

Blue Cross Medicare Advantage Dual Care Plus (HMO SNP)SM ofrecido por Health Care Service Corporation, a Mutual Legal Reserve Company (HCSC)

Aviso Anual de Cambios para el 2023

Actualmente se encuentra inscrito como miembro de Blue Cross Medicare Advantage Dual Care Plus (HMO SNP)SM. Habrá cambios en los costos y beneficios del plan durante el siguiente año. **Consulte la página 5 para obtener un Resumen de Costos Importantes, incluida la Prima de la Póliza.**

Este documento informa sobre los cambios en su plan. Para obtener más información sobre los costos, los beneficios o las reglas, revise la *Evidencia de Cobertura* que se encuentra en nuestro sitio web getbluenm.com/dsnp. También puede llamar a Servicio al Cliente para solicitar que le enviemos por correo una *Evidencia de Cobertura*.

¿Qué hacer ahora?

1. PREGUNTE: Qué cambios aplican a usted

- Verifique los cambios en nuestros beneficios y costos para ver si lo afectan.
 - Revise los cambios en los costos de atención médica (médico, hospital)
 - Revise los cambios en nuestra cobertura de medicamentos, incluidos los requisitos de autorización y los costos
 - Considere cuánto gastará en primas, deducibles y gastos compartidos
- Consulte los cambios en la Lista de Medicamentos 2023 para asegurarse de que los medicamentos que toma actualmente aún se encuentran cubiertos
- Verifique si sus médicos de atención primaria, especialistas, hospitales y otros proveedores, incluidas las farmacias, se encontrarán en nuestra red el próximo año.
- Piense si está conforme con nuestro plan.

2. COMPARE: Conozca otras opciones de plan

- Revise las coberturas y los costos de los planes en su área. Use el Localizador de Planes de Medicare en el sitio web www.medicare.gov/plan-compare o revise la lista en el reverso de su manual *Medicare y Usted 2023*.
- Una vez que reduzca sus opciones a un plan preferido, confirme sus costos y cobertura en el sitio web del plan.

3. ELIJA: Decida si desea cambiar de plan

486725.0722

Aprobación OMB 0938-1051 (Expira: 29 de febrero de 2024)

- Si usted no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2022, permanecerá en Blue Cross Medicare Advantage Dual Care Plus (HMO SNP).
- Para **cambiarse a un plan diferente**, puede cambiar de plan entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Su nueva cobertura comenzará a partir del **1 de enero de 2023**. Esto finalizará su inscripción con Blue Cross Medicare Advantage Dual Care Plus (HMO SNP).
- Lea la sección 3.2, página 22, para averiguar más sobre sus opciones.
- Si recientemente se mudó a una institución, en la actualidad reside en una o recientemente se mudó de una (como un centro de enfermería especializada o un hospital de atención médica a largo plazo), puede cambiarse de plan o cambiarse a Original Medicare (con o sin un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado) en cualquier momento.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible de forma gratuita en español.
- ATTENTION: If you speak Spanish, language assistance services, free of charge, are available to you. Call Customer Service at 1-877-688-1813 (TTY only, call 711) for more information.
- ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame a Servicio al Cliente al 1-877-688-1813 (TTY: 711) para recibir más información.
- Comuníquese con nuestro número de Servicio al Cliente al 1-877-688-1813 para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los 7 días de la semana. Si llama entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, se utilizarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz) los fines de semana y los días feriados.
- Para obtener más información por favor póngase en contacto con nuestro número del Departamento de Servicios para Miembros en 1-877-688-1813. (Usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario es de 8:00 – 20:00, hora de local, 7 días a la semana. Si llama entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, se utilizarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz) los fines de semana y días festivos.
- Comuníquese con Blue Cross Medicare Advantage Dual Care Plus (HMO SNP) si necesita esta información en otro idioma o formato (español, braille, letra grande o formatos alternativos).

- **La cobertura conforme a este Plan califica como una Cobertura Médica Calificada (QHC, en inglés)** y cumple con el requerimiento de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA, en inglés). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS, en inglés) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información.

Acerca de Blue Cross Medicare Advantage Dual Care Plus (HMO SNP)

- Blue Cross and Blue Shield of New Mexico, una división de Health Care Service Corporation, una compañía mutual de reserva legal (HCSC), un concesionario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association.
 - Una parte de estos servicios los financia el estado de New Mexico.
 - HMO Special Needs Plan provided by Health Care Service Corporation, a Mutual Legal Reserve Company (HCSC), an Independent Licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association. HCSC is a Medicare Advantage organization with a Medicare contract and a contract with the New Mexico Medicaid program. Enrollment in HCSC's plan depends on contract renewal.
 - En este documento, cuando se mencionen las palabras "nosotros", "nos" o "nuestro", significa Health Care Service Corporation, a Mutual Legal Reserve Company (HCSC). Cuando se mencionen las palabras "el plan" o "nuestro plan", significa Blue Cross Medicare Advantage Dual Care Plus (HMO SNP).
-

