

## ***Premera Blue Cross Medicare Advantage Classic (HMO) ofrecido por Premera Blue Cross***

### **Notificación anual de cambios para 2024**

En la actualidad, está inscrito como miembro de Premera Blue Cross Medicare Advantage Classic (HMO). Habrá cambios en los costos y beneficios del plan durante el próximo año. ***Consulte la 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](https://premera.com/ma). También puede llamar a Servicio al cliente para solicitarles que le envíen por correo una *Evidencia de cobertura*.

- **Tiene desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre para realizar cambios en su cobertura de Medicare para el año siguiente.**

---

#### **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 2024 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](http://www.medicare.gov/plan-compare) o revise la lista en la contraportada del manual *Medicare & You 2024* (Medicare y Usted 2024).

- 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, 2023, permanecerá en Primera Blue Cross Medicare Advantage Classic (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 2024**. Esto terminará su inscripción en Primera Blue Cross Medicare Advantage Classic (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 más información, comuníquese con nuestro Servicio al cliente al número 888-850-8526. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711).

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.

- 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](http://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families).

**Acerca de Primera Blue Cross Medicare Advantage Classic (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 Classic (HMO).

H7245\_PBC2024\_ANOC\_Classic HMO\_002\_M File & Use 09192023 031467spa (08-28-2023)

## Notificación anual de cambios para 2024 Tabla de contenidos

<b>Resumen de costos importantes para 2024</b>		<b>4</b>
<b>SECCIÓN 1</b>	<b>Cambios en los costos y beneficios para el año próximo</b>	<b>7</b>
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
<b>SECCIÓN 2</b>	<b>Cambios administrativos</b>	<b>14</b>
<b>SECCIÓN 3</b>	<b>Cómo decidir qué plan elegir</b>	<b>14</b>
Sección 3.1	Si desea seguir inscrito en Primera Blue Cross Medicare Advantage Classic (HMO)	14
Sección 3.2	Si desea cambiar de plan	14
<b>SECCIÓN 4</b>	<b>Plazo para el cambio de plan</b>	<b>15</b>
<b>SECCIÓN 5</b>	<b>Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare</b>	<b>16</b>
<b>SECCIÓN 6</b>	<b>Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta</b>	<b>16</b>
<b>SECCIÓN 7</b>	<b>Preguntas</b>	<b>17</b>
Sección 7.1	Cómo recibir ayuda de Primera Blue Cross Medicare Advantage Classic (HMO)	17
Sección 7.2	Cómo recibir ayuda de Medicare	18

## Resumen de costos importantes para 2024

La siguiente tabla compara los costos de 2023 y 2024 para Primera Blue Cross Medicare Advantage Classic (HMO) en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los costos.**

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<b>Prima mensual del plan*</b> * Su prima puede ser mayor o menor que este monto. Consulte la Sección 1.1 para obtener detalles.	\$54	\$54
<b>Monto máximo de su bolsillo</b> 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).	\$5,000	\$5,000
<b>Consultas médicas</b>	Consultas de atención primaria: \$0 por cada consulta en persona. \$0 por cada consulta virtual.  Consultas con especialistas: \$30 por cada consulta en persona. \$25 por cada consulta virtual.	Consultas de atención primaria: \$0 por cada consulta en persona. \$0 por cada consulta virtual.  Consultas con especialistas: \$30 por cada consulta en persona. \$25 por cada consulta virtual.
<b>Atención hospitalaria para pacientes internados</b>	Para hospitalizaciones cubiertas por Medicare: \$350 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: \$350 de copago por día por los días 1 a 4. \$0 de copago por día por los días 5 a 90.

