



Blue Best Life Classic (HMO) de Blue Cross® Blue Shield® of Arizona Advantage – Condados de Maricopa y Pinal

Aviso anual de cambios para 2024

Actualmente, usted está inscrito como miembro de Blue Best Life Classic. El próximo año habrá algunos cambios en los costos y beneficios del plan. **Vea en la página 3 el Resumen de costos importantes, incluyendo la prima.**

Este folleto da información de los cambios del plan. Para obtener más información sobre los costos, los beneficios o las normas, consulte la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web, azblue.com/MAPDDocs. También puede llamar a Servicios para miembros para pedirnos que le enviemos por correo la *Evidencia de cobertura*.

- **Del 15 de octubre al 7 de diciembre puede hacer cambios en su cobertura de Medicare para el próximo año.**

Qué debe hacer ahora

1. PREGUNTE: Qué cambios se aplican en su caso

- Revise los cambios en nuestros beneficios y costos para saber si lo afectan.
 - Revise los cambios en los costos de atención médica (médico, hospital).
 - Revise los cambios en nuestra cobertura para medicamentos, incluyendo los requisitos de autorización y los costos.
 - Piense cuánto gastará en primas, deducibles y costos compartidos.
- Revise los cambios en la “lista de medicamentos” de 2024 para asegurarse de que los medicamentos que esté tomando actualmente seguirán estando cubiertos.
- Fíjese si sus médicos de atención primaria, especialistas, hospitales y otros proveedores, incluyendo farmacias, estarán en nuestra red el próximo año.
- Piense si está satisfecho con nuestro plan.

2. COMPARE: Obtenga información sobre otras opciones de planes

- Revise la cobertura y los costos de los planes en su área. Use el buscador de planes de Medicare del sitio web www.medicare.gov/plan-compare o revise la lista que está en la parte de atrás de su manual *Medicare y usted 2024*.

- Después de elegir el plan que prefiera, confirme los costos y la cobertura en el sitio web del plan.

3. ELIJA: Decida si quiere cambiar de plan

- Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2023, permanecerá en Blue Best Life Classic.
- Puede cambiarse a un **plan diferente** entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Su nueva cobertura empezará el **1 de enero de 2024**. Esto terminará su inscripción en Blue Best Life Classic.
- Si se mudó recientemente a una institución, vive actualmente en una institución o acaba de salir de una (como un centro de enfermería especializada o un hospital de atención de largo plazo), puede cambiar de plan o cambiarse a Medicare original (con o sin un plan separado de Medicare de medicamentos con receta) en cualquier momento.

Más recursos

- Este documento está disponible gratis en español.
ATENCIÓN: si habla español, tiene disponibles servicios de asistencia lingüística sin cargo. Llame al **480-937-0409** (TTY: **711**).
- Comuníquese con nuestros Servicios para miembros al **480-937-0409** (en Arizona) o llame sin costo al **1-800-446-8331** para obtener más información. (Los usuarios de TTY deben llamar al **711**). El horario es de 8 a.m. to 8 p.m., Monday through Friday from April 1 to September 30; and seven days a week from October 1 to March 31. Esta llamada es gratis.
- Esta información está disponible electrónicamente o en letra grande.
- **La cobertura según este plan califica como cobertura de salud elegible (QHC)**, y cumple el requisito de responsabilidad individual compartida de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de la Salud a Bajo Precio (ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS), www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families, para obtener más información.

Acerca de Blue Best Life Classic

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

Aviso anual de cambios para 2024

Índice

Resumen de costos importantes para 2024	3
SECCIÓN 1 Estamos cambiando el nombre del plan	5
SECCIÓN 2 Si no elige otro plan, quedará inscrito automáticamente en Blue Best Life Classic en 2024.....	5
SECCIÓN 3 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año.....	5
Sección 3.1 – Cambios a la prima mensual.....	5
Sección 3.2 – Cambios en el máximo de gastos de bolsillo	6
Sección 3.3 – Cambios en las redes de proveedores y de farmacias	6
Sección 3.4 – Cambios en los beneficios y costos de servicios médicos.....	7
Sección 3.5 – Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D...9	
SECCIÓN 4 Cambios administrativos	11
SECCIÓN 5 Cómo decidir qué plan elegir	12
Sección 5.1 – Si quiere permanecer en Blue Best Life Classic	12
Sección 5.2 – Si quiere cambiar de plan.....	12
SECCIÓN 6 Plazo para el cambio de plan.....	13
SECCIÓN 7 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare .	14
SECCIÓN 8 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta.....	14
SECCIÓN 9 ¿Tiene preguntas?.....	15
Sección 9.1 – Ayuda de Blue Best Life Classic	15
Sección 9.2 – Cómo obtener ayuda de Medicare	15

