

Blue Medicare Advantage Plus (HMO) ofrecido por Blue Cross® Blue Shield® of Arizona Advantage, Condado de Maricopa y Condado de Pinal

Aviso anual de cambios para 2022

Actualmente, usted está inscrito como miembro de Blue Medicare Advantage Plus. El próximo año, habrá algunos cambios en los costos y beneficios del plan. *Este folleto le informa sobre los cambios.*

- **Tiene del 15 de octubre al 7 de diciembre para hacerle cambios a su cobertura de Medicare para el próximo año.**

Lo que debe hacer ahora

1. PREGUNTE: Cuáles cambios se aplican para usted

- Consultar los cambios a nuestros beneficios y costos para ver si le afectan.
 - Es importante revisar su cobertura ahora para asegurarse que cubrirá sus necesidades el próximo año.
 - ¿Afectan los cambios a los servicios que utiliza usted?
 - Vea las Secciones 2.2 y 2.5 para obtener información sobre los cambios a los beneficios y costos para nuestro plan.
- Consultar los cambios en el manual para nuestra cobertura de medicamentos con receta médica para ver si le afectan.
 - ¿Sus medicamentos están bajo cobertura?
 - ¿Están sus medicamentos en un nivel diferente, con costos compartidos diferentes?
 - ¿Alguno de sus medicamentos tiene nuevas restricciones, como que necesite aprobación de nuestra parte antes de surtir su receta médica?
 - ¿Puede continuar usando las mismas farmacias? ¿Hay cambios en el costo de usar esta farmacia?
 - Consulte la Lista de medicamentos de 2022 y busque en la Sección 2.6 la información sobre los cambios en nuestra cobertura de medicamentos.
 - Es posible que su medicamento haya subido de precio desde el año pasado. Hable con su médico acerca de las alternativas de bajo costo que pueda haber disponibles para usted; esto puede ahorrarle tener que desembolsar de su propio bolsillo durante todo el año. Para obtener más información de los precios de medicamentos, visite [go.medicare.gov/drugprices](https://www.go.medicare.gov/drugprices) y haga clic en el enlace “dashboards” (tableros de control) que está en medio en la segunda Nota, hacia la parte de abajo de la página. Estos paneles informativos resaltan qué fabricantes han aumentado sus precios y también muestran otra información interanual acerca de precios de medicamentos. Tenga en mente que los beneficios de su plan determinarán exactamente cuánto pueden cambiar sus propios costos de medicamentos.

- Verifique si sus médicos y otros proveedores estarán en nuestra red el próximo año.
 - ¿Están sus médicos, incluyendo los especialistas que consulta con regularidad, en nuestra red?
 - ¿Y los hospitales u otros proveedores que utiliza?
 - Vea las Secciones 2.3 y 2.4 para obtener información sobre nuestro *Directorio de proveedores/de farmacias*.
 - Pensar en sus costos generales de atención médica.
 - ¿Cuánto gastará de bolsillo por los servicios y medicamentos con receta médica que utiliza regularmente?
 - ¿Cuánto gastará en su prima y deducibles?
 - ¿De qué manera se comparan los costos totales del plan con otras opciones de cobertura de Medicare?
 - Pensar si está satisfecho con nuestro plan.
- 2. COMPARE:** Aprenda sobre otras opciones del plan
- Consulte la cobertura y los costos de los planes en su área.
 - Use la función de búsqueda personalizada en el Buscador de planes de Medicare del sitio web de www.medicare.gov/plan-compare.
 - Revise la lista que está en la parte de atrás de su manual *Medicare y usted 2022*.
 - Vea la Sección 4.2 para obtener más información sobre sus opciones.
 - Una vez que reduzca su elección a un plan preferido, confirme sus costos y cobertura en el sitio web del plan.
- 3. ELIJA:** Decide si quiere cambiar de plan
- Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2021, se lo inscribirá en Blue Medicare Advantage Plus.
 - 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. INSCRÍBASE:** Si quiere cambiar de plan, debe hacerlo entre el **15 de octubre** y el **7 de diciembre de 2021**.
- Si no se inscribe en otro plan antes del **7 de diciembre de 2021**, se lo inscribirá en Blue Medicare Advantage Plus.
 - Si se inscribe en otro plan antes del **7 de diciembre, 2021** su nueva cobertura comenzará el **1 de enero de 2022**. Su inscripción en el plan actual se cancelará automáticamente.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible de forma gratuita en español.
ATENCIÓN: si habla español, tiene disponibles servicios de asistencia lingüística sin cargo. Llame al 480-937-0409 (en Arizona) o sin costo al 1-800-446-8331 (TTY: 711).
- Comuníquese con nuestros Servicios para miembros al 480-937-0409 (en Arizona) o llame sin costo al 1-800-446-8331 para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deberán llamar al 711.) Horario es de 8 a. m. a 8 p. m., desde lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre y los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo.

