BlueCross BlueShield of North Carolina

## *Experience Health Medicare Advantage℠ (HMO) (H3777-001-004)* ofrecido por *Blue Cross and Blue Shield of North Carolina (Blue Cross NC)*

# Aviso anual de cambios para 2025

Actualmente está inscrito como miembro de Experience Health Medicare Advantage. Habrá cambios en los costos y beneficios del plan durante el próximo año. ***Consulte la página 5 para obtener un Resumen de costos importantes, incluida la Prima.***

En este documento, se le informa acerca de los cambios en su plan. Para obtener más información sobre los costos, los beneficios o las reglas, consulte la *Evidencia de Cobertura*, que se encuentra en nuestro sitio web https://www.bluecrossnc.com/experience-health. También, puede llamar a Servicio de Atención al Cliente para pedirnos que le enviemos por correo una *Evidencia de Cobertura*.

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

---

### Qué debe hacer ahora

**1. PREGUNTE:** Qué cambios aplican para usted

☐ Verifique los cambios en nuestros beneficios y costos para ver si le afectan.

- Revise los cambios en los costos de atención médica (médico u hospital).
- Revise los cambios en nuestra cobertura de medicamentos, incluidas las restricciones de cobertura y los costos compartidos.
- Piense en cuánto gastará en primas, deducibles y costos compartidos.
- Consulte los cambios en la Lista de medicamentos de 2025 para asegurarse de que los medicamentos que toma actualmente aún estén cubiertos.
- Compare la información de los planes de 2024 y 2025 para ver si alguno de estos medicamentos pasará a un nivel de costo compartido diferente o estará sujeto a diferentes restricciones para 2025, como autorización previa, tratamiento escalonado o límite de cantidad.

Marcas ® de Blue Cross y Blue Cross and Blue Shield Association. Blue Cross and Blue Shield of North Carolina es un licenciatario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association.

Y0079_13635_M CMS Accepted 09112024 H3777-001-004

Aprobación de la OMB 0938-1051 (vence: 31 de agosto de 2026)

☐ Verifique si sus médicos de atención primaria, especialistas, hospitales y otros proveedores, incluidas las farmacias, formarán parte de la red el próximo año.

☐ Averigüe si califica para recibir ayuda para pagar los medicamentos con receta. Las personas con ingresos limitados pueden calificar para recibir "Ayuda Adicional" de Medicare.

☐ 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. Utilice el localizador de planes de Medicare en el sitio web www.medicare.gov/plan-compare o revise la lista en el reverso del manual *Medicare & You 2025* (Medicare y usted 2025). Para obtener apoyo adicional, comuníquese con su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) para hablar con un asesor capacitado.

☐ 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

- Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2024, permanecerá en Experience Health Medicare Advantage.
- Si desea cambiarse a un **plan diferente**, puede hacerlo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Su nueva cobertura comenzará el **1 de enero del 2025.** Esto finalizará su inscripción en Experience Health Medicare Advantage.
- Si recientemente se mudó a o actualmente vive en una institución (como un centro de atención de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo), puede cambiar de plan o cambiarse a Original Medicare (ya sea con o sin un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado) en cualquier momento. Si recientemente se mudó de una institución, tiene la oportunidad de cambiar de plan o cambiarse a Original Medicare durante dos meses completos después del mes en que se mudó.

## Recursos adicionales

- Este documento está disponible sin cargo en español.
- Comuníquese con nuestro Servicio de Atención al Cliente al 1-833-777-7394 para obtener más información. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., todos los días. Esta llamada es gratuita.
- Este documento está disponible en otros idiomas además del inglés, en braille, en letra grande u otros formatos alternativos. Llame a Servicio de Atención al Cliente para obtener información adicional.

Aprobación de la OMB 0938-1051 (vence: 31 de agosto de 2026)

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

## Acerca de Experience Health Medicare Advantage

- Blue Cross and Blue Shield of North Carolina es un plan HMO con un contrato de Medicare. La inscripción en Experience Health Medicare Advantage (HMO) depende de la renovación del contrato.
- Cuando en este documento se mencionan las palabras "nosotros", "nos" o "nuestro/a/os/as", se hace referencia a Blue Cross and Blue Shield of North Carolina (Blue Cross NC). Cuando se mencionan las palabras “plan” o “nuestro plan”, se hace referencia a Experience Health Medicare Advantage.

