diciembre de 2020**, su nueva cobertura comenzará el **1 de enero de 2021**. Su inscripción al plan actual se cancelará automáticamente.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible gratis en español. This document is available for free in Spanish.
- Comuníquese con nuestro departamento de servicio al cliente al **1-833-229-3593** para obtener más información. (Los usuarios de TTY deben llamar al **711**). El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, hora local.
- Esta información está disponible de formato electrónico o en letra grande.

Información sobre Blue MedicareRx Enhanced

- Blue Cross[®] Blue Shield[®] of Arizona (BCBSAZ) tiene un contrato con Medicare para ofrecer los planes HMO y PPO de Medicare Advantage, y los planes PDP. La inscripción en los planes de BCBSAZ depende de la renovación del contrato.
- Cuando este folleto dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, se refiere a Blue Cross Blue Shield of Arizona. Cuando este documento dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a Blue MedicareRx Enhanced.

Resumen de costos importantes para 2021

La tabla a continuación incluye una comparación entre los costos de Blue MedicareRx Enhanced para 2020 y 2021 en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los cambios.** En nuestro sitio web www.YourAZMedicareSolutions.com, se encuentra una copia de la *Evidencia de cobertura*. También puede llamar al departamento de servicio al cliente para solicitarnos que le enviemos por correo una *Evidencia de cobertura*.

Costo	2020 (este año)	2021 (próximo año)
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser mayor o menor que este monto. Consulte la Sección 1.1 para obtener más información.	\$98.80	\$105.50
Cobertura de medicamentos con receta de la Parte D (Consulte la Sección 1.3 para obtener más información).	Deducible: \$0 Copago/coseguro durante la etapa de cobertura inicial: Nivel 1 del medicamento <i>Costo compartido minorista estándar:</i> Usted paga \$15 por receta. <i>Costo compartido minorista preferido:</i> Usted paga \$0 por receta. Nivel 2 del medicamento <i>Costo compartido minorista estándar:</i> Usted paga \$20 por receta. <i>Costo compartido minorista preferido:</i> Usted paga \$4 por receta. Nivel 3 del medicamento <i>Costo compartido minorista estándar:</i> Usted paga el 25 % del costo total. <i>Costo compartido minorista preferido:</i> Usted paga el 18 % del costo total. Nivel 4 del medicamento <i>Costo compartido minorista estándar:</i> Usted paga el 50 % del costo total. <i>Costo compartido minorista preferido:</i> Usted paga el 40 % del costo total. Nivel 5 del medicamento <i>Costo compartido minorista estándar:</i> Usted paga el 33 % del costo total. <i>Costo compartido minorista preferido:</i> Usted paga el 33 % del costo total.	Deducible: \$0 Copago/coseguro durante la etapa de cobertura inicial: Nivel 1 del medicamento Usted paga el costo compartido minorista de \$0 por receta. Nivel 2 del medicamento Usted paga el costo compartido minorista de \$4 por receta. Nivel 3 del medicamento Usted paga el 18 % del costo minorista total. Nivel 4 del medicamento Usted paga el 40 % del costo minorista total. Nivel 5 del medicamento Usted paga el 33 % del costo minorista total.

Aviso anual de cambios para 2021

Índice

Resumen de costos importantes para 2021	3
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 la red de farmacias	5
Sección 1.3: Cambios en la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D	5
SECCIÓN 2 Cambios administrativos	9
SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir	9
Sección 3.1: Si quiere seguir en Blue MedicareRx Enhanced.	9
Sección 3.2: Si quiere cambiar de plan	9
SECCIÓN 4 Plazo para cambiar de plan	10
SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare	10
SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta	11
SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas?	11
Sección 7.1: Cómo obtener ayuda de Blue MedicareRx Enhanced	11
Sección 7.2: Cómo obtener ayuda de Medicare	12

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

Sección 1.1: Cambios en la prima mensual

Costo	2020 (este año)	2021 (próximo año)
Prima mensual (Debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare, a menos que Medicaid la pague por usted).	\$98.80	\$105.50