- Esta información está disponible electrónicamente o en letra de molde de tamaño grande.
- **La cobertura conforme a este plan califica como Cobertura de salud elegible (QHC)** y cumple con el requisito individual de responsabilidad compartida de la Ley de protección al paciente y cuidados de salud asequibles (ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información.

A cerca de Blue Medicare Advantage Plus

- Blue Cross[®] Blue Shield[®] of Arizona tiene contrato con Medicare para ofrecer planes Medicare Advantage HMO y PPO, y planes PDP. La inscripción en planes de Blue Cross[®] Blue Shield[®] de Arizona depende de la renovación del contrato.
- (Cuando este folleto dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, significa Blue Cross Blue Shield of Arizona Advantage (BCBSAZ Advantage). Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, significa Blue Medicare Advantage Plus).

Resumen de costos importantes para 2022

La siguiente tabla compara los costos de los años 2021 y 2022 para Blue Medicare Advantage Plus en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que este es solo un resumen de los cambios.** En nuestro sitio web en www.azbluemedicare.com está una copia de la *Evidencia de cobertura*. También puede llamar a Servicios para miembros para pedirnos que le enviemos por correo la *Evidencia de cobertura*.

Costos	2021 (este año)	2022 (próximo año)
<p>Prima mensual del plan*</p> <p>*Su prima puede ser superior o inferior a este monto. Consulte los detalles en la Sección 2.1.</p>	\$43	\$48
<p>Cantidad máxima de bolsillo</p> <p>Esta es la cantidad <u>máxima</u> que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y Parte B. (Consulte la Sección 2.2 para obtener más detalles).</p>	\$4,250	\$4,250
<p>Visitas a la oficina del médico</p>	<p>Visitas de cuidado primario: Usted paga \$0 de copago por consulta</p> <p>Visitas al especialista: Usted paga \$20 de copago por consulta</p>	<p>Visitas de cuidado primario: Usted paga \$0 de copago por consulta</p> <p>Visitas al especialista: Usted paga \$25 de copago por consulta</p>
<p>Estancias de hospital de paciente interno</p> <p>Incluye servicios para condiciones graves de pacientes hospitalizados, atención de hospital a largo plazo y otro tipo de servicios de hospital para pacientes hospitalizados. La atención de hospital para pacientes hospitalizados empieza el día en que usted es formalmente internado en el hospital con una orden del médico. El día antes del que se le da de alta es su último día de paciente interno.</p>	<p>Días 1 a 7: Usted paga \$225 de copago cada día</p>	<p>Días 1 a 7: Usted paga \$225 de copago cada día</p>

Costos	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Cobertura de medicamentos de receta de la Parte D (Consulte la Sección 2.6 para obtener más detalles).	Deducible: \$0 Copago/coaseguro durante la Etapa de cobertura inicial: <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de Nivel 1: \$0 • Medicamentos de Nivel 2: \$9 • Medicamentos de Nivel 3: \$40 • Medicamentos de Nivel 4: \$90 • Medicamentos de Nivel 5: 33% 	Deducible: \$0 Copago/coaseguro durante la Etapa de cobertura inicial: <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de Nivel 1: \$0 • Medicamentos de Nivel 2: \$9 • Medicamentos de Nivel 3: \$47 • Medicamentos de Nivel 4: \$100 • Medicamentos de Nivel 5: 33%

Aviso anual de cambios para 2022

Contenido

Resumen de costos importantes para 2022.....	1
SECCIÓN 1 Si no elige otro plan, quedará inscrito automáticamente en Blue Medicare Advantage Plus en 2022	4
SECCIÓN 2 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año	4
Sección 2.1 – Cambios a la prima mensual	4
Sección 2.2 – Cambios a su monto máximo de bolsillo	5
Sección 2.3 – Cambios en la red de proveedores.....	5
Sección 2.4 – Cambios a la Red de farmacias.....	6
Sección 2.5 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos.....	6
Sección 2.6 – Cambios en la cobertura de medicamentos de receta de la Parte D	8
SECCIÓN 3 Cambios administrativos	12
SECCIÓN 4 Cómo decidir qué plan elegir.....	12
Sección 4.1 – Si usted quiere permanecer en Blue Medicare Advantage Plus.....	12
Sección 4.2 – Si quiere cambiarse de plan	12
SECCIÓN 5 Plazo para el cambio de plan.....	14
SECCIÓN 6 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito acerca de Medicare	14
SECCIÓN 7 Programas que ayudan a pagar medicamentos de receta.....	15
SECCIÓN 8 ¿Tiene preguntas?.....	15
Sección 8.1 – Cómo obtener ayuda de Blue Medicare Advantage Plus	15
Sección 8.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare	16