Aprobación de la OMB 0938-1051 (vence: 31 de agosto de 2026)

# *Aviso anual de cambios* para 2025
# Índice

**Resumen de costos importantes para el 2025 ..... 5**

**SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y los costos para el próximo año ..... 9**

Sección 1.1 Cambios en la prima mensual ..... 9

Sección 1.2 Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo ..... 9

Sección 1.3 Cambios en las redes de proveedores y farmacias ..... 10

Sección 1.4 Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos ..... 11

Sección 1.5 Cambios en la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D ..... 14

**SECCIÓN 2 Cambios administrativos ..... 18**

**SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir ..... 19**

Sección 3.1 Si desea permanecer en *Experience Health Medicare Advantage* ..... 19

Sección 3.2 Si decide cambiar de plan ..... 20

**SECCIÓN 4 Plazo límite para cambiarse de plan ..... 21**

**SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratis sobre Medicare ..... 21**

**SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar medicamentos con receta ..... 22**

**SECCIÓN 7 ¿Tiene alguna pregunta? ..... 23**

Sección 7.1 Cómo obtener ayuda de Experience Health Medicare Advantage ..... 23

Sección 7.2 Cómo obtener ayuda de Medicare ..... 24

Aprobación de la OMB 0938-1051 (vence: 31 de agosto de 2026)

## Resumen de costos importantes para el 2025

La tabla a continuación compara los costos de 2024 y 2025 para Experience Health Medicare Advantage en varias áreas importantes. **Sepa que esto es solamente un resumen de costos**.

| Costo | 2024 (este año) | 2025 (el próximo año) |
|---|---|---|
| **Prima mensual del plan*** <br> * Su prima puede ser mayor o menor que este monto. Consulte la Sección 1.1 para obtener más detalles. | $0 | $25 |
| **Monto máximo que paga de su bolsillo** <br> Este es el monto máximo que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 1.2 para obtener más detalles). | $3,500 | $3,900 |
| **Visitas al consultorio del médico** | Visitas al médico de atención primaria: <br> $0 por visita <br> Visitas al especialista: <br> $20 por visita | Visitas al médico de atención primaria: <br> $0 por visita <br> Visitas al especialista: <br> $20 por visita |
| **Internación en hospital** | Usted paga un copago de $295 por día durante los primeros **6** días por cada admisión cubierta por Medicare en un hospital de la red. | Usted paga un copago de $295 por día durante los primeros **6** días por cada admisión cubierta por |

| Costo | 2024 (este año) | 2025 (el próximo año) |
|---|---|---|
| | Usted paga $0 por días adicionales en un hospital de la red. | Medicare en un hospital de la red.<br>Usted paga $0 por días adicionales en un hospital de la red. |
| **Cobertura de medicamentos con receta de la Parte D**<br>(Consulte la Sección 1.5 para obtener más detalles). | Deducible: $0<br>Copago/coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:<br>• Nivel 1 de medicamento: $0 por receta por un suministro para 30 días en una farmacia minorista estándar, una farmacia estándar de pedido por correo, una farmacia preferida de pedido por correo o una farmacia fuera de la red<br>• Nivel 2 de medicamento: $5 por receta por un suministro para 30 días en una farmacia minorista estándar, una farmacia estándar de pedido por correo, una farmacia preferida de pedido por correo o una farmacia fuera de la red<br>• Nivel 3 de medicamento: $45 por receta por un suministro para 30 días en una farmacia minorista estándar, una farmacia | Deducible: $0<br>Copago/coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:<br>• Nivel 1 de medicamento: $0 por receta por un suministro para 30 días en una farmacia minorista estándar, una farmacia estándar de pedido por correo, una farmacia preferida de pedido por correo o una farmacia fuera de la red<br>• Nivel 2 de medicamento: $5 por receta por un suministro para 30 días en una farmacia minorista estándar, una farmacia estándar de pedido por correo, una farmacia preferida de pedido por correo o una farmacia fuera de la red<br>• Nivel 3 de medicamento: $45 por receta por un suministro para 30 días en una farmacia minorista estándar, una farmacia |

| Costo | 2024 (este año) | 2025 (el próximo año) |
|---|---|---|
| | estándar de pedido por correo, una farmacia preferida de pedido por correo o una farmacia fuera de la red | estándar de pedido por correo, una farmacia preferida de pedido por correo o una farmacia fuera de la red |
| | Usted paga un suministro de $35 por mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel. | Usted paga un suministro de $35 por mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel. |
| | • Nivel 4 de medicamento: $99 por receta por un suministro para 30 días en una farmacia minorista estándar, una farmacia estándar de pedido por correo, una farmacia preferida de pedido por correo o una farmacia fuera de la red | • Nivel 4 de medicamento: $99 por receta por un suministro para 30 días en una farmacia minorista estándar, una farmacia estándar de pedido por correo, una farmacia preferida de pedido por correo o una farmacia fuera de la red |
| | Usted paga un suministro de $35 por mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel. | Usted paga un suministro de $35 por mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel. |
| | • Nivel 5 de medicamento: 33% del costo total de un suministro para 30 días en una farmacia minorista estándar, una farmacia estándar de pedido por correo, una farmacia preferida de pedido por correo o una farmacia fuera de la red | • Nivel 5 de medicamento: 33% del costo total de un suministro para 30 días en una farmacia minorista estándar, una farmacia estándar de pedido por correo, una farmacia preferida de pedido por correo o una farmacia fuera de la red |

