

# Horizon Medicare Blue Rx Standard (PDP) ofrecido por Horizon Blue Cross Blue Shield of New Jersey

## Notificación anual de cambios para 2022

Actualmente, se encuentra inscrito como miembro de Horizon Medicare Blue Rx Standard (PDP). El próximo año, habrá algunos cambios en los beneficios y costos del plan. *Este folleto le informa sobre los cambios.*

- **Su plazo para realizar cambios en la cobertura de Medicare para el próximo año es desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre.**
- 

### ¿Qué hacer ahora?

#### 1. **CONSULTAR:** ¿Qué cambios se aplican en su caso?

Verifique los cambios en nuestros beneficios y costos para saber si se aplican para usted.

- Es importante que revise su cobertura ahora para asegurarse de que se adaptará a sus necesidades el próximo año.
- ¿Los cambios afectan los servicios que usa?
- Consulte la Sección 1 para obtener información sobre los cambios en los beneficios y costos de nuestro plan.

Verifique en el folleto los cambios en nuestra cobertura de medicamentos con receta médica para saber si le afectan.

- ¿Sus medicamentos estarán cubiertos?
- ¿Sus medicamentos están en otro nivel, con costos compartidos distintos?
- ¿Alguno de sus medicamentos tiene nuevas restricciones, por ejemplo, necesita nuestra aprobación antes de surtir su receta?
- ¿Puede continuar acudiendo a las mismas farmacias? ¿Hay algún cambio en el costo por acudir a esta farmacia?
- Consulte la Lista de medicamentos 2022 y la Sección 1.3 para obtener información sobre los cambios en nuestra cobertura de medicamentos.
- Los costos de sus medicamentos pueden haber aumentado desde el año pasado. Hable con su médico sobre alternativas de menor costo que puedan estar disponibles para usted. Estas pueden ayudarle a ahorrar en sus desembolsos directos anuales a lo largo del año. Para obtener información adicional sobre los precios de los medicamentos, visite [go.medicare.gov/drugprices](https://www.go.medicare.gov/drugprices) y haga clic en el enlace

Aprobación de la OMB 0938-1051 (vence el 29 de febrero de 2024)

“dashboards” (tableros) que se encuentra en el medio del texto de la segunda nota, hacia la parte inferior de la página. Estos tableros detallan qué fabricantes han aumentado los precios y también muestran información sobre precios de medicamentos de un año a otro. Tenga en cuenta que los beneficios de su plan determinarán exactamente cuánto pueden cambiar sus costos de medicamentos.

Piense en sus costos totales de atención médica.

- ¿Cuánto gastará de su desembolso directo para los servicios y medicamentos con receta médica que usa regularmente?
- ¿Cuánto gastará en su prima y deducibles?
- ¿Cómo se comparan los costos totales de su plan con otras opciones de cobertura de Medicare?

Piensa si está contento con nuestro plan.

## 2. **COMPARE:** Conoce otras opciones de planes

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

- Utilice la función de búsqueda personalizada en el Buscador de planes de Medicare en el sitio web [www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare).
- Revise la lista en el reverso de su manual *Medicare y Usted 2022*.
- Consulte la Sección 2.2 para obtener más información sobre sus opciones.

Una vez que delimite su elección a un plan preferido, confirme los costos y la cobertura en el sitio web del plan.

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

- Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2021, permanecerá inscrito en Horizon Medicare Blue Rx Standard (PDP).
- Para cambiarse a un **plan diferente** que se adapte mejor a sus necesidades, puede hacerlo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre.

## 4. **INSCRÍBASE:** Para cambiar de plan, inscríbase en un plan entre el **15 de octubre** y el **7 de diciembre de 2021**

- Si no se inscribe en otro plan antes del **7 de diciembre de 2021**, permanecerá inscrito en Horizon Medicare Blue Rx Standard (PDP).
- Si se inscribe en otro plan antes del **7 de diciembre de 2021**, su nueva cobertura comenzará el **1.º de enero de 2022**. La inscripción en su plan actual se cancelará automáticamente.

