

# Blue Shield Promise TotalDual Plan (HMO D-SNP) ofrecido por Blue Shield of California Promise Health Plan

## Aviso anual de cambios para 2020

En la actualidad, está inscrito como miembro de Blue Shield Promise TotalDual Plan. El próximo año, se aplicarán algunos cambios en los costos y beneficios del plan. *Este documento describe los cambios.*

---

### Qué debe hacer ahora

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

- Verifique los cambios en nuestros beneficios y costos para saber si lo afectan a usted.
  - Es importante que revise ahora su cobertura para asegurarse de que satisfaga sus necesidades el próximo año.
  - ¿Estos cambios afectan los servicios que usted utiliza?
  - Consulte las Secciones 1.1 y 1.5 para obtener información acerca de los cambios en los beneficios y costos de nuestro plan.
- Verifique los cambios en el folleto respecto de nuestra cobertura para medicamentos recetados para saber si lo afectan a usted.
  - ¿Estarán cubiertos sus medicamentos?
  - ¿Sus medicamentos están en un nivel diferente, con un costo compartido diferente?
  - ¿Alguno de sus medicamentos tiene restricciones nuevas, como necesitar nuestra aprobación antes de obtener su medicamento recetado?
  - ¿Puede seguir utilizando las mismas farmacias? ¿Hay cambios respecto de la utilización de esta farmacia?
  - Revise la Lista de medicamentos para 2020 y consulte la Sección 1.6 para obtener información sobre los cambios en nuestra cobertura para medicamentos.
  - Los costos de sus medicamentos pueden haber aumentado desde el año pasado. Consulte con su médico sobre alternativas menos costosas que puedan estar disponibles para usted; esto puede ayudarle a ahorrar en costos anuales de su bolsillo durante el año. Para obtener información adicional sobre los precios de los medicamentos, visite <https://go.medicare.gov/drugprices>. Estos tableros destacan qué fabricantes han aumentado sus precios y también muestran otra información sobre los precios de los medicamentos de un año a otro. Recuerde que los beneficios de su plan determinarán exactamente cuánto pueden cambiar los costos de sus medicamentos.

Verifique si sus médicos y otros proveedores se encontrarán en nuestra red de servicios el próximo año.

- ¿Sus médicos, incluidos los especialistas a los que consulta habitualmente, están en nuestra red?
- ¿Qué ocurre con los hospitales u otros proveedores que usted utiliza?
- Consulte la Sección 1.3 para obtener información acerca de nuestro Directorio de proveedores.

Piense acerca de los costos generales de atención médica.

- ¿Cuánto dinero pagará de su bolsillo por los servicios y los medicamentos recetados que utiliza habitualmente?
- ¿Cuánto dinero gastará en las primas y en los deducibles?
- ¿Qué diferencias hay entre los costos totales del plan y otras opciones de cobertura de Medicare?

Piense si se encuentra satisfecho con nuestro plan.

## 2. **COMPARAR:** Obtenga información sobre otras opciones de plan

Verifique la cobertura y los costos de los planes en su área.

- Utilice la función de búsqueda personalizada en Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare) disponible en la página web <https://www.medicare.gov>. Haga clic en “Find health & drug plans” (Buscar planes de salud y medicamentos).
- Revise la lista impresa en la portada posterior de su manual Medicare & You (Medicare y usted).
- Consulte la Sección 2.2 para obtener más información acerca de las opciones a su disposición.

Una vez que haya reducido sus opciones a un plan preferido, confirme los costos y la cobertura en la página web del plan.

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

- Si desea **conservar** Blue Shield Promise TotalDual Plan, no necesita hacer nada. Usted permanecerá en Blue Shield Promise TotalDual Plan.
- Si desea **cambiar a un plan diferente** que podría satisfacer mejor sus necesidades, puede cambiar de plan desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre. Consulte la Sección 2.2, página 14, para obtener más información acerca de las opciones a su disposición.

## 4. **INSCRIBIRSE:** Para cambiar de plan, inscríbese en un plan entre el **15 de octubre** y el **7 de diciembre de 2019**

- Si no se inscribe en otro plan hasta el **7 de diciembre de 2019**, permanecerá en Blue Shield Promise TotalDual Plan.

- Si se inscribe en otro plan entre el **15 de octubre y el 7 de diciembre de 2019**, su nueva cobertura comenzará el **1 de enero de 2020**.