| Costo | 2024 (este año) | 2025 (el próximo año) |
|---|---|---|
| | • Nivel 6 de medicamento: $0 por receta por un suministro para 30 días en una farmacia minorista estándar, una farmacia estándar de pedido por correo, una farmacia preferida de pedido por correo o una farmacia fuera de la red<br><br>Etapa de cobertura en situaciones catastróficas<br><br>• En esta etapa de pago, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no paga nada. | • Nivel 6 de medicamento: $0 por receta por un suministro para 30 días en una farmacia minorista estándar, una farmacia estándar de pedido por correo, una farmacia preferida de pedido por correo o una farmacia fuera de la red<br><br>Etapa de cobertura en situaciones catastróficas<br><br>• Durante esta etapa de pago, no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D. |

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

## Sección 1.1 Cambios en la prima mensual

| Costo | 2024 (este año) | 2025 (el próximo año) |
|---|---|---|
| **Prima mensual**<br>(Usted también debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare). | $0 | $25 |

- Su prima mensual del plan será *mayor* si se le exige pagar una multa por inscripción tardía en 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 denominada cobertura válida) durante 63 días o más.
- Si usted tiene ingresos mayores, puede que tenga que pagar un monto adicional cada mes directamente al gobierno por su cobertura de medicamentos con receta de Medicare.
- Su prima mensual será *menor* si va a recibir una “Ayuda Adicional” para sus costos de medicamentos con receta. Consulte la Sección 6 sobre la "Ayuda Adicional" de Medicare.

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

Medicare exige que todos los planes de salud limiten cuánto debe pagar de su bolsillo durante el año. Este límite se denomina monto máximo que paga de su bolsillo. Una vez que alcanza este

monto, en general, no paga nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año.

| Costo | 2024 (este año) | 2025 (el próximo año) |
|---|---|---|
| **Monto máximo que paga de su bolsillo**<br>Sus costos por servicios médicos cubiertos (tales como copagos) cuentan para el monto máximo que paga de su bolsillo. Su prima del plan y los costos de los medicamentos con receta no cuentan para calcular el monto máximo que paga de su bolsillo. | $3,500 | $3,900<br>Una vez que haya pagado $3,900 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 1.3 Cambios en las redes de proveedores y farmacias

Las sumas que paga por sus medicamentos con receta pueden depender de la farmacia a la cual recurre. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta están cubiertos *solo* si se obtienen en una de nuestras farmacias de la red. Nuestra red incluye farmacias con costos compartidos preferidos, que pueden ofrecerle costos compartidos más bajos que los costos compartidos estándar que ofrecen otras farmacias de la red para algunos medicamentos.

Los directorios actualizados se encuentran en nuestro sitio web https://www.bluecrossnc.com/experience-health. También puede llamar al Servicio de Atención al Cliente para obtener la información actualizada sobre el proveedor o la farmacia, o para pedirnos que le enviemos un directorio por correo, el cual le enviaremos en un plazo de tres días hábiles.

Habrá cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. **Consulte el *Directorio de proveedores* de 2025 en *https://www.bluecrossnc.com/experience-health* para ver si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) forman parte de nuestra red.**

Habrá cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. **Revise el *Directorio de farmacias* de 2025 en *https://www.bluecrossnc.com/experience-health* para consultar las farmacias que forman parte de nuestra red.**

Es importante que sepa que podemos realizar cambios en los hospitales, médicos, especialistas (proveedores) y las farmacias que forman parte de su plan durante el año. Si se ve afectado por

algún cambio en nuestros proveedores realizado durante la mitad del año, comuníquese con Servicio de Atención al Cliente para que podamos ayudarlo.

## Sección 1.4 Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos

El próximo año, implementaremos cambios en los costos y los beneficios de ciertos servicios médicos. La información en la siguiente tabla describe estos cambios.

| Costo | 2024 (este año) | 2025 (el próximo año) |
|---|---|---|
| **Beneficio de acondicionamiento físico** | Puede inscribirse en gimnasios dentro de la red y pedir un kit de acondicionamiento físico para el hogar por año a través de un proveedor designado.<br>Tiene acceso ilimitado a la plataforma en línea del proveedor.<br>Debe utilizar el proveedor designado. | Recibe un monto de beneficios de $112 por mes para gastar a través de la plataforma del proveedor en membresías de gimnasios, clases y accesorios de acondicionamiento físico.<br>Obtiene acceso ilimitado a la plataforma en línea del proveedor. |
| **Servicios de laboratorio** | No se requiere autorización previa para 2024. | Es posible que se requiera autorización previa para 2025. |
| **Beneficio de comidas** | Recibe hasta 20 comidas durante 10 días con este beneficio.<br>No se requiere autorización previa para este beneficio en 2024.<br>Debe utilizar el proveedor designado. | Recibirá 2 comidas por día durante un máximo de 14 días para este beneficio.<br>Se requiere una remisión para este beneficio para 2025.<br>Debe utilizar el proveedor designado. |
| **Medicamento de insulina de la Parte B de Medicare** | Se requiere autorización previa para 2024. | No se requiere autorización previa para 2025. |