Aviso anual de cambios para el 2023
Tabla de contenidos

Resumen de Costos Importantes para 2023	5
SECTION 1 Cambios en beneficios y costos para el año siguiente	8
Section 1.1 – Cambios en su Prima Mensual	8
Section 1.2 – Cambios en su Monto Máximo de Bolsillo	8
Section 1.3 – Cambios en las Redes de Proveedores y Farmacias	9
Section 1.4 – Cambios en los Beneficios y Costos de los Servicios Médicos	9
Section 1.5 – Cambios en la Cobertura para Medicamentos Recetados de la Parte D	12
SECTION 2 Cambios administrativos	15
SECTION 3 Cómo decidir qué plan elegir	22
Section 3.1 – Si decide permanecer en Blue Cross Medicare Advantage Dual Care Plus (HMO SNP)	22
Section 3.2 – Si decide cambiar de plan	22
SECTION 4 Cómo cambiarse de plan	23
SECTION 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid	24
SECTION 6 Programas que ayudan a pagar medicamentos recetados	25
SECTION 7 ¿Tiene preguntas?	25
Section 7.1 – Cómo obtener ayuda de Blue Cross Medicare Advantage Dual Care Plus (HMO SNP)	25
Section 7.2 – Cómo obtener ayuda de Medicare	26
Section 7.3 – Cómo recibir ayuda de Medicaid	27

Resumen de Costos Importantes para 2023

La tabla a continuación compara los costos del 2022 y los costos del 2023 para Blue Cross Medicare Advantage Dual Care Plus (HMO SNP) en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los costos.** Si es elegible para la asistencia de gastos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, paga \$0 por su deducible, visitas al consultorio médico y estadias hospitalarias como paciente internado.

Costo	2022 (este año)	2023 (el próximo año)
<p>Prima mensual del plan*</p> <p>* Su prima puede ser mayor o menor que esta suma. Consulte la Sección 1.1 para obtener más detalles.</p>	\$34.30	\$34.30
<p>Deducible</p>	\$0 o \$233 (según sus ingresos y su condición institucional)	<p>\$0 o \$233 (según sus ingresos y su condición institucional)</p> <p>Estos son montos de gastos compartidos que corresponden al 2022 y podrían cambiar para el año 2023. Blue Cross Medicare Advantage Dual Care Plus (HMO SNP) proporcionará tasas actualizadas lo más pronto posible tras ser publicadas.</p>
<p>Visitas al consultorio del médico</p>	<p>Consultas de atención primaria: 0% o 20% del costo total por consulta</p> <p>Consultas con un especialista: 0% o 20% del costo total por consulta</p>	<p>Consultas de atención primaria: 0% o 20% del costo total por consulta</p> <p>Consultas con un especialista: 0% o 20% del costo total por consulta</p>

Costo	2022 (este año)	2023 (el próximo año)
Internación en hospital	\$0 o \$1,556 de deducible por cada período de beneficios; \$0 de copago por día para los días del 1 al 60; \$0 o \$389 de copago por día para los días del 61 al 90	<p>\$0 o \$1,556 de deducible por cada período de beneficios; \$0 de copago por día para los días del 1 al 60; \$0 o \$389 de copago por día para los días del 61 al 90</p> <p>Estos son los montos de gastos compartidos para el 2022 y podrían cambiar para el año 2023. Blue Cross Medicare Advantage Dual Care Plus (HMO SNP) proporcionará tasas actualizadas lo más pronto posible tras ser publicadas.</p>

Costo	2022 (este año)	2023 (el próximo año)
<p>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D (Consulte la Sección 1.5 para obtener más detalles).</p>	<p>Deducible: de \$0 a \$480 (según sus ingresos y su condición institucional)</p> <p>Copago durante la Etapa de Cobertura Inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel de Pago por Medicamento/Medicamentos Genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos): \$0 de copago; \$1.35 de copago; \$3.95 de copago o un 15% del costo total <p>Todos los Demás Medicamentos: \$0 de copago; \$4.00 de copago; \$9.85 de copago o un 15% del costo total</p>	<p>Deducible: de \$0 a \$505 (según sus ingresos y su condición institucional)</p> <p>Copago durante la Etapa de Cobertura Inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel de Pago por Medicamento/Medicamentos Genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos): \$0 de copago; \$1.45 de copago; \$4.15 de copago o un 15% del costo total <p>Todos los Demás Medicamentos: \$0 de copago; \$4.30 de copago; \$10.35 de copago o un 15% del costo total</p>
<p>Monto máximo de bolsillo Esta es la suma <u>máxima</u> que pagará de su bolsillo por los servicios incluidos. (Consulte la Sección 1.2 para obtener más detalles).</p>	<p>\$7,550</p> <p>Si es elegible para la asistencia de gastos compartidos de Medicare bajo Medicaid, no es responsable de pagar los gastos de bolsillo para el monto máximo de bolsillo para los servicios incluidos de la Parte A y la Parte B.</p>	<p>\$7,550</p> <p>Si es elegible para la asistencia de gastos compartidos de Medicare bajo Medicaid, no es responsable de pagar los gastos de bolsillo para el monto máximo de bolsillo para los servicios incluidos de la Parte A y la Parte B.</p>