- La prima mensual de su plan será mayor si debe pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D de por vida si no tiene otra cobertura de medicamentos que sea al menos tan buena como la cobertura de medicamentos de Medicare (también denominada “cobertura acreditable”) durante 63 días o más.
- Si tiene ingresos más altos, es posible que deba pagar un monto adicional cada mes directamente al gobierno por su cobertura de medicamentos con receta de Medicare.
- Su prima mensual será *menor* si recibe “Ayuda adicional” con los costos de sus medicamentos con receta. Consulte la Sección 7 sobre “Ayuda adicional” de Medicare.

Sección 1.2: Cambios en la red de farmacias

Los montos que paga por sus medicamentos con receta pueden depender de la farmacia que use. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus medicamentos con receta están cubiertos *solo* si los obtiene en una de las farmacias de nuestra red.

Habrán cambios en nuestra red de farmacias en el próximo año. Puede encontrar un *Directorio de farmacias* actualizado en nuestro sitio web en www.YourAZMedicareSolutions.com. También puede llamar al departamento de servicio al cliente para obtener información actualizada sobre proveedores o para solicitarnos que le enviemos por correo un *Directorio de farmacias*. **Consulte el Directorio de farmacias de 2021 para saber cuáles farmacias forman parte de nuestra red.**

Sección 1.3: 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 formulario o “Lista de medicamentos”. Puede obtener una copia de nuestra Lista de medicamentos en formato electrónico en www.YourAZMedicareSolutions.com.

Hicimos 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.**

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

- **Consulte con su médico (u otra persona autorizada a dar recetas) y solicite al plan que haga una excepción** para cubrir el medicamento. **Recomendamos a los miembros actuales** que soliciten una excepción antes del próximo año.
 - Para saber qué debe hacer para solicitar una excepción, consulte el Capítulo 7 de su *Evidencia de cobertura (Qué hacer si tiene un problema o un reclamo [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos])* o llame al departamento de servicio al cliente.
- **Consulte con su médico (u otra persona autorizada a dar recetas) para encontrar un medicamento diferente** que cubramos. Puede llamar al departamento de servicio al cliente para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que sirvan para el tratamiento de la misma afección médica.

En algunas situaciones, debemos cubrir un suministro temporal de un medicamento que no figura en el formulario durante los primeros 90 días del año del plan o los primeros 90 días de membresía para evitar una interrupción en el tratamiento. (Para obtener más información sobre cuándo puede obtener un suministro temporal y cómo solicitarlo, consulte la Sección 5.2 del Capítulo 3 de la *Evidencia de cobertura*). Durante el tiempo en que recibe un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su médico para decidir qué hacer cuando se quede sin el suministro temporal. Puede cambiar a un medicamento diferente cubierto por el plan o solicitar al plan que haga una excepción y cubra su medicamento actual.

Mientras tanto, usted y su médico deberán decidir qué hacer antes de que se acabe el suministro temporal del medicamento.

- Quizás pueda encontrar un medicamento diferente cubierto por el plan que tenga la misma eficacia para usted. Puede llamar al departamento de servicio al cliente para obtener ayuda con medicamentos alternativos que traten las mismas afecciones médicas. Esta lista puede ayudar a su médico u otra persona autorizada a dar recetas a encontrar un medicamento cubierto que sea eficaz para usted.
- Usted y su médico pueden solicitarle al plan que haga una excepción y cubra el medicamento. Puede solicitar una excepción por adelantado para el próximo año y le daremos una respuesta a su solicitud antes de que el cambio entre en vigencia. Para saber qué debe hacer para solicitar una excepción, consulte el Capítulo 7 de la *Evidencia de cobertura (Qué hacer si tiene un problema o un reclamo [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos])* que se le envió por separado.
- Si es un miembro actual y un medicamento que está tomando se eliminará del formulario o se restringirá de alguna manera el próximo año, le permitiremos que solicite una excepción al formulario por adelantado para el próximo año. Le informaremos sobre cualquier cambio en la cobertura de su medicamento para el año siguiente. Puede enviar una solicitud de excepción al formulario solicitando que se cubra el medicamento en 2021 a partir del 1 de noviembre de 2020, y le notificaremos la decisión en el plazo de las 72 horas posteriores a la recepción de la solicitud.