| Costo | 2024 (este año) | 2025 (el próximo año) |
|---|---|---|
| **Sesiones grupales cubiertas por Medicare de servicios de salud mental especializados** | Se requiere autorización previa para 2024. | No se requiere autorización previa para 2025. |
| **Artículos OTC** | Hay una asignación de $145 cada tres meses.<br>Debe usar el proveedor de artículos OTC designado. | Hay una asignación de $116 cada tres meses.<br>Debe usar el proveedor de artículos OTC designado. |
| **Servicios de hospitalización parcial y servicios intensivos para pacientes ambulatorios** | No se requiere autorización previa para 2024. | Se requiere autorización previa para 2025. |
| **Asignación para anteojos recetados** | Usted recibe una asignación de $300 para anteojos recetados.<br>Debe usar la red participante. | Asignación combinada para anteojos y exámenes de la vista. (consulte la sección Asignación para la vista) |
| **Sesiones grupales cubiertas por Medicare de servicios psiquiátricos** | Se requiere autorización previa para 2024. | No se requiere autorización previa para 2025. |
| **Hospitalización cubierta por Medicare en un Centro de atención de enfermería especializada (SNF)** | Usted paga un copago de $0 por día para los días 1 a 20.<br>Usted paga un copago de $203 por día para los días 21 a 45.<br>Usted paga un copago de $0 por día para los días 46 a 100. | Usted paga un copago de $0 por día para los días 1 a 20.<br>Usted paga un copago de $214 por día para los días 21 a 60.<br>Usted paga un copago de $0 por día para los días 61 a 100. |
| **Asignación para la vista** | Sin cobertura. | Usted recibe una asignación de $300 para anteojos recetados, costos |

| Costo | 2024 (este año) | 2025 (el próximo año) |
|---|---|---|
| | | compartidos u otros servicios de la vista en 2025.<br>Puede gastar su asignación en cualquier oftalmólogo o tienda de anteojos. |
| **Servicios de radiografía** | Se requiere autorización previa para 2024. | No se requiere autorización previa para 2025. |

## Sección 1.5 Cambios en la cobertura de 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. Proporcionamos una copia de nuestra Lista de medicamentos de forma electrónica.

Hemos introducido cambios en nuestra "Lista de medicamentos" que podrían incluir quitar o agregar medicamentos, cambiar las restricciones en la cobertura de ciertos medicamentos o ubicarlos en una categoría diferente de costo compartido. **Revise la Lista de medicamentos para asegurarse de que los medicamentos que utiliza estén cubiertos el año próximo y para consultar si habrá alguna restricción o si su medicamento ha cambiado de categoría de costo compartido.**

La mayoría de los cambios en la Lista de Medicamentos son nuevos para el comienzo de cada año. Sin embargo, es posible que hagamos otros cambios permitidos por las reglas de Medicare que le afectarán durante el año del plan. Actualizamos nuestra Lista de medicamentos en línea al menos una vez al mes para brindar la lista de medicamentos más actualizada. Si realizamos un cambio que afectará su acceso a un medicamento que está tomando, le enviaremos un aviso sobre el cambio.

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 provisional, solicitar una excepción o intentar encontrar un nuevo medicamento. También puede comunicarse con Servicio de Atención al Cliente para obtener más información.

Actualmente, podemos eliminar inmediatamente un medicamento de marca de nuestra Lista de medicamentos si lo reemplazamos por una nueva versión genérica en el mismo nivel de costo compartido o en uno más bajo, y con las mismas o menos restricciones que el medicamento de marca al que reemplaza. Además, cuando se agrega un nuevo medicamento genérico, es posible que decidamos mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos, pero inmediatamente moverlo a una categoría de costo compartido más alta o agregar nuevas restricciones, o ambos.

A partir de 2025, podemos sustituir inmediatamente los productos biológicos originales por determinados medicamentos biosimilares. Esto significa que si, por ejemplo, usted toma un producto biológico original que se reemplazará por un medicamento biosimilar, es posible que no reciba el aviso del cambio 30 días antes de que lo hagamos ni recibirá un suministro mensual de su producto biológico original en una farmacia de la red. Si utiliza el producto biológico

original en el momento del cambio, recibirá información sobre el cambio específico que realizamos, pero es posible que el aviso le llegue después de que realicemos el cambio.