## Recursos adicionales

- Este documento se encuentra disponible de manera gratuita en inglés y español.
- Para obtener más información, llame a nuestro Departamento de Servicios para los miembros al 1-800-544-0088. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes, desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre.
- El Departamento de Servicios para los miembros también ofrece servicios gratuitos de intérpretes para las personas que no hablan inglés.
- This information is available for free in other languages. Please contact Member Services: 1-800-544-0088 (TTY users should call 711.) Hours are 8:00 a.m. to 8:00 p.m., seven days a week, from Oct. 1st – Mar. 31st and 8:00 a.m. – 8:00 p.m. weekdays, from Apr. 1st – Sept. 30th. Member Services also has free language interpreter services available for non-English speakers.
- 本資訊可免費提供其他語言版本，請撥打1-800-544-0088（聽障和語障專線：711），服務時間為10月1日至明年3月31日，早上8點至晚上8點，每週七天；4月1日至9月30日，早上8點至晚上8點，週一至週五。
- 會員服務部還為不說英語的人士提供免費的翻譯服務
- Puede obtener esta información de manera gratuita en otros formatos, como letra grande, braille o audio.
- **La cobertura de este plan califica como cobertura médica calificada (QHC)** y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA). Visite la página web del Servicio de Impuestos Internos (IRS) en <https://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families> para obtener más información.

## Acerca de Blue Shield Promise TotalDual Plan

- Blue Shield of California Promise Health Plan es un plan HMO y HMO D-SNP que tiene un contrato con Medicare: El plan también tiene un acuerdo por escrito con el programa Medi-Cal de California (Medicaid) para coordinar sus beneficios de Medicaid.
- Cuando este documento dice “nosotros”, “nos” o “nuestro/a”, hace referencia a Blue Shield of California Promise Health Plan. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a Blue Shield Promise TotalDual Plan.

## Resumen de costos importantes para 2020

La siguiente tabla compara los costos de 2019 y 2020 para Blue Shield Promise TotalDual Plan en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los cambios.** En nuestra página web, [www.blueshieldca.com/promise/medicare](http://www.blueshieldca.com/promise/medicare), puede encontrar una copia de la *Evidencia de cobertura*. También puede llamar al Departamento de Servicios para los Miembros para solicitarnos que le enviemos por correo una *Evidencia de cobertura*.

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
<b>Prima mensual del plan*</b>	\$34.80	\$32.00
* Su prima puede ser superior o inferior a este monto. Consulte la Sección 2.1 para obtener más detalles.		
<b>Visitas al consultorio del médico</b>	Visitas al médico de atención primaria: Copago de \$0 por visita  Visitas a especialistas: Copago de \$0 por visita	Visitas al médico de atención primaria: Copago de \$0 por visita  Visitas a especialistas: copago de \$0 por visita

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
<p><b>Hospitalizaciones</b> Incluye cuidados agudos, rehabilitación para pacientes hospitalizados, servicios hospitalarios de atención a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados. La atención para pacientes hospitalizados comienza el día en que formalmente ingresa al hospital con una orden del médico. El día antes de recibir el alta es su último día como paciente hospitalizado.</p>	<p>Días 1 a 60: Deducible de \$1,364</p> <p>Días 61 a 90: \$341 por día</p> <p>Días 91 a 150: Copago de \$682 por día de reserva de por vida (hasta 60 días de por vida)</p> <p>Si es elegible para la asistencia con los costos compartidos de Medicare conforme a Medi-Cal (Medicaid), usted paga \$0.</p>	<p>Días 1 a 60: Deducible de \$1,364</p> <p>Días 61 a 90: \$341 por día</p> <p>Días 91 a 150: Copago de \$682 por día de reserva de por vida (hasta 60 días de por vida)</p> <p><b>Estos son los montos de costo compartido para 2019 y pueden cambiar para 2020. Blue Shield Promise TotalDual Plan proporcionará tarifas actualizadas apenas se publiquen.</b></p> <p>Si es elegible para la asistencia con los costos compartidos de Medicare conforme a Medi-Cal (Medicaid), usted paga \$0.</p>

