



Un licenciatario independiente de Blue Cross Blue Shield Association

## **Blue MedicareRx Enhanced es ofrecido por Blue Cross® Blue Shield® of Arizona**

### **Aviso anual de cambios para 2024**

Actualmente está inscrito como miembro de Blue MedicareRx Enhanced. El próximo año se realizarán cambios en los costos y beneficios del plan. **Consulte la página 4 para obtener un Resumen de los costos importantes, incluida la prima.**

Este documento le informa sobre los cambios en su plan. Para obtener más información sobre costos, beneficios o reglas, consulte la *Evidencia de Cobertura*, disponible en nuestro sitio web en [azblue.com/medicare](http://azblue.com/medicare). También puede llamar al Departamento de Atención al Miembro para pedirnos que le enviemos una *Evidencia de Cobertura* por correo postal.

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

---

#### **Qué debe hacer ahora**

##### **1. PREGUNTAR:** qué cambios se aplican a usted

- Consulte los cambios en nuestros beneficios y costos para saber si le afectan.
  - Revise los cambios en nuestra cobertura de medicamentos, incluidos los requisitos de autorización y costos.
  - Considere cuánto gastará en primas, deducibles y gastos compartidos.
- Consulte los cambios en la “Lista de medicamentos” de 2024 para asegurarse de que los medicamentos que toma actualmente aún tengan cobertura.
- Piense si está satisfecho con nuestro plan.

##### **2. COMPARAR:** obtenga información sobre otras opciones de planes

- Consulte coberturas y costos de planes en su área. Utilice el Buscador de planes de Medicare en el sitio web [www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare) o revise la lista en la parte posterior de su manual *Medicare y Usted 2024*.
- Una vez que reduzca su elección a un plan preferido, confirme sus costos y cobertura en el sitio web del plan.

##### **3. ELEGIR:** decida si quiere cambiar de plan

- Si no se une a otro plan antes del 7 de diciembre de 2023, permanecerá en Blue MedicareRx Enhanced.
- Para cambiar a un **plan diferente**, puede hacerlo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Su nueva cobertura comenzará el **1 de enero de 2024**. Esto finalizará su inscripción con Blue MedicareRx Enhanced.

## Recursos adicionales

- This document is available for free in Spanish. Este documento está disponible gratis en español.
- Comuníquese con nuestro Departamento de Atención al Miembro al **1-844-883-8524** para obtener más información. (Los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Disponible las 24 horas del día, los siete días de la semana. La llamada es gratuita.
- Esta información está disponible electrónicamente o en letra grande.

## Información sobre Blue MedicareRx Enhanced

- Blue Cross Blue Shield of Arizona (BCBSAZ) tiene contratos con Medicare para proporcionar planes HMO y PPO de Medicare Advantage así como planes PDP. La inscripción en los planes de BCBSAZ depende de la renovación del contrato.
- Cuando en este documento se usa “nosotros”, “nos” o “nuestro”, hace referencia a Blue Cross and Blue Shield of Arizona. Cuando este documento dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a Blue MedicareRx Enhanced.

Y0137\_P35292PY24\_M

## ***Aviso anual de cambios para 2024***

### **Índice**

<b>Resumen de los costos importantes para 2024</b> .....	<b>4</b>
<b>SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año.</b> .....	<b>5</b>
Sección 1.1: Cambios en la prima mensual .....	5
Sección 1.2: Cambios en la red de farmacias .....	5
Sección 1.3: Cambios en la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D .....	5
<b>SECCIÓN 2 Cambios administrativos</b> .....	<b>8</b>
<b>SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir</b> .....	<b>8</b>
Sección 3.1: Si desea permanecer en Blue MedicareRx Enhanced .....	8
Sección 3.2: Si desea cambiar de plan .....	8
<b>SECCIÓN 4 Plazo para cambiar de plan.</b> .....	<b>9</b>
<b>SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare.</b> .....	<b>10</b>
<b>SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta</b> .....	<b>10</b>
<b>SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas?</b> .....	<b>11</b>
Sección 7.1: Cómo obtener ayuda de Blue MedicareRx Enhanced .....	11
Sección 7.2: Cómo obtener ayuda de Medicare .....	11