Algunos de estos tipos de medicamentos podrían ser nuevos para usted. Para conocer las definiciones de los tipos de medicamentos, consulte el Capítulo 12 de su *Evidencia de Cobertura*. La Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) también proporciona información al consumidor sobre medicamentos. Consulte el sitio web de la FDA: https://www.fda.gov/drugs/biosimilars/multimedia-education-materials-biosimilars#For%20Patients. También puede comunicarse con Servicio de Atención al Cliente o solicitarle más información a su proveedor de atención médica, persona autorizada a dar recetas o farmacéutico.

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

**Nota:** Si usted está en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos ("Ayuda Adicional"), **es posible que la información sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D no sea aplicable a su caso.** Le hemos enviado un anexo que se denomina *Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs* (Cláusula adicional a la Evidencia de Cobertura para las personas que reciben ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta), también conocida como *Low-Income Subsidy Rider or the LIS Rider* (Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS), que le informa sobre la cobertura para sus medicamentos. Si recibe "Ayuda Adicional", pero no ha recibido este anexo antes del 30 de septiembre del 2024, comuníquese con Servicio de Atención al Cliente y pida su *Cláusula adicional LIS.*

A partir de 2025, hay tres **etapas de pago de medicamentos:** la Etapa del deducible anual, la Etapa de cobertura inicial y la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas. La Etapa del período sin cobertura y el Programa de Descuentos para el Período sin Cobertura ya no existirán en el beneficio de la Parte D.

El Programa de Descuentos para el Período sin Cobertura también será reemplazado por el Programa de Descuentos del Fabricante. Según el Programa de Descuentos del Fabricante, los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total del plan por los medicamentos de marca y productos biológicos cubiertos de la Parte D durante la Etapa de cobertura inicial y la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas. Los descuentos pagados por los fabricantes en virtud del Programa de Descuentos del Fabricante no cuentan para calcular los costos que paga de su bolsillo.

## Cambios en la Etapa de deducible

| Etapa | 2024 (este año) | 2025 (el próximo año) |
|---|---|---|
| **Etapa 1: Etapa del deducible anual** | Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted. | Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted. |

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

| Etapa | 2024 (este año) | 2025 (el próximo año) |
|---|---|---|
| **Etapa 2: Etapa de cobertura inicial**<br>Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde por el costo de sus medicamentos y **usted paga su parte del costo.**<br>Hemos cambiado la categoría de algunos de los medicamentos en nuestra "Lista de medicamentos". Para comprobar si sus medicamentos estarán en otra categoría, búsquelos en la "Lista de medicamentos".<br>La mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D están cubiertas sin costo alguno para usted. | El costo por un suministro para un mes es el siguiente:<br>***Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos:***<br>Usted paga $0 por receta médica.<br>***Nivel 2: medicamentos genéricos:***<br>Usted paga $5 por receta médica.<br>***Nivel 3: medicamentos de marca preferidos:***<br>Usted paga $45 por receta médica.<br>***Nivel 4: medicamentos no preferidos:***<br>Usted paga $99 por receta médica.<br>***Nivel 5: medicamentos especializados:***<br>Usted paga el 33% del costo total. | El costo por un suministro para un mes es el siguiente:<br>***Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos:***<br>Usted paga $0 por receta médica.<br>***Nivel 2: medicamentos genéricos:***<br>Usted paga $5 por receta médica.<br>***Nivel 3: medicamentos de marca preferidos:***<br>Usted paga $45 por receta médica.<br>***Nivel 4: medicamentos no preferidos:***<br>Usted paga $99 por receta médica.<br>***Nivel 5: medicamentos especializados:***<br>Usted paga el 33% del costo total. |

| Etapa | 2024 (este año) | 2025 (el próximo año) |
|---|---|---|
| | El Nivel 5 se limita a un suministro para 30 días por surtido.<br>***Nivel 6: medicamentos de atención selecta:***<br>Usted paga $0 por receta médica.<br>_____<br>Una vez que sus costos totales por medicamentos hayan alcanzado los $5,030, usted pasará a la siguiente etapa (la Etapa del período sin cobertura). | El Nivel 5 se limita a un suministro para 30 días por surtido.<br>***Nivel 6: medicamentos de atención selecta:***<br>Usted paga $0 por receta médica.<br>_____<br>Una vez que haya pagado $2,000 de su bolsillo por los medicamentos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas). |

**Cambios en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas**

La Etapa de cobertura en situaciones catastróficas es la tercera y última etapa. A partir de 2025, los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total del plan por los medicamentos de marca y los productos biológicos cubiertos de la Parte D durante la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas. Los descuentos pagados por los fabricantes en virtud del Programa de Descuentos del Fabricante no cuentan para calcular los costos que paga de su bolsillo.

Para obtener información específica sobre sus costos en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, consulte la Sección 6 del Capítulo 6 de su *Evidencia de Cobertura*.