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
<p><b>Cobertura para medicamentos recetados de la Parte D</b> (Consulte la Sección 1.6 para obtener más detalles).</p>	<p>Deducible: \$415</p> <p>Copagos/coseguros durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos de Nivel 1: Copago de \$0 a \$3.40 o coseguro del 15 % o 25 %</li> <li>• Medicamentos de Nivel 2: Copago de \$0 a \$3.40 o coseguro del 15 % o 25 %</li> <li>• Medicamentos de Nivel 3: Copago de \$0 a \$8.50 o coseguro del 15 % o 25 %</li> <li>• Medicamentos de Nivel 4: Copago de \$0 a \$8.50 o coseguro del 15 % o 25 %</li> <li>• Medicamentos de Nivel 5: Copago de \$0 a \$8.50 o coseguro del 15 % o 25 %</li> </ul>	<p>Deducible: \$435</p> <p>Copagos/coseguros durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos de Nivel 1: Copago de \$0</li> <li>• Medicamentos de Nivel 2: Coseguro del 25 %.</li> <li>• Medicamentos de Nivel 3: Coseguro del 25 %.</li> <li>• Medicamentos de Nivel 4: Coseguro del 25 %.</li> <li>• Medicamentos de Nivel 5: Coseguro del 25 %.</li> </ul>
<p><b>Monto máximo que paga de su bolsillo</b> Este es el monto <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 1.2 para obtener más detalles).</p>	<p style="text-align: center;">\$6,700</p> <p>Si es elegible para la asistencia con los costos compartidos de Medicare conforme a Medi-Cal (Medicaid), no tendrá que pagar ningún costo de su bolsillo que se tenga en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p>	<p style="text-align: center;">\$6,700</p> <p>Si es elegible para la asistencia con los costos compartidos de Medicare conforme a Medi-Cal (Medicaid), no tendrá que pagar ningún costo de su bolsillo que se tenga en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p>

## **Aviso anual de cambios para 2020**

### **Índice**

<b>Resumen de costos importantes para 2020 .....</b>		<b>1</b>
<b>SECCIÓN 1</b>	<b>Cambios en los beneficios y costos de Medicare para el próximo año .....</b>	<b>5</b>
Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual .....		5
Sección 1.2 – Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo .....		6
Sección 1.3 – Cambios en la red de proveedores.....		6
Sección 1.4 – Cambios en la red de farmacias.....		7
Sección 1.5 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos.....		7
Sección 1.6 – Cambios en la cobertura para medicamentos recetados 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 permanecer en Blue Shield Promise TotalDual Plan .....		14
Sección 3.2 – Si desea cambiar de plan .....		15
<b>SECCIÓN 4</b>	<b>Cambio de plan.....</b>	<b>16</b>
<b>SECCIÓN 5</b>	<b>Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medi-Cal (Medicaid) .....</b>	<b>16</b>
<b>SECCIÓN 6</b>	<b>Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados .....</b>	<b>17</b>
<b>SECCIÓN 7</b>	<b>Preguntas.....</b>	<b>18</b>
Sección 7.1 – Cómo recibir ayuda de Blue Shield Promise TotalDual Plan .....		18
Sección 7.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare .....		18
Sección 7.3 – Cómo recibir ayuda de Medi-Cal (Medicaid) .....		19

**SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos de Medicare para el próximo año****Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual**

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
<b>Prima mensual</b> (Además, debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare, a menos que la pague Medi-Cal [Medicaid]).	\$34.80	\$32.00



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

Para protegerlo, Medicare exige que todos los planes de salud limiten el monto que usted paga “de su bolsillo” durante el año. Este límite se denomina el “monto máximo que paga de su bolsillo”. Una vez que alcanza este monto, por lo general, no paga nada por los servicios cubiertos de las Partes A y B por el resto del año.

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
<b>Monto máximo que paga de su bolsillo</b>	\$6,700	\$6,700
<p><b>Debido a que nuestros miembros también obtienen asistencia de Medi-Cal (Medicaid), muy pocos alcanzan el monto máximo que pagan de su bolsillo.</b> Si es elegible para la asistencia de Medicaid con los copagos de la Parte A y la Parte B, no tendrá que pagar ningún costo de su bolsillo que se tenga en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p> <p>Los costos de los servicios médicos cubiertos (como los copagos) se consideran para el monto máximo que paga de su bolsillo. Su prima del plan y sus costos para medicamentos recetados no se consideran para el monto máximo que paga de su bolsillo.</p>		<p>Una vez que haya pagado \$6,700 de su bolsillo por servicios cubiertos de las Partes A y B, no pagará nada por sus servicios de la Parte A y la Parte B por el resto del año calendario.</p>

## Sección 1.3 – Cambios en la red de proveedores

Hemos cambiado nuestra red de proveedores para el próximo año. En nuestra página web [www.blueshieldca.com/promise/medicare](http://www.blueshieldca.com/promise/medicare), se encuentra disponible un Directorio de proveedores actualizado. También puede llamar al Departamento de Servicios para los miembros para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitarnos que le enviemos un Directorio de proveedores. **Revise el Directorio de proveedores de 2019 para verificar si sus proveedores (médico de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) se encuentran en nuestra red.**