- Según las circunstancias, es posible que las excepciones al formulario actual todavía estén cubiertas. Puede llamar al departamento de servicio al cliente para confirmar el plazo de la cobertura.

La mayoría de los cambios en la Lista de medicamentos se aplica al principio de cada año. Sin embargo, durante el año, podríamos hacer otros cambios permitidos por las normas de Medicare.

Cuando hacemos estos cambios en la Lista de medicamentos durante el año, todavía puede consultar con su médico (u otra persona autorizada a dar recetas) y solicitarnos que hagamos una excepción para cubrir el medicamento. También continuaremos actualizando nuestra Lista de medicamentos en línea según lo programado y brindaremos otra información requerida para mostrar los cambios en los medicamentos. (Para obtener más información sobre los cambios que podemos realizar en la Lista de medicamentos, consulte la Sección 6 del Capítulo 3 de la *Evidencia de cobertura*).

Cambios en los costos de los medicamentos con receta

Nota: Si está en un programa que le ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda adicional”), **es posible que la información sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D no se aplique a su caso.** Incluimos un documento separado que se llama “Cláusula de la Evidencia de cobertura para personas que reciben ayuda adicional para pagar sus medicamentos con receta” (también llamada “Cláusula de subsidios para personas de bajos ingresos” o “Cláusula LIS”) en la que se brinda información acerca de los costos de sus medicamentos. Si recibe “Ayuda adicional” y no recibió este documento con este paquete, llame al departamento de servicio al cliente y solicite la “Cláusula LIS”.

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

La siguiente información presenta 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 catastrófica. Para obtener información sobre sus costos en estas etapas, consulte las Secciones 6 y 7 del Capítulo 4 de la *Evidencia de cobertura* que se encuentra en nuestro sitio web www.YourAZMedicareSolutions.com. También puede llamar al departamento de servicio al cliente para solicitarnos que le enviemos por correo una *Evidencia de cobertura*).

Cambios en la etapa del deducible

Etapa	2020 (este año)	2021 (próximo año)
Etapa 1: Etapa del deducible anual Durante esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos de la Parte D hasta que alcance el deducible anual.	Dado que no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.	Dado 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 el coseguro, consulte la Sección 1.2 del Capítulo 4, *Tipos de costos que paga de su bolsillo que puede pagar por los medicamentos cubiertos* de su *Evidencia de cobertura*.

Etapa	2020 (este año)	2021 (próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</p> <p>Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga su parte.</p> <p>Los costos en esta fila corresponden a un suministro de un mes (30 días) cuando obtiene los medicamentos con receta en una farmacia de la red.</p> <p>Para obtener información sobre los costos de un suministro a largo plazo, o de medicamentos con receta de pedido por correo, consulte la Sección 5 del Capítulo 4 de su <i>Evidencia de cobertura</i>.</p> <p>Cambiamos el nivel de algunos de los medicamentos en nuestra Lista de medicamentos. Para saber si sus medicamentos están en un nivel diferente, búselos en la Lista de medicamentos.</p>	<p>Su costo por un suministro de un mes de medicamentos con receta obtenidos en una farmacia de la red:</p>	<p>Su costo por un suministro de un mes de medicamentos con receta obtenidos en una farmacia de la red:</p>
	<p>Nivel 1 Medicamentos genéricos preferidos</p> <p><i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$15 por receta.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$0 por receta.</p>	<p>Nivel 1 Medicamentos genéricos preferidos</p> <p>Usted paga \$0 por receta.</p>
	<p>Nivel 2 Medicamentos genéricos</p> <p><i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$20 por receta.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$4 por receta.</p>	<p>Nivel 2 Medicamentos genéricos</p> <p>Usted paga \$4 por receta.</p>
	<p>Nivel 3 Medicamentos de marca preferidos</p> <p><i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga el 25 % del costo total.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga el 18 % del costo total.</p>	<p>Nivel 3 Medicamentos de marca preferidos</p> <p>Usted paga el 18 % del costo total.</p>
	<p>Nivel 4 Medicamentos de marca no preferidos</p> <p><i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga el 50 % del costo total.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga el 40 % del costo total.</p>	<p>Nivel 4 Medicamentos de marca no preferidos</p> <p>Usted paga el 40 % del costo total.</p>
	<p>Nivel 5 Medicamentos especiales</p> <p><i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga el 33 % del costo total.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga el 33 % del costo total.</p>	<p>Nivel 5 Medicamentos especiales</p> <p>Usted paga el 33 % del costo total.</p>
	<p>Una vez que los costos totales de sus medicamentos hayan alcanzado los \$4,020, pasará a la siguiente etapa (la etapa del período sin cobertura).</p>	<p>Una vez que los costos totales de sus medicamentos hayan alcanzado los \$4,130, pasará a la siguiente etapa (la etapa del período sin cobertura).</p>
<p>Cambiamos el nivel de algunos de los medicamentos en nuestra Lista de medicamentos. Para saber si sus medicamentos están en un nivel diferente, búselos en la Lista de medicamentos.</p>		