## SECCIÓN 2 Cambios administrativos

| Descripción | 2024 (este año) | 2025 (el próximo año) |
|---|---|---|
| **Blue FlexCard** | Los artículos de venta libre, los dispositivos de seguridad para el hogar y las recompensas fueron ofrecidos por diferentes proveedores en 2024. | Los artículos de venta libre, los dispositivos de seguridad para el hogar, los servicios de la vista y las recompensas son administrados por Blue FlexCard. |
| **Beneficio de acondicionamiento físico** | El proveedor de beneficios de acondicionamiento físico para 2024 es SilverSneakers. | El proveedor de beneficios de acondicionamiento físico para 2025 es FitOn Health. |
| **Dispositivos de seguridad para el hogar** | El proveedor de dispositivos de seguridad para el hogar para 2024 es NationsBenefits. | El proveedor de dispositivos de seguridad para el hogar para 2025 es Blue FlexCard. |
| **Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare** | El plan de pago de medicamentos con receta de Medicare no estaba disponible en 2024. | El plan de pago de medicamentos con receta de Medicare es una nueva opción de pago que funciona con su cobertura de medicamentos actual y puede ayudarlo a administrar los costos de sus medicamentos distribuyéndolos en **pagos mensuales que varían a lo largo del año** (de enero a diciembre).<br>Para obtener más información sobre esta opción de pago, comuníquese con nosotros al 1-888-310-4110 o visite Medicare.gov. |

| Descripción | 2024 (este año) | 2025 (el próximo año) |
|---|---|---|
| **Recompensas e incentivos para miembros** | Se administra a través de una tarjeta de regalo enviada por Velocity para 2024. | Se administra y está disponible en la Blue FlexCard para 2025. |
| **Artículos de venta libre (OTC)** | El proveedor de artículos OTC para 2024 es NationsBenefits. | El proveedor de artículos OTC para 2025 es Blue FlexCard. |
| **Sistema de respuesta ante emergencias personal (PERS)** | El proveedor de PERS para 2024 es NationsBenefits. | El proveedor de PERS para 2025 es Connect America. |
| **Servicios de transporte** | El proveedor de servicios de transporte para 2024 es NationsBenefits. | El proveedor de servicios de transporte para 2025 es SafeRide Health. |
| **Servicios de la vista** | Debe usar la red participante para la asignación para anteojos. | Puede utilizar cualquier tienda de anteojos o de atención de la vista para obtener la asignación para la vista.<br>Se puede acceder a la asignación para la vista a través de Blue FlexCard. |

# SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir

## Sección 3.1 Si desea permanecer en *Experience Health Medicare Advantage*

**Para permanecer en nuestro plan, no necesita 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 Experience Health Medicare Advantage.

## Sección 3.2 Si decide cambiar de plan

Esperamos tenerlo entre nuestros miembros el próximo año, pero si desea cambiarse durante el 2025, siga estos pasos:

### Paso 1: Infórmese sobre las opciones que tiene y compárelas

- Puede afiliarse a un plan de salud de Medicare diferente.
- *O bien*, puede cambiarse a Original Medicare. Si elige Original Medicare, deberá decidir si desea afiliarse a un plan de medicamentos de Medicare. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, consulte la Sección 1.1 con respecto a una posible multa por inscripción tardía de la Parte D.

Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare, utilice el Localizador de Planes de Medicare (www.medicare.gov/plan-compare), lea el manual *Medicare & You 2025* (Medicare y usted 2025), comuníquese con el Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (consulte la Sección 5) o comuníquese con Medicare (consulte la Sección 7.2). Como recordatorio, Blue Cross NC ofrece otros planes de salud de Medicare y planes de medicamentos con receta de Medicare. Estos otros planes pueden diferir en cobertura, primas mensuales y montos de costo compartido.

### Paso 2: Cambie su cobertura

- Para **cambiarse a otro plan de salud de Medicare**, inscríbase en el nuevo plan. Su inscripción en Experience Health Medicare Advantage se cancelará automáticamente.
- Para **cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos con receta,** inscríbase en el nuevo plan de medicamentos. Su inscripción en Experience Health Medicare Advantage se cancelará automáticamente.
- 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. Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con Servicio de Atención al Cliente.
    - *O bien*, 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.

## SECCIÓN 4 Plazo límite para cambiarse de plan

Si desea cambiarse a un plan diferente o a Original Medicare el próximo año, puede hacerlo **del 15 de octubre al 7 de diciembre.** Su cambio entrará en vigor el 1 de enero de 2025.

### ¿Se pueden hacer cambios en otros momentos del año?

En determinadas situaciones, también se permiten cambios en otras épocas del año. Por ejemplo, pueden hacerlo las personas con Medicaid, aquellos que reciben "Ayuda Adicional" para pagar por sus medicamentos, aquellos que tienen o abandonan la cobertura del empleador y aquellos que se mudan del área de servicio.

Si se inscribe en un plan de Medicare Advantage para el 1 de enero de 2025 y no le gusta su opción de plan, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con o sin una cobertura de medicamentos con receta de Medicare) o cambiarse a Original Medicare (con o sin una cobertura de medicamentos con receta de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2025.