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p><b>Cobertura de medicamentos con receta de la Parte D</b> (Consulte la Sección 1.5 para obtener más detalles).</p>	<p>Deducible: \$0</p> <p>Copago/Coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos de Nivel 1 (genéricos preferidos): \$2</li> <li>• Medicamentos de Nivel 2 (genéricos): \$10</li> <li>• Medicamentos de Nivel 3 (marca preferida): \$40</li> </ul> <p>Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos de Nivel 4 (medicamentos no preferidos): \$100</li> </ul> <p>Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos de Nivel 5 (especialidad): 33 %</li> </ul>	<p>Deducible: \$0</p> <p>Copago/Coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos de Nivel 1 (genéricos preferidos): \$2</li> <li>• Medicamentos de Nivel 2 (genéricos): \$10</li> <li>• Medicamentos de Nivel 3 (marca preferida): \$40</li> </ul> <p>Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos de Nivel 4 (medicamentos no preferidos): \$100</li> </ul> <p>Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos de Nivel 5 (especialidad): 33 %</li> </ul>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p><b>Cobertura de medicamentos con receta de la Parte D (continuación)</b></p>	<p>Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Medicamentos de Nivel 6 (medicamentos de atención selecta): Sin cobertura.</li> </ul> <p>Cobertura catastrófica:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Durante esta etapa de pago, el plan paga la mayor parte del costo de los medicamentos cubiertos.</li> <li>Para cada receta, usted paga el costo que sea mayor: un pago equivalente al 5 % del costo del medicamento (esto se denomina coseguro) o un copago (\$4.15 por un medicamento genérico o un medicamento considerado genérico y \$10.35 por todos los demás medicamentos).</li> </ul>	<p>Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Medicamentos de Nivel 6 (medicamentos de atención selecta): \$0</li> </ul> <p>Cobertura catastrófica:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de los medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no paga nada.</li> </ul>

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

**Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual**

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<b>Prima mensual</b> (También debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare).	\$54	\$54

- 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.
- Su prima mensual será *menor* si recibe “Ayuda adicional” para pagar los costos de los medicamentos con receta. Consulte la Sección 6 acerca de “Ayuda adicional” 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	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<b>Monto máximo de su bolsillo</b>  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. Su prima del plan y sus costos por medicamentos con receta no cuentan para calcular el monto máximo de su bolsillo.	\$5,000	\$5,000  Una vez que haya pagado \$5,000 de su bolsillo por 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

Puede encontrar directorios actualizados en nuestra página web, en [premera.com/ma](http://premera.com/ma). También puede llamar a Servicio al cliente para obtener información actualizada sobre los proveedores o las farmacias o para pedirnos que le enviemos por correo un directorio, que recibirá dentro de los tres días hábiles.

Habrá cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. **Consulte el 2024 Directorio de proveedores y farmacias para ver si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) aún se encuentran en nuestra red.**

Habrá cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. **Revise el 2024 Directorio de proveedores y farmacias para consultar qué farmacias están 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	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<b>Artículos de venta libre (OTC)</b>	Recibirá un crédito de \$50 por trimestre para artículos de venta libre aprobados.	Recibirá un crédito de \$65 por trimestre para artículos de venta libre aprobados.
<b>Atención de la vista</b>	No cubriremos los artículos para la vista de rutina proporcionados por: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Proveedores que optaron por no participar en Medicare</li> </ul>	No cubriremos los artículos para la vista de rutina proporcionados por: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Proveedores ubicados fuera de los Estados Unidos o sus territorios.</li> </ul>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p><b>Atención de la vista (continuación)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proveedores ubicados fuera de los Estados Unidos o sus territorios.</li> </ul>	
<p><b>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare</b></p>	<p>Usted paga un \$35 de copago por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto por Medicare.</p> <p>Usted paga 20 % del costo de los medicamentos para quimioterapia de la Parte B y otros medicamentos de la Parte B de Medicare.</p>	<p>Usted paga un \$35 de copago por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto por Medicare.</p> <p>Usted paga de 0 % a 20 % del costo de los medicamentos para quimioterapia de la Parte B y otros medicamentos de la Parte B de Medicare.</p>
<p><b>Programa de entrenamiento físico</b></p>	<p>El beneficio de actividad física/gimnasio incluye la membresía mensual gratuita en gimnasios contratados, orientación al centro y clases. Adicionalmente, puede solicitar recibir el kit de entrenamiento físico en el hogar de nuestro proveedor contratado.</p>	<p>El beneficio de actividad física/gimnasio incluye 36 créditos mensuales sin costo para usted para usar en membresías de gimnasios y clases en un estudio de fitness dentro de la red, accesorios de fitness en el hogar, equipos y acceso ilimitado a contenido premium digital sobre fitness y bienestar. La cantidad de créditos puede variar por experiencia fitness, por ejemplo: 1 clase en el centro de yoga local puede costar 8 créditos o 1 membresía de un mes en el gimnasio local con visitas ilimitadas puede costar 24 créditos. El</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<b>Programa de entrenamiento físico (continuación)</b>		contenido digital sobre fitness y bienestar se incluye sin costo adicional en los créditos.
<b>Servicios de ambulancia</b>	Usted paga \$330 de copago por los servicios de ambulancia cubiertos por Medicare (por cada viaje por aire y por tierra).	Usted paga \$275 de copago por los servicios de ambulancia cubiertos por Medicare (por cada viaje por aire y por tierra).
<b>Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico</b>	Se requiere una recomendación para los especialistas dentro de la red.	<b>No</b> se requiere una recomendación para los especialistas dentro de la red.  Consulte su <i>Evidencia de cobertura</i> o llame al Servicio al cliente para obtener más información.
<b>Servicios en un centro quirúrgico ambulatorio</b>	Usted paga \$250 de copago por cada consulta cubierta por Medicare en un centro quirúrgico ambulatorio.	Usted paga \$150 de copago por cada consulta cubierta por Medicare en un centro quirúrgico ambulatorio.
<b>Servicios odontológicos</b>	Usted paga un deducible anual de \$75 por servicios dentales integrales de rutina.	Usted paga un deducible anual de \$25 por servicios dentales integrales de rutina.