Resumen de costos importantes para 2024

En la siguiente tabla se comparan los costos para los años 2023 y 2024 de Blue Best Life Classic en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los costos.**

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser mayor o menor que esta cantidad. Consulte la sección 2.1 para obtener más información.	\$0	\$0
Máximo de gastos de bolsillo Esta es la cantidad <u>máxima</u> que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la sección 2.2 para obtener más información).	\$2,900	\$2,900
Visitas en el consultorio del médico	Visitas de atención médica básica: Usted paga \$0 de copago por visita. Visitas al especialista: Usted paga \$35 de copago por visita.	Visitas de atención médica básica: Usted paga \$0 de copago por visita. Visitas al especialista: Usted paga \$20 de copago por visita.
Estancias en el hospital como paciente hospitalizado	Días 1 a 6: \$250 de copago al día	Días 1 a 6: \$225 de copago al día

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D (Consulte la sección 2.5 para obtener más información).</p>	<p>Deducible: \$0</p> <p>Copago/coseguro durante la etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de nivel 1: \$0 • Medicamentos de nivel 2: \$9 • Medicamentos de nivel 3: \$47 • Medicamentos de nivel 4: \$100 • Medicamentos de nivel 5: 33% • Medicamentos de nivel 6: \$0 <p>Cobertura catastrófica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durante esta etapa de pago, el plan paga la mayor parte del costo de sus medicamentos cubiertos. • Por cada receta, usted paga lo que sea mayor: un pago equivalente al 5% del costo del medicamento (esto se llama coseguro), o un copago (\$4.15 para un medicamento genérico o un medicamento que se trata como genérico, y \$10.35 para todos los demás medicamentos). 	<p>Deducible: \$0</p> <p>Copago/coseguro durante la etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de nivel 1: \$0 • Medicamentos de nivel 2: \$9 • Medicamentos de nivel 3: \$47 • Medicamentos de nivel 4: \$100 • Medicamentos de nivel 5: 33% • Medicamentos de nivel 6: \$0 <p>Cobertura catastrófica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durante esta etapa de pago, el miembro no pagará coseguro ni copago por el resto del año por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

SECCIÓN 1 Estamos cambiando el nombre del plan

El 1 de enero de 2024, el nombre de nuestro plan cambiará de Blue Medicare Advantage Classic a Blue Best Life Classic.

Recibirá su nueva tarjeta de identificación de miembro que incluirá el nuevo nombre del plan antes del 1 de enero de 2024 por correo estándar. Todos los demás materiales, como su Evidencia de cobertura y Formulario, también mostrarán el nuevo nombre del plan indicado anteriormente.

SECCIÓN 2 Si no elige otro plan, quedará inscrito automáticamente en Blue Best Life Classic en 2024

Si no hace nada antes del 7 de diciembre de 2023, lo inscribiremos automáticamente en nuestro plan Blue Best Life Classic. Esto significa que, a partir del 1 de enero de 2024, recibirá la cobertura médica y para medicamentos con receta por medio de Blue Best Life Classic. Si quiere cambiar de plan o cambiarse a Medicare original, debe hacerlo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Si es elegible para recibir “Ayuda adicional”, es posible que pueda cambiar de plan en otro momento.

SECCIÓN 3 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año

Sección 3.1 – Cambios a la prima mensual

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Prima mensual	\$0	\$0
(También debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare).		