Es importante que sepa que, durante el año, es posible que realicemos cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que son parte de su plan. Existen varias razones por las

cuales su proveedor puede dejar de estar en su plan, pero si su médico o especialista deja de estar en su plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Aunque los proveedores de nuestra red puedan cambiar durante el año, debemos proporcionarle acceso ininterrumpido a médicos y especialistas que cumplan con los requisitos.
- Realizaremos nuestro mayor esfuerzo para enviarle un aviso en el cual se le explicará que su proveedor dejará el plan con, al menos, 30 días de anticipación, para que tenga tiempo de elegir un proveedor nuevo.
- Le ayudaremos a elegir un nuevo proveedor que cumpla con los requisitos para que continúe administrando sus necesidades de atención médica.
- Si está realizando un tratamiento médico, tiene derecho a solicitar, y trabajaremos con usted para garantizarlo, que no se interrumpa el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor que cumple con los requisitos para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no está siendo administrada de manera apropiada, tiene derecho a presentar una apelación de nuestra decisión.
- Si se entera de que su médico o especialista dejará el plan, póngase en contacto con nosotros para que podamos ayudarle a encontrar un nuevo proveedor 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 tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, los medicamentos recetados están cubiertos *solo* si se obtienen en una de nuestras farmacias de la red.

Hemos cambiado nuestra red de servicios de farmacias para el próximo año. En nuestra página web [www.blueshieldca.com/promise/medicare](http://www.blueshieldca.com/promise/medicare), se encuentra disponible un Directorio de farmacias actualizado. También puede llamar al Departamento de Servicios para los miembros para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitarnos que le enviemos un Directorio de farmacias. **Revise el Directorio de farmacias de 2020 para verificar 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* le informa sobre los cambios en sus beneficios y costos de Medicare.

Estamos cambiando nuestra cobertura del próximo año para ciertos servicios médicos. La siguiente información describe estos cambios. Para obtener más detalles sobre la cobertura y los costos de estos servicios, consulte el Capítulo 4, *Tabla de beneficios (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)*, en su *Evidencia de cobertura de 2020*. En nuestra página web, [www.blueshieldca.com/promise/medicare](http://www.blueshieldca.com/promise/medicare), puede encontrar una copia de la *Evidencia de cobertura*. También puede llamar al Departamento de Servicios para los Miembros para solicitarnos que le enviemos por correo una *Evidencia de cobertura*.

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
<b>Acupuntura</b>	Usted paga un copago de \$0 por visita (hasta 15 visitas por año).	Usted paga un copago de \$0 por visita (hasta 24 visitas por año).
<b>Equipo médico duradero – Glucómetros</b>	Usted paga el 20 % del costo total.	Usted paga un copago de \$0 por los glucómetros FreeStyle®.  Usted paga el 20 % del costo total por los glucómetros de todos los demás fabricantes.
<b>Servicios auditivos</b>	Usted paga un copago de \$0 para hasta 2 audífonos por año con un límite de <b>\$1,500</b> por año.	Usted paga un copago de \$0 para hasta 2 audífonos por año con un límite de <b>\$2,000</b> por año.
<b>Hospitalizaciones</b>	Usted paga un deducible de \$1,364 para los días 1 a 60.  Usted paga \$341 por día para los días 61 a 90.  Usted paga un copago de \$682 por día de reserva de por vida (hasta 60 días de por vida) para los días 91 a 150.	Usted paga un deducible de \$1,364 para los días 1 a 60.  Usted paga \$341 por día para los días 61 a 90.  Usted paga un copago de \$682 por día de reserva de por vida (hasta 60 días de por vida) para los días 91 a 150.  Estos son los montos de costo compartido para 2019 y pueden cambiar para 2020. Blue Shield Promise TotalDual Plan proporcionará tarifas actualizadas apenas se publiquen.

