



BlueCross BlueShield of Tennessee, Inc., an Independent Licensee of the Blue Cross Blue Shield Association

# BlueCare Plus (HMO SNP) <sup>SM</sup> ofrecido por BlueCare Plus Tennessee

## Aviso Anual de Cambios para 2019

Actualmente usted está inscrito como miembro de BlueCare Plus. El año próximo habrá algunos cambios en los costos y beneficios del plan. *Este folleto informa sobre esos cambios.*

---

### Qué hacer ahora

#### 1. PREGUNTAR: Qué cambios se aplican a usted

- Consulte los cambios en nuestros beneficios y costos para saber si lo afectarán.
  - Es importante que revise su cobertura ahora para asegurarse de que el año próximo cubra sus necesidades.
  - ¿Estos cambios afectan los servicios que usted utiliza?
  - Consulte la Sección 1.5 para obtener información acerca de los cambios en los costos y beneficios de nuestro plan.
  
- Consulte en el folleto los cambios en nuestra cobertura de medicamentos recetados para saber si lo afectan.
  - ¿Sus medicamentos estarán cubiertos?
  - ¿Sus medicamentos están en otro nivel, con una distribución de costos diferente?
  - ¿Alguno de sus medicamentos tiene nuevas restricciones, que necesiten nuestra aprobación antes de que pueda abastecer su receta?
  - ¿Puede seguir utilizando las mismas farmacias? ¿Hay cambios con respecto al costo de utilizar esta farmacia?
  - Revise la Lista de Medicamentos de 2019 y consulte la Sección 1.6 para obtener información acerca de los cambios en nuestra cobertura de medicamentos.
  - Es posible que los costos de los medicamentos se hayan incrementado desde el año pasado. Consulte a su médico sobre las alternativas de medicamentos de menor costo que pueda haber disponibles para usted; de esta manera, podría ahorrar los gastos de bolsillo anuales durante todo el año. Para obtener más información sobre los precios de los medicamentos,

visite <https://go.medicare.gov/drugprices>. En estos cuadros se destacan los fabricantes que han aumentado sus precios y se muestra otra información de precios de medicamentos año tras año. Tenga en cuenta que los beneficios de su plan determinarán exactamente el monto en que pueden variar los costos de sus medicamentos.

- Consulte si sus médicos y demás proveedores permanecerán en la red el próximo año.
  - ¿Están sus médicos en nuestra red?
  - ¿Qué sucede con los hospitales o los proveedores que utiliza?
  - Consulte la Sección 1.3 para obtener información acerca del Directorio de Proveedores.
- Piense en los costos totales por servicios médicos.
  - ¿Cuánto gastará de su bolsillo por los servicios y los medicamentos recetados que usted utiliza regularmente?
  - ¿Cuánto gastará en su prima y deducibles?
  - ¿Cómo resulta la comparación de sus costos totales del plan con otras opciones de cobertura de Medicare?
- Considere si nuestro plan le satisface.

## 2. **COMPARAR:** Infórmese sobre otras opciones de planes

- Compruebe la cobertura y costos de los planes en su zona.
  - Utilice la función de búsqueda personalizada en el Buscador de planes de Medicare en el sitio web <https://www.medicare.gov>. Haga clic en “Find health & drug plans” (Encontrar planes de salud y de medicamentos).
  - Revise la lista en la contraportada de su manual Medicare y usted.
  - Consulte la Sección 2.2 para obtener más información sobre sus opciones.
- Una vez que delimite sus opciones a un plan preferido, confirme los costos y cobertura en el sitio web del plan.

## 3. **ELEGIR:** Decida si desea cambiar de plan

- Si desea **conservar** BlueCare Plus, no debe hacer nada. Permanecerá en BlueCare Plus.
- Si desea **cambiar a un plan diferente** que cubra mejor sus necesidades, puede cambiar de plan entre hoy y el 31 de diciembre. Consulte la sección 2.2 en la página 11 para obtener más información sobre sus opciones.

## 4. **INSCRIBIRSE:** Para cambiar de plan, inscribese en un plan entre hoy y el **31 de diciembre de 2018**

- Si **no se inscribe en otro plan antes del 31 de diciembre de 2018**, permanecerá en BlueCare Plus.
- Si se **inscribe en otro plan antes del 31 de diciembre de 2018**, su nueva cobertura comenzará el primer día del próximo mes.

- A partir de 2019, hay nuevos límites en la frecuencia en que puede cambiar de plan. Consulte la sección 3 en la página 12 para obtener más información.

### **Recursos adicionales**

- Comuníquese con Servicios para Miembros al **1-800-332-5762** para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Desde el **1.º de octubre hasta el 31 de marzo**, puede llamarnos los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 9 p. m., hora del Este. Desde el **1.º de abril hasta el 30 de septiembre**, puede llamarnos de lunes a viernes, de 8 a. m. a 9 p. m., hora del Este. Nuestro sistema telefónico automático puede contestar su llamada fuera de este horario y durante los feriados.
- Este material también está disponible en formatos alternativos.
- **La cobertura de este Plan califica como la Cobertura de Salud Calificada (Qualifying Health Coverage, QHC)** y cumple con el requisito individual de responsabilidad compartida que establece la Ley de Protección al Paciente y de Cuidado de Salud a Bajo Precio (Affordable Care Act, ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en <https://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families> para obtener más información.