- La prima mensual del plan será *más alta* si debe pagar una penalización de por vida por inscripción tardía en la Parte D por no tener otra cobertura para medicamentos que sea al menos tan buena como la cobertura de medicamentos de Medicare (también conocida como cobertura acreditable) por 63 días o más.
- Si tiene ingresos más altos, es posible que tenga que pagar una cantidad adicional cada mes directamente al gobierno por su cobertura para medicamentos con receta de Medicare.
- Su prima mensual será *menor* si recibe “Ayuda Adicional” con los costos de medicamentos recetados. Consulte la sección 7 sobre la “Ayuda adicional” de Medicare.

Sección 3.2 – Cambios en el máximo de gastos de bolsillo

Medicare exige que todos los planes médicos limiten lo que usted paga de su bolsillo en un año. Este límite se llama máximo de gastos de bolsillo. Cuando se alcanza esa cantidad, normalmente no se paga nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B por el resto del año.

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Máximo de gastos de bolsillo	\$2,900	\$2,900
Los costos de los servicios médicos cubiertos (como los copagos) cuentan para el máximo de gastos de bolsillo. La prima del plan y los costos de los medicamentos con receta no cuentan para el máximo de gastos de bolsillo.	Quando haya pagado \$2,900 de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no pagará nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año calendario.	Quando haya pagado \$2,900 de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no pagará nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año calendario.

Sección 3.3 – Cambios en las redes de proveedores y de farmacias

Puede encontrar los directorios actualizados en nuestro sitio web, azblue.com/MAPDDocs. También puede llamar a Servicios para miembros para obtener información actualizada sobre los proveedores o las farmacias o para pedirnos que le enviemos por correo un directorio, que le enviaremos por correo dentro de los tres días hábiles.

Hay cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. **Revise el Directorio de proveedores/de farmacias de 2024 para ver si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red.**

Hay cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. **Revise el Directorio de proveedores/de farmacias de 2024 para ver qué farmacias están en nuestra red.**

Es importante que sepa que podemos hacer cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) y las farmacias que son parte de su plan durante el año. Si un cambio en nuestros proveedores a mitad del año lo afecta, comuníquese con Servicios para miembros para que podamos ayudarlo.

Sección 3.4 – Cambios en los beneficios y costos de servicios médicos

Estamos haciendo cambios en los costos y beneficios de ciertos servicios médicos para el próximo año. La información de abajo describe estos cambios.

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Servicios de rehabilitación cardíaca	\$35 de copago	\$40 de copago
Servicios dentales		
Periodoncia - No quirúrgico	Límite de reemplazo de siete años	Uno por período dos años
Periodoncia - Quirúrgico	Uno por período dos años	No cubiertos
Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados	Días 1-6: \$250 de copago por día	Días 1-6: \$225 de copago por día
Servicios de paciente hospitalizado en un hospital psiquiátrico	Días 1-6: \$250 de copago por día	Días 1-6: \$225 de copago por día
Servicios intensivos de rehabilitación cardíaca	\$35 de copago	\$40 de copago
Paciente Ambulatorio de Salud Mental (Grupo/Individual)	\$35/\$35 de copago	\$20/\$20 de copago
Atención de salud mental para pacientes ambulatorios (Grupo/Individual)	\$35/\$35 de copago	\$20/\$20 de copago
Operación ambulatoria - Centro quirúrgico ambulatorio (ASC)	\$200 copago por visita	\$150 copago por visita
Productos de venta libre (OTC)	\$50 asignación por trimestre	\$75 asignación por trimestre

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Evaluación del manejo del dolor	\$35 de copago	\$20 de copago
Cobertura de medicamentos con receta de la Parte D		
Límite de cobertura inicial (ICL)	\$4,660	\$5,030
Umbral de gastos de bolsillo (TROOP)	\$7,400	\$8,000
Etapas de cobertura catastrófica	\$7,400	\$8,000
Hospitalización parcial	\$35 de copago	\$70 de copago
Servicios prestados por un médico especialista, excluyendo los servicios psiquiátricos	\$35 de copago	\$20 de copago
Servicios de podiatría (atención de los pies) (cubierta por Medicare)	\$35 de copago	\$20 de copago
Centro de enfermería especializada (SNF)	\$0 al día (días 1 a 20)	\$0 al día (días 1 a 20)
	\$196 al día (días 21 a 40)	\$203 al día (días 21 a 40)
	\$0 al día (días 41 a 100)	\$0 al día (días 41 a 100)
Terapia de ejercicio supervisada (SET)	\$0 de copago	\$30 de copago
Servicios necesarios de urgencia	\$35 de copago	\$25 de copago
Cuidado de la visión (cubierta por Medicare)	\$35 de copago	\$20 de copago