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
<b>Atención de salud mental para pacientes hospitalizados</b>	<p>Usted paga un deducible de \$1,364 para los días 1 a 60.</p> <p>Usted paga un copago de \$341 por día para los días 61 a 90.</p> <p>Usted paga un copago de \$682 por día de reserva de por vida (hasta 60 días de por vida) para los días 91 a 150.</p>	<p>Usted paga un deducible de \$1,364 para los días 1 a 60.</p> <p>Usted paga un copago de \$341 por día para los días 61 a 90.</p> <p>Usted paga un copago de \$682 por día de reserva de por vida (hasta 60 días de por vida) para los días 91 a 150.</p> <p>Estos son los montos de costo compartido para 2019 y pueden cambiar para 2020. Blue Shield Promise TotalDual Plan proporcionará tarifas actualizadas apenas se publiquen.</p>
<b>Servicios del programa de tratamiento con opioides</b>	Los servicios del programa de tratamiento con opioides <u>no</u> están cubiertos.	Usted paga un copago de \$0 por visita.
<b>Productos de venta libre (OTC)</b>	Usted tiene derecho a una asignación trimestral de \$170 para medicamentos y suministros OTC.	Usted tiene derecho a una asignación trimestral de \$160 para medicamentos y suministros OTC.
<b>Sistema de respuesta personal ante emergencias (PERS)</b>	El sistema de respuesta personal ante emergencias (PERS) <u>no</u> está cubierto.	Usted paga un copago de \$0.
<b>Servicios de médicos/profesionales</b>	Los servicios adicionales de telesalud <u>no</u> están cubiertos.	Usted paga un copago de \$0 por visita.
<b>Servicios adicionales de Telesalud para servicios de médicos de atención primaria (Teladoc)</b>		

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
<b>Atención en un centro de atención de enfermería especializada (SNF)</b>	<p>Usted paga un copago de \$0 por día para los días 1 a 20.</p> <p>Usted paga un copago de \$170.50 por día para los días 21 a 100.</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 por día para los días 1 a 20.</p> <p>Usted paga un copago de \$170.50 por día para los días 21 a 100.</p> <p>Estos son los montos de costo compartido para 2019 y pueden cambiar para 2020. Blue Shield Promise TotalDual Plan proporcionará tarifas actualizadas apenas se publiquen.</p>

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

### Cambios en nuestra lista de medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se denomina Formulario o “Lista de medicamentos”. Se proporciona una copia de nuestra Lista de medicamentos de manera 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 alguna restricción.**

Si un cambio en la cobertura para medicamentos lo afecta a usted, puede hacer lo siguiente:

- **Trabajar con su médico (u otra persona autorizada a dar recetas) y solicitarle al plan que 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 de cobertura, apelaciones, reclamos])* o llame al Departamento de Servicios para los Miembros.
- **Hablar con su médico (o persona autorizada a dar recetas) para encontrar otro medicamento** que cubramos. Puede llamar al Departamento de Servicios para los Miembros y pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección médica.

Para los miembros actuales cuyo medicamento ya no esté cubierto en el Formulario, Blue Shield of California Promise Health Plan cubrirá un suministro de transición del medicamento para 30 días si el miembro ha obtenido una repetición del surtido en los últimos 120 días. Los medicamentos que ya no estén en el formulario debido a que se encuentra disponible una versión genérica no cumplen con los requisitos para un suministro de transición.

Los miembros que reciban medicamentos como resultado de una excepción aprobada al Formulario reciben una carta en la que se les informa cuándo vence la excepción. En la fecha de vencimiento de la excepción, Blue Shield of California Promise Health Plan evaluará si se puede conceder una extensión. Si se concede una extensión, el miembro recibirá una notificación acerca de la nueva fecha de vencimiento. Si no se concede una extensión, seguirá vigente la fecha de vencimiento original. Revise la notificación sobre la excepción al Formulario que le envió Blue Shield of California Promise Health Plan.

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

Cuando realizamos estos cambios en la Lista de medicamentos durante el año, aún puede trabajar con su médico (o con otra persona autorizada a dar recetas) y solicitarnos que hagamos una excepción para cubrir el medicamento. También continuaremos actualizando nuestra Lista de medicamentos en línea según lo programado y proporcionaremos otra información requerida para reflejar los cambios en los medicamentos. (Para obtener más información sobre los cambios que podemos hacer en la Lista de medicamentos, consulte la Sección 6 del Capítulo 5 de la Evidencia de cobertura).

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

*Nota:* si participa en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda adicional”), **es posible que la información sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D no se aplique a usted.** Le enviamos 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 recetados), 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 los costos de sus medicamentos. Si recibe “Ayuda adicional” y no recibió este inserto antes del 30 de septiembre de 2019, póngase en contacto con el Departamento de Servicios para los Miembros y solicite la “Cláusula adicional LIS”. En la Sección 6.1 de este folleto, encontrará los números de teléfono del Departamento de Servicios para los miembros.

Existen cuatro “etapas de pago de los medicamentos”. Lo que pague por un medicamento de la Parte D depende de la etapa de pago de los medicamentos en la que se encuentre. (Para obtener más información sobre las etapas, puede consultar la Sección 2 del Capítulo 6 de su *Evidencia de cobertura*).