SECCIÓN 1 Si no elige otro plan, quedará inscrito automáticamente en Blue Medicare Advantage Plus en 2022

Si no hace nada para cambiar su cobertura de Medicare antes del 7 de diciembre de 2021, lo inscribiremos automáticamente en nuestro plan Blue Medicare Advantage Plus.

Esto significa que, a partir del 1 de enero de 2022, recibirá la cobertura médica y para medicamentos con receta a través de Blue Medicare Advantage Plus. Si quiere, puede cambiarse a un plan médico de Medicare distinto. También puede cambiarse a Medicare Original. Si quiere cambiar de plan, puede hacerlo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Si tiene derecho a recibir “Ayuda Adicional,” es posible que pueda cambiar de planes durante otros momentos.

La información en este documento le indica las diferencias entre sus beneficios actuales en Blue Medicare Advantage Plus y los beneficios que recibirá a partir del 1 de enero de 2022 como miembro de Blue Medicare Advantage Plus.

SECCIÓN 2 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año

Sección 2.1 – Cambios a la prima mensual

Costos	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Prima mensual	\$43	\$48
(Debe también seguir pagando su prima de Medicare de Parte B).		

- La prima mensual del plan será *superior* si debe pagar una sanción por inscribirse tarde 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 conocida como “cobertura acreditable”) durante 63 días o más.
- Si tiene un ingreso más alto, es posible que pagar un monto adicional cada mes directamente al gobierno por su cobertura de medicamentos con receta médica de Medicare.
- Su prima mensual será *menor* si recibe “Ayuda Adicional” con los costos de medicamentos recetados. Consulte la sección 7 a cerca de “Ayuda Extra” de Medicare.

Sección 2.2 – Cambios a su monto máximo de bolsillo

Para protegerlo, Medicare requiere que todos los planes de salud límite lo que usted puede pagar “de su bolsillo” durante el año. Este límite se llama “máximo de gastos de bolsillo” Una vez alcance esa cantidad, por lo general no paga nada por los servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B por el resto del año.

Costos	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Cantidad máxima de bolsillo	\$4,250	\$4,250
No hay cambios para 2022.		
Los costos por los servicios médicos cubiertos (como copagos) cuentan para su monto máximo de bolsillo. Su prima de plan y sus costos de medicamentos con receta médica no cuentan para su cantidad máxima de desembolso directo.	Una vez que haya pagado \$4,250 de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no pagará nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año calendario.	Una vez que haya pagado \$4,250 de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no pagará nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año calendario.

Sección 2.3 – Cambios en la red de proveedores

Hay cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. Hay un *Directorio de proveedores/de farmacias* actualizado en nuestro sitio web en www.azbluemedicare.com. También puede llamar a Servicios para miembros para obtener información actualizada de los proveedores o para pedirnos que le enviemos por correo un *Directorio de proveedores/de farmacias*. **Revise el Directorio de proveedores/de farmacias de 2022 para ver si sus proveedores (Proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red.**

Podemos hacer cambios en los hospitales, médicos, y especialistas (proveedores) que son parte de su plan durante el año. Hay varias razones por las que su proveedor podría dejar su plan pero si su doctor o especialista deja su plan usted tiene derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Aunque es posible que nuestra red de proveedores cambie durante el año, es obligatorio que le brindemos a usted acceso continuo a médicos y especialistas calificados.
- Haremos nuestro mejor esfuerzo para informarle con una antelación mínima de 30 días que nuestro proveedor está dejando nuestro plan para que tenga tiempo para seleccionar un nuevo proveedor.
- Le ayudaremos a seleccionar a un nuevo proveedor calificado para que continúe atendiendo sus necesidades de atención médica.

- Si usted está recibiendo tratamiento médico, tiene derecho a solicitar que el tratamiento necesario por razones médicas que usted está recibiendo no quede interrumpido, y nosotros nos aseguraremos de que así sea.
- Si usted considera que no le hemos facilitado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior, o que sus necesidades de cuidado médico no están siendo atendidas apropiadamente, usted tiene derecho a presentar una apelación en cuanto a nuestra decisión.
- Si usted se entera de que su médico o especialista dejará el plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar a un nuevo proveedor para administrar su atención.

