

Premera Blue Cross Medicare Advantage (HMO) ofrecida por Premera Blue Cross

Notificación anual de cambios para 2023

En la actualidad, está inscrito como miembro de Premera Blue Cross Medicare Advantage (HMO). Habrá cambios en los costos y beneficios del plan durante el próximo año. **Consulte página 4 para obtener un resumen de los costos importantes, incluida la prima.**

Este documento le informa de los cambios en su plan. Para obtener más información sobre costos, beneficios o reglas, revise la *Evidencia de cobertura*, que se encuentra en nuestro sitio web, premera.com/ma. También puede comunicarse con el Servicio al cliente para solicitarnos que le enviemos por correo una *Evidencia de cobertura*.

- **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 a usted.
 - Revise los cambios en los costos de la atención médica (médico, hospital).
 - Revise los cambios en nuestra cobertura de medicamentos, incluidos los requisitos de autorización y los costos.
 - Piense en cuánto gastará en primas, deducibles y costo compartido.
- Consulte los cambios en la Lista de medicamentos de 2023 para asegurarse de que los medicamentos que toma actualmente aún estén cubiertos.
- Verifique si sus médicos de atención primaria, especialistas, hospitales y otros proveedores, incluidas las farmacias, estarán en nuestra red el próximo año.
- Piense si se encuentra satisfecho con nuestro plan.

2. COMPARAR: 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 www.medicare.gov/plan-compare o revise la lista en la contraportada del manual *Medicare & You 2023* (Medicare y Usted 2023).

- Una vez que limite su elección a un plan preferido, confirme sus costos y cobertura en el sitio web del plan.

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

- Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre, 2022, permanecerá en Primera Blue Cross Medicare Advantage (HMO).
- Para cambiarse a un **plan diferente**, puede hacerlo desde el 15 de octubre al 7 de diciembre. Su nueva cobertura comenzará en el **1 de enero de 2023**. Esto terminará su inscripción en Primera Blue Cross Medicare Advantage (HMO).
- Si se ha mudado recientemente, vive actualmente en una institución o acaba de salir de una (como un centro de enfermería especializada o un hospital de cuidados a largo plazo), puede cambiar de plan o cambiar a Original Medicare (con o sin un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado) en cualquier momento.

Recursos adicionales

- Este documento está se encuentra disponible de forma gratuita en Español.
- Para obtener información adicional, comuníquese con nuestro número de Servicio al cliente al 888-850-8526. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Atendemos de de 8 a. m. a 8 p. m. (hora del Pacífico), los siete días de la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo; de 8 a. m. a 8 p. m. (hora del Pacífico), de lunes a viernes, desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre.
- Esta información está disponible en un formato diferente, incluidos braille y letra grande.
- **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 www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families.

Acerca de Primera Blue Cross Medicare Advantage (HMO)

- Primera Blue Cross es un plan HMO con contrato con Medicare. La inscripción en Primera Blue Cross depende de la renovación del contrato.
- Cuando en este documento dice “nosotros,” “nos” o “nuestro/a,” se hace referencia a Primera Blue Cross. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a Primera Blue Cross Medicare Advantage (HMO).

Notificación anual de cambios para 2023

Tabla de contenidos

| | |
|---|-----------|
| Resumen de costos importantes para 2023 | 4 |
| SECCIÓN 1 Cambios en los costos y beneficios para el año próximo | 7 |
| Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual | 7 |
| Sección 1.2 – Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo | 7 |
| Sección 1.3 – Cambios en las redes de proveedores y farmacias | 8 |
| Sección 1.4 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos | 8 |
| Sección 1.5 – Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D | 10 |
| SECCIÓN 2 Cambios administrativos | 14 |
| SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir | 14 |
| Sección 3.1 – Si desea seguir inscrito en Primera Blue Cross Medicare Advantage (HMO) | 14 |
| Sección 3.2 – Si desea cambiar de plan | 15 |
| SECCIÓN 4 Plazo para el cambio de plan | 16 |
| SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare | 16 |
| SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta | 17 |
| SECCIÓN 7 Preguntas | 18 |
| Sección 7.1 – Cómo recibir ayuda de Primera Blue Cross Medicare Advantage (HMO) | 18 |
| Sección 7.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare | 18 |