SECTION 1 Cambios en beneficios y costos para el año siguiente

Section 1.1 – Cambios en su Prima Mensual

Costo	2022 (este año)	2023 (el próximo año)
Prima mensual	\$34.30	\$34.30
(Usted tiene que continuar pagando su prima de la póliza de la Parte B de Medicare, a menos que Centennial Care (Medicaid) la pague por usted).		

Section 1.2 – Cambios en su Monto Máximo de Bolsillo

Medicare exige que todos los seguros de gastos médicos limiten cuánto debe pagar en gastos “de bolsillo” durante el año. Este límite se denomina “monto de gasto máximo de bolsillo”. Una vez que alcanza este monto, generalmente no paga nada por los servicios incluidos durante lo que resta del año.

Costo	2022 (este año)	2023 (el próximo año)
Monto máximo de bolsillo	\$7,550	\$7,550
Debido a que nuestros asegurados también reciben asistencia de Centennial Care (Medicaid), muy pocos asegurados alcanzan, alguna vez, este gasto máximo de bolsillo.		Una vez que haya pagado \$7,550 de bolsillo por los servicios incluidos, no pagará nada por los servicios incluidos

Costo	2022 (este año)	2023 (el próximo año)
<p>Si es elegible para recibir asistencia de Medicaid con los copagos y los deducibles de la Parte A y la Parte B, usted no es responsable de pagar ningún gasto de bolsillo hasta monto máximo de bolsillo para los servicios incluidos de la Parte A y la Parte B.</p> <p>Sus costos por servicios médicos incluidos (tales como copagos y deducibles) cuentan para el monto máximo de bolsillo. Su prima del plan y los costos de los medicamentos con receta no cuentan para calcular el monto máximo de bolsillo.</p>		<p>durante el resto del año calendario.</p>

Section 1.3 – Cambios en las Redes de Proveedores y Farmacias

Updated directories are located on our website at getbluenm.com/dsnp. You may also call Customer Service for updated provider and/or pharmacy information or to ask us to mail you a directory.

There are changes to our network of providers for next year. **Please review the 2023 Provider Directory to see if your providers (primary care provider, specialists, hospitals, etc.) are in our network.**

There are changes to our network of pharmacies for next year. **Please review the 2023 Pharmacy Directory to see which pharmacies are in our network.**

It is important that you know that we may make changes to the hospitals, doctors and specialists (providers) and pharmacies that are a part of your plan during the year. If a mid-year change in our providers affects you, please contact Customer Service so we may assist.

Section 1.4 – Cambios en los Beneficios y Costos de los Servicios Médicos

Considere que en el *Aviso Anual de Cambios* se le informa sobre los cambios en sus beneficios y costos de Medicare.

Haremos cambios en los costos y beneficios de ciertos servicios médicos durante el próximo año. La información en la siguiente tabla describe estos cambios.

Costo	2022 (este año)	2023 (el próximo año)
Dental Services (Non-Medicare-covered Comprehensive)	<u>In and Out-of-Network</u> \$2,000 maximum plan coverage amount for in-and out-of-network comprehensive dental benefits per year.	<u>In and Out-of-Network</u> \$3,000 maximum plan coverage amount for in-and out-of-network comprehensive dental benefits per year.
Atención de emergencia	<u>Dentro de la red</u> Copago de \$90 por los servicios cubiertos por Medicare.	<u>Dentro de la red</u> Copago de \$95 por los servicios cubiertos por Medicare.
Flex Spending Card	Not Covered	Your plan will offer you \$1,000 on a pre-loaded flexible spend card to use for covered services on dental, vision, and hearing benefits. The preloaded funds can be used as needed between dental, vision, and hearing services. Please reference your Evidence of Coverage for more information.
Hearing Aid (Non-Medicare Covered)	Not Covered	<u>In-Network</u> There is a \$2,000 maximum plan coverage limit for hearing aids (both ears combined) purchased every year.