### **Acerca de BlueCare Plus**

- BlueCare Plus es un plan HMO SNP que se brinda a través de un contrato con Medicare y un contrato con el programa Medicaid de Tennessee. La inscripción en BlueCare Plus depende de la renovación del contrato. El plan también tiene un acuerdo escrito con el programa Medicaid de Tennessee para coordinar sus beneficios de Medicaid.
  - En este folleto, “nosotros”, “nos” o “nuestro” significa BlueCare Plus Tennessee. Cuando se dice “plan” o “nuestro plan”, significa BlueCare Plus.
-

## Resumen de los costos importantes para 2019

En la tabla a continuación se comparan los costos de 2018 y 2019 para BlueCare Plus en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los cambios. Es importante leer el resto de este Aviso Anual de Cambios** y revisar la *Evidencia de Cobertura* para ver si le afecta algún otro cambio en los beneficios o en los costos. Si usted es elegible para recibir asistencia en la distribución de costos de Medicare conforme a TennCare (Medicaid), usted paga \$0 por su deducible, las visitas al consultorio médico y las internaciones en el hospital.

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<b>Prima mensual del plan*</b> * Su prima puede ser superior o inferior a este monto. Consulte la Sección 1.1 para obtener más detalles.	\$0	\$0
<b>Visitas al consultorio del médico</b>	Visitas al médico de atención primaria: Distribución de costos de \$0 por visita  Visitas al especialista: Distribución de costos de \$0 por visita	Visitas al médico de atención primaria: Distribución de costos de \$0 por visita  Visitas al especialista: Distribución de costos de \$0 por visita
<b>Hospitalización</b> Incluye atención aguda para pacientes internados, rehabilitación para pacientes internados, hospitales de atención a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes internados. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día en que usted es hospitalizado formalmente con una orden médica. El día anterior al alta es su último día de paciente internado.	Distribución de costos de \$0 por estadía	Distribución de costos de \$0 por estadía

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<p><b>Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D</b> (Consulte la Sección 1.6 para obtener más detalles.)</p>	<p>Deducible: <b>\$0</b></p> <p>Copago/coseguro durante la Etapa de Cobertura Inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nivel 1 de medicamentos: Copago de <b>\$0.00 a \$3.35</b>; o el <b>15%</b> del costo total</li> <li>• Nivel 2 de medicamentos: Copago de <b>\$0.00 a \$3.35</b>; o el <b>15%</b> del costo total</li> <li>• Nivel 3 de medicamentos: Copago de <b>\$0.00 a \$8.35</b>; o el <b>15%</b> del costo total</li> <li>• Nivel 4 de medicamentos: Copago de <b>\$0.00 a \$8.35</b>; o el <b>15%</b> del costo total</li> <li>• Nivel 5 de medicamentos: Copago de <b>\$0.00 a \$8.35</b>; o el <b>15%</b> del costo total</li> </ul>	<p>Deducible: <b>\$0</b></p> <p>Copago/coseguro durante la Etapa de Cobertura Inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nivel 1 de medicamentos: Copago de <b>\$0.00 a \$3.40</b></li> <li>• Nivel 2 de medicamentos: Copago de <b>\$0.00 a \$3.40</b></li> <li>• Nivel 3 de medicamentos: Copago de <b>\$0.00 a \$8.50</b></li> <li>• Nivel 4 de medicamentos: Copago de <b>\$0.00 a \$8.50</b></li> <li>• Nivel 5 de medicamentos: Copago de <b>\$0.00 a \$8.50</b></li> </ul>
<p><b>Monto máximo de gastos de bolsillo</b> Este es el <u>monto máximo</u> que pagará de bolsillo por sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 1.2 para obtener más detalles).</p>	<p><b>\$6,700</b> Usted no deberá pagar ningún gasto de bolsillo hasta alcanzar el monto máximo de gastos de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p>	<p><b>\$6,700</b> Usted no deberá pagar ningún gasto de bolsillo hasta alcanzar el monto máximo de gastos de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p>

## ***Aviso Anual de Cambios para 2019*** **Índice**

<b>Resumen de los costos importantes para 2019 .....</b>	<b>1</b>
<b>SECCIÓN 1 Cambios en los costos y beneficios de Medicare para el próximo año .....</b>	<b>4</b>
Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual .....	4
Sección 1.2 – Cambios en el monto máximo de sus gastos de bolsillo .....	4
Sección 1.3 – Cambios en la red de proveedores.....	5
Sección 1.4 – Cambios en la red de farmacias.....	5
Sección 1.5 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos.....	6
Sección 1.6 – Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D .....	8
<b>SECCIÓN 2 Decisión del plan a elegir.....</b>	<b>12</b>
Sección 2.1 – Si usted desea permanecer en BlueCare Plus.....	12
Sección 2.2 – Si usted desea cambiar de plan.....	12
<b>SECCIÓN 3 Cambio de planes .....</b>	<b>13</b>
<b>SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y TennCare (Medicaid).....</b>	<b>14</b>
<b>SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados .....</b>	<b>14</b>
<b>SECCIÓN 6 ¿Tiene preguntas?.....</b>	<b>15</b>
Sección 6.1 – Obtener ayuda de BlueCare Plus.....	15
Sección 6.2 – Obtener ayuda de Medicare.....	16
Sección 6.3 – Obtener ayuda de TennCare (Medicaid) .....	16

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

### Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<b>Prima mensual</b> (Usted también debe seguir pagando su prima de Medicare Parte B, salvo que la pague TennCare [Medicaid]).	<b>\$30.60</b> (Nota: como usted recibió Ayuda Extra (Extra Help), su prima es de \$0).	<b>\$30.60</b> (Nota: como usted recibió Ayuda Extra (Extra Help), su prima es de \$0).