## 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, o si su medicamento se ha movido a un nivel de costo compartido diferente.**

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	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<b>Etapa 1: Etapa de deducibles anual</b>	Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.	Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.

**Cambios en sus Gastos compartidos en la Etapa de cobertura inicial**

Etapa	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p><b>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</b></p> <p>Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y <b>usted paga la parte que le corresponde del costo.</b></p> <p>Los costos de esta fila son para el suministro para un mes (30 días) cuando surte su receta en una farmacia de la red que ofrece costo compartido estándar. 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 comprobar si sus medicamentos estarán en otro nivel, búselos en la “Lista de medicamentos”.</p> <p>La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos están cubiertas sin costo para usted.</p>	<p>Su costo por un suministro por un mes en una farmacia de la red:</p> <p><b>Nivel 1 (genéricos preferidos):</b></p> <p><i>Gasto compartido dentro de la red:</i> Usted paga \$2 por receta.</p> <p><b>Nivel 2 (genéricos):</b></p> <p><i>Gasto compartido dentro de la red:</i> Usted paga \$10 por receta.</p> <p><b>Nivel 3 (marca preferida):</b></p> <p><i>Gasto compartido dentro de la red:</i> Usted paga \$40 por receta.</p> <p>Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p><b>Nivel 4 (medicamentos no preferidos):</b></p> <p><i>Gasto compartido dentro de la red:</i> Usted paga \$100 por receta.</p> <p>Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p>	<p>Su costo por un suministro por un mes en una farmacia de la red:</p> <p><b>Nivel 1 (genéricos preferidos):</b></p> <p><i>Gasto compartido dentro de la red:</i> Usted paga \$2 por receta.</p> <p><b>Nivel 2 (genéricos):</b></p> <p><i>Gasto compartido dentro de la red:</i> Usted paga \$10 por receta.</p> <p><b>Nivel 3 (marca preferida):</b></p> <p><i>Gasto compartido dentro de la red:</i> Usted paga \$40 por receta.</p> <p>Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p><b>Nivel 4 (medicamentos no preferidos):</b></p> <p><i>Gasto compartido dentro de la red:</i> Usted paga \$100 por receta.</p> <p>Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p>

Etapa	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<b>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (continuación)</b>	<b>Nivel 5 (especialidad):</b>  <i>Gasto compartido dentro de la red:</i> Usted paga 33 % del costo total.  Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.	<b>Nivel 5 (especialidad):</b>  <i>Gasto compartido dentro de la red:</i> Usted paga 33 % del costo total.  Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.
	<b>Nivel 6 (medicamentos de atención selecta):</b>  <i>Gasto compartido dentro de la red:</i> sin cobertura.	<b>Nivel 6 (medicamentos de atención selecta):</b>  <i>Gasto compartido dentro de la red:</i> Usted paga \$0 por receta por suministro de 100 días.
	<hr/> Una vez que los costos totales de medicamentos hayan alcanzado \$4,660, pasará a la siguiente etapa (Etapa del período de interrupción en la cobertura).	<hr/> Una vez que los costos totales de medicamentos hayan alcanzado \$5,030, pasará a la siguiente etapa (Etapa del período de interrupción en la cobertura).