Costo	2022 (este año)	2023 (el próximo año)
<u>Hearing Exams</u> <u>(Non-Medicare Covered)</u>	Not Covered	<u>In-Network</u> \$0 copay for 1 routine hearing exam every year \$0 copay for in-network fitting/evaluation for hearing aids; unlimited provider visits for fitting and adjustments within 12 months of purchase of TruHearing hearing aids.
Servicios hospitalarios de observación para pacientes no hospitalizados	<u>Dentro de la red</u> Usted paga un por cada servicio de observación cubierto por Medicare.	<u>Dentro de la red</u> Usted paga un copago de \$325 por cada servicio de observación cubierto por Medicare.
Over-the-counter items	\$255 allowance every three months for specific over-the-counter drugs and health-related products.	\$295 allowance every three months for specific over-the-counter drugs and health-related products.
Servicios requeridos urgentemente	<u>Dentro de la red</u> Copago de \$65 por los servicios cubiertos por Medicare.	<u>Dentro de la red</u> Copago de \$60 por los servicios cubiertos por Medicare.

Costo	2022 (este año)	2023 (el próximo año)
<p><u>Vision Care (Non-Medicare-covered Eyewear)</u></p>	<p><u>In Network</u> Routine eye wear: \$0 copay for contact lenses, eyeglass frames, and eyeglass lenses. \$150 amount for routine eye wear every year. (including eyeglass frames, lenses, and contact lenses). Coverage includes: 1 pair eyeglass lenses every year (Standard lenses only. Progressive lenses excluded). 1 pair eyeglass frames per year. No limit on number of contact lenses.</p>	<p><u>In Network</u> Routine eye wear: \$0 copay for contact lenses, eyeglass frames, and eyeglass lenses. \$250 amount for routine eye wear every year. (including eyeglass frames, lenses, and contact lenses). Coverage includes: 1 pair eyeglass lenses every year (Standard lenses only. Progressive lenses excluded). 1 pair eyeglass frames per year. No limit on number of contact lenses.</p>

Section 1.5 – Cambios en la Cobertura para Medicamentos Recetados de la Parte D

Cambios en Nuestra Lista de Medicamentos

Nuestra lista de medicamentos incluidos se denomina Formulario o “Lista de Medicamentos”. Se le proporciona electrónicamente una copia de nuestra Lista de Medicamentos.

Hicimos cambios en nuestra Lista de Medicamentos, incluso cambios en medicamentos que cubrimos y cambios en restricciones que se aplican a nuestra cobertura de determinados medicamentos. **Revise la Lista de Medicamentos para asegurarse de que los medicamentos que utiliza estén cubiertos el año siguiente y consulte si existe alguna restricción.**

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 reglas de Medicare. Por ejemplo, podemos eliminar de inmediato los

medicamentos que la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, en inglés) considera inseguros o que un fabricante del producto retira del mercado. Actualizamos nuestra Lista de Medicamentos en línea a fin de proporcionar la lista más actualizada de medicamentos.

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura de medicamentos al comienzo del año o durante el año, revise el Capítulo 9 de su Evidencia de Cobertura y hable con su médico para conocer sus opciones, como solicitar un suministro temporal, solicitar una excepción o una búsqueda para encontrar un nuevo medicamento. También puede comunicarse con Servicio al Cliente para obtener más información.

A partir del 2023, podemos eliminar de inmediato un medicamento de marca de nuestra Lista de Medicamentos si, al mismo tiempo, lo reemplazamos con un nuevo medicamento genérico del mismo nivel de gastos compartidos o uno menor y con las mismas o menos restricciones. Además, cuando agregamos el nuevo medicamento genérico, podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de Medicamentos, pero inmediatamente moverlo a un nivel diferente de gastos compartidos o agregar nuevas restricciones, o ambos.

Esto significa, por ejemplo, que si toma un medicamento de marca que será reemplazado o se cambiará a un nivel más alto de gastos compartidos, ya no recibirá aviso del cambio 30 días antes de que lo hagamos ni recibirá un suministro mensual de su medicamento de marca en una farmacia de la red. Si está tomando un medicamento de marca, igualmente recibirá información sobre el cambio específico que hemos realizado, pero puede recibirla después de que se realice el cambio.

Cambios en los Costos de Medicamentos con Receta

Nota: Si usted forma parte de 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.** Le hemos enviado un prospecto, titulado "Cláusula de Evidencia de Cobertura para quienes reciban el Beneficio Adicional para sus medicamentos con receta" (también llamado "Cláusula de Subsidio por Bajos Ingresos" o "Cláusula LIS"), en el que se describen los costos de los medicamentos que le corresponden. Si recibe un "Beneficio Adicional", pero no recibió este prospecto, llame a Servicio al Cliente y solicite su "Cláusula LIS".

Hay cuatro "etapas de cobertura para medicamentos".

La información a continuación muestra los cambios para el siguiente año en las primeras dos etapas: la Etapa de Deducible Anual y la Etapa de Cobertura Inicial. (La mayoría de los asegurados no alcanzan las otras dos etapas: la Etapa de Interrupción en la Cobertura o la Etapa de Cobertura para Casos Catastróficos.