Sección 2.4 – Cambios a la Red de farmacias

La cantidad que usted paga por sus medicamentos con receta médica depende de cual farmacia usted utilice. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus medicamentos de receta están cubiertos *solo* si se obtienen en una de nuestras farmacias de la red.

Hay cambios a nuestra red de farmacias para el próximo año. Hay un *Directorio de proveedores/de farmacias* actualizado en nuestro sitio web en www.azbluemedicare.com. También puede llamar a Servicios para miembros para obtener información actualizada de los proveedores o para pedirnos que le enviemos por correo un *Directorio de proveedores/de farmacias*. **Revise el *Directorio de proveedores/de farmacias de 2022* para ver qué farmacias están en nuestra red.**

Sección 2.5 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos

Vamos a cambiar nuestra cobertura de ciertos servicios médicos el próximo año. Le información a continuación describe estos cambios. Para ver detalles acerca de la cobertura y los costos de estos servicios, consulte el Capítulo 4, *Tabla de beneficios médicos (lo que se cubre y lo que paga usted)*, en su *Evidencia de cobertura de 2022*.

Servicios del programa de tratamiento por uso de opioides

Los miembros de nuestro plan con trastorno por consumo de opioides (OUD) pueden recibir cobertura de los servicios para tratar el OUD mediante un Programa de Tratamiento de Opioides (OTP) que incluye los siguientes servicios:

- Medicamentos agonistas y antagonistas de los opioides para el tratamiento asistido con medicamentos (MAT) aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA)
- Suministro y administración de medicamentos MAT (si corresponde)
- Consejería por el uso de sustancias
- Terapia individual y de grupo
- Pruebas de toxicología

- Actividades de consumo
- Evaluaciones periódicas

Costos	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Electrocardiograma (EKG)	\$0 de copago por un electrocardiograma.	0% de coseguro por un electrocardiograma.
Evaluación del tratamiento del dolor	Usted paga \$20 de copago por consulta	Usted paga \$25 de copago por consulta
Hospitalización parcial	Usted paga \$20 de copago por consulta	Usted paga \$25 de copago por consulta
Podología (cubierto por Medicare)	Usted paga \$20 de copago por consulta	Usted paga \$25 de copago por consulta
Silver and Fit	2 kits de fitness en casa: 6 opciones	1 kit de fitness en casa: 10 opciones (este año se han agregado natación para principiantes o estudiantes avanzados, pilates y yoga de nivel intermedio)
Centro de cuidados especializados (SNF)	Días 1 a 20: Usted paga \$0 de copago cada día días 21 a 40: Usted paga \$184 de copago cada día días 41 a 100: Usted paga \$0 de copago cada día	Días 1 a 20: Usted paga \$0 de copago cada día días 21 a 40: Usted paga \$188 de copago cada día días 41 a 100: Usted paga \$0 de copago cada día
Visitas al especialista	Usted paga \$20 de copago por consulta	Usted paga \$25 de copago por consulta

Costos	2021 (este año)	2022 (próximo año)
TruHearing	La compra de audífonos incluye: <ul style="list-style-type: none"> • 3 visitas al proveedor dentro del primer año después de la compra del audífono • Período de prueba de 45 días • 48 baterías por audífono (para modelos no recargables) 	La compra de audífonos incluye: <ul style="list-style-type: none"> • Primer año de visitas de seguimiento con el proveedor • Período de prueba de 60 días • 80 baterías por audífono (para modelos no recargables)
Cuidado de urgencia	Usted paga \$20 de copago por consulta	Usted paga \$25 de copago por consulta

Sección 2.6 – Cambios en la cobertura de medicamentos de receta de la Parte D

Cambios en nuestra lista de medicamentos

Nuestra lista farmacológica se denomina Lista de medicamentos cubiertos o “Lista de medicamentos”. Se proporciona electrónicamente una copia de nuestra Lista de medicamentos. La Lista de medicamentos que entregamos electrónicamente incluye muchos, pero no todos los medicamentos que cubriremos el próximo año. Aún si no ve su medicamento en esta lista, es posible que esté cubierto. **Puede obtener la Lista de medicamentos *completa*** llamando a Servicios para Miembros (vea la contracubierta) o visitando nuestro sitio web www.azbluemedicare.com.