Resumen de costos importantes para 2023

La siguiente tabla compara los costos de 2022 y 2023 para Primera Blue Cross Medicare Advantage (HMO) en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los costos.**

| Costo | 2022 (este año) | 2023 (próximo año) |
|--|--|---|
| Prima mensual del plan* * Su prima puede ser mayor que este monto. Consulte la Sección 1.1 para obtener detalles. | \$0 | \$0 |
| Monto máximo de su bolsillo Este es el <u>monto máximo</u> que usted pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 1.2 para obtener más información). | \$6,500 | \$6,500 |
| Consultas médicas | Consultas de atención primaria: \$5 por cada consulta en persona. \$0 por cada consulta virtual. Consultas con especialistas: \$40 por cada consulta. \$35 por cada consulta virtual. | Consultas de atención primaria: \$5 por cada consulta en persona. \$0 por cada consulta virtual. Consultas con especialistas: \$40 por cada consulta en persona. \$35 por cada consulta virtual. |
| Atención hospitalaria para pacientes internados | Para hospitalizaciones cubiertas por Medicare: \$450 de copago por día para los días 1 a 4 \$0 de copago por día para los días 5 a 90. | Para hospitalizaciones cubiertas por Medicare: \$450 de copago por día para los días 1 a 4 \$0 de copago por día para los días 5 a 90. |

| Costo | 2022 (este año) | 2023 (próximo año) |
|---|--|--|
| <p>Cobertura de medicamentos con receta de la Parte D (Consulte la Sección 1.5 para obtener más detalles). Para saber qué medicamentos se consideran insulinas selectas, consulte la Lista de medicamentos más reciente que le brindamos en forma electrónica. Puede identificar las insulinas selectas por SI. Si tiene consultas sobre la Lista de medicamentos, también puede llamar a Servicio al cliente (los números de teléfono de Servicio al cliente están impresos en la contraportada de este documento).</p> | <p>Deducible: \$160 El deducible solo se aplica a los niveles de medicamentos 3, 4 y 5. Copago/coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de Nivel 1 (genéricos preferidos): <i>Gasto compartido estándar: \$15</i> <i>Gasto compartido preferido: \$4</i> • Medicamentos de Nivel 2 (genéricos): <i>Gasto compartido estándar: \$20</i> <i>Gasto compartido preferido: \$12</i> • Medicamentos de Nivel 3 (marca preferida): <i>Gasto compartido estándar: \$47</i> <i>Gasto compartido preferido: \$42</i> • Medicamentos de Nivel 4 (medicamentos no preferidos): <i>Gasto compartido estándar: \$100</i> <i>Gasto compartido preferido: \$100</i> | <p>Deducible: \$160 El deducible solo se aplica a los niveles de medicamentos 3, 4 y 5. Copago/Coseguro durante la etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamento de Nivel 1 (genérico preferido): \$4 • Medicamento de Nivel 2 (genérico): \$12 • Medicamento de Nivel 3 (marca preferida): \$42 • Medicamento de Nivel 4 (no preferido): \$100 |

| Costo | 2022 (este año) | 2023 (próximo año) |
|--|--|---|
| Cobertura de medicamentos con receta de la Parte D (continuación) | <ul style="list-style-type: none">Medicamentos de Nivel 5 (nivel de especialidad): <i>Gasto compartido estándar: 30 %</i> <i>Gasto compartido preferido: 30%</i> | <ul style="list-style-type: none">Medicamento de Nivel 5 (especialidad): 30 % |

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

Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual

| Costo | 2022 (este año) | 2023 (próximo año) |
|---|-----------------|--------------------|
| Prima mensual (También debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare). | \$0 | \$0 |

- Su prima mensual del plan será *mayor* si se le exige que pague una multa por inscripción tardía en la Parte D de por vida por no tener otra cobertura de medicamentos que sea al menos tan buena como la cobertura de medicamentos de Medicare (también denominada “cobertura acreditable”) durante 63 días o más.
- Si usted tiene ingresos mayores, puede que tenga que pagar un monto adicional cada mes directamente al gobierno por su cobertura para medicamentos con receta de Medicare.