Mensaje Importante sobre lo que Usted Paga por las Vacunas

Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo para usted, incluso si no pagó su deducible. Llame al Servicio al Cliente para obtener más información.

Mensaje Importante sobre lo que Usted Paga por la Insulina

No pagará más de \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar el nivel de gastos compartidos en el que se encuentre, incluso si no pagó su deducible.

Cambios en la Etapa del Deducible

Etapa	2022 (este año)	2023 (el próximo año)
<p>Etapa 1: Etapa de Deducible Anual</p> <p>Durante esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos de la Parte D hasta que haya alcanzado el deducible anual.</p>	<p>Su monto de deducible varía entre \$0 y \$480, según el nivel de "Beneficio Adicional" que reciba. (Busque el prospecto que se incluye aparte, denominado "Cláusula LIS", para consultar el monto de su deducible).</p>	<p>Su monto de deducible varía entre \$0 y \$505, según el nivel de "Beneficio Adicional" que reciba. (Busque el prospecto que se incluye aparte, denominado "Cláusula LIS", para consultar el monto de su deducible).</p>

Cambios en sus Gastos Compartidos en la Etapa de Cobertura Inicial

Para obtener información acerca de los copagos y el coseguro, consulte el Capítulo 6, Sección 1.2, *Tipos de gastos de bolsillo que puede pagar por los medicamentos incluidos en su Evidencia de Cobertura*.

Etapa	2022 (este año)	2023 (el próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de Cobertura Inicial</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 por el costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo.</p> <p>Los costos en esta fila son por un suministro de un mes (30 días) cuando surta su receta médica en una farmacia de la red que</p>	<p>Su costo para un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red con el gasto compartido estándar:</p> <p>Nivel de Pago por Medicamento 1:</p> <p>Medicamentos Genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos):</p> <p>Usted paga un copago de \$0; un copago de \$1.35; un copago de</p>	<p>Su costo para un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red con el gasto compartido estándar:</p> <p>Nivel de Pago por Medicamento 1:</p> <p>Medicamentos Genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos):</p> <p>Usted paga un copago de \$0; un copago de \$1.45; un copago de</p>

Etapa	2022 (este año)	2023 (el próximo año)
<p>proporciona gastos compartidos estándar. Para obtener información sobre los costos de un suministro a largo plazo o de recetas con entrega a domicilio, consulte la Sección 5 del Capítulo 6 de su <i>Evidencia de Cobertura</i>.</p>	<p>\$3.95 o un 15% del costo total por receta médica.</p> <p>Todos los Demás Medicamentos:</p> <p>Usted paga un copago de \$0; un copago de \$4.00; un copago de \$9.85 o un 15% del costo total por receta médica.</p>	<p>\$4.15 o un 15% del costo total por receta médica.</p> <p>Todos los Demás Medicamentos:</p> <p>Usted paga un copago de \$0; un copago de \$4.30; un copago de \$10.35 o un 15% del costo total por receta médica.</p>
	<p>Una vez que sus costos totales por medicamentos hayan alcanzado los \$4,430, usted pasará a la siguiente etapa (la Etapa de Interrupción en la Cobertura).</p>	<p>Una vez que sus costos totales por medicamentos hayan alcanzado los \$4,660, usted pasará a la siguiente etapa (la Etapa de Interrupción en la Cobertura).</p>

SECTION 2 Cambios administrativos

Descripción	2022 (este año)	2023 (el próximo año)
<p>Área de Servicio</p>	<p>El área de servicio de este plan incluye los siguientes condados: Bernalillo, Dona Ana, Sandoval, Santa Fe, Tarrant, and Valencia</p>	<p>El área de servicio de este plan incluye los siguientes condados: Bernalillo, Chaves, Curry, Dona Ana, Otero, Quay, Roosevelt, Sandoval, Santa Fe, Taos, Tarrant, and Valencia</p>

Descripción	2022 (este año)	2023 (el próximo año)
<p>SilverSneakers</p>	<p>Manténgase activo, sano y conectado con SilverSneakers</p> <p>Como asegurado de Blue Cross Medicare Advantage Dual Care Plus (HMO SNP), tiene acceso a SilverSneakers[®] sin costo adicional. SilverSneakers es más que un programa de acondicionamiento físico. Es una manera de mejorar su salud, ganar confianza y conectarse con su comunidad. Sin importar si juega al tenis, practica natación en vueltas, levanta pesas, va al gimnasio o toma clases en vivo desde casa, SilverSneakers le brinda cobertura. El movimiento, el ejercicio y las conexiones sociales son fundamentales para su estado de salud, y SilverSneakers lo apoya de todas estas maneras.</p> <p>SilverSneakers le brinda acceso a los siguientes beneficios:</p>	<p>Manténgase activo, sano y conectado con SilverSneakers</p> <p>Como asegurado de Blue Cross Medicare Advantage Dual Care Plus (HMO SNP), tiene acceso a SilverSneakers[®] sin costo adicional. SilverSneakers es más que un programa de acondicionamiento físico. Es una manera de mejorar su salud, ganar confianza y conectarse con su comunidad. Sin importar si juega al tenis, practica natación en vueltas, levanta pesas, va al gimnasio o toma clases en vivo desde casa, SilverSneakers le brinda cobertura. El movimiento, el ejercicio y las conexiones sociales son fundamentales para su estado de salud, y SilverSneakers lo apoya de todas estas maneras.</p> <p>SilverSneakers le brinda acceso a los siguientes beneficios:</p>