Si recientemente se mudó o vive actualmente en una institución (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 cambiar a cualquier otro plan de salud de Medicare (con o sin una cobertura de medicamentos con receta de Medicare) o cambiar a Original Medicare (con o sin una cobertura de medicamentos con receta de Medicare por separado) en cualquier momento. Si recientemente se mudó de una institución, tiene la oportunidad de cambiar de plan o cambiarse a Original Medicare durante dos meses completos después del mes en que se mudó.

## SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratis sobre Medicare

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) es un programa gubernamental que cuenta con asesores capacitados en cada estado. En North Carolina, el SHIP se llama Programa de Información sobre Seguros de Salud para Adultos Mayores (SHIIP).

Es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros de salud, a nivel local y **de forma gratuita**, a las personas que tienen Medicare. Los asesores de SHIIP pueden ayudarlo con sus preguntas o problemas sobre Medicare. Podrán ayudarlo a comprender sus opciones dentro de su plan de Medicare y responderán a sus preguntas relacionadas con el cambio de un plan a otro. Puede llamar a SHIIP al 1-855-408-1212. Puede obtener más información sobre el SHIIP visitando su sitio web (http://www.ncdoi.com/SHIIP).

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

Puede calificar para recibir ayuda para pagar medicamentos con receta. A continuación, enumeramos los diferentes tipos de ayuda:

- **"Ayuda Adicional" de Medicare.** Es posible que las personas con ingresos limitados califiquen para recibir "Ayuda Adicional" para pagar los costos de sus medicamentos con receta. Si usted califica, Medicare podría pagarle hasta un 75% o más de los costos de sus medicamentos, incluyendo las primas mensuales para los medicamentos con receta, los deducibles anuales y el coseguro. Además, aquellos que reúnan los requisitos no tendrán que pagar una multa por inscripción tardía. Para ver si califica, comuníquese con:
    - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas, los 7 días de la semana.
    - Puede llamar a la oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 7 p.m., para hablar con un representante. Los mensajes automatizados están disponibles las 24 horas del día. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778; o
    - A la Oficina de Medicaid de su estado.
- **Ayuda del programa de asistencia farmacéutica de su estado.** North Carolina tiene un programa llamado Programa de Información sobre Seguros de Salud para Adultos Mayores que ayuda a las personas a pagar medicamentos con receta según sus necesidades financieras, edad o afección médica. Para obtener más información acerca del programa, consulte con su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud.

- **Asistencia de costo compartido de recetas médicas para personas con VIH/SIDA.** El Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles para el ADAP que viven con VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos contra el VIH, con el fin de salvar la vida. Para ser elegible para el ADAP que funciona en su estado, las personas deben cumplir ciertos criterios, que incluyen el comprobante de residencia del estado y estado del VIH, comprobante de bajos ingresos según lo establece el estado y estado de no asegurado/con seguro insuficiente. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el ADAP califican para la asistencia de costo compartido de recetas médicas a través del Programa de Asistencia para Medicamentos contra el VIH de North Carolina (NC HMAP) Para obtener más información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos, cómo inscribirse en el programa o, si se encuentra inscrito actualmente, cómo continuar recibiendo asistencia, llame al Programa de Asistencia para Medicamentos contra el VIH de North Carolina (NC HMAP) al 1-877-466-2232 (línea gratuita en NC) o al 1-919-733-9161 (fuera del estado), o visite su sitio web en

https://epi.dph.ncdhhs.gov/cd/hiv/hmap.html. Cuando llame, asegúrese de informarles el nombre del plan de la Parte D de Medicare o el número de su póliza.

- **El plan de pago de medicamentos con receta de Medicare.** El Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare es una nueva opción de pago para ayudarlo a administrar los costos que paga de su bolsillo de medicamentos a partir de 2025. Esta nueva opción de pago funciona con su cobertura de medicamentos actual y puede ayudarlo a administrar los costos de sus medicamentos distribuyéndolos en **pagos mensuales que varían a lo largo del año** (de enero a diciembre). **Esta opción de pago puede ayudarle a administrar sus gastos, pero no le permite ahorrar dinero ni reducir sus costos de medicamentos.**

  La "Ayuda Adicional" de Medicare y la ayuda del SPAP y ADAP, para aquellos que califican, tienen más ventajas que la participación en el Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare. Todos los miembros son elegibles para participar en esta opción de pago, independientemente de su nivel de ingresos, y todos los planes de medicamentos de Medicare y los planes de salud de Medicare con cobertura de medicamentos deben ofrecer esta opción de pago. Para obtener más información sobre esta opción de pago, comuníquese con nosotros al 1-888-310-4110 o visite Medicare.gov.