Sección 3.5 – Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D

Cambios en nuestra “lista de medicamentos”

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se denomina “Formulario” o “Lista de medicamentos”. Se proporciona electrónicamente. La “lista de medicamentos” incluye muchos, pero no todos los medicamentos que cubriremos el próximo año. Aunque su medicamento no esté en esta lista, es posible que esté cubierto. **Puede obtener la “lista de medicamentos” completa** llamando a Servicios para miembros (vea la parte de atrás) o visitando nuestro sitio web, azblue.com/MAPDDocs.

Hicimos cambios en nuestra "Lista de medicamentos", que podrían incluir eliminar o agregar medicamentos, cambiar las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos o moverlos a un nivel de costos compartidos diferente. **Revise la "Lista de medicamentos" para asegurarse de que sus medicamentos estarán cubiertos el próximo año y para ver si habrá alguna restricción, o si su medicamento se ha movido a un nivel de costos compartidos diferente.**

La mayoría de los cambios en la “lista de medicamentos” se hacen al principio de cada año. Sin embargo, durante el año podríamos hacer otros cambios que estén permitidos por las normas de Medicare. Por ejemplo, podemos quitar inmediatamente los medicamentos que la FDA no considere seguros o que el fabricante del producto haya retirado del mercado. Modificamos nuestra “lista de medicamentos” en línea para ofrecerle la versión más actualizada.

Si lo afecta un cambio en la cobertura para medicamentos al principio del año o durante el año, revise el Capítulo 9 de su Evidencia de cobertura y hable con su médico para averiguar las opciones, como pedir un suministro temporal, solicitar una excepción o buscar un nuevo medicamento. También puede comunicarse con Servicios para miembros para obtener más información.

Cambios en los costos de los medicamentos con receta

Nota: Si está en un programa que lo ayuda a pagar los medicamentos (“Ayuda adicional”), **es posible que la información sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D no se aplique en su caso.** Hemos incluido un documento separado, llamado “Cláusula adicional de la evidencia de cobertura para personas que reciben ayuda adicional para pagar sus medicamentos con receta” (“Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs”, también conocido como Cláusula adicional de subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional de LIS), que describe sus costos de medicamentos. Si recibe “Ayuda adicional” y no recibió ese documento con este paquete, llame a Servicios para miembros y pida la Cláusula adicional de LIS (LIS Rider).

Hay cuatro etapas de pago de medicamentos.

La información de abajo muestra los cambios para las primeras dos etapas: la etapa del deducible anual y la etapa de cobertura inicial. (La mayoría de los miembros no alcanzan las otras dos etapas: etapa de período sin cobertura y etapa de cobertura catastrófica).

Cambios en la etapa del deducible

Etapa	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Etapa 1: etapa del deducible anual	Como no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.	Como no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.

Cambios en los costos compartidos en la etapa de cobertura inicial

Etapa	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Etapa 2: etapa de cobertura inicial</p> <p>Durante esta etapa, el plan paga la parte correspondiente del costo de sus medicamentos y usted paga la parte correspondiente del costo.</p> <p>La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos están cubiertas sin costo alguno para usted.</p> <p>Los costos en esta fila son para un suministro para un mes (30 días) si surte la receta en una farmacia de la red que tenga costos compartidos estándar. Para obtener información sobre los costos de un suministro de largo plazo o recetas mediante pedidos por correo, vea la sección 5 del Capítulo</p>	<p>El costo de surtir un suministro para un mes en una farmacia de la red con costos compartidos estándar:</p> <p>Nivel 1 (genéricos preferidos): Usted paga \$0 por receta.</p> <p>Nivel 2 (genéricos): Usted paga \$9 por receta.</p> <p>Nivel 3 (marca preferidos): Usted paga \$47 por receta.</p> <p>Nivel 4 (medicamento no preferido): Usted paga \$100 por receta.</p> <p>Nivel 5 (especializados): Usted paga 33% de coseguro.</p> <p>Nivel 6 (vacunas de la Parte D): Usted paga \$0 de copago.</p>	<p>El costo de surtir un suministro para un mes en una farmacia de la red con costos compartidos estándar:</p> <p>Nivel 1 (genéricos preferidos): Usted paga \$0 por receta.</p> <p>Nivel 2 (genéricos): Usted paga \$9 por receta.</p> <p>Nivel 3 (marca preferidos): Usted paga \$47 por receta.</p> <p>Nivel 4 (medicamento no preferido): Usted paga \$100 por receta.</p> <p>Nivel 5 (especializados): Usted paga 33% de coseguro.</p> <p>Nivel 6 (medicamentos seleccionados para el cuidado): Usted paga \$0 de copago.</p>