## **Recursos adicionales**

- Este documento está disponible sin cargo en español.
- Comuníquese con nuestro número de Servicios para Miembros al 1-800-391-1906 para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Atendemos las 24 horas, los 7 días de la semana.
- Comuníquese con nuestro Departamento de Servicios para Miembros para acceder a más idiomas y otros formatos.

## **Información acerca de Horizon Medicare Blue Rx Standard (PDP)**

- Horizon Insurance Company (“HIC”) tiene contrato con Medicare para ofrecer planes de una Organización para el Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization, HMO), HMO-Punto de Servicio (Point-of-Service, POS), una Organización de Proveedores Preferidos (Preferred Provider Organization, PPO) y de la Parte D de Medicare, incluidos planes Medicare Advantage grupales y planes de medicamentos con receta médica de la Parte D grupales. La inscripción en los planes Medicare de HIC depende de la renovación del contrato. Los productos son brindados por HIC. Las comunicaciones son emitidas por Horizon Blue Cross Blue Shield of New Jersey en calidad de administrador de programas y relaciones con proveedores para todas sus compañías. Ambas son licenciatarias independientes de Blue Cross Blue Shield Association.
- Cuando este folleto dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, significa Horizon Insurance Company. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, significa Horizon Medicare Blue Rx Standard (PDP).

Y0090\_S5993\_001\_ANOC22S\_M

## Resumen de costos importantes para 2022

El siguiente cuadro compara los costos de 2021 con los de 2022 para Horizon Medicare Blue Rx Standard (PDP) en diversas áreas importantes. **Tenga en cuenta que este es solo un resumen de los cambios.** Podrá encontrar una copia de la *Evidencia de Cobertura* en nuestro sitio web, [HorizonBlue.com/Medicare](https://HorizonBlue.com/Medicare). También puede llamar a Servicios para Miembros para solicitarnos que le enviemos una *Evidencia de Cobertura* por correo postal.

Costo	2021 (este año)	2022 (el próximo año)
<b>Prima mensual del plan*</b> *Es posible que su prima sea más alta o más baja que este monto. Consulte la Sección 1.1 para obtener detalles.	\$65.30	\$63.80
<b>Cobertura de medicamentos con receta médica de la Parte D</b> (Consulte la Sección 1.3 para obtener detalles).	Deducible: \$445 Copago/coseguro durante la Etapa de cobertura inicial: <b>Medicamentos del Nivel 1:</b> Copago de \$0 por un suministro de un mes (30 días) de medicamentos de este nivel. Copago de \$0 por un suministro de dos meses (60 días) de medicamentos de este nivel. Copago de \$0 por un suministro de tres meses (90 días) de medicamentos de este nivel. <b>Medicamentos del Nivel 2:</b> Copago de \$9 por un suministro de un mes (30 días) de medicamentos de este nivel. Copago de \$18 por un suministro de dos meses (60 días) de medicamentos de este nivel. Copago de \$27 por un suministro de tres meses (90 días) de medicamentos de este nivel.	Deducible: \$480 Copago/coseguro durante la Etapa de cobertura inicial: <b>Medicamentos del Nivel 1:</b> Copago de \$0 por un suministro de un mes (30 días) de medicamentos de este nivel. Copago de \$0 por un suministro de dos meses (60 días) de medicamentos de este nivel. Copago de \$0 por un suministro de tres meses (90 días) de medicamentos de este nivel. <b>Medicamentos del Nivel 2:</b> Copago de \$11 por un suministro de un mes (30 días) de medicamentos de este nivel. Copago de \$22 por un suministro de dos meses (60 días) de medicamentos de este nivel. Copago de \$33 por un suministro de tres meses (90 días) de medicamentos de este nivel.