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

Medicare exige que todos los planes de salud limiten el monto que usted paga “de su bolsillo” para 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 de la Parte A y la Parte B por el resto del año.

| Costo | 2022 (este año) | 2023 (próximo año) |
|--|-----------------|---|
| Monto máximo de su bolsillo | \$6,500 | \$6,500 |
| Sus costos por servicios médicos cubiertos (como copagos) cuentan para calcular el monto máximo que usted paga de su bolsillo para los servicios dentro de la red. Sus costos por medicamentos con receta no cuentan para calcular el monto máximo de su bolsillo. | | Una vez que haya pagado \$6,500 de su bolsillo para los servicios cubiertos dentro de la Parte A y la Parte B, no pagará nada por sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B por el resto del año calendario. |

Sección 1.3 – Cambios en las redes de proveedores y farmacias

Los directorios actualizados se encuentran en nuestro sitio web en premera.com/ma. También puede comunicarse con el Servicio al cliente para recibir información actualizada sobre los proveedores o las farmacias o para pedirnos que le enviemos por correo un directorio.

Hemos cambiado nuestra red de proveedores para el próximo año. **Revise el Directorio de proveedores y farmacias de 2023 para verificar si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) se encuentran en nuestra red.**

Hemos cambiado nuestra red de farmacias para el próximo año. **Revise el Directorio de proveedores y farmacias de 2023 para conocer qué farmacias se encuentran en nuestra red.**

Es importante que sepa que podemos realizar cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores), y farmacias que forman parte de su plan durante el año. Si un cambio de mitad de año en nuestros proveedores lo afecta, comuníquese con Servicio al cliente para que podamos ayudarlo.

Sección 1.4 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos

Estamos cambiando los costos y beneficios de ciertos servicios médicos el próximo año. La siguiente información describe estos cambios.

| Costo | 2022 (este año) | 2023 (próximo año) |
|---|--|--|
| Atención de salud mental para pacientes ambulatorios | Usted paga \$35 de copago por cada consulta (en persona) de terapia individual o grupal cubierta por Medicare. | Usted paga \$30 de copago por cada consulta (en persona) de terapia individual o grupal cubierta por Medicare. |
| | Usted paga \$20 de copago por cada consulta (virtual) de terapia individual cubierta por Medicare, si la ofrece un proveedor contratado. | Usted paga \$20 de copago por cada consulta (virtual) de terapia individual cubierta por Medicare, si la ofrece un proveedor contratado. |
| | Usted paga \$35 de copago por servicios psiquiátricos (en persona) cubiertos por Medicare. | Usted paga \$30 de copago por servicios psiquiátricos (en persona) cubiertos por Medicare. |

| Costo | 2022 (este año) | 2023 (próximo año) |
|---|--|--|
| Atención de salud mental para pacientes ambulatorios (continuación) | Usted paga \$20 de copago por servicios psiquiátricos (virtuales) cubiertos por Medicare, si los ofrece un proveedor contratado. | Usted paga \$20 de copago por servicios psiquiátricos (virtuales) cubiertos por Medicare, si los ofrece un proveedor contratado. |
| Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para diabetes | Usted paga 5 % del monto aprobado (limitado a fabricantes específicos) para suministros para la diabetes cubiertos por Medicare (p. ej., tiras reactivas). | Usted paga 0 % del monto aprobado (limitado a fabricantes específicos) para suministros para la diabetes cubiertos por Medicare (p. ej., tiras reactivas). |
| Prueba de detección de cáncer colorrectal | Para las personas de 50 años o más, están cubiertos los siguientes estudios: <ul style="list-style-type: none"> • Sigmoidoscopia flexible (o enema de bario de detección como alternativa) cada 48 meses. | Para las personas de 45 años o más, están cubiertos los siguientes estudios: <ul style="list-style-type: none"> • Sigmoidoscopia flexible (o enema de bario de detección como alternativa) cada 48 meses. |
| Pruebas de diagnóstico ambulatorias y suministros y servicios terapéuticos | Usted paga \$15 de copago por servicios de laboratorio cubiertos por Medicare. | Usted paga \$10 de copago por servicios de laboratorio cubiertos por Medicare. |
| Servicios de programas de tratamiento con opioides | Usted paga \$35 de copago por los servicios de tratamiento con opioides, si los ofrece un proveedor del programa de tratamiento con opioides inscrito en Medicare. | Usted paga \$30 de copago por los servicios de tratamiento con opioides, si los ofrece un proveedor del programa de tratamiento con opioides inscrito en Medicare. |

Sección 1.5 – 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 por vía electrónica.