Realizamos cambios en nuestra Lista de medicamentos, incluso cambios en los medicamentos cubiertos y cambios en las restricciones aplicables a nuestra cobertura de ciertos medicamentos. **Revise la Lista de medicamentos para asegurarse que sus medicamentos estarán cubiertos el próximo año y para ver si habrá alguna restricción.**

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

- **Trabajar con su médico (u otra persona autorizada a dar recetas) y solicitar al plan que haga una excepción** y cubra el medicamento. **Les recomendamos a los miembros actuales** que soliciten una excepción antes del próximo año.
 - Para averiguar lo que debe hacer para solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 de la *Evidencia de cobertura (Qué debe hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas))* o llame a Servicios para miembros.
- **Trabajar con su médico (u otra persona autorizada a dar recetas) para encontrar un medicamento diferente** que cubramos. Usted puede LLAME a Servicios para miembros y pedir un lista de medicamentos que cubrimos que tratan la misma condición médica.

En algunas situaciones, debemos cubrir un suministro temporal de un medicamento que no se incluye en la lista de medicamentos cubiertos durante los primeros 90 días de cobertura del año del plan o los primeros 90 días del registro de membresía para evitar una interrupción en la terapia. (Para obtener más información acerca de cuándo puede obtener un suministro temporal y cómo solicitar uno, consulte la Sección 5.2 del Capítulo 5 de la *Evidencia de cobertura*). Durante el tiempo en que obtiene un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su médico para decidir qué hacer cuando se le agote. Puede cambiar a un medicamento diferente cubierto por el plan o solicitar al plan que haga una excepción para usted y que cubra su medicamento actual.

Las excepciones al formulario son válidas y están vigentes durante el año del plan en que se otorgan. Sin embargo, puede haber circunstancias en las que la persona que receta quiera que la excepción se apruebe únicamente para un período específico de terapia que podría ser menor que el resto del año del plan. Las excepciones al formulario con fecha de vencimiento en 2022 se considerarán activas; no es necesario presentar una nueva autorización previa (PA).

La mayoría de los cambios de la Lista de medicamentos son nuevos para el inicio de cada año. Sin embargo, durante el año, es posible que hagamos otros cambios que estén permitidos por las reglas de Medicare.

Cuando hagamos estos cambios a la Lista de medicamentos durante el año, puede seguir trabajando con su médico (o con la persona que receta) y pedirnos que hagamos una excepción para cubrir el medicamento. También seguiremos actualizando nuestra Lista de medicamentos en línea, según lo programado, y ofreceremos otra información que se requiera para reflejar los cambios de medicamentos. (Para obtener más información sobre los cambios que podríamos hacer a la Lista de medicamentos consulte en el Capítulo 5, Sección 6 de la *Evidencia de cobertura*.)

Cambios en los costos de los medicamentos de receta

Nota: si está en un programa que le ayuda a pagar los medicamentos (“Ayuda Extra”), **la información sobre los costos de los medicamentos de receta de la Parte D puede no aplicarse a su caso.** 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 conocida como “Low Income Subsidy Rider” o “LIS Rider” (Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS), que le informa sobre el costo de sus medicamentos. Debido a que usted obtuvo “Ayuda adicional” y no recibió este inserto con este paquete, llame a Servicios para Miembros y pida la “Cláusula adicional de LIS”.

Hay cuatro “etapas de pago de medicamentos”. Lo que usted paga por un medicamento de la Parte D depende de la etapa de pago de medicamentos en la que se encuentre. (También puede ver el Capítulo 6, Sección 2 de su *Evidencia de cobertura* para obtener más información acerca de estas etapas).

La información que se muestra a continuación presenta los cambios para el próximo año en las primeras dos etapas; la Etapa de Deducible Anual y la Etapa de Cobertura Inicial. (La mayoría de los miembros no llegan a las otras dos etapas: Etapa sin Cobertura y Etapa de Cobertura Catastrófica. Para obtener información sobre los costos en estas etapas, consulte las Secciones 6 y 7 del Capítulo 6 de la *Evidencia de cobertura* que está en nuestro sitio web en www.azbluemedicare.com. También puede llamar a Servicios para miembros para pedirnos que le enviemos por correo la *Evidencia de cobertura*.)

Cambios en la etapa de deducible anual

Etapa	2021 (este año)	2022 (el próximo año)
Etapa 1: Etapa de deducible anual	Como el plan no tiene deducibles, esta etapa de pago no se aplica a usted.	Como el plan no tiene deducibles, esta etapa de pago no se aplica a usted.