# SECCIÓN 7 ¿Tiene alguna pregunta?

## Sección 7.1 Cómo obtener ayuda de Experience Health Medicare Advantage

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudarle. Llame a Servicio de Atención al Cliente al 1-833-777-7394. (Solo los usuarios de TTY deben llamar al 711). Estamos disponibles para llamadas telefónicas de 8 a.m. a 8 p.m., todos los días. Las llamadas a estos números son gratuitas.

### Lea su *Evidencia de Cobertura* de 2025 (contiene detalles sobre los beneficios y costos del próximo año).

Este *Aviso anual de cambios* le ofrece un resumen de cambios en sus beneficios y costos para el 2025. Para obtener detalles, consulte la *Evidencia de Cobertura para 2025* de Experience Health Medicare Advantage. La *Evidencia de Cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las reglas que debe seguir para obtener servicios y medicamentos con receta cubiertos. Una copia de la *Evidencia de Cobertura* se encuentra en nuestro sitio web en https://www.bluecrossnc.com/experience-health. También, puede llamar a Servicio de Atención al Cliente para pedirnos que le enviemos por correo una *Evidencia de Cobertura*.

### Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web en https://www.bluecrossnc.com/experience-health. Como recordatorio, nuestro sitio web tiene la información más actualizada sobre la red de proveedores (*Directorio de proveedores*) y nuestra Lista de medicamentos cubiertos (*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), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

### Visite la página web de Medicare

Visite el sitio web de Medicare (www.medicare.gov). Contiene información sobre costos, cobertura y la Clasificación de calidad por Estrellas para ayudarlo a comparar los planes de salud de Medicare en su área. Para ver la información sobre los planes, visite www.medicare.gov/plan-compare.

### Lea *Medicare y Usted 2025*

Puede leer el manual *Medicare y Usted 2025.* Este documento se envía por correo postal todos los años, en otoño, a todas las personas que tienen Medicare. Tiene un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare, y respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Si no cuenta con un ejemplar de este documento, puede obtenerlo ingresando al 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.

**Revise otros materiales del plan disponibles a partir del 15 de octubre de 2024.**

Véalo en línea o llámenos para solicitar una copia impresa. **1-833-777-7394 (TTY 711),** todos los días, de 8 a.m. a 8 p.m.

**Evidencia de Cobertura (EOC):**
Su EOC le proporciona detalles sobre los beneficios de su plan.

Para ver su Evidencia de Cobertura (EOC), visite **https://www.bluecrossnc.com/experience-health**, haga clic en **Plan Documents** (Documentos del Plan) y seleccione el plan en **Evidence of Coverage** (Evidencia de Cobertura) para ver su plan. También puede completar y enviar por correo la tarjeta con el franqueo adjunto pagado para solicitar una copia impresa.

**Estado del**
Su Formulario es una lista de medicamentos cubiertos por su plan.

Para ver el formulario, visite **https://www.bluecrossnc.com/experience-health**, haga clic en **Plan Documents** (Documentos del plan) y seleccione su plan en **Formulary Guides** (Guías del formulario). También puede completar y enviar por correo la tarjeta con el franqueo adjunto pagado para solicitar una copia impresa.

**Directorio de proveedores o Directorio de farmacias**

Para buscar proveedores en línea, visite **https://www.bluecrossnc.com/experience-health** y haga clic en **Find care** (Buscar atención).
También puede consultar nuestro **Aviso sobre prácticas de privacidad** en línea en https://www.bluecrossnc.com/policies-best-practices/privacy-policy.

**La Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer (WHCRA) de 1998**

Según lo requerido por la Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer (WHCRA) de 1998, este plan brinda cobertura para lo siguiente:

1. Todas las etapas de reconstrucción de la mama en la que se ha realizado la mastectomía.
2. Cirugía y reconstrucción de la otra mama para conseguir un aspecto simétrico.
3. Prótesis y complicaciones físicas de una mastectomía, incluidos los linfedemas, de la forma que se determine en consulta con el médico tratante y el paciente. Dicha cobertura puede estar sujeta a las disposiciones anuales de deducibles y coseguros, según se consideren apropiadas y acordes con las establecidas para otros beneficios conforme al plan o la cobertura. El aviso por escrito de la disponibilidad de dicha cobertura se entregará al participante al momento de la inscripción y una vez por año a partir de entonces.

Comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente para obtener más información. El horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., todos los días.

Blue Cross and Blue Shield of North Carolina (Blue Cross NC) proporciona asistencia gratuita a las personas con discapacidades, así como servicios lingüísticos gratuitos para las personas cuyo idioma principal no es el inglés. Llame al número de teléfono de Servicio de Atención al Cliente que se encuentra en el reverso de su tarjeta de identificación para obtener ayuda.

Blue Cross and Blue Shield of North Carolina (Blue Cross NC) provides free aids to service people with disabilities as well as free language services for people whose primary language is not English. Please contact the Customer Service number on the back of your ID card for assistance.