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.**

La mayoría de los cambios de la Lista de medicamentos son nuevos al comienzo de cada año. No obstante, durante el año, puede que implementemos otros cambios que permite la regulación de Medicare. Por ejemplo, podemos retirar inmediatamente los medicamentos considerados inseguros por la FDA o retirados del mercado por un fabricante de productos. Actualizamos nuestra lista de medicamentos en línea para ofrecer la lista más actualizada de medicamentos.

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura de medicamentos a principios de año o durante el año, revise el Capítulo 9 de su *Evidencia de cobertura* y hable con su médico para conocer sus opciones, como pedir un suministro temporal, solicitar una excepción o trabajar para encontrar un medicamento nuevo. También puede comunicarse con el Servicio al cliente para obtener más información.

Cambios en los costos de los medicamentos con 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”.

Existen cuatro “etapas de pago de los medicamentos”. La siguiente información describe los cambios para 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.)

Cambios en la Etapa del deducible

| Etapa | 2022 (este año) | 2023 (próximo año) |
|---|--|--|
| <p>Etapa 1: Etapa de deducibles anual</p> <p>Durante esta etapa, usted paga el costo total de los medicamentos que corresponden a los Niveles 3, 4 y 5 hasta alcanzar el deducible anual.</p> | <p>El deducible es \$160.</p> <p>Durante esta etapa, usted paga \$15 por el gasto compartido estándar y \$4 por el gasto compartido preferido para los medicamentos del Nivel 1.</p> <p>Usted paga \$20 por el gasto compartido estándar y \$12 por el gasto compartido preferido para los medicamentos del Nivel 2.</p> <p>Usted paga el costo total de los medicamentos de los Niveles 3, 4 y 5 hasta alcanzar el deducible anual.</p> <p>No se aplican deducibles para Primera Blue Cross Medicare Advantage (HMO) para insulinas selectas. Usted paga \$35 por un suministro de insulinas selectas para 30 días.</p> | <p>El deducible es \$160.</p> <p>Durante esta etapa, usted paga \$4 por los medicamentos del Nivel 1.</p> <p>Usted paga \$12 por los medicamentos del Nivel 2.</p> <p>Usted paga el costo total de los medicamentos de los Niveles 3, 4 y 5 hasta alcanzar el deducible anual.</p> <p>No se aplican deducibles para Primera Blue Cross Medicare Advantage (HMO) para insulinas selectas. Usted paga \$35 por un suministro de insulinas selectas para 30 días.</p> |

Cambios en sus gastos compartidos en la Etapa de cobertura inicial

| Etapa | 2022 (este año) | 2023 (el próximo año) |
|--|--|--|
| <p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</p> <p>Una vez que usted paga el deducible anual, pasa a la Etapa de</p> | <p>Su costo por un suministro de un mes en una farmacia de la red:</p> | <p>Su costo por un suministro de un mes en una farmacia de la red:</p> |