### Sección 1.2 – Cambios en el monto máximo de sus gastos de bolsillo

Para protegerlo, Medicare exige que todos los planes de salud limiten lo que debe pagar en “gastos de bolsillo” durante el año. A este límite se lo denomina “monto máximo de gastos de bolsillo”. Una vez que alcanza este monto, por lo general no paga nada por los servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B durante el resto del año.

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<b>Monto máximo de gastos de bolsillo</b> <b>Debido a que nuestros miembros también reciben asistencia de TennCare (Medicaid), muy pocos miembros alcanzan alguna vez este máximo de gastos de bolsillo.</b> Usted no deberá pagar ningún gasto de bolsillo hasta alcanzar el monto máximo de gastos de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. Sus costos de servicios médicos cubiertos (como los copagos) se agregan a su monto máximo de gastos de bolsillo. La prima de su plan y sus costos por los medicamentos recetados no se aplican al cálculo del monto máximo de gastos de bolsillo.	<b>\$6,700</b>	<b>\$6,700</b> Una vez que haya pagado los <b>\$6,700</b> de gastos de bolsillo por servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B, no paga nada por los servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B durante el resto del año calendario.

---

## Sección 1.3 – Cambios en la red de proveedores

---

El año próximo se realizarán cambios en nuestra red de proveedores. Puede consultar el Directorio de Proveedores actualizado en nuestro sitio web en [bluecareplus.bcbst.com](http://bluecareplus.bcbst.com). También puede llamar a Servicios para Miembros para obtener información actualizada sobre los proveedores o solicitarnos que le enviemos un Directorio de Proveedores por correo postal. **Consulte el Directorio de Proveedores de 2019 para saber si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) se encuentran en nuestra red.**

Es importante que usted sepa que podemos hacer cambios a los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de su plan durante el año. Existen varias razones por las cuales el proveedor puede dejar el plan; no obstante, si su médico o especialista deja el plan, usted tiene determinados derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Si bien nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare exige que le proporcionemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Haremos un esfuerzo de buena fe por avisarle con, al menos, 30 días de anticipación de que su proveedor dejará nuestro plan, de modo que usted tenga tiempo de seleccionar un nuevo proveedor.
- Lo ayudaremos a elegir un proveedor nuevo calificado para seguir administrando sus necesidades de atención médica.
- Si está recibiendo tratamiento médico, tiene derecho a solicitar que no se interrumpa el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo, y trabajaremos con usted para asegurarnos de ello.
- Si piensa que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar al anterior o que no estamos administrando correctamente su atención médica, tiene derecho a apelar nuestra decisión.
- Si se entera de que su médico o especialista abandona nuestro plan, comuníquese con nosotros para ayudarlo a hallar un proveedor nuevo y a administrar su atención.

---

## Sección 1.4 – Cambios en la red de farmacias

---

Los montos que paga por sus medicamentos recetados pueden depender de la farmacia que utilice. Los planes de medicamentos de Medicare cuentan con una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus recetas se cubren *solo* si se abastecen en una de las farmacias de nuestra red.

El año próximo se realizarán cambios en nuestra red de farmacias. Puede consultar el Directorio de Farmacias actualizado en nuestro sitio web en [bluecareplus.bcbst.com](http://bluecareplus.bcbst.com). También puede llamar a Servicios para Miembros para obtener información actualizada sobre proveedores o solicitarnos que le enviemos un Directorio de Farmacias por correo postal. **Consulte el Directorio de Farmacias de 2019 para ver qué farmacias se encuentran en nuestra red.**

## Sección 1.5 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos

Tenga en cuenta que el *Aviso Anual de Cambios* solo le informa acerca de los cambios en sus beneficios y costos de Medicare.

El año próximo cambiaremos nuestra cobertura para determinados servicios médicos. A continuación se describen estos cambios. Para obtener más información acerca de la cobertura y los costos por estos servicios, consulte el Capítulo 4, *Cuadro de beneficios (qué está cubierto y cuánto paga)*, de su *Evidencia de Cobertura para 2019*. Puede encontrar una copia de la *Evidencia de Cobertura* en nuestro sitio web: [bluecareplus.bcbst.com](http://bluecareplus.bcbst.com). También puede llamar a Servicios para Miembros y solicitarnos que le enviemos la *Evidencia de Cobertura*.