**Cambios en la Etapa del período de interrupción en la cobertura y en la etapa de cobertura catastrófica**

Las otras dos etapas de cobertura de medicamentos, la Etapa del período de interrupción en la cobertura y la etapa de cobertura catastrófica, son para personas con altos costos en medicamentos. **La mayoría de los miembros no llega a la Etapa del período de interrupción en la cobertura ni a la Etapa de cobertura catastrófica.**

**A partir de 2024, si llega a la Etapa de cobertura catastrófica, no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D.**

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

**SECCIÓN 2 Cambios administrativos**

Descripción	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<b>Artículos de venta libre (OTC)</b>	Para encontrar la tienda más cercana, visite <a href="https://www.cvs.com/otchs/premera/storelocator">cvs.com/otchs/premera/storelocator</a> . Los pedidos de artículos OTC se pueden realizar por teléfono (1-888-628-2770) o en línea en <a href="https://www.cvs.com/otchs/premera">cvs.com/otchs/premera</a> .	Para encontrar su ubicación más cercana, vaya a <a href="https://www.cvs.com/benefits">https://www.cvs.com/benefits</a> . Los pedidos de artículos OTC se pueden realizar por teléfono (1-888-628-2770) o en línea en <a href="https://www.cvs.com/benefits">https://www.cvs.com/benefits</a> .
<b>Dirección de devolución de correspondencia para miembros</b>	Member Correspondence PO Box 262548 Plano, TX 75026	Member Correspondence PO Box 211151 Eagan, MN 55121
<b>Dirección del remitente del Departamento de Apelaciones y Quejas</b>	Appeals and Grievances Department PO Box 262527 Plano, TX 75026	Appeals and Grievances Department PO Box 21481 Eagan, MN 55121

**SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir**

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

**Sección 3.2 – Si desea cambiar de plan**

Esperamos que continúe siendo miembro de nuestro plan durante 2024, 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](http://www.medicare.gov/plan-compare)), consulte la publicación *Medicare & You 2024* (Medicare y Usted 2024), 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, Premera Blue Cross ofrece otros planes de salud 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 Premera Blue Cross Medicare Advantage Classic (HMO).
- Para  **cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos con receta**, inscribese en el nuevo plan. Se cancelará automáticamente su inscripción en Premera Blue Cross Medicare Advantage Classic (HMO).
- Para  **cambiarse a Original Medicare sin un plan de medicamentos con receta**, debe:
  - Enviarnos una solicitud de baja por escrito. 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 2024.

### ¿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 2024 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 2024.

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](http://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 Washington Prescription Drug Program (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/subasegurado. 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 se conoce como 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 Premera Blue Cross Medicare Advantage Classic (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.

## **Aviso de no discriminación**

Premera Blue Cross Medicare Advantage (Premera) cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables, y no discrimina según la raza, el color, la nacionalidad, la edad, la discapacidad, el sexo, la identidad de género o la orientación sexual. Premera no excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, identidad de género u orientación sexual.

Premera:

- Proporciona ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidades para comunicarse con nosotros de manera eficiente, por ejemplo:
  - Intérpretes de lenguaje de señas calificados.
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos para las personas cuyo idioma principal no sea el inglés, tales como:
  - Intérpretes calificados.
  - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, comuníquese con el coordinador de derechos civiles.

Si considera que Premera no le ha proporcionado estos servicios o se sintió discriminado de algún modo por su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, identidad de género u orientación sexual, puede presentar una queja formal a la siguiente dirección:

Civil Rights Coordinator – Complaints and Appeals  
Premera Blue Cross Medicare Advantage Plans  
PO Box 21481, Eagan, MN 55121  
Teléfono: 888-850-8526, Fax: 800-889-1076, TTY: 711  
Correo electrónico: [AppealsDepartmentInquiries@Premera.com](mailto:AppealsDepartmentInquiries@Premera.com)

Puede presentar una queja formal en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, el coordinador de derechos civiles está disponible para ayudarle.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante La Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., de manera electrónica a través del portal de reclamos de la Oficina de Derechos Civiles disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, por correo postal o teléfono a la dirección y al número de teléfono indicados a continuación:

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Ave SW, Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201  
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Los formularios de reclamos están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Premera Blue Cross es un plan HMO que tiene un contrato con Medicare.  
La inscripción Premera Blue Cross depende de la renovación del contrato.

## 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。