## Resumen de los costos importantes para 2024

La siguiente tabla compara los costos de 2023 y de 2024 para Blue MedicareRx Enhanced en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los costos.**

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p><b>Prima mensual del plan*</b></p> <p>*Su prima puede ser mayor o menor que este monto. Consulte la Sección 1.1 para obtener más información.</p>	<p><b>\$166.20</b></p>	<p><b>\$158.60</b></p>
<p><b>Cobertura de medicamentos con receta de la Parte D</b></p> <p>(Consulte la Sección 1.3 para obtener más información).</p>	<p>Deducible: \$0</p> <p>Copago/Coaseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <p>Nivel 1 de pago por medicamento</p> <p>Usted paga \$0 de gasto compartido en compras minoristas por medicamento con receta.</p> <p>Nivel 2 de pago por medicamento</p> <p>Usted paga \$3 de gasto compartido en compras minoristas por medicamento con receta.</p> <p>Nivel 3 de pago por medicamento</p> <p>Usted paga el 20 % del costo total en compras minoristas.</p> <p>Nivel 4 de pago por medicamento</p> <p>Usted paga el 45 % del costo total en compras minoristas.</p> <p>Nivel 5 de pago por medicamento</p> <p>Usted paga el 33 % del costo total en compras minoristas.</p>	<p>Deducible: \$0</p> <p>Excepto los productos de insulina con cobertura y la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos.</p> <p>Copago/Coaseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <p>Nivel 1 de pago por medicamento</p> <p>Usted paga \$0 de gasto compartido en compras minoristas por medicamento con receta.</p> <p>Nivel 2 de pago por medicamento</p> <p>Usted paga \$3 de gasto compartido en compras minoristas por medicamento con receta.</p> <p>Nivel 3 de pago por medicamento</p> <p>Usted paga el 20 % del costo total en compras minoristas.</p> <p>Nivel 4 de pago por medicamento</p> <p>Usted paga el 45 % del costo total en compras minoristas.</p> <p>Nivel 5 de pago por medicamento</p> <p>Usted paga el 33 % del costo total en compras minoristas.</p>

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

### Sección 1.1: Cambios a la prima mensual

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<b>Prima mensual</b> (También debe continuar pagando su prima de Medicare Parte B, a menos que Medicaid la pague por usted).	\$166.20	\$158.60

- La prima mensual de su plan será mayor si debe pagar una multa por inscripción tardía de 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 válida) durante 63 días o más.
- Si tiene ingresos más altos, es posible que deba pagar un monto adicional cada mes directamente al gobierno por su cobertura de medicamentos con receta de Medicare.
- Su prima mensual será *más baja* si recibe “Beneficio Adicional” (Extra Help) con los costos de sus medicamentos con receta. Consulte la Sección 5 sobre el “Beneficio Adicional” (Extra Help) de Medicare.

### Sección 1.2: Cambios en la red de farmacias

Los montos que paga por sus medicamentos con receta pueden depender de la farmacia que use. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus medicamentos con receta están cubiertos *solo* si se surten en una de nuestras farmacias de la red.

Habrán cambios en nuestra red de farmacias en el próximo año. Puede encontrar un *Directorio de farmacias* actualizado en nuestro sitio web, [azblue.com/PDPDocs](http://azblue.com/PDPDocs). También puede llamar al Departamento de Atención al Miembro para obtener información actualizada sobre proveedores o solicitarnos que le enviemos un *Directorio de farmacias* por correo postal. **Revise el Directorio de farmacias de 2024 para consultar qué farmacias se encuentran en nuestra red.**

Es importante que sepa que es posible que realicemos cambios en las farmacias que forman parte de su plan durante el año. Si se ve afectado por un cambio de mitad de año en nuestras farmacias, comuníquese con el Departamento de Atención al Miembro para que podamos ayudarle.

### Sección 1.3: Cambios en la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D

#### Cambios en nuestra “Lista de medicamentos”

Nuestra lista de medicamentos incluidos se denomina Formulario o “Lista de medicamentos”. Puede obtener una copia de nuestra “Lista de medicamentos” en formato electrónico.