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<b>Servicios de quiropráctica</b>	Se limita a la manipulación manual de la columna vertebral para corregir subluxaciones.	Los servicios de quiropráctica cubiertos por Medicare para la manipulación manual de la columna vertebral destinados a corregir subluxaciones más hasta <b>20 visitas complementarias</b> de atención quiropráctica de rutina por año.
<b>Servicios dentales</b>	Asignación anual de <b>\$1,000</b>	Asignación anual de <b>\$5,000</b>
<b>Servicios de audición</b>	Asignación anual de <b>\$1,000</b>	Asignación anual de <b>\$2,500</b>
<b>Comidas</b>	No está cubierto	Usted puede recibir hasta <b>2 comidas</b> por día durante <b>7 días</b> , como máximo, después del alta de una estadía como paciente internado agudo en un hospital o centro de enfermería especializada.
<b>Medicamentos de la Parte B de Medicare</b>	Es posible que se requiera autorización previa.	Es posible que se requiera autorización previa o <b>terapia escalonada con los medicamentos de la Parte B o la Parte D.</b>

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<b>Beneficio de medicamentos de venta libre</b>	El monto máximo de cobertura es de <b>\$192</b> cada tres meses. Todos los créditos no utilizados caducarán al final de cada trimestre.	El monto máximo de cobertura es de <b>\$300</b> cada tres meses. Todos los créditos no utilizados caducarán al final de cada trimestre.
<b>Sistema Personal de Respuesta a Emergencias (Personal Emergency Response System, PERS)</b>	No está cubierto	El sistema personal de respuesta a emergencias brinda ayuda en casos de emergencia. El servicio de alerta médica incluye un dispositivo de comunicación que se instala en el domicilio y un botón portátil.
<b>Atención en un centro de enfermería especializada (SNF)</b>	<b>Requiere una internación de 3 días</b> antes de la admisión a un SNF	<b>Requerirá una internación de 1 día</b> antes de la admisión a un SNF
<b>Telesalud</b>	No está cubierto	El Plan utiliza un proveedor de telesalud que ofrece acceso por Internet y por teléfono a un médico autorizado para la consulta, el diagnóstico o el tratamiento de ciertas afecciones no emergentes cuando el médico que trata al miembro no está disponible (p. ej. fuera del horario de atención o los fines de semana). Este programa no está destinado a reemplazar la relación con el PCP y tiene el objetivo de reducir el uso de la sala de emergencias y/o los centros de atención de urgencia.
<b>Servicios de transporte</b>	<b>40</b> viajes de ida a lugares aprobados por el plan por año.	<b>100</b> viajes de ida a lugares aprobados por el plan por año.
<b>Servicios de la visión</b>	Asignación anual de <b>\$200</b> para anteojos (marcos/lentes o lentes de contacto)	Asignación anual de <b>\$350</b> para anteojos (marcos/lentes o lentes de contacto)

---

## Sección 1.6 – Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D

---

<b>Cambios en la lista de medicamentos</b>
--

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se denomina Formulario o “Lista de Medicamentos”. Se proporciona una copia de la Lista de medicamentos en formato electrónico.

Hemos hecho cambios a nuestra Lista de Medicamentos, que incluyen cambios de los medicamentos que cubrimos y cambios de las restricciones que se aplican a nuestra cobertura de determinados medicamentos. **Consulte la Lista de Medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos el año próximo y para ver si habrá restricciones.**

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

- **Ponerse de acuerdo con su médico (u otro emisor de la receta) y solicitar que el plan haga una excepción** para cubrir el medicamento.
  - Para saber qué debe hacer para solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 de su *Evidencia de Cobertura (Qué hacer si tiene un problema o un reclamo [decisiones sobre la cobertura, apelaciones, reclamos])* o llame a Servicios para Miembros.
- **Ponerse de acuerdo con su médico (o emisor de la receta) para encontrar un medicamento diferente** que esté cubierto por nosotros. Puede llamar a Servicios para Miembros para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección médica.

En algunas situaciones, debemos cubrir un suministro temporal de un medicamento que no está en el formulario durante los primeros 90 días del año del plan o los primeros 90 días de membresía para evitar una brecha en el tratamiento. En 2019, los miembros de centros de atención a largo plazo (long-term care, LTC) ahora recibirán un suministro temporal que corresponde a la misma cantidad de días de suministro temporal que se proporciona en todos los demás casos: 31 días de medicación en vez de la cantidad provista en 2018 de hasta 98 días de medicación. (Para obtener más información sobre cuándo puede pedir un suministro temporario y de qué manera hacerlo, consulte el Capítulo 5, la Sección 5.2 de la *Evidencia de Cobertura*). Mientras obtiene el suministro temporario de un medicamento, debe hablar con su médico para decidir qué debe hacer cuando se termine el suministro temporario. Puede cambiar el medicamento por uno que cubra nuestro plan o solicitarle al plan que haga una excepción y cubra el medicamento que toma.

Las excepciones actuales del formulario aún tendrán cobertura en 2019 si usted permanece como miembro activo y si la autorización previa sigue vigente.

La mayoría de los cambios en la Lista de medicamentos se aplican a comienzos de cada año. Sin embargo, durante el año, es posible que se apliquen otros cambios, según lo permitan las regulaciones de Medicare.