La siguiente información describe los cambios para el próximo año en las dos primeras etapas: la Etapa del deducible anual y la Etapa de cobertura inicial. (La mayoría de los miembros no llega a las otras dos etapas: la Etapa del período sin cobertura o la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas. Para obtener información sobre los costos en estas etapas, consulte su *Resumen de beneficios* o las Secciones 6 y 7 del Capítulo 6 de la *Evidencia de cobertura*).

### Cambios en la Etapa del deducible

Etapa	2019 (este año)	2020 (próximo año)
<p><b>Etapa 1: Etapa del deducible anual</b></p> <p>Durante esta etapa, <b>usted paga el costo total</b> de sus medicamentos de la Parte D hasta haber alcanzado el deducible anual.</p>	<p>El deducible es de \$415.</p> <p>Durante esta etapa, usted paga el costo total de los medicamentos hasta que haya alcanzado el deducible anual.</p> <p>El monto del deducible es de \$0, \$85 o \$415, según el nivel de “Ayuda adicional” que reciba. (Consulte el inserto separado, “Cláusula adicional LIS”, para obtener el monto de su deducible).</p>	<p>El deducible es de \$435.</p> <p>Durante esta etapa, usted paga el costo total de los medicamentos hasta que haya alcanzado el deducible anual.</p> <p>El monto del deducible es de \$0, \$89 o \$435, según el nivel de “Ayuda adicional” que reciba. (Consulte el inserto separado, “Cláusula adicional LIS”, para obtener el monto de su deducible).</p>

### Cambios en sus costos compartidos en la Etapa de cobertura inicial

Para los medicamentos del Nivel 1, su costo compartido en la etapa de cobertura inicial cambia de coseguro a copago. Consulte la siguiente tabla para ver los cambios de 2019 a 2020.

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

Etapa	2019 (este año)	2020 (próximo año)
<p><b>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</b></p> <p>Una vez que paga el deducible anual, pasa a la Etapa de cobertura inicial. Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de los medicamentos y <b>usted paga su parte del costo.</b></p> <p>Para 2019, usted pagó un copago de \$0 a \$3.40 o un coseguro del 15 % al 25 % por los medicamentos del Nivel 1. Para 2020, usted pagará un copago de \$0 por los medicamentos de este nivel.</p> <p>Los costos en esta fila son para un suministro para un mes (30 días) cuando obtiene sus medicamentos recetados en una farmacia de la red que ofrece un costo compartido estándar. Para obtener información sobre los costos: de un suministro a largo plazo o los medicamentos recetados para pedido por correo, consulte la Sección 5 del Capítulo 6 de la <i>Evidencia de cobertura.</i></p> <p>Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos de la Lista de medicamentos. Para saber si sus medicamentos han pasado a un nivel diferente, búselos en la Lista de medicamentos.</p>	<p>El costo de un suministro para un mes obtenido en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p><b>Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos):</b> \$0 a \$3.40 por medicamento recetado, o el 15 % o 25 % del costo total</p> <p><b>Nivel 2 (medicamentos genéricos):</b> Usted paga de \$0 a \$3.40 por receta, o el 15 % o 25 % del costo total.</p> <p><b>Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos):</b> Usted paga de \$0 a \$8.50 por receta, o el 15 % o 25 % del costo total.</p> <p><b>Nivel 4 (medicamentos no preferidos):</b> Usted paga de \$0 a \$8.50 por receta, o el 15 % o 25 % del costo total.</p> <p><b>Nivel 5 (medicamentos especializados):</b> Usted paga de \$0 a \$8.50 por medicamento recetado, o el 15 % o 25 % del costo total.</p> <p>Una vez que los costos totales de los medicamentos alcancen los \$3,820, pasará a la siguiente etapa (Etapa del período sin cobertura).</p>	<p>El costo de un suministro para un mes obtenido en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p><b>Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos):</b> \$0 por medicamento recetado</p> <p><b>Nivel 2 (medicamentos genéricos):</b> Usted paga el 25 % del costo total.</p> <p><b>Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos):</b> Usted paga el 25 % del costo total.</p> <p><b>Nivel 4 (medicamentos no preferidos):</b> Usted paga el 25 % del costo total.</p> <p><b>Nivel 5 (medicamentos especializados):</b> Usted paga el 25 % del costo total.</p> <p>Una vez que los costos totales de los medicamentos alcancen los \$4,020, pasará a la siguiente etapa (Etapa del período sin cobertura).</p>



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

La Etapa del período sin cobertura y la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas son las otras dos etapas de cobertura de medicamentos para las personas que tienen costos de medicamentos elevados. **La mayoría de los miembros no llegan a estas etapas.**

Para obtener información sobre los costos en estas etapas, consulte su *Resumen de beneficios* o las Secciones 6 y 7 del Capítulo 6 de su *Evidencia de cobertura*.