Cambios en las etapas del período sin cobertura y cobertura catastrófica

Las otras dos etapas de cobertura de medicamentos, la etapa del período sin cobertura y la etapa de cobertura catastrófica, son para personas con costos altos de medicamentos. **La mayoría de los miembros no alcanza la etapa del período sin cobertura o la etapa de cobertura catastrófica.**

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 Cambios administrativos

Proceso	2020 (este año)	2021 (próximo año)
Hemos cambiado el proveedor de servicios de pedido por correo de nuestro plan para 2021. Para ciertos tipos de medicamentos, puede usar los servicios de pedido por correo de la red del plan. Consulte la Sección 2.3 del Capítulo 3 en la <i>Evidencia de cobertura</i> (EOC) para obtener más información.	Farmacia de pedidos por correo CVS Caremark	MedImpact Direct Mail®

SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir

Sección 3.1: Si quiere seguir en Blue MedicareRx Enhanced

Para permanecer en nuestro plan, no es necesario que haga nada. Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre, se lo inscribirá automáticamente en nuestro plan Blue MedicareRx Enhanced.

Sección 3.2: Si desea cambiar de plan

Esperamos tenerlo como miembro el próximo año, pero si desea cambiar en 2021, siga estos pasos:

Paso 1: Obtener información y comparar sus opciones

- Puede inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare diferente de manera oportuna.
- *O BIEN*, puede cambiarse a un plan de salud de Medicare. Algunos planes de salud de Medicare también incluyen cobertura de medicamentos con receta de la Parte D.
- *O BIEN*, puede mantener su cobertura de salud actual de Medicare y cancelar su cobertura de medicamentos con receta de Medicare.

Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare, lea *Medicare & You 2021* (Medicare y usted 2021), llame a su Programa Estatal de Asistencia en Seguro de Salud (consulte la Sección 5), o llame a Medicare (consulte la Sección 7.2).

También puede encontrar información sobre los planes en su área usando el buscador de planes de Medicare en el sitio web de Medicare. Visite www.medicare.gov/plan-compare. **Aquí puede encontrar información sobre costos, cobertura y calificaciones de calidad de los planes de Medicare.**

A modo de recordatorio, Blue Cross Blue Shield of Arizona ofrece otros planes de salud de Medicare y planes de medicamentos con receta de Medicare. Estos otros planes pueden diferir en cobertura, primas mensuales y montos de costos compartidos.

Paso 2: Cambiar su cobertura

- Para **cambiarse a otro plan de medicamentos con receta de Medicare**, inscribese en el nuevo plan. Su inscripción en Blue MedicareRx Enhanced se cancelará automáticamente.
- Para **cambiarse a un plan de salud de Medicare**, inscribese en el nuevo plan. Según el tipo de plan que elija, es posible que su inscripción en Blue MedicareRx Enhanced se cancele automáticamente.