A partir del 2019, antes de que, durante el año, se apliquen cambios en nuestra Lista de medicamentos que requieran que le brindemos un aviso previo cuando esté tomando un medicamento determinado, proporcionaremos dicho aviso de los cambios con 30 días, en lugar de 60 días, de anticipación. O bien le proporcionaremos un reabastecimiento de su medicamento de marca de 30 días (o de 31 días en el caso de la atención a largo plazo [LTC]), en lugar de 60 días, en una farmacia de la red. Proporcionaremos este aviso antes, por ejemplo, de reemplazar un medicamento de marca de la Lista de medicamentos por un medicamento genérico o aplicar cambios según las advertencias resaltadas de la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA) o las nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare.

Cuando se apliquen estos cambios en la Lista de medicamentos durante el año, usted puede seguir poniéndose de acuerdo con su médico (u otro emisor de la receta) y solicitarle que el plan haga una excepción para cubrir el medicamento. También seguiremos actualizando nuestra Lista de medicamentos en línea según lo programado y proporcionaremos otra información necesaria para reflejar los cambios en los medicamentos. (Para obtener más información sobre los cambios que podemos realizar en la Lista de medicamentos, consulte el Capítulo 5, la Sección 6 de la Evidencia de Cobertura).

### **Cambios en los costos de los medicamentos recetados**

*Nota:* Si está inscrito en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos (Ayuda Extra [Extra Help]), **es posible que la información sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D no corresponda.** Le enviamos un folleto adicional denominado “Modificación de la Evidencia de cobertura para personas que obtienen ayuda adicional para pagar los medicamentos recetados” (denominado también: “Modificación del subsidio por bajos ingresos” o “Cláusula adicional LIS Rider”), que le explica los costos de los medicamentos. Como usted recibe “Ayuda Extra” (Extra Help) y no ha recibido este folleto antes del 30 de septiembre de 2018, llame a Servicios para Miembros y solicite el “LIS Rider”. Los números telefónicos de Servicio para Miembros figuran en la Sección 6.1 de este folleto.

Existen cuatro “etapas de pago de medicamentos”. El importe que usted paga por un medicamento de la Parte D depende de la etapa de pago de medicamentos en que se encuentra usted. (Puede consultar el Capítulo 6, Sección 2 de su *Evidencia de Cobertura* para obtener más información sobre las etapas).

La información que aparece a continuación muestra los cambios para el año próximo que se producirán en las primeras dos etapas: la Etapa de Deducible Anual y la Etapa de Cobertura Inicial. (La mayoría de los miembros no alcanzan las otras dos etapas: la Etapa Sin Cobertura o la Etapa de Cobertura en caso de Catástrofe. Para obtener información sobre sus costos en estas etapas, consulte el *Resumen de Beneficios* o el Capítulo 6, las Secciones 6 y 7, en la *Evidencia de Cobertura*).

**Cambios en la Etapa de Deducible**

Etapa	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<b>Etapa 1: Etapa de deducible anual</b>	Debido a que no existe deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.	Debido a que no existe deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.

**Cambios en su distribución de costos en la Etapa de Cobertura Inicial**

Para obtener información sobre cómo funcionan los copagos y coseguros, consulte el Capítulo 6, Sección 1.2, *Tipos de costos de gastos de bolsillo que puede pagar por medicamentos cubiertos en su Evidencia de Cobertura*.

Etapa	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<p><b>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</b></p>	<p>Su costo por un suministro de un mes abastecido en una farmacia de la red con distribución de costos estándar:</p>	<p>Su costo por un suministro de un mes abastecido en una farmacia de la red con distribución de costos estándar:</p>
<p>Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde sobre el costo de sus medicamentos y <b>usted paga su parte del costo.</b></p>	<p><b>Medicamentos genéricos preferidos:</b></p>	<p><b>Medicamentos genéricos preferidos:</b></p>
<p>Los costos en esta fila son para un suministro de un mes (30 días) cuando abastece su receta en una farmacia de la red que ofrece distribución de costos estándar.</p>	<p>Usted paga <b>\$0.00 a \$3.35</b> por receta; o <b>15%</b> del costo total</p>	<p>Usted paga <b>\$0.00 a \$3.40</b> por receta</p>
<p>Para obtener más información sobre los costos de un suministro a largo plazo o para recetas pedidas por correo, consulte el Capítulo 6, Sección 5, en su <i>Evidencia de Cobertura</i>.</p>	<p><b>Medicamentos genéricos:</b></p>	<p><b>Medicamentos genéricos:</b></p>
	<p>Usted paga <b>\$0.00 a \$3.35</b> por receta; o <b>15%</b> del costo total</p>	<p>Usted paga <b>\$0.00 a \$3.40</b> por receta</p>
	<p><b>Medicamentos de marca preferidos:</b></p>	<p><b>Medicamentos de marca preferidos:</b></p>
	<p>Usted paga <b>\$0.00 a \$8.35</b> por receta; o <b>15%</b> del costo total</p>	<p>Usted paga <b>\$0.00 a \$8.50</b> por receta</p>
	<p><b>Medicamentos de marca no preferidos:</b></p>	<p><b>Medicamentos de marca no preferidos:</b></p>
	<p>Usted paga <b>\$0.00 a \$8.35</b> por receta; o <b>15%</b> del costo total</p>	<p>Usted paga <b>\$0.00 a \$8.50</b> por receta</p>
	<p><b>Nivel de medicamentos especiales:</b></p>	<p><b>Nivel de medicamentos especiales:</b></p>
	<p>Usted paga <b>\$0.00 a \$8.35</b> por receta; o <b>15%</b> del costo total</p>	<p>Usted paga <b>\$0.00 a \$8.50</b> por receta</p>
	<p>Una vez que haya pagado <b>\$5,000</b> de gastos de bolsillo por medicamentos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (la Etapa de cobertura en caso de catástrofe).</p>	<p>Una vez que haya pagado <b>\$5,100</b> de gastos de bolsillo por medicamentos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (la Etapa de cobertura en caso de catástrofe).</p>