Cambios en su Costo compartido en la Etapa de cobertura inicial

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

Etapa	2021 (este año)	2022 (el próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</p>	<p>Su costo para un suministro de un mes en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p>	<p>Su costo para un suministro de un mes en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p>
<p>Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo.</p>	<p>Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos):</p>	<p>Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos):</p>
<p>Los costos en esta línea son para un mes (30 días) de suministro cuando surta su receta médica en una farmacia de la red que proporcione costos compartidos estándar. Para obtener información sobre los costos de un suministro a largo plazo o los medicamentos con receta para pedido por correo, consulte la Sección 5 del Capítulo 6 de la <i>Evidencia de cobertura</i>.</p>	<p>Usted paga \$0 por cada medicamento de receta.</p>	<p>Usted paga \$0 por cada medicamento de receta.</p>
<p>Los costos de esta fila son para un suministro extendido (100 días) cuando surte su receta en una farmacia de la red que ofrece costos compartidos estándar. Para obtener información sobre los costos de un suministro a largo plazo o los medicamentos con receta para pedido por correo, consulte la Sección 5 del Capítulo 6 de la <i>Evidencia de cobertura</i>.</p>	<p>Nivel 2 (Medicamentos genéricos):</p>	<p>Nivel 2 (Medicamentos genéricos):</p>
<p>Para obtener información sobre los costos de un suministro a largo plazo o los medicamentos con receta para pedido por correo, consulte la Sección 5 del Capítulo 6 de la <i>Evidencia de cobertura</i>.</p>	<p>Usted paga \$9 por cada medicamento de receta.</p>	<p>Usted paga \$9 por cada medicamento de receta.</p>
<p>Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos</p>	<p>Nivel 3 (Medicamentos de marca preferidos):</p>	<p>Nivel 3 (Medicamentos de marca preferidos):</p>
	<p>Usted paga \$40 por cada medicamento de receta.</p>	<p>Usted paga \$47 por cada medicamento de receta.</p>
	<p>Nivel 4 (Medicamentos de marca no preferidos):</p>	<p>Nivel 4 (Medicamentos de marca no preferidos):</p>
	<p>Usted paga \$90 por cada medicamento de receta.</p>	<p>Usted paga \$100 por cada medicamento de receta.</p>
	<p>Nivel 5 (Medicamentos de especialidades):</p>	<p>Nivel 5 (Medicamentos de especialidades):</p>
	<p>Usted paga 33% de coseguro.</p>	<p>Usted paga 33% de coseguro.</p>
	<p>Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos):</p>	<p>Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos):</p>
	<p>Usted paga \$0 por receta para un suministro de 100 días</p>	<p>Usted paga \$0 por receta para un suministro de 100 días</p>
	<p>Nivel 2 (Medicamentos genéricos):</p>	<p>Nivel 2 (Medicamentos genéricos):</p>
	<p>Usted paga \$9 por receta para un suministro de 100 días</p>	<p>Usted paga \$9 por receta para un suministro de 100 días</p>

incluidos en la Lista de medicamentos. Para ver si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búsquelos en la Lista de medicamentos.

Una vez que los costos totales de los medicamentos lleguen a \$4,130, pasará a la siguiente etapa (la Etapa del período sin cobertura).

Una vez que los costos totales de los medicamentos lleguen a \$4,430, pasará a la siguiente etapa (la Etapa del período sin cobertura).

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

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

SECCIÓN 3 Cambios administrativos

El área de servicio del plan, que antes abarcaba parcialmente el condado de Pinal, ha cambiado para 2022 y ahora cubre todo el condado.

Descripción	2021 (este año)	2022 (el próximo año)
Condados cubiertos por el plan	Condado de Maricopa, Condado de Pinal parcial	Condado de Maricopa, Condado de Pinal

SECCIÓN 4 Cómo decidir qué plan elegir

Sección 4.1 – Si usted quiere permanecer en Blue Medicare Advantage Plus

Para continuar en nuestro plan no es necesario que haga nada. Si no se inscribe en un plan diferente ni se cambia a Medicare Original antes del 7 de diciembre, automáticamente se inscribirá en nuestro plan Blue Medicare Advantage Plus.

Sección 4.2 – Si quiere cambiarse de plan

Esperamos que continúe siendo miembro el próximo año, pero si desea cambiar para el año 2022, siga estos pasos:

Paso 1: Conozca y compare sus opciones

- Puede inscribirse oportunamente en un plan médico de Medicare diferente,
- – o – Puede cambiarse a Medicare Original. Si se cambia a Medicare Original, deberá decidir si quiere inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare. Si no quiere inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, consulte la Sección 2.1 con respecto a la posible multa por inscripción tardía en la Parte D.