| Etapa | 2022 (este año) | 2023 (el próximo año) |
|--|---|---|
| <p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (continuación) 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.</p> <p>Los costos en esta fila son por un suministro de un mes (30 días) cuando surta su receta en una farmacia de la red. Para más información acerca de los costos de un suministro a largo plazo o para recetas por correo, consulte el Capítulo 6, Sección 5 de su <i>Evidencia de cobertura.</i></p> <p>Cambiamos el nivel de algunos de los medicamentos de nuestra Lista de medicamentos. Para saber si sus medicamentos estarán en otro nivel, búselos en la Lista de medicamentos.</p> | <p>Nivel 1 (Genéricos preferidos):</p> <p><i>Gasto compartido estándar:</i> Usted paga \$15 por receta.</p> <p><i>Gasto compartido preferido:</i> Usted paga \$4 por receta.</p> <p>Nivel 2 (Genéricos):</p> <p><i>Gasto compartido estándar:</i> Usted paga \$20 por receta.</p> <p><i>Gasto compartido preferido:</i> Usted paga \$12 por receta.</p> <p>Nivel 3 (Marca preferida):</p> <p><i>Gasto compartido estándar:</i> Usted paga \$47 por receta.</p> <p>Usted paga \$35 por insulinas selectas.</p> <p><i>Gasto compartido preferido:</i> Usted paga \$42 por receta.</p> <p>Usted paga \$35 por insulinas selectas.</p> | <p>Nivel 1 (Genéricos preferidos):</p> <p><i>Gasto compartido dentro de la red:</i> Usted paga \$4 por receta.</p> <p>Nivel 2 (Genérico):</p> <p><i>Gasto compartido dentro de la red:</i> Usted paga \$12 por receta.</p> <p>Nivel 3 (Marca preferida):</p> <p><i>Gasto compartido dentro de la red:</i> Usted paga \$42 por receta.</p> <p>Usted paga \$35 por insulinas selectas.</p> |

| Etapa | 2022 (este año) | 2023 (el próximo año) |
|--|---|---|
| <p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (continuación)</p> | <p>Nivel 4 (Marca no preferida):</p> | <p>Nivel 4 (Medicamento no preferido):</p> |
| | <p><i>Gasto compartido estándar:</i> Usted paga \$100 por receta.</p> | <p><i>Gasto compartido dentro de la red:</i> Usted paga \$100 por receta.</p> |
| | <p><i>Gasto compartido preferido:</i> Usted paga \$100 por receta.</p> | |
| | <p>Nivel 5 (Especialidad):</p> | <p>Nivel 5 (Especialidad):</p> |
| | <p><i>Gasto compartido estándar:</i> Usted paga 30 % del costo total.</p> | <p><i>Gasto compartido dentro de la red:</i> Usted paga 30 % del costo total.</p> |
| | <p><i>Gasto compartido preferido:</i> Usted paga 30% del costo total.</p> | |
| <p>Una vez que los costos totales de los medicamentos hayan alcanzado la suma de \$4,430, usted pasará a la siguiente etapa (la Etapa de período de interrupción en la cobertura).</p> | <p>Una vez que los costos totales de los medicamentos hayan alcanzado la suma de \$4,660, usted pasará a la siguiente etapa (la Etapa del período de interrupción en la cobertura).</p> | |

Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas – Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo para usted, incluso si no ha pagado su deducible. Llame a Servicio al cliente para más información.

Mensaje importante sobre lo que paga por la insulina – No pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar en qué nivel de costo compartido se encuentre, incluso si no ha pagado su deducible.

Obtener ayuda de Medicare – Si elige este plan porque estaba buscando cobertura de insulina a \$35 al mes o menos, es importante que sepa que puede tener otras opciones disponibles para 2023 a costos aún más bajos debido a los cambios en el programa de la Parte D de Medicare. Comuníquese con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicite que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Recursos adicionales para ayudar – Llame a Servicio al cliente al 888-850-8526 para más información (Únicamente los usuarios de TTY deben llamar al 711). Estamos disponibles para recibir llamadas. Del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. (hora del Pacífico), los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. (hora del Pacífico), de lunes a viernes.

SECCIÓN 2 Cambios administrativos

| Descripción | 2022 (este año) | 2023 (próximo año) |
|---|---|---|
| Gastos compartidos en farmacias de la red | Nuestra red incluye farmacias que ofrecen gastos compartidos estándar y farmacias que ofrecen gastos compartidos preferidos. Puede ir a cualquiera de estos tipos de farmacias de la red para obtener los medicamentos con receta cubiertos. Es posible que su gasto compartido sea inferior en las farmacias con gasto compartido preferido. | Una farmacia de la red es aquella que tiene un contrato con el plan para proporcionar los medicamentos con receta cubiertos. El término “medicamentos cubiertos” significa todos los medicamentos con receta de la Parte D que están en la Lista de medicamentos del plan. Su gasto compartido es el mismo en cualquier farmacia de la red. |

SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir

Sección 3.1 – Si desea seguir inscrito en Primera Blue Cross Medicare Advantage (HMO)

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, se lo inscribirá automáticamente en Primera Blue Cross Medicare Advantage (HMO).