Descripción	2022 (este año)	2023 (el próximo año)
	<ul style="list-style-type: none"> • Clases y talleres de SilverSneakers LIVE™ impartidos por instructores capacitados en el acondicionamiento físico para personas mayores. Más de 200 videos de ejercicios en la biblioteca en línea de SilverSneakers On-Demand™. • Aplicación móvil SilverSneakers GO™ con acceso a programas digitales de entrenamiento. • Miles de gimnasios participantes¹ que realizan clases de acondicionamiento físico grupales² en instalaciones selectas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Clases y talleres de SilverSneakers LIVE™ impartidos por instructores capacitados en el acondicionamiento físico para personas mayores. • Más de 200 videos de ejercicios en la biblioteca en línea de SilverSneakers On-Demand™. • Aplicación móvil SilverSneakers GO™ con acceso a programas digitales de entrenamiento. • Miles de gimnasios participantes¹ que realizan clases de acondicionamiento físico grupales² en instalaciones selectas.

Descripción	2022 (este año)	2023 (el próximo año)
	<ul style="list-style-type: none"> • Clases de SilverSneakers FLEX[®] Community que se imparten en instalaciones de vecindarios • Recomendaciones de nutrición y acondicionamiento físico en línea • GetSetUp3, con miles de clases en línea en vivo para fomentar su interés en temas como la cocina, la tecnología y el arte. <p>Manténgase activo en el gimnasio, desde casa y en lugares alrededor de su comunidad. Con SilverSneakers, tiene más opciones que nunca.</p> <p>Cree una cuenta y desbloquee hoy mismo todos sus beneficios de SilverSneakers.</p> <p>SilverSneakers.com/StartHere</p> <p>Enlace: https://tools.silversneakers.com/Eligibility/StartHere</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Clases de SilverSneakers FLEX[®] Community que se imparten en instalaciones de vecindarios • Recomendaciones de nutrición y acondicionamiento físico en línea • GetSetUp3, con miles de clases en línea en vivo para fomentar su interés en temas como la cocina, la tecnología y el arte. <p>Manténgase activo en el gimnasio, desde casa y en lugares alrededor de su comunidad. Con SilverSneakers, tiene más opciones que nunca.</p> <p>Cree una cuenta y desbloquee hoy mismo todos sus beneficios de SilverSneakers.</p> <p>SilverSneakers.com/StartHere</p>

Descripción	2022 (este año)	2023 (el próximo año)
	<p>Notas al pie de página:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Las instalaciones participantes (PL, en inglés) no son propiedad de Tivity Health, Inc. ni están operadas por Tivity Health, Inc. o sus filiales. El uso de centros y servicios de las PL se limita a los términos y condiciones de la membresía básica de las PL. Los centros y los servicios varían según la PL. 2. La membresía incluye clases de acondicionamiento físico grupales guiadas por instructores de SilverSneakers. Algunas ubicaciones ofrecen clases adicionales a los miembros. Las clases varían según la ubicación. 	<p>Enlace: https://tools.silversneakers.com/Eligibility/StartHere</p> <p>Notas al pie de página:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Las instalaciones participantes (PL, en inglés) no son propiedad de Tivity Health, Inc. ni están operadas por Tivity Health, Inc. o sus filiales. El uso de centros y servicios de las PL se limita a los términos y condiciones de la membresía básica de las PL. Los centros y los servicios varían según la PL.

Descripción	2022 (este año)	2023 (el próximo año)
	<p>Blue Cross[®], Blue Shield[®] y los símbolos de la cruz y el escudo son marcas de servicio registradas de Blue Cross and Blue Shield Association, una asociación de planes independientes de Blue Cross and Blue Shield.</p> <p>SilverSneakers y el logotipo de calzado de SilverSneakers son marcas comerciales</p>	<p>2 La membresía incluye clases de acondicionamiento físico grupales guiadas por instructores de SilverSneakers. Algunas ubicaciones ofrecen clases adicionales a los miembros. Las clases varían según la ubicación.</p>