## Cambios en la Etapa Sin Cobertura y la Etapa de Cobertura en caso de Catástrofe

La Etapa Sin Cobertura y la Etapa de Cobertura en caso de Catástrofe son otras dos etapas de cobertura de medicamentos destinadas a personas con altos costos en medicamentos.

**La mayoría de los miembros no alcanzan estas etapas.**

Para obtener información sobre sus costos en estas etapas, consulte el *Resumen de Beneficios* o el Capítulo 6, Secciones 6 y 7, en su *Evidencia de Cobertura*.

## SECCIÓN 2 Decisión del plan a elegir

### Sección 2.1 – Si usted desea permanecer en BlueCare Plus

**Para permanecer en nuestro plan, no debe hacer nada.** Si no se inscribe en un plan diferente o no se cambia a Original Medicare, automáticamente permanecerá inscrito en nuestro plan durante el 2019.

### Sección 2.2 – Si usted desea cambiar de plan

Esperamos que permanezca como miembro el año próximo, pero si desea cambiarse para 2019, siga estos pasos:

#### Paso 1: Infórmese sobre sus opciones y compárelas

- Puede inscribirse en un plan de salud de Medicare diferente.
- -- *O BIEN* -- Puede cambiarse a Original Medicare. Si se cambia a Original Medicare, deberá decidir si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.

Su nueva cobertura comenzará el 1.º día del mes siguiente. Si se cambia a Original Medicare, deberá decidir si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.

Para obtener más información sobre Original Medicare y los distintos tipos de planes de Medicare, lea *Medicare y Usted 2019*, llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (consulte la Sección 4) o llame a Medicare (consulte la Sección 6.2).

También puede encontrar información acerca de los planes disponibles en su área a través del Buscador de planes de Medicare en el sitio web de Medicare. Visite <https://www.medicare.gov> y haga clic en “Find health & drug plans” (Encontrar planes de salud y de medicamentos). **Allí podrá encontrar información sobre costos, cobertura y calificaciones de calidad de los planes de Medicare.**

## Paso 2: Cambie su cobertura

- Para cambiarse a **otro plan de salud de Medicare**, inscribáse en el nuevo plan. Se anulará automáticamente su inscripción en BlueCare Plus.
- Para cambiarse a **Original Medicare con un plan de medicamentos recetados**, inscribáse en el nuevo plan de medicamentos. Se anulará automáticamente su inscripción en BlueCare Plus.
- Para cambiarse a **Original Medicare sin un plan de medicamentos recetados**, debe hacer lo siguiente:
  - Envíenos por escrito una solicitud para cancelar la inscripción. Comuníquese con Servicio para Miembros si desea obtener más información sobre cómo hacerlo (los números telefónicos se encuentran en la Sección 6.1 de este folleto).
  - – *o bien* – Comuníquese con **Medicare**, llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicite que se anule su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si se cambia a Original Medicare y **no** se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado, es posible que Medicare lo inscriba en un plan de medicamentos, a menos que haya rechazado la inscripción automática.

## SECCIÓN 3 Cambio de planes

Si usted quiere cambiar a un plan diferente o a Original Medicare para el próximo año, lo puede hacer desde ahora hasta el 31 de diciembre. El cambio se hará efectivo a partir del 1.º de enero de 2019.

### ¿Existen otros periodos en el año para realizar cambios?

En determinadas situaciones, también se permiten cambios en otros periodos del año. Por ejemplo, las personas con TennCare (Medicaid), las que obtienen Ayuda Extra (Extra Help) para pagar sus medicamentos, las que tienen cobertura a través del empleador o dejarán de tenerla y las que se mudan fuera del área de servicios pueden realizar cambios en otros periodos del año. A partir de 2019, hay nuevos límites en la frecuencia en que puede cambiar de plan. Para obtener más información, consulte el Capítulo 10, la Sección 2.1, de la *Evidencia de Cobertura*.

**Nota:** A partir del 1.º de enero de 2019, si usted está en un programa de administración de medicamentos, no podrá cambiar de plan.

Si se inscribió en un Plan de Medicare Advantage para el 1.º de enero de 2019 y no está conforme con el plan que eligió, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) o a Original Medicare (con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) entre el 1.º de enero y el 31 de marzo de 2019. Para obtener más información, consulte el Capítulo 10, la Sección 2.3, de la *Evidencia de Cobertura*.

## SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y TennCare (Medicaid)

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) es un programa del gobierno con asesores capacitados en todos los estados. En Tennessee, el SHIP se denomina Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud de Tennessee.