Hicimos cambios en nuestra “Lista de medicamentos”, que podrían incluir medicamentos que se eliminaron o se agregaron, cambios en las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos o medicamentos que pasaron a un nivel de gasto compartido diferente. **Revise la “Lista de medicamentos” para asegurarse de que sus medicamentos estarán cubiertos el próximo año y para saber si habrá alguna restricción o si su medicamento pasó a un nivel de gasto compartido diferente.**

La mayoría de los cambios en la “Lista de medicamentos” son nuevos para el comienzo de cada año. Sin embargo, durante el año, podríamos hacer otros cambios permitidos por las normas de Medicare. Por ejemplo, podemos eliminar de inmediato los medicamentos que la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) considera inseguros o que el fabricante del producto retire del mercado. Ponemos al día nuestra “Lista de medicamentos” en línea para ofrecer la lista más actualizada.

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura de medicamentos al comienzo del año o durante el año, consulte el Capítulo 7 de su Evidencia de Cobertura y hable con su médico para conocer sus opciones, como pedir un suministro temporal, solicitar una excepción o colaborar para encontrar un nuevo medicamento. También puede comunicarse con el Departamento de Atención al Miembro para obtener más información.

### Cambios en los costos de los medicamentos con receta

**Nota:** Si está en un programa que le ayuda a pagar sus medicamentos (“Beneficio Adicional”), **es posible que la información sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D no se aplique a su caso.** Incluimos un encarte por separado que se denomina “Cláusula de la Evidencia de Cobertura para personas que reciben Beneficio Adicional para pagar sus medicamentos con receta” (también conocida como Cláusula adicional del plan de Subsidio por bajos ingresos o Cláusula LIS), en la que se brinda información acerca de los costos de sus medicamentos. Si recibe el “Beneficio Adicional” y no recibió el encarte con este kit, llame a Atención al Miembro y solicite la Cláusula LIS.

Hay cuatro **etapas de cobertura para medicamentos**. La siguiente información muestra los cambios en las dos primeras etapas: la Etapa de deducible anual y la Etapa de cobertura inicial. (La mayoría de los miembros no alcanza las otras dos etapas: la Etapa de interrupción de la cobertura o la Etapa de cobertura para casos catastróficos).

### Cambios en la etapa de deducible

Etapa	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<b>Etapa 1: etapa del deducible anual</b>	Dado que no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.	El deducible es de \$0.

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

Etapa	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p><b>Etapa 2: etapa de cobertura inicial</b></p> <p>Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de los medicamentos y <b>usted paga su parte del costo.</b></p> <p>Los costos en esta fila corresponden a un suministro para un mes (30 días) cuando obtiene los medicamentos con receta en una farmacia de la red que ofrece un gasto compartido estándar.</p> <p>Para obtener información sobre los costos de un suministro a largo plazo o de medicamentos con receta de pedido por correo, consulte la Sección 5 del Capítulo 4 de su <i>Evidencia de Cobertura</i>.</p> <p>Cambiamos el nivel de algunos de los medicamentos de nuestra “Lista de medicamentos”. Para saber si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búsquelos en la “Lista de medicamentos”.</p> <p>La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos están cubiertas sin costo alguno para usted.</p>	<p>Su costo por un suministro para un mes obtenido en una farmacia de la red con gasto compartido estándar:</p> <hr/> <p><b>Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos</b></p> <p>Usted paga \$0 por medicamento con receta.</p> <p><b>Nivel 2: medicamentos genéricos</b></p> <p>Usted paga \$3 por medicamento con receta.</p> <p><b>Nivel 3: medicamentos de marca preferidos</b></p> <p>Usted paga el 20 % del costo total.</p> <p><b>Nivel 4: medicamentos no preferidos</b></p> <p>Usted paga el 45 % del costo total.</p> <p><b>Nivel 5: medicamentos de especialidad</b></p> <p>Usted paga el 33 % del costo total.</p> <hr/> <p>Una vez que los costos totales de sus medicamentos hayan alcanzado \$4,660, pasará a la siguiente etapa (la Etapa de interrupción de la cobertura).</p>	<p>Su costo por un suministro para un mes obtenido en una farmacia de la red con gasto compartido estándar:</p> <hr/> <p><b>Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos</b></p> <p>Usted paga \$0 por medicamento con receta.</p> <p><b>Nivel 2: medicamentos genéricos</b></p> <p>Usted paga \$3 por medicamento con receta.</p> <p><b>Nivel 3: medicamentos de marca preferidos</b></p> <p>Usted paga el 20 % del costo total.</p> <p><b>Nivel 4: medicamentos no preferidos</b></p> <p>Usted paga el 45 % del costo total.</p> <p><b>Nivel 5: medicamentos de especialidad</b></p> <p>Usted paga el 33 % del costo total.</p> <hr/> <p>Una vez que los costos totales de sus medicamentos hayan alcanzado los \$5,030, pasará a la siguiente etapa (la Etapa de interrupción de la cobertura).</p>