Para obtener más información sobre Medicare Original y los diferentes tipos de planes de Medicare, consulte el manual *Medicare y usted 2022*, llame a su Programa estatal de asistencia sobre el seguro médico (consulte la Sección 6) o llame a Medicare (consulte la Sección 8.2).

También puede encontrar información acerca de los planes que hay en su área utilizando el Localizador de Planes de Medicare en el sitio web de Medicare. Vaya a www.medicare.gov/plan-compare. **Aquí puede encontrar información sobre los costos, la cobertura y las calificaciones de calidad de los planes de Medicare.**

Le recordamos que BCBSAZ Advantage ofrece otros planes médicos de Medicare. Estos otros planes pueden variar en cuanto a cobertura, primas mensuales y cantidades de costos compartidos.

Paso 2: Cambie su cobertura

- Para **cambiarse a un plan médico distinto de Medicare**, inscríbese en el nuevo plan. Automáticamente se le dará la baja de Blue Medicare Advantage Plus.
- Para **cambiarse a Medicare Original con un plan de medicamentos de receta**, inscríbese en el nuevo plan de medicamentos. Automáticamente se le dará la baja de Blue Medicare Advantage Plus.
- Para **cambiarse a Medicare Original sin un plan de medicamentos de receta**, usted debe realizar una de las siguientes opciones:
 - Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar su inscripción. Póngase en contacto con Servicios para miembros si necesita más información al respecto (los números de teléfono están en la Sección 8.1 de este folleto).
 - – o – Llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicitar que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 5 Plazo para el cambio de plan

Si desea cambiar a un plan distinto o a Medicare Original para el próximo año, puede hacerlo a partir del **15 de octubre hasta el 7 de diciembre**. El cambio entrará en vigencia el 1 de enero de 2022.

¿Hay otras oportunidades del año para hacer un cambio?

En determinadas situaciones, también se permiten cambios en otras fechas. Por ejemplo, se puede permitir que las personas con Medicaid, las que reciben “Ayuda extra” para pagar sus medicamentos, las que tienen o abandonan la cobertura del empleador y las que se trasladan del área de servicio hagan cambios en otros momentos del año. Para obtener más información, consulte el Capítulo 10, Sección 2.3 de la *Evidencia de cobertura*.

Si está inscrito en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2022 y no le gusta su elección de plan, se puede cambiar a otro plan de salud de Medicare (sea con o sin cobertura de medicamentos con receta de Medicare) o cambiarse a Medicare Original (sea con o sin cobertura de medicamentos con receta de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2022. Para obtener más información, consulte la Sección 2.2 del Capítulo 10 de la *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 6 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito acerca de Medicare

El Programa Estatal de Ayuda de Seguros Médicos (State Health Insurance Assistance Program - SHIP) es un programa gubernamental con asesores capacitados en todos los estados. En Arizona, SHIP se llama Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico de Arizona.

El Programa estatal de asistencia de seguro médico de Arizona es independiente (no está relacionado con ninguna compañía de seguros ni plan médico). Es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para brindar asesoramiento local sobre seguros de salud **de manera gratuita** a las personas que tienen Medicare. Los asesores del Programa estatal de asistencia de seguro médico de Arizona pueden ayudarlo con sus preguntas o problemas de Medicare. Pueden ayudarlo a entender sus opciones de planes de Medicare y responder preguntas acerca de cambiar de planes. Puede llamar al Programa estatal de asistencia en seguros de salud de Arizona al 602-542-4446 o sin costo al 1-800-432-4040. Puede obtener más información sobre Programa estatal de asistencia de seguro médico de Arizona visitando el sitio web (<https://des.az.gov/services/aging-and-adult/state-health-insurance-assistance-program-ship>).

SECCIÓN 7 Programas que ayudan a pagar medicamentos de receta

Es posible que sea elegible para recibir ayuda para pagar sus medicamentos de receta.

- **“Ayuda Extra” de Medicare.** Las personas con ingresos limitados pueden ser elegibles para recibir “Ayuda adicional” para cubrir los costos de sus medicamentos con receta médica. Si es usted elegible, Medicare podría pagar hasta un 75% o más de sus costos de medicamentos, incluyendo primas mensuales de medicamentos con receta médica, deducibles anuales, y coseguro. Adicionalmente, aquellos que califican no tendrán que pagar multas por un período sin cobertura ni por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles y ni siquiera lo saben. Para ver si califica, llame al:
 - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana;
 - La Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, entre 7:00 a. m. y 7:00 p. m., de lunes a viernes. Usuarios de TTY deben llamar a al 1-800-325-0778 (solicitudes); o
 - Su Oficina Estatal de Medicare (aplicaciones).