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud de Tennessee es independiente (no está relacionado con ninguna compañía de seguros o plan de salud). Es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal para brindar asesoramiento **gratuito** sobre seguros de salud locales a personas con Medicare. El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud de Tennessee puede ayudarlo con los problemas o las preguntas que tenga sobre Medicare. También pueden ayudarlo a entender las opciones que ofrecen los planes de Medicare y responder las preguntas relacionadas con los cambios de plan. Puede llamar al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud de Tennessee al 1-877-801-0044 (número gratuito). También puede obtener más información sobre el Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud de Tennessee si visita su sitio web (<https://www.tn.gov/aging/our-programs/state-health-insurance-assistance-program--ship-.html>).

Si tiene preguntas sobre los beneficios de TennCare (Medicaid), comuníquese con TennCare (Medicaid) llamando al 1-800-758-1638 de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., todas las zonas horarias. Las oficinas están cerradas todos los feriados estatales. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-779-3103. Pregunte de qué manera inscribirse en otro plan o volver a Original Medicare afectan la cobertura que le brinda TennCare (Medicaid).

## SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados

Usted puede reunir los requisitos para obtener ayuda para pagar sus medicamentos recetados.

- **“Ayuda Extra” (Extra Help) de Medicare.** Como usted tiene TennCare (Medicaid), ya está inscrito en “Ayuda Extra” (Extra Help), lo que también se conoce como Subsidio por bajos ingresos (Low Income Subsidy, LIS). La Ayuda Extra paga algunas de las primas de sus medicamentos recetados, los deducibles anuales y el coseguro. Como usted reúne los requisitos, no tendrán una etapa sin cobertura ni multa por inscripción tardía. Si tiene preguntas sobre la “Ayuda Extra” (Extra Help), llame a los siguientes números:
  - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, pueden hacerlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y
  - a la oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, entre las 7 a. m. y las 7 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes); o
  - a la Oficina Estatal de TennCare (Medicaid) (solicitudes).

- **Asistencia de distribución de costos para medicamentos recetados de personas con VIH/SIDA.** El Programa de Asistencia con Medicamentos para SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a garantizar que las personas que viven con VIH/SIDA, y son elegibles según ADAP, tengan acceso a los medicamentos vitales para VIH. Las personas deben cumplir con ciertos criterios, entre ellos una prueba de residencia en el estado y condición de afectado por el VIH, bajos ingresos según lo definido por el estado y su condición de persona sin seguro/infra-asegurada. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también tienen la cobertura de ADAP califican para la asistencia de costo distribuido para medicamentos recetados mediante el Programa Ryan White (Programa de Asistencia con Medicamentos para SIDA de Tennessee). Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o la forma de inscribirse en el programa, llame al Programa Ryan White (Programa de Asistencia con Medicamentos para SIDA de Tennessee) al 1-615-741-7500.

## SECCIÓN 6 ¿Tiene preguntas?

### Sección 6.1 – Obtener ayuda de BlueCare Plus

¿Preguntas? Estamos aquí para ayudarlo. Llame a Servicios para Miembros al **1-800-332-5762**. (Los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Estamos disponibles para recibir llamadas desde el **1.º de octubre hasta el 31 de marzo**, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 9 p. m., hora del Este. Desde el **1.º de abril hasta el 30 de septiembre**, puede llamarnos de lunes a viernes, de 8 a. m. a 9 p. m., hora del Este. Nuestro sistema telefónico automático puede contestar su llamada fuera de este horario y durante los feriados. Las llamadas a estos números son gratuitas.

#### **Lea su *Evidencia de Cobertura* para 2019 (contiene detalles sobre los beneficios y costos para el próximo año)**

Este *Aviso Anual de Cambios* le brinda un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2019. Para obtener más detalles, consulte la *Evidencia de Cobertura* para 2019 para BlueCare Plus. La *Evidencia de Cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. En ella se explican sus derechos y las normas que debe respetar para obtener los servicios y los medicamentos recetados cubiertos. Puede acceder a una copia de la *Evidencia de Cobertura* disponible si visita nuestro sitio web en [bluecareplus.bcbst.com](http://bluecareplus.bcbst.com) o si llama a Servicios para Miembros y solicita que le enviemos por correo la *Evidencia de Cobertura*.

#### **Visite nuestro sitio web**

También puede visitar nuestro sitio web en [bluecareplus.bcbst.com](http://bluecareplus.bcbst.com). Recuerde que nuestro sitio web tiene la información más actualizada acerca de nuestra red de proveedores (Directorio de proveedores) y nuestra lista de medicamentos cubiertos (Formulario/Lista de medicamentos).

---

## Sección 6.2 – Obtener ayuda de Medicare

---

Para obtener información de Medicare en forma directa:

### **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 (<https://www.medicare.gov>). Contiene información sobre costos, cobertura y calificaciones de calidad, que lo ayudarán a comparar los planes de salud de Medicare. Puede encontrar información acerca de los planes disponibles en su área a través del Buscador de planes de Medicare en el sitio web de Medicare. (Para obtener información sobre los planes, visite <https://www.medicare.gov> y haga clic en “Find health & drug plans” [Encontrar planes de salud y de medicamentos]).