## SECCIÓN 2 Cambios administrativos

Proceso	2019 (este año)	2020 (próximo año)
<b>Cambio del nombre del procesador de reclamos de farmacia</b>	DST Pharmacy Solutions	SS&C Health Solutions
<b>Cambio de dirección de la organización para la mejora de la calidad (QIO)</b>	Livanta BFCC-QIO Program, Area 5 9898 Junction Drive, Suite 10 Annapolis Junction, MD 20701	Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
<b>Cambio de proveedor de productos de venta libre (OTC)</b>	Convey Health Solutions  1-800-355-7913, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. (hora del Pacífico)	OTC Health Solutions 1-888-628-2770 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 5:00 p. m. (hora del Pacífico)

## SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir

### Sección 3.1 – Si desea permanecer en Blue Shield Promise TotalDual Plan

**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, automáticamente seguirá inscrito como miembro de nuestro plan para el año 2020.

---

## Sección 3.2 – Si desea cambiar de plan

---

Esperamos que continúe siendo miembro de nuestro plan el próximo año, pero si desea cambiar para 2020, 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 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 diferentes tipos de planes de Medicare, consulte el manual *Medicare & You 2020* (Medicare y usted 2020), llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (consulte la Sección 5) o llame a Medicare (consulte la Sección 7.2).

También puede encontrar información sobre los planes de su área mediante el Buscador de planes de Medicare disponible en página web de Medicare. Visite <https://www.medicare.gov> y haga clic en “Find health & drug plans” (Buscar planes de salud y medicamentos). **Aquí puede encontrar información sobre costos, cobertura y calificaciones de la calidad de los planes de Medicare.**

Como recordatorio, Blue Shield of California Promise Health Plan ofrece otros planes de salud de *Medicare*. Estos otros planes pueden diferir en la cobertura, las primas mensuales y los costos compartidos.

### Paso 2: cambie su cobertura

- Para cambiar a un **plan de salud de Medicare diferente**, inscríbase en un plan nuevo. Su inscripción en Blue Shield Promise TotalDual Plan se cancelará automáticamente.
- Para **cambiar a Original Medicare con un plan de medicamentos recetados**, inscríbase en el plan de medicamentos nuevo. Su inscripción en Blue Shield Promise TotalDual Plan se cancelará automáticamente.
- Para **cambiar a Original Medicare sin un plan de medicamentos recetados**, tiene las siguientes posibilidades:
  - Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Si necesita más información sobre cómo hacerlo, póngase en contacto con el Departamento de Servicios para los Miembros (en la Sección 7.1 de este documento, encontrará los números de teléfono).

- *O bien* póngase en contacto con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana, y pida que cancelen 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, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar de la inscripción automática.

## SECCIÓN 4 Cambio de plan

Si desea cambiar a un plan diferente o a Original Medicare para el próximo año, puede hacerlo desde ahora hasta el 7 de diciembre. El cambio entrará en vigencia el 1 de enero de 2020.

### ¿Puedo realizar un cambio en otro momento del año?

En ciertas situaciones, también se permite realizar cambios en otros momentos del año. Por ejemplo, las personas que tienen Medi-Cal (Medicaid), aquellos que reciben “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos, aquellos que tienen o abandonan la cobertura del empleador y las personas que se trasladan fuera del área de servicios es posible que realicen un cambio en otros momentos del año.

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2020 y no está satisfecho con su opción de plan, puede cambiar a otro plan de salud de Medicare (ya sea con o sin cobertura para medicamentos recetados de Medicare) o cambiar a Original Medicare (ya sea con o sin cobertura para medicamentos recetados de Medicare) desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo de 2020. Para obtener más información, consulte la Sección 2.3 del Capítulo 10 de la *Evidencia de cobertura*.

## SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medi-Cal (Medicaid)

El Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud (SHIP) es un programa gubernamental que cuenta con asesores capacitados en todos los estados. En California, el SHIP se denomina Programa de asesoramiento y defensa para seguros de salud (HICAP).

El HICAP es independiente (no se relaciona con ninguna compañía aseguradora ni plan de salud). 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 tiene Medicare. Los asesores del HICAP pueden atender las preguntas o los problemas que tenga respecto de Medicare. Podrán ayudarle a comprender las opciones de los planes de Medicare y a responder preguntas sobre cómo cambiar de plan. Puede llamar al HICAP al 1-800-434-0222. Puede obtener más información sobre el HICAP en su página web <http://cahealthadvocates.org/about/HICAP.html>.