**Cambios en las etapas de interrupción de la cobertura y cobertura para casos catastróficos**

Las otras dos etapas de cobertura de medicamentos, la Etapa de interrupción de la cobertura y la Etapa de cobertura para casos catastróficos, son para personas con costos altos de medicamentos. **La mayoría de los miembros no alcanza la etapa de interrupción de la cobertura o la etapa de cobertura para casos catastróficos.**

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

Para obtener información específica sobre sus costos en estas etapas, consulte las Secciones 6 y 7 del Capítulo 4 de su *Evidencia de Cobertura*.

## SECCIÓN 2 Cambios administrativos

Sus beneficios de farmacia y su información de pedidos por correo para Blue MedicareRx Enhanced han cambiado para 2024. OptumRx®, Inc. administrará sus beneficios farmacéuticos minoristas, de pedido por correo y de especialidad para su plan Blue MedicareRx. Su nueva tarjeta de identificación de miembro tendrá información de farmacia que le permitirá surtir sus recetas.

Consulte la Sección 2.3 del Capítulo 3 en la *Evidencia de Cobertura* (EOC) para obtener más información.

Descripción	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Servicio de pedido por correo de medicamentos con receta	Birdi, Inc.	OptumRx

## SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir

### Sección 3.1: Si desea permanecer en Blue MedicareRx Enhanced

Para permanecer en nuestro plan, no es necesario que haga nada. Si no se inscribe en un plan diferente antes del 7 de diciembre, quedará inscrito automáticamente en nuestro plan Blue MedicareRx Enhanced.

### Sección 3.2: Si desea cambiar de plan

Esperamos tenerle como miembro el próximo año, pero si desea cambiar en 2024, siga estos pasos:

#### **Paso 1: Obtenga información y compare sus opciones**

- Puede unirse a un plan de medicamentos con receta de Medicare diferente.
- *O BIEN*, puede cambiarse a un plan de salud de Medicare. Algunos planes de salud de Medicare también incluyen la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D.
- *O BIEN*, puede mantener su cobertura de salud actual de Medicare y cancelar su cobertura de medicamentos con receta de Medicare.

Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare, use el Buscador de planes de Medicare ([www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare)), lea el manual *Medicare y Usted 2024*, llame a su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (consulte la Sección 4) o comuníquese con Medicare (consulte la Sección 6.2).

Como recordatorio, BCBSAZ ofrece otros planes de salud y de medicamentos con receta de Medicare. Estos otros planes pueden diferir en cobertura, primas mensuales y montos de gastos compartidos.



## **Paso 2: Cambie su cobertura**

- Para **cambiar a un plan de medicamentos con receta de Medicare diferente**, inscríbese en el nuevo plan. Su inscripción en Blue MedicareRx Enhanced se cancelará automáticamente.
- Para **cambiar a un plan de salud de Medicare**, inscríbese en el nuevo plan. Según el tipo de plan que elija, es posible que su inscripción en Blue MedicareRx Enhanced se cancele automáticamente.
  - Su inscripción en Blue MedicareRx Enhanced se cancelará automáticamente si se inscribe en cualquier plan de salud de Medicare que incluya la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D. Su inscripción también se cancelará automáticamente si se inscribe en un plan HMO o PPO de Medicare, incluso si ese plan no incluye cobertura de medicamentos con receta.
  - Si elige un plan privado de pago por servicios sin la cobertura de medicamentos de la Parte D, un plan de cuenta de ahorros para gastos médicos de Medicare o un plan de costos de Medicare, puede inscribirse en este nuevo plan y mantener Blue MedicareRx Enhanced para su cobertura de medicamentos. Si se inscribe en uno de estos tipos de planes, su inscripción en Blue MedicareRx Enhanced no se cancelará automáticamente. Si se está por inscribir en este tipo de plan y desea dejar nuestro plan, debe solicitar la cancelación de su inscripción en Blue MedicareRx Enhanced. Para solicitar la cancelación de su inscripción, debe enviarnos una solicitud por escrito o comunicarse con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), que está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).
- Para  **cambiarse a Original Medicare sin un plan de medicamentos con receta**, debe hacer lo siguiente:
  - Envíenos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Comuníquese con el Departamento de Atención al Miembro si necesita más información sobre cómo hacerlo.
  - *O bien*, comuníquese con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), que está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicite que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

## **SECCIÓN 4 Plazo para cambiar de plan**

Si desea cambiarse a un plan de medicamentos con receta diferente o a un plan de salud de Medicare para el próximo año, puede hacerlo desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre**. El cambio entrará en vigencia el 1 de enero de 2024.

### **¿Se puede hacer el cambio en otros momentos del año?**

En determinadas situaciones, también se pueden hacer cambios en otros momentos del año. Entre los ejemplos se incluyen las personas con Medicaid, las que obtienen el “Beneficio Adicional” para pagar sus medicamentos, las que tienen o dejarán la cobertura del empleador y las que se mudan fuera del área de cobertura.

Si se mudó recientemente a una institución, vive actualmente en una o acaba de mudarse de dicho lugar (como un centro de atención de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo), puede cambiar su cobertura de Medicare **en cualquier momento**. Puede cambiarse a cualquier otro plan de salud de Medicare (ya sea con o sin cobertura de medicamentos con receta de Medicare) o a Original Medicare (ya sea con o sin un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado) en cualquier momento.

## SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare

El Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (SHIP, en inglés) es un programa gubernamental independiente con consejeros capacitados en todos los estados. En Arizona, el SHIP se denomina División de Servicios para Personas Mayores y Adultos (DAAS) del Departamento de Seguridad Económica (DES).

Es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para brindar asesoramiento sobre seguros de salud **gratuito** a nivel local para personas con Medicare. Los consejeros de la DAAS pueden ayudarle con sus preguntas o problemas relacionados con Medicare. Pueden ayudarle a entender sus opciones de planes de Medicare y responder preguntas sobre el cambio de planes. Puede llamar a la DAAS al 1-800-432-4040. Puede obtener más información sobre la DAAS si visita su sitio web, (<https://des.az.gov/services/aging-and-adult/state-health-insurance-assistance-program-ship>).

## SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta

Es posible que reúna los requisitos para recibir ayuda para pagar los medicamentos con receta. A continuación, enumeramos diferentes tipos de ayuda:

- **“Beneficio Adicional” (Extra Help) de Medicare.** Las personas con ingresos limitados podrían reunir los requisitos a fin de recibir el “Beneficio Adicional” para pagar los costos de sus medicamentos con receta. Si reúne los requisitos, Medicare podría pagar hasta el 75 % o más de los costos de sus medicamentos, incluidas las primas mensuales de los medicamentos con receta, los deducibles anuales y el coaseguro. Además, aquellos que califiquen no tendrán una etapa de interrupción de la cobertura o una multa por inscripción tardía. Para saber si califica, llame al:
  - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, que está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
  - A la Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213 entre las 8 a. m. y las 7 p. m., de lunes a viernes, para hablar con un representante. Los mensajes automáticos están disponibles las 24 horas del día. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.
  - O bien, a la oficina de Medicaid de su Estado (solicitudes).
- **Asistencia para gastos compartidos de medicamentos con receta para personas con VIH/SIDA.** El Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles para el ADAP que tienen VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos contra el VIH que salvan vidas. Las personas deben cumplir ciertos criterios, que incluyen prueba de residencia en el estado y estado del VIH, bajos ingresos según la definición del estado y estado sin cobertura de seguro o con seguro insuficiente. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP) califican para la asistencia para gastos compartidos de medicamentos con receta a través del ADAP de Arizona. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos incluidos o cómo inscribirse en el programa, llame al 1-800-334-1540 o al (602) 364-3610.

## SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas?

### Sección 7.1: Cómo obtener ayuda de Blue MedicareRx Enhanced

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudar. Llame a Atención al Miembro al **1-844-883-8524**. (Solo los usuarios de TTY pueden llamar al **711**). Estamos disponibles para atender llamadas las 24 horas, los siete días de la semana. Las llamadas a estos números son gratuitas.

**Lea su *Evidencia de Cobertura de 2024* (contiene detalles sobre los beneficios y costos del próximo año)**

Este *Aviso anual de cambios* le brinda un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2024. Para obtener más detalles, busque en la *Evidencia de Cobertura de 2024* de Blue MedicareRx Enhanced. La *Evidencia de Cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las normas que debe seguir para obtener los servicios y medicamentos con receta incluidos. Hay una copia de la *Evidencia de Cobertura* disponible en nuestro sitio web, [azblue.com/PDPDocs](https://azblue.com/PDPDocs). También puede llamar al Departamento de Atención al Miembro para pedirnos que le enviemos una *Evidencia de Cobertura* por correo postal.

#### Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web en [azblue.com/medicare](https://azblue.com/medicare). A modo de recordatorio, nuestro sitio web incluye la información más actualizada sobre nuestra red de farmacias (*Directorio de farmacias*) y nuestra *Lista de medicamentos incluidos* (*Formulario/“Lista de medicamentos”*).

### Sección 7.2: Cómo obtener 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), disponible 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

Visite el sitio web de Medicare ([www.medicare.gov](https://www.medicare.gov)). Tiene información sobre costos, cobertura y calificaciones con estrellas de calidad para ayudarle a comparar los planes de medicamentos con receta de Medicare en su área. Para consultar la información sobre los planes, visite [www.medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare).

#### Lea el manual *Medicare y Usted 2024*

Puede leer el manual *Medicare y Usted 2024*. Cada otoño, este documento se envía por correo a las personas con Medicare. Tiene un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare, y respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Si no tiene una copia de este documento, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf>) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Blue Cross Blue Shield of Arizona (BCBSAZ) cumple con las leyes federales de derechos civiles vigentes y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Proporcionamos ayuda y servicios sin costo a personas con discapacidades para que se comuniquen con nosotros eficazmente, como intérpretes calificados e información escrita en otros formatos, como letra grande y formatos electrónicos accesibles. También proporcionamos servicios de idiomas sin costo para personas cuya lengua materna no es el inglés, como intérpretes calificados e información escrita en otros idiomas. Si necesita estos servicios, llame al **1-844-883-8524** (TTY: **711**).

**Español:** ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-844-883-8524** (TTY: **711**).

**Navajo:** Díí baa akó nínízin: Díí saad bee yánílti' go Diné Bizaad, saad bee áká' ánída' áwo' dęę, t'áá jiik'eh, éí ná hóló, kojí hódíílnih **1-844-883-8524** (TTY: **711**).

## Multi-language Interpreter Services

**English:** We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-844-883-8524. Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

**Spanish:** Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-844-883-8524. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

**Chinese Mandarin:** 我们提供免费<sup>的</sup>翻译服务, 帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务, 请致电 1-844-883-8524。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

**Chinese Cantonese:** 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問, 為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務, 請致電 1-844-883-8524。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

**Tagalog:** Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-844-883-8524. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

**French:** Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-844-883-8524. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

**Vietnamese:** Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-844-883-8524 sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

**German:** Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-844-883-8524. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

**Korean:** 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-844-883-8524 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

**Russian:** Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-844-883-8524. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

**Arabic:** إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-844-883-8524. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

**Hindi:** हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-844-883-8524 पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

**Italian:** È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-844-883-8524. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

**Portuguese:** Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-844-883-8524. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

**French Creole:** Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-844-883-8524. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

**Polish:** Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-844-883-8524. Ta usługa jest bezpłatna.

**Japanese:** 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするため、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-844-883-8524 にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。

**Navajo:** T'áa hait'éego da ats'íís ba'áhayá doodago azee' aanídaa'níí nihinaaltsoos bee hadadít'éhígíí bąqah na'ídkid nee hólqogo da nihi éí ata' halne'í bee áka'anída'awo'í t'áa jíik'eh nihee hólq. Ata' halne'í ta' yínikeedg kohjji' 1-844-883-8524 nihich'j' hodílnih. T'áa háida Bilagáana Bizaad yee yáfti'ígíí ta' níká'iilyeed dooleet. Díí t'áa jíik'eh bee níká'iilyeed dooleet.





Un licenciatario independiente de Blue Cross Blue Shield Association