- Su inscripción en Blue MedicareRx Enhanced se cancelará automáticamente si se inscribe en cualquier plan de salud de Medicare que incluya la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D. Su inscripción también se cancelará automáticamente si se inscribe en un plan HMO o PPO de Medicare, incluso si ese plan no incluye cobertura de medicamentos con receta.
- Si elige un plan privado de pago por servicios sin la cobertura de medicamentos de la Parte D, un plan de cuenta de ahorros para gastos médicos de Medicare o un plan de costos de Medicare, puede inscribirse en este nuevo plan y mantener Blue MedicareRx Enhanced para su cobertura de medicamentos. Si se inscribe en uno de estos tipos de planes, su inscripción en Blue MedicareRx Enhanced no se cancelará automáticamente. Si se inscribirá en este tipo de plan y quiere dejar nuestro plan, debe solicitar que cancelen su inscripción en Blue MedicareRx Enhanced. Para solicitar la cancelación de su inscripción, debe enviarnos una solicitud por escrito o comunicarse con Medicare al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los siete días de la semana (los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**).
- Para **cambiar a Original Medicare sin un plan de medicamentos con receta**, debe hacer lo siguiente:
 - Envíenos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Comuníquese con el departamento de servicio al cliente si necesita más información sobre cómo hacerlo (los números de teléfono se encuentran en la Sección 7.1 en este folleto).
 - *O BIEN*, comuníquese con **Medicare**, al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los siete días de la semana, y solicite que cancelen la inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.

SECCIÓN 4 Plazo para cambiar de plan

Si desea cambiarse a un plan de medicamentos con receta diferente o a un plan de salud de Medicare para el próximo año, puede hacerlo desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre**. El cambio entrará en vigencia el 1 de enero de 2021.

¿Se puede hacer el cambio en otros momentos del año?

En determinadas situaciones, también se pueden hacer cambios en otros momentos del año. Por ejemplo, las personas con Medicaid, las que reciben “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos, las que tienen cobertura del empleador o que dejarán esta cobertura, y las que se mudan fuera del área de servicio pueden hacer el cambio en otros momentos del año. Para obtener más información, consulte la Sección 2.2 del Capítulo 8 de la *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare

El Programa Estatal de Asistencia en Seguro de Salud (SHIP) es un programa del gobierno que cuenta con asesores capacitados en cada estado. En Arizona, el SHIP se denomina División de Servicios para Personas Mayores y Adultos (DAAS) del Departamento de Seguridad Económica (DES).

La DAAS es independiente (no está relacionada con ninguna compañía de seguros o plan de salud). Es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para brindar asesoramiento local **gratuito** sobre seguros de salud a personas con Medicare. Los asesores de la DAAS pueden ayudarlo si tiene preguntas o problemas relacionados con Medicare. Pueden ayudarlo a comprender sus opciones de planes de Medicare y responder preguntas sobre el cambio de planes. Puede llamar a la DAAS al **1-800-432-4040**. Puede obtener más información sobre la División de Servicios para Personas Mayores y Adultos (DAAS) en el sitio web (<https://des.az.gov/services/aging-and-adult/state-health-insurance-assistance-program-ship>).

SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta

Es posible que reúna los requisitos para recibir ayuda para pagar los medicamentos con receta. A continuación, enumeramos diferentes tipos de ayuda:

- **“Ayuda adicional” de Medicare.** Las personas con ingresos limitados podrían reunir los requisitos a fin de recibir ayuda adicional para pagar los costos de sus medicamentos con receta. Si usted reúne los requisitos, Medicare podría pagar el 75 % o más de los costos de sus medicamentos, incluidos las primas mensuales por los medicamentos con receta, los deducibles anuales y el coseguro. Además, las personas que reúnen los requisitos no tienen un período sin cobertura ni una multa por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles y ni siquiera 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**, las 24 horas, los siete días de la semana.
 - A la Oficina del Seguro Social al **1-800-772-1213** entre las 7:00 a. m. y las 7:00 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-325-0778** (solicitudes).
 - O bien, a la oficina de Medicaid de su estado (solicitudes).
- **Asistencia para el costo compartido de medicamentos con receta para personas con VIH/SIDA.** El Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles para el ADAP que tienen VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos contra el VIH que salvan vidas. Las personas deben cumplir ciertos criterios, que incluyen prueba de residencia en el estado y estado del VIH, bajos ingresos según la definición del estado y estado sin seguro o con seguro insuficiente. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el ADAP califican para la asistencia de costo compartido de medicamentos con receta a través del Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA de Arizona.

Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al **1-800-334-1540** o al **(602) 364-3610**.

SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas?

Sección 7.1: Cómo obtener ayuda de Blue MedicareRx Enhanced

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudar. Llame al departamento de servicio al cliente al **1-833-229-3593**. (Solo los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Estamos disponibles para llamadas telefónicas de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., todos los días, hora local. Las llamadas a estos números son gratuitas.

Lea la *Evidencia de cobertura de 2021* (incluye detalles sobre los beneficios y costos del próximo año).

Este *Aviso anual de cambios* le brinda un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2021. Para obtener información detallada, consulte la *Evidencia de cobertura* de Blue MedicareRx Enhanced para 2021. La *Evidencia de cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las normas que debe seguir para obtener servicios y medicamentos con receta cubiertos. En nuestro sitio web **www.YourAZMedicareSolutions.com**, se encuentra una copia de la *Evidencia de cobertura*. También puede llamar al departamento de servicio al cliente para solicitarnos que le enviemos por correo una *Evidencia de cobertura*.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web en **www.YourAZMedicareSolutions.com**. A modo de recordatorio, nuestro sitio web incluye la información más actualizada sobre nuestra red de farmacias (*Directorio de farmacias*) y nuestra lista de medicamentos cubiertos (*Formulario/Lista de medicamentos*).

Sección 7.2: Cómo obtener ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare:

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

También puede llamar al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.

Visite el sitio web de Medicare

También puede visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov). Tiene información sobre costos, cobertura y calificaciones de calidad para ayudarlo a comparar los planes de medicamentos con receta de Medicare. Puede encontrar información sobre los planes disponibles en su área usando el buscador de planes de Medicare en el sitio web de Medicare. (Para consultar la información sobre los planes, visite www.medicare.gov/plan-compare).

Lea *Medicare & You 2021* (Medicare y usted 2021)

Puede leer el manual *Medicare & You 2021* (Medicare y usted 2021). Este folleto se envía por correo a las personas que tienen Medicare todos los años durante el otoño. Tiene un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare, y respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Si no tiene una copia de este folleto, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (www.medicare.gov) o llamando al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.

Blue Cross Blue Shield of Arizona (BCBSAZ) cumple con las leyes federales de derechos civiles vigentes y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Proporcionamos ayuda y servicios sin costo a personas con discapacidades para que se comuniquen con nosotros eficazmente, como intérpretes calificados e información escrita en otros formatos, como letra grande y formatos electrónicos accesibles. También proporcionamos servicios de idiomas sin costo para personas cuya lengua materna no es el inglés, como intérpretes calificados e información escrita en otros idiomas. Si necesita estos servicios, llame al **1-833-229-3593** (TTY: 711).

Spanish: ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-833-229-3593 (TTY: 711).

Navajo: Díí baa akó nínízin: Díí saad bee yánílti'go Diné Bizaad, saad bee áká'ánída'áwo'déé', t'áá jiiik'eh, éí ná hóló, kojí' hódílnih 1-833-229-3593 (TTY: 711).



Visite www.YourAZMedicareSolutions.com



Llame al **1-833-229-3593** (TTY: 711)

De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local

- Del 1 de octubre al 31 de marzo:
los siete días de la semana
- Del 1 de abril al 30 de septiembre:
de lunes a viernes



Un licenciatario independiente de Blue Cross Blue Shield Association