Descripción	2022 (este año)	2023 (el próximo año)
	<p>registradas de Tivity Health, Inc. SilverSneakers LIVE, SilverSneakers On-Demand y SilverSneakers GO son marcas comerciales de Tivity Health, Inc. © 2022 Tivity Health, Inc. Todos los derechos reservados.</p>	<p>3. GetSetUp es un proveedor de servicios externo y no es propiedad de Tivity Health, Inc. (“Tivity”) ni está operado por Tivity Health, Inc. o sus filiales. Los usuarios deben contar con servicio de Internet para poder utilizar el servicio de GetSetUp. Los cargos del servicio de Internet son responsabilidad del usuario. Es posible que se apliquen cargos por el acceso a ciertas clases o funciones de GetSetUp.</p> <p>Blue Cross[®], Blue Shield[®] y los símbolos de la cruz y el escudo son marcas de servicio registradas de Blue Cross and Blue Shield Association, una asociación de planes independientes de</p>

Descripción	2022 (este año)	2023 (el próximo año)
		Blue Cross and Blue Shield. SilverSneakers y el logotipo de calzado de SilverSneakers son marcas comerciales registradas de Tivity Health, Inc. SilverSneakers LIVE, SilverSneakers On-Demand y SilverSneakers GO son marcas comerciales de Tivity Health, Inc. © 2022 Tivity Health, Inc. Todos los derechos reservados.

SECTION 3 Cómo decidir qué plan elegir

Section 3.1 – Si decide permanecer en Blue Cross Medicare Advantage Dual Care Plus (HMO SNP)

Para permanecer en nuestro plan, no debe hacer nada. Si no se inscribe en un plan diferente ni se cambia a Original Medicare antes del 7 de diciembre, se lo inscribirá automáticamente en nuestro plan Blue Cross Medicare Advantage Dual Care Plus (HMO SNP).

Section 3.2 – Si decide cambiar de plan

Esperamos tenerlo entre nuestros miembros el año siguiente, pero si desea cambiarse a 2023, siga estos pasos:

Primer paso: Conozca y compare las opciones que tiene

- Puede inscribirse en un seguro de gastos médicos de Medicare diferente.

- -- O-- También puede cambiarse a Original Medicare. Si elige Original Medicare, deberá decidir si quiere inscribirse en un Plan de Medicamentos con Receta de Medicare.

Para averiguar más sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare, use el Localizador de Planes de Medicare (www.medicare.gov/plan-compare), lea el manual *Medicare y Usted de 2023*, comuníquese con el Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (consulte la Sección 5) o llame a Medicare (consulte la Sección 7.2).

Segundo paso: Cambie su cobertura

- Para **cambiarse a otro seguro de gastos médicos de Medicare**, inscríbese en el nuevo plan. Se cancelará automáticamente su inscripción en Blue Cross Medicare Advantage Dual Care Plus (HMO SNP).
- Para **cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos con receta**, inscríbese en el nuevo plan de medicamentos. Se cancelará automáticamente su inscripción en Blue Cross Medicare Advantage Dual Care Plus (HMO SNP).
- 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 Servicio al Cliente si necesita más información sobre cómo hacerlo.
 - – O – comuníquese con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 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.

Si se cambia a Original Medicare y **no** se inscribe en un Plan de Medicamentos con Receta de Medicare separado, Medicare lo puede inscribir en un plan de medicamentos, a menos que haya desistido de una inscripción automática.

SECTION 4 Cómo cambiarse de plan

Si desea cambiarse a un plan diferente o a Original Medicare para el próximo año, puede hacerlo desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre**. El cambio tendrá vigencia a partir del 1 de enero de 2023.

¿Se pueden realizar cambios en otros momentos del año?

En determinadas situaciones, también se permiten cambios en otras épocas del año. Los ejemplos incluyen a las personas con Medicaid, aquellos que obtienen el "Beneficio Adicional" para pagar sus medicamentos, aquellos que abandonaron o están en

proceso de abandonar la cobertura del empleador y aquellos que se mudan fuera del área de servicio.

Si se inscribió en un plan de Medicare Advantage el 1 de enero de 2023 y no le gusta la opción de su plan, puede cambiarse a otro seguro de gastos médicos de Medicare (con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) o cambiarse a Original Medicare (con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2023.

Si recientemente se mudó a una institución, en la actualidad reside en una o recientemente se mudó de una (como un centro de enfermería especializada o un hospital de atención médica a largo plazo), puede cambiar su cobertura de Medicare **en cualquier momento**. Puede cambiarse a cualquier otro seguro de gastos médicos de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos con receta de Medicare) o cambiarse a Original Medicare (con o sin un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado) en cualquier momento.

SECTION 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid

El Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP) es un programa gubernamental independiente con consejeros capacitados en cada estado. En New Mexico, el SHIP es conocido como New Mexico Aging and Long-Term Services Department.