Sección 3.2 – Si desea cambiar de plan

Esperamos que continúe siendo miembro de nuestro plan durante 2023, 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. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, consulte la Sección 1.1 sobre una potencial multa por inscripción tardía de la Parte D.

Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare, utilice el Buscador de planes de Medicare (www.medicare.gov/plan-compare), consulte la publicación *Medicare & You 2023* (Medicare y Usted 2023), llame a su Programa estatal de asistencia en seguro médicos (consulte la Sección 5) o llame a Medicare (consulte la Sección 7.2).

Como recordatorio, Primera Blue Cross ofrece otros planes de salud de Medicare y otros planes de medicamentos con receta de Medicare. Estos otros planes pueden variar en cuanto a la cobertura, las primas mensuales y los montos de costo compartido.

Paso 2: Cambie su cobertura

- Para **cambiar a un plan médico de Medicare diferente**, inscribese en el nuevo plan. Se cancelará automáticamente su inscripción en Primera Blue Cross Medicare Advantage (HMO).
- Para **cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos con receta**, inscribese en el nuevo plan. Se cancelará automáticamente su inscripción en Primera Blue Cross Medicare Advantage (HMO).
- Para **cambiarse a Original Medicare sin un plan de medicamentos con receta**, debe:
 - Enviarnos una solicitud de baja por escrito o visitar nuestro sitio web para cancelar su inscripción en línea. Comuníquese con Servicio al cliente si necesita más información sobre cómo hacerlo.
 - – o – Comuníquese con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicite que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 4 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 2023.

¿Puedo realizar un cambio en otro momento del año?

En determinadas situaciones, también se permiten cambios en otras épocas del año. Por ejemplo, las personas que tienen Medicaid, las que reciben “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos, las personas que tienen la cobertura de un empleador o van a dejarla y las que se mudan fuera del área de servicio.

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2023 y no está satisfecho con su opción de plan, puede cambiar 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 2023.

Si se ha mudado recientemente, vive actualmente en una institución o acaba de salir de una (como un centro de enfermería especializada o un hospital de cuidados a largo plazo), puede cambiar su cobertura de Medicare **en cualquier momento**. Puede cambiarse a cualquier otro plan médico de Medicare (con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) o cambiarse a Original Medicare (con o sin un plan separado de medicamentos con receta de Medicare) en cualquier momento.

SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare

El Programa estatal de asistencia sobre el seguro médico (SHIP) es un programa independiente del gobierno con asesores capacitados en todos los estados. En Washington, el SHIP recibe el nombre de Asesores de beneficios de seguro médico estatales (SHIBA).

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. Asesores de beneficios de seguro médico estatales (SHIBA) Los asesores pueden ayudarlo con sus preguntas o problemas sobre Medicare. Le podrán ayudar a comprender sus opciones dentro de los planes de Medicare y a responder las interrogantes relacionadas con el cambio de un plan a otro. Usted puede llamar a Asesores de beneficios de seguro médico estatales (SHIBA) al 800-562-6900 (TTY 360-586-0241). Para obtener más información acerca del Asesores de beneficios de seguro médico estatales (SHIBA), visite el sitio web (www.insurance.wa.gov/shiba).

SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta

Puede calificar para recibir ayuda para pagar medicamentos con receta. A continuación, enumeramos diferentes tipos de ayuda:

- **“Ayuda adicional” de Medicare.** Las personas de ingresos limitados podrán tener derecho a recibir “Ayuda adicional” para pagar los costos de sus medicamentos con receta. Si usted califica, Medicare podría pagarle hasta un 75 % o más de los costos de sus medicamentos, incluso las primas mensuales para los medicamentos con receta, los deducibles anuales y el coseguro. Además, quienes califiquen para esta prestación no tendrán período de interrupción en la cobertura ni serán pasibles de ser sancionados con multa por inscripción tardía. Para saber si reúne los requisitos, llame:
 - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas, los 7 días de la semana;
 - a la Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, entre las 8 a. m. y las 7 p. m., de lunes a viernes, para hablar con un representante. Hay mensajes automatizados las 24 horas. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778; o
 - a la oficina de Medicaid de su estado (solicitudes).
- **Ayuda del programa de asistencia farmacéutica de su estado.** del estado de Washington cuenta con un programa denominado Programa de Medicamentos con Receta de Washington (WPDP) que ayuda a las personas a pagar los medicamentos con receta según su necesidad económica, edad o afección. Para obtener más información sobre el programa, consulte con su Programa estatal de asistencia en seguros médicos.
- **Asistencia con los gastos compartidos para medicamentos con receta para personas con VIH/SIDA.** El Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP) ayuda a asegurar que las personas elegibles para el ADAP que viven con VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos contra el VIH que salvan vidas. Las personas deben reunir determinados criterios, incluidas la prueba de residencia en el estado y la condición de VIH, bajos ingresos según lo definido por el estado y condición de asegurado/sub-asegurado. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también estén cubiertos por el ADAP califican para la asistencia con los gastos compartidos para medicamentos con receta a través de la El Programa de asistencia para medicamentos del VIH (ADAP) del estado de Washington es conocido como el Programa de Intervención Temprana (EIP). El EIP proporciona servicios para ayudar a las personas elegibles con VIH a obtener los medicamentos y la asistencia con los pagos de primas de seguro de salud que necesitan para mejorar y mantener la salud. Para obtener más información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al 877-376-9316.

SECCIÓN 7 Preguntas

Sección 7.1 – Cómo recibir ayuda de Primera Blue Cross Medicare Advantage (HMO)

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudarle. Llame a Servicio al cliente al 888-850-8526. (Únicamente los usuarios de TTY deben llamar al 711). Estamos disponibles para recibir llamadas. Del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. (hora del Pacífico), los siete días de la semana.

Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. (hora del Pacífico), de lunes a viernes. Las llamadas a estos números son gratuitas.

Lea su *Evidencia de cobertura de 2023* (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 2023. Para obtener detalles, consulte la *Evidencia de cobertura de 2023* para Primera Blue Cross Medicare Advantage (HMO). 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. Encontrará una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web en premera.com/ma. También puede llamar a Servicio al cliente para solicitarnos que le enviemos una *Evidencia de cobertura*.

Visite nuestro sitio web

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

Sección 7.2 – 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

Visite el sitio web de Medicare (www.medicare.gov). Tiene información sobre costos, cobertura y calificaciones de calidad por estrellas para ayudarlo a comparar los planes de salud de Medicare. Para ver la información sobre los planes, visite www.medicare.gov/plan-compare.

Lea *Medicare & You 2023* (Medicare y Usted 2023)

Lea el manual *Medicare y Usted 2023* . Cada otoño, se envía este documento a las personas que tienen Medicare. Incluye un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare y responde a las preguntas sobre Medicare formuladas con mayor frecuencia. Si usted no tiene una copia de este documento, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf>) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Multi-Language Insert

Multi-language Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-888-850-8526 (TTY/TDD: 711). Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-888-850-8526 (TTY/TDD: 711). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-888-850-8526 (TTY/TDD: 711)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-888-850-8526 (TTY/TDD: 711)。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-888-850-8526 (TTY/TDD: 711). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-888-850-8526 (TTY/TDD: 711). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-888-850-8526 (TTY/TDD: 711) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-888-850-8526 (TTY/TDD: 711). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-888-850-8526 (TTY/TDD: 711) 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-888-850-8526 (TTY/TDD: 711). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على (1-888-850-8526 (TTY/TDD: 711)). سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-888-850-8526 (TTY/TDD: 711) पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-888-850-8526 (TTY/TDD: 711). Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-888-850-8526 (TTY/TDD: 711). Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-888-850-8526 (TTY/TDD: 711). Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-888-850-8526 (TTY/TDD: 711). Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-888-850-8526 (TTY/TDD: 711) にお電話ください。日本語を話す人 者が支援いたします。これは無料のサービスです。