6 de la *Evidencia de cobertura*.

Los costos en esta fila son para un suministro ampliado (100 días) si surte la receta en una farmacia de la red que tenga costos compartidos estándar. Para obtener información sobre los costos de un suministro de largo plazo o recetas mediante pedidos por correo, vea la sección 5 del Capítulo 6 de la *Evidencia de cobertura*.

Hemos cambiado de nivel algunos de los medicamentos de nuestra “lista de medicamentos”. Para saber si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búselos en la “lista de medicamentos”.

Nivel 1 (genéricos preferidos):

Usted paga \$0 por receta para un suministro para 100 días.

Nivel 2 (genéricos):

Usted paga \$9 por receta para un suministro para 100 días.

Una vez que los costos totales de los medicamentos lleguen a \$\$4,660, pasará a la siguiente etapa (la etapa del período sin cobertura).

Nivel 1 (genéricos preferidos):

Usted paga \$0 por receta para un suministro para 100 días.

Nivel 2 (genéricos):

Usted paga \$9 por receta para un suministro para 100 días.

Una vez que los costos totales de los medicamentos lleguen a \$\$5,030, pasará a la siguiente etapa (la etapa del período sin cobertura).

No pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de costo compartido.

No pagará más de \$70 por un suministro de hasta dos meses o \$105 por un suministro de hasta tres meses de cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de costo compartido.

Cambios en las etapas de período sin cobertura y cobertura catastrófica

Las otras dos etapas de cobertura de medicamentos (la etapa sin cobertura y la etapa de cobertura catastrófica) son para personas con costos elevados en medicamentos. **La mayoría de los miembros no alcanzan la Etapa de Interrupción de Cobertura o la Etapa de Cobertura Catastrófica.**

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 el Capítulo 6, Secciones 6 y 7, en su *Evidencia de Cobertura*.

SECCIÓN 4 Cambios administrativos

En 2024, el nombre de nuestro plan ha cambiado. Blue Medicare Advantage Classic se ha cambiado a Blue Best Life Classic.

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

Su proveedor de beneficios Fitness ha cambiado del Programa Silver&Fit a SilverSneakers®.

Su proveedor de beneficios OTC y Member Rewards ha cambiado de Nations Benefits a PayForward.

Descripción	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Nombre del plan	Blue Medicare Advantage Classic	Blue Best Life Classic
Servicio de pedidos por correo de medicamentos con receta	Birdi, Inc.	OptumRx®
Proveedor de beneficios de fitness	Silver&Fit Program	SilverSneakers®
Proveedor de beneficios OTC y Member Rewards	Nations Benefits	PayForward

SECCIÓN 5 Cómo decidir qué plan elegir

Sección 5.1 – Si quiere permanecer en Blue Best Life Classic

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

Sección 5.2 – Si quiere cambiar de plan

Esperamos que continúe siendo miembro el próximo año, pero si quiere cambiar de plan para 2024, siga estos pasos:

Paso 1: Conozca y compare sus opciones

- Puede inscribirse en otro plan médico de Medicare.
- - O - Puede cambiarse a Medicare original. Si se cambia a Medicare original, deberá decidir si se inscribirá en un plan de medicamentos de Medicare. Si no quiere inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, consulte la sección 2.1 sobre la potencial penalización por inscripción tardía en la Parte D.