Costo	2021 (este año)	2022 (el próximo año)
	<p><b>Medicamentos del Nivel 3:</b>  Copago de \$28 por un suministro de un mes (30 días) de medicamentos de este nivel.  Copago de \$56 por un suministro de dos meses (60 días) de medicamentos de este nivel.  Copago de \$84 por un suministro de tres meses (90 días) de medicamentos de este nivel.</p>	<p><b>Medicamentos del Nivel 3:</b>  Copago de \$28 por un suministro de un mes (30 días) de medicamentos de este nivel.  Copago de \$56 por un suministro de dos meses (60 días) de medicamentos de este nivel.  Copago de \$84 por un suministro de tres meses (90 días) de medicamentos de este nivel.</p>
	<p><b>Medicamentos del Nivel 4:</b>  Coseguro del 40% por un suministro de un mes (30 días) de medicamentos de este nivel.  Coseguro del 40% por un suministro de dos meses (60 días) de medicamentos de este nivel.  Coseguro del 40% por un suministro de tres meses (90 días) de medicamentos de este nivel.</p>	<p><b>Medicamentos del Nivel 4:</b>  Coseguro del 40% por suministro de un mes (30 días) de medicamentos de este nivel.  Coseguro del 40% por un suministro de dos meses (60 días) de medicamentos de este nivel.  Coseguro del 40% por un suministro de tres meses (90 días) de medicamentos de este nivel.</p>
	<p><b>Medicamentos del Nivel 5:</b>  Coseguro del 25% por un suministro de un mes (30 días) de medicamentos de este nivel.</p>	<p><b>Medicamentos del Nivel 5:</b>  Coseguro del 25% por un suministro de un mes (30 días) de medicamentos de este nivel.</p>

**Notificación anual de cambios para 2022**  
**Índice**

<b>Resumen de costos importantes para 2022.....</b>	<b>1</b>
<b>SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año .....</b>	<b>3</b>
Sección 1.1: Cambios en la prima mensual .....	3
Sección 1.2: Cambios en la red de farmacias.....	3
Sección 1.3: Cambios en la cobertura de medicamentos con receta médica de la Parte D ....	4
<b>SECCIÓN 2 Decidir qué plan elegir .....</b>	<b>7</b>
Sección 2.1: Si quiere permanecer en Horizon Medicare Blue Rx Standard (PDP) .....	7
Sección 2.2: Si quiere cambiar de plan .....	7
<b>SECCIÓN 3 Fecha límite para cambiar de plan.....</b>	<b>9</b>
<b>SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare .....</b>	<b>9</b>
<b>SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta médica .....</b>	<b>9</b>
<b>SECCIÓN 6 ¿Tiene preguntas? .....</b>	<b>11</b>
Sección 6.1: Obtener ayuda de Horizon Medicare Blue Rx Standard (PDP).....	11
Sección 6.2: Cómo obtener ayuda de Medicare.....	11

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

### Sección 1.1: Cambios en la prima mensual

Costo	2021 (este año)	2022 (el próximo año)
Prima mensual (También debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare a menos que Medicaid la pague por usted).	\$65.30	\$63.80

- Su prima mensual del plan aumentará si debe pagar una penalidad por inscripción tardía en la Parte D de por vida debido a que no tiene otra cobertura de medicamentos que sea al menos tan eficaz como la cobertura de medicamentos de Medicare (también conocida como “cobertura acreditable”) durante 63 días o más.
- Si tiene mayores ingresos, es posible que tenga que pagar un monto adicional cada mes directamente al gobierno por su cobertura de medicamentos con receta médica de Medicare.
- Su prima mensual disminuirá si recibe “Ayuda Adicional” (Extra Help) para sus costos de medicamentos con receta médica. Consulta la Sección 5 para obtener información sobre la “Ayuda Adicional” de Medicare.

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

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

Nuestra red cambió más de lo habitual para 2022. Podrá encontrar un Directorio de farmacias actualizado en nuestro sitio web [HorizonBlue.com/pdp-pharmacy-search](https://HorizonBlue.com/pdp-pharmacy-search). También puede llamar a Servicios para Miembros para obtener información actualizada sobre proveedores o solicitarnos que le enviemos por correo