Es un programa estatal que obtiene fondos del Gobierno federal para ofrecer asesoramiento local **gratuito** sobre seguros médicos a personas que tienen Medicare. En New Mexico Aging and Long-Term Services Department, los consejeros pueden ayudarle si tiene preguntas o problemas relacionados con Medicare. Pueden ayudarle a comprender sus opciones de planes de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan. También puede llamar a New Mexico Aging and Long-Term Services Department al 1-800-432-2080. Puede conocer más sobre New Mexico Aging and Long-Term Services Department visitando su sitio web <http://www.nmaging.state.nm.us/>.

Si tiene preguntas sobre sus beneficios de New Mexico Human Services Department/Medical Assistance Division, comuníquese con New Mexico Human Services Department/Medical Assistance Division al 1-888-997-2583. Los horarios son 8:00 a.m. to 4:30 p.m. local time. También puede visitar el sitio web en <https://www.hsd.state.nm.us/mad>. Pregunte cómo inscribirse en otro plan o regresar a Original Medicare afecta la forma en que obtiene su cobertura de Medicaid New Mexico.

SECTION 6 Programas que ayudan a pagar medicamentos recetados

Puede calificar para recibir ayuda para pagar medicamentos recetados.

- **“Ayuda Adicional” de Medicare.** Debido a que cuenta con cobertura de Medicaid, usted ya está inscrito en “Ayuda Adicional”, también llamado Subsidio por Bajos Ingresos. La Ayuda Adicional paga algunas de sus primas de medicamentos recetados, deducibles anuales y coseguro. Ya que usted califica, no tendrá una brecha en cobertura ni serán sancionados con multas por inscripción tardía. Si tiene preguntas sobre la Ayuda Adicional, utilice la siguiente información para comunicarse:
 - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
 - La oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, de lunes a viernes entre las 8:00 a. m. y 7:00 p. m., para comunicarse con un representante. Los mensajes automatizados se encuentran disponibles las 24 horas del día. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-325-0778; o
 - La oficina de Medicaid de su estado (solicitudes).
- **Asistencia de costo compartido de recetas médicas para personas con VIH/SIDA.** El AIDS Drug Assistance Program (ADAP, en inglés) ayuda a garantizar que las personas elegibles para el ADAP que viven con VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos contra el VIH que salvan la vida. Las personas deben reunir determinados criterios, incluidas la prueba de residencia en el estado y la condición de VIH, bajos ingresos según lo definido por el estado y condición de miembro/submiembro. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el ADAP son elegibles para recibir ayuda para cubrir los gastos compartidos de las recetas médicas a través de New Mexico Department of Health. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al 1-505-476-3628.

SECTION 7 ¿Tiene Preguntas?

Section 7.1 – Cómo obtener ayuda de Blue Cross Medicare Advantage Dual Care Plus (HMO SNP)

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudarle. Llame a Servicio al Cliente al 1-877-688-1813. (Solo para TTY, llame al 711.) El horario de atención para llamadas telefónicas es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los 7 días a la semana. Si llama desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, se utilizarán tecnologías alternativas

(por ejemplo, correo de voz) los fines de semana y los días feriados. Las llamadas a estos números son gratuitas.

Lea su *Evidencia de Cobertura para el 2023 (contiene detalles sobre los beneficios y los costos del próximo año)*.

Este *Aviso anual de cambios* le ofrece un resumen de cambios en sus beneficios y costos para el 2023. Para obtener más información, consulte la *Evidencia de Cobertura2023* del plan Blue Cross Medicare Advantage Dual Care Plus (HMO SNP). 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 servicios y medicamentos recetados cubiertos. Una copia de la *Evidencia de cobertura* se encuentra en nuestra página web en getbluenm.com/dsnp. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para solicitar que le enviemos por correo una *Evidencia de Cobertura*.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web en getbluenm.com/dsnp. Como recordatorio, en nuestro sitio web se presenta la información más actualizada sobre la red de proveedores (*Directorio de proveedores*) y nuestra Lista de medicamentos cubiertos (Formulario/Lista de medicamentos).

Section 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) 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 la página web de Medicare (www.medicare.gov). Tiene información sobre los costos, la cobertura y la Calificación por Estrellas de calidad para ayudarle a comparar los seguros de gastos médicos de Medicare en su área. Para ver la información sobre los planes, visite www.medicare.gov/plan-compare.

Lea *Medicare y Usted 2023*

Lea el manual de *Medicare y Usted, 2023*. Este documento se envía cada otoño a todas las personas que tienen Medicare. Se incluye un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare, y se responde las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Si no cuenta con un ejemplar de este documento, puede obtenerlo en la página 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.

Section 7.3 – Cómo recibir ayuda de Medicaid

Para obtener información de Medicaid New Mexico, puede comunicarse con New Mexico Human Services Department/Medical Assistance Division al 1-888-997-2583. El horario de atención es 8:00 a.m. to 4:30 p.m. local time. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-227-5485.