### **Lea *Medicare y usted 2019***

Puede leer el manual *Medicare y Usted 2019*. Todos los años en otoño, se envía este folleto a las personas con Medicare. Este contiene un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare, y respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Si usted no tiene una copia de este folleto, puede obtener una en el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov>) o solicitarla 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.

---

## Sección 6.3 – Obtener ayuda de TennCare (Medicaid)

---

Para obtener información de TennCare (Medicaid), puede llamar a TennCare (Medicaid) al 1-866-311-4287. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-779-3103.

## Aviso contra la discriminación

BlueCross BlueShield of Tennessee (BlueCross), y sus licenciatarios Security Care, Inc. Y Volunteer State Health Plan, Inc. (Plan de salud estatal voluntario), quienes también operan comercialmente como BlueCare Tennessee, cumplen con las leyes federales de derechos civiles y no discriminan en cuanto a raza, color de piel, nacionalidad, edad, discapacidad u orientación sexual. BlueCross no excluye ni hace diferencias entre las personas por su raza, color de piel, nacionalidad, edad, discapacidad ni orientación sexual.

BlueCross:

- Brinda ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidad para que puedan comunicarse eficazmente con nosotros, como: (1) intérpretes calificados y (2) información escrita en otros formatos, tales como letra de imprenta grande, en audio y formatos electrónicos accesibles.
- Brinda servicios gratuitos de idiomas para personas cuya lengua materna no es el inglés, como: (1) intérpretes calificados e (2) información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, comuníquese con Servicios para Miembros, llamando al número que figura en el reverso de su tarjeta de identificación de miembro o llame al 1-800-332-5762 (TTY: 711). Desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, puede llamarnos los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 9 p. m., hora del Este. Desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes, de 8 a. m. a 9 p. m., hora del Este. Nuestro sistema telefónico automático puede contestar su llamada fuera de este horario y durante los feriados.

Si cree que BlueCross no le ha brindado estos servicios o usted ha sido discriminado de alguna manera por su raza, color de piel, nacionalidad, edad, discapacidad u orientación sexual, puede presentar una queja (“Queja por Discriminación”). Para obtener ayuda con la preparación y la presentación de su Queja Contra la Discriminación, comuníquese con Servicios para Miembros, llamando al número que figura en el reverso de su tarjeta de identificación de miembro o llame al 1-800-332-5762 (TTY: 711). Estos pueden suministrarle el formulario apropiado para utilizar al enviar una queja por discriminación. Puede presentar una queja por discriminación personalmente, o bien, por correo postal, fax o correo electrónico. Envíe su queja por discriminación a la siguiente dirección: Nondiscrimination Compliance Coordinator; c/o Manager, Operations, Member Benefits Administration; 1 Cameron Hill Circle, Suite 0019, Chattanooga, TN 37402-0019; (423) 591-9208 (fax); Nondiscrimination\_OfficeGM@bcbst.com (correo electrónico).

También puede presentar un reclamo por derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., Oficina de Derechos Civiles, de forma electrónica a través del Portal de Reclamos de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o teléfono: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD), de 8:30 a. m. a 8 p. m. hora del Este. Los formularios de quejas están disponibles en: <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

## Servicios en varios idiomas

**ATENCIÓN:** si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-332-5762 (TTY: 711).

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوفر لك بالمجان. اتصل برقم 1-800-332-5762 (TTY:711).

**注意:** 如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-332-5762 (TTY:711)。

**CHÚ Ý:** Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-800-332-5762 (TTY:711).

**주의:** 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-332-5762 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

**ATTENTION :** Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-332-5762 (ATS : 711).

**ເອົາໃຈໃສ່:** ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາແມ່ນມີໃຫ້ທ່ານໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ. ໂທ 1-800-332-5762 (TTY: 711).

**ማስታወሻ:** የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያገለግሉት ተዘጋጅተዋል። ወደ ሚክተለው ቁጥር ይደውሉ 1-800-332-5762 (መስማት ለተሳናቸው: 711)።

**ACHTUNG:** Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-800-332-5762 (TTY: 711).

**સૂચના:** જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાયતા સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 1-800-332-5762 (TTY: 711)

**注意事項:** 日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。800-332-5762 (TTY:711) まで、お電話にてご連絡ください。

**PAUNAWA:** Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-332-5762 (TTY:711).

**ध्यान दें:** यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-800-332-5762 (TTY: 711) पर कॉल करें।

**ВНИМАНИЕ:** Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-332-5762 (телетайп: 711).

توجه: اگر به زبان فارسی صحبت می کنید خدمات زبان و ترجمه به صورت رایگان برایتان فراهم می گردد. با 1-800-332-5762 (TTY:711) تماس بگیرید.

**ATANSYON:** Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-800-332-5762 (TTY: 711).

**UWAGA:** Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-800-332-5762 (TTY: 711).

**ATENÇÃO:** se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos grátis. Ligue para 1-800-332-5762 (TTY: 711).

**ATTENZIONE:** In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-800-332-5762 (TTY: 711).

**Díí baa akó nínízin:** Díí saad bee yánílti'go Diné Bizaad, saad bee áká'ánída'áwo'déé', t'áá jiik'eh, éí ná hólq, kojí' hódíílnih 1-800-332-5762 (TTY: 711).