Si tiene preguntas sobre los beneficios de Medi-Cal, comuníquese con el Departamento de Servicios de Salud de California/Opciones de atención médica al 1-800-430-4263 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-430-7077), de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. Averigüe cómo inscribirse en otro plan o si regresar a Original Medicare afecta la forma en que recibe la cobertura de Medi-Cal.

## **SECCIÓN 6      Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados**

Es posible que cumpla con los requisitos para recibir ayuda para pagar los medicamentos recetados.

- **“Ayuda adicional” de Medicare.** Dado que tiene Medicaid, ya está inscrito en la “Ayuda adicional”, también denominada Subsidio por bajos ingresos. La “Ayuda adicional” paga parte de las primas de sus medicamentos recetados, de los deducibles anuales y del coseguro. Dado que usted cumple con los requisitos, no tiene un período sin cobertura ni a una multa por inscripción tardía. Si tiene alguna pregunta sobre la “Ayuda adicional”, llame:
  - Al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, durante las 24 horas, los 7 días de la semana;
  - A la Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213, entre las 7:00 a.m. y las 7:00 p.m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes); o
  - A la Oficina de Medicaid de su estado (solicitudes).
- **Asistencia de costo compartido para medicamentos recetados para personas con VIH/SIDA.** El Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles para el ADAP que viven con VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH esenciales para salvar la vida. Las personas deben cumplir ciertos criterios, que incluyen un documento que demuestre que reside en el estado y su estado del VIH; prueba de ingresos bajos según lo definido por el estado y prueba de que no está asegurado o qué está infrasegurado. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el ADAP cumplen con los requisitos para la asistencia de costo compartido para medicamentos recetados de la Oficina del SIDA, <https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OAmain.aspx>. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al ADAP del Departamento de Salud Pública de California al 1-844-421-7050.

## SECCIÓN 7 Preguntas

### Sección 7.1 – Cómo recibir ayuda de Blue Shield Promise TotalDual Plan

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudar. Llame al Departamento de Servicios para los Miembros al 1-800-544-0088. (Solo los usuarios de TTY deben llamar al 711). Los horarios para llamadas telefónicas son de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes, desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre. Las llamadas a estos números son gratuitas.

#### **Lea su *Evidencia de cobertura de 2020* (describe en detalles los beneficios y costos para el próximo año)**

Este *Aviso anual de cambios* le ofrece un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2020. Para obtener más detalles, consulte la *Evidencia de cobertura de 2020* para Blue Shield Promise TotalDual Plan. La *Evidencia de cobertura* es la descripción detallada legal de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las normas que usted debe seguir para recibir los servicios cubiertos y los medicamentos recetados. En nuestra página web, [www.blueshieldca.com/promise/medicare](http://www.blueshieldca.com/promise/medicare), puede encontrar una copia de la *Evidencia de cobertura*. También puede llamar al Departamento de Servicios para los Miembros para solicitarnos que le enviemos por correo una *Evidencia de cobertura*.

#### **Visite nuestra página web**

También puede visitar nuestra página web en [www.blueshieldca.com/promise/medicare](http://www.blueshieldca.com/promise/medicare). Como recordatorio, en nuestra página web puede encontrar la información más actualizada acerca de nuestra red de proveedores (Directorio de proveedores) y nuestra lista de medicamentos cubiertos (Formulario/Lista de medicamentos).

### Sección 7.2 – 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), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

#### **Visite la página web de Medicare**

Puede visitar la página web de Medicare (<https://www.medicare.gov>). Posee información acerca de los costos, la cobertura y las calificaciones de calidad para ayudarlo a comparar los planes de salud de Medicare. Puede encontrar información sobre los planes disponibles en su área en

Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare) en la página web de Medicare. (Para consultar la información sobre los planes, visite <https://www.medicare.gov> y haga clic en “Find health & drug plans” [Buscar planes de salud y medicamentos]).

### **Lea *Medicare & You 2020* (Medicare y usted 2020)**

Puede leer el manual *Medicare & You 2020* (Medicare y usted 2020). Cada año, en otoño, se envía este folleto por correo a las personas que tienen Medicare. Contiene un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare, y las respuestas a las preguntas más frecuentes acerca de Medicare. Si usted no tiene una copia de este documento, puede obtenerla en la página web de Medicare (<https://www.medicare.gov>) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

---

### **Sección 7.3 – Cómo recibir ayuda de Medi-Cal (Medicaid)**

---

Para obtener información de Medi-Cal (Medicaid), puede llamar al Departamento de Servicios de Salud de California/Atención Médica Administrada de Medi-Cal al 1-888-452-8609. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.