Para obtener más información sobre Medicare original y los diferentes tipos de planes de Medicare, use el buscador de planes de Medicare (www.medicare.gov/plan-compare), lea el manual *Medicare y usted 2024*, llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (State Health Insurance Assistance Program, consulte la sección 6) o llame a Medicare (consulte la sección 8.2). Le recordamos que BCBSAZ Advantage ofrece otros planes médicos de Medicare. Estos planes pueden tener diferente cobertura, primas mensuales y cantidades de costos compartidos.

Paso 2: Cambie de cobertura

- Para **cambiarse a otro plan médico de Medicare**, inscribese en el nuevo plan. Automáticamente se cancelará la inscripción en Blue Best Life Classic.
- Para **cambiarse a Medicare original con un plan de medicamentos con receta**, inscribese en el nuevo plan de medicamentos. Automáticamente se cancelará la inscripción en Blue Best Life Classic.
- Para **cambiarse a Medicare original sin un plan de medicamentos con receta**, debe:
 - Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Comuníquese con Servicios para miembros si necesita más información sobre cómo hacerlo.
 - – O – Llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), que atienden las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y pedir que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 6 Plazo para el cambio de plan

Si quiere cambiarse a otro plan o a Medicare original para el próximo año, puede hacerlo del **15 de octubre al 7 de diciembre**. El cambio entrará en vigor el 1 de enero de 2024.

¿Hay otros períodos en el año para hacer cambios?

En ciertas situaciones, también se permiten cambios en otros momentos. Los ejemplos incluyen personas con Medicaid, las que reciben “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos, las que tienen o abandonan la cobertura del empleador y las que se mudan fuera del área de servicio.

Si está inscrito en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2024 y no le gusta su elección de plan, puede cambiarse a otro plan médico de Medicare (con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) o cambiarse a Medicare original (con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2024.

Si se mudó recientemente a una institución, vive actualmente en una institución o acaba de salir de una (como un centro de enfermería especializada o un hospital de atención de largo plazo), puede cambiar de cobertura de Medicare **en cualquier momento**. Puede cambiarse a cualquier otro plan médico de Medicare (con o sin cobertura de Medicare para medicamentos con receta) o cambiarse a Medicare original (con o sin un plan separado de Medicare de medicamentos con receta) en cualquier momento.

SECCIÓN 7 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare

Un Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP) es un programa gubernamental independiente con asesores capacitados en todos los estados. En Arizona, SHIP se llama Programa Estatal de Arizona de Asistencia con el Seguro Médico (Arizona State Health Insurance Assistance Program).

Es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para dar asesoramiento **gratuito** sobre seguros médicos locales a personas que tengan Medicare. Los asesores del Programa Estatal de Arizona de Asistencia con el Seguro Médico pueden ayudarlo con sus preguntas o problemas con Medicare. Pueden ayudarlo a entender sus opciones de planes de Medicare y responder preguntas sobre el cambio de plan. Puede llamar al Programa Estatal de Arizona de Asistencia con el Seguro Médico al 602-542-4446 o sin costo al 1-800-432-4040. Puede obtener más información sobre el Programa Estatal de Arizona de Asistencia con el Seguro Médico visitando el sitio web (<https://des.az.gov/services/aging-and-adult/state-health-insurance-assistance-program-ship>).

SECCIÓN 8 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta

Es posible que califique para recibir ayuda para pagar sus medicamentos con receta.

- **“Ayuda adicional” de Medicare.** Las personas con ingresos limitados pueden calificar para recibir “Ayuda adicional” para pagar los costos de sus medicamentos con receta. Si califica, Medicare podría pagar hasta el 75% o más de sus costos de medicamentos, incluyendo primas mensuales de medicamentos con receta, deducibles anuales y coseguro. Además, las personas que califiquen no tendrán período sin cobertura ni penalización por inscripción tardía. Para saber si califica, llame a:
 - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, que atiende las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
 - La Oficina del Seguro Social (Social Security Office) al 1-800-772-1213, entre las 8 a. m. y 7 p. m., de lunes a viernes, para hablar con un representante. Hay mensajes automatizados disponibles las 24 horas del día. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.
 - La Oficina Estatal de Medicaid (solicitudes).
- **Asistencia con el costo compartido de los medicamentos con receta para personas con VIH/sida.** El Programa de Asistencia para Medicamentos contra el Sida (ADAP) ayuda a las personas elegibles para ADAP que vivan con VIH/sida a que obtengan medicamentos para el VIH que pueden salvarles la vida. Las personas deben cumplir ciertos criterios, incluyendo comprobante de residencia en el estado y de que tienen VIH, ingresos bajos según la definición del estado y falta de seguro/seguro insuficiente. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por ADAP califican para la asistencia con los costos compartidos de los