Asistencia de costo compartido para medicamentos de receta para personas con VIH/SIDA. El Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP) ayuda a las personas elegibles para el ADAP que viven con VIH/SIDA a acceder a medicamentos para el VIH esenciales para salvar la vida. Las personas deben cumplir con ciertos criterios, los cuales incluyen un comprobante de residencia en el estado y de su condición de VIH, bajos ingresos según lo define el Estado, y su condición de no asegurado o con un seguro insuficiente. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por ADAP califican para asistencia de costos compartidos con receta mediante el programa ADAP Assist de Arizona. Para obtener más información sobre los criterios de elegibilidad, medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al Departamento de servicios de salud de Arizona (ADHS) al 1-800-334-1540 o 602-364-3610. Su dirección es: ADAP, Arizona Department of Health Services, 150 N. 18th Avenue, Suite 110, Phoenix, AZ 85007-3233 and their fax number is 602-364-3263. O bien puede visitar su sitio web en: <http://www.azdhs.gov/preparedness/epidemiology-disease-control/disease-integration-services/index.php#aids-drug-assistance-program-home>.

SECCIÓN 8 ¿Tiene preguntas?

Sección 8.1 – Cómo obtener ayuda de Blue Medicare Advantage Plus

¿Preguntas? Estamos aquí para ayudar. Llame a Servicios para miembros al 480-937-0409 (en Arizona) o llame sin costo al 1-800-446-8331. (Los usuarios de TTY, deben llamar al 711). Del 1 de abril al 30 de septiembre atendemos llamadas de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Del 1 de octubre al 31 de marzo, atendemos los siete días de la semana.

Lea su *Evidencia de Cobertura* para 2022 (tiene información de los beneficios y costos para el próximo año)

Este *Aviso anual de cambios* le da un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para el año 2022. Para obtener detalles, consulte la *Evidencia de cobertura* de 2022 de Blue Medicare Advantage Plus. La *Evidencia de cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las reglas que debe seguir para recibir los servicios y medicamentos con receta médica que están cubiertos. En nuestro sitio web en www.azbluemedicare.com está una copia de la *Evidencia de cobertura*. También puede llamar a Servicios para miembros para pedirnos que le enviemos por correo la *Evidencia de cobertura*.

Visite nuestro sitio web

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

Sección 8.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare:

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

Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Visite el sitio web de Medicare

Puede visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov). Tiene información sobre los costos, la cobertura y las clasificaciones de calidad para ayudarle a comparar los planes de salud de Medicare. Puede encontrar información acerca de los planes disponibles en su área utilizando el Localizador de Planes de Medicare en el sitio web de Medicare. (Para ver la información sobre los planes, visite www.medicare.gov/plan-compare).

Lea *Medicare y usted 2022*

Puede leer el manual *Medicare y usted 2022*. Cada año durante el otoño, este folleto se le envía por correo a las personas con Medicare. Tiene un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare, y respuestas a las preguntas más frecuentes acerca de 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 del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

BCBSAZ ofrece BluePathway HMO y Plan BlueJourney (PPO) como planes de Medicare Advantage. BCBSAZ Advantage, una subsidiaria independiente, pero de propiedad absoluta de BCBSAZ, ofrece planes Blue Medicare Advantage Standard, Classic y Plus HMO.

Blue Cross Blue Shield of Arizona (BCBSAZ) cumple con las leyes de derechos civiles federales aplicables y no discrimina por raza, color de piel, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Damos asistencia y servicios gratis a personas con discapacidades para que puedan comunicarse de manera eficaz con nosotros, como intérpretes calificados e información por escrito en otros formatos, como letra grande y formatos electrónicos accesibles. También prestamos servicios de idiomas gratis a personas cuyo idioma principal no es inglés, como intérpretes calificados e información por escrito en otros idiomas. Si necesita estos servicios, llame al **1-800-446-8331** (usuarios de TTY: **711**).

Español: ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-800-446-8331** (TTY: **711**).

Navajo (Diné): Díí baa akó nínízin: Díí saad bee yánílti' go Diné Bizaad, saad bee áká' ánída' áwo' dèę, t'áá jiiik'eh, éí ná hóló, kojí hódíílnih **1-800-446-8331** (TTY: **711**).