medicamentos con receta mediante el programa ADAP Assist de Arizona. Para obtener más información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al Departamento de Servicios de Salud de Arizona (ADHS) al 1-800-334-1540 o al 602-364-3610. Su dirección es: ADAP, Arizona Department of Health Services, 150 N. 18th Avenue, Suite 110, Phoenix, AZ 85007-3233; su número de fax es 602-364-3263. O puede visitar su sitio web: <http://www.azdhs.gov/preparedness/epidemiology-disease-control/disease-integration-services/index.php#aids-drug-assistance-program-home>.

SECCIÓN 9 ¿Tiene preguntas?

Sección 9.1 – Ayuda de Blue Best Life Classic

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudar. Comuníquese con Servicios para miembros al **480-937-0409** (en Arizona) o llame gratis al **1-800-446-8331**. (Los usuarios de TTY deben llamar al **711**). El horario es de 8 a.m. to 8 p.m., Monday through Friday from April 1 to September 30; and seven days a week from October 1 to March 31.

Lea su *Evidencia de cobertura* para 2024 (tiene información sobre los beneficios y costos para el próximo año)

Este *Aviso anual de cambios* le da un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2024. Para obtener más información, consulte la *Evidencia de cobertura* para 2024 de Blue Best Life Classic. 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 recibir los servicios y medicamentos con receta cubiertos. Hay una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web, azblue.com/MAPDDocs. También puede llamar a Servicios para miembros para pedirnos que se la enviemos por correo.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web, azblue.com/medicare. Le recordamos que nuestro sitio web tiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (*Directorio de proveedores/de farmacias*) y nuestra lista de medicamentos cubiertos (Formulario/"lista de medicamentos").

Sección 9.2 – 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), que atienden 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). Tiene información sobre los costos, la cobertura y calificaciones de calidad para ayudarlo a comparar los planes médicos de Medicare en su área. Para ver la información sobre los planes, visite www.medicare.gov/plan-compare.

Lea *Medicare y usted 2024*

Lea el manual *Medicare y usted 2024*. Este documento se envía por correo a las personas con Medicare, cada otoño. Tiene un resumen de los beneficios, derechos y 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 (www.medicare.gov) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), que atienden las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

BCBSAZ ofrece planes BlueJourney PPO Medicare Advantage. BCBSAZ Advantage, una subsidiaria separada pero de propiedad total de BCBSAZ, ofrece planes Blue Best Life Classic y Plus HMO.

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

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

Navajo: Díí baa akó nínízin: Díí saad bee yánílti' go Diné Bizaad, saad bee áká' ánída' áwo' deęę, t'áá jik'eh, éí ná hóló, kojí hódíílnih **1-800-446-8331** (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 1-800-446-8331. 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 1-800-446-8331. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费^的翻译服务, 帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务, 请致电 1-800-446-8331。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 1-800-446-8331。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 panggagamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-800-446-8331. 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 1-800-446-8331. 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 1-800-446-8331 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 1-800-446-8331. 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 1-800-446-8331 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 1-800-446-8331. 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، لیس علیك لتسوی الاتصال بنا على 1-800-446-8331. 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 1-800-446-8331 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 1-800-446-8331. Un nostro incaricato che parla Italiano vi 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 1-800-446-8331. 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 1-800-446-8331. 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 1-800-446-8331. 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、1-800-446-8331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 baa'áhayá doodago azee' aanídaa'níí nihinaaltsoos bee hadadít'éhígíí bąqah na'ídkid nee hólóogo da nihi éí ata' halne'í bee áka'anída'awo'í t'áa jíik'eh nihee hóló. Ata' halne'í ta' yíníkeedg kohj'í 1-800-446-8331 nihich'í'í hodílnih. T'áa háida Bilagáana Bizaad yee yáfti'ígíí ta' níká'iilyeed dooleet. Díí t'áa jíik'eh bee níká'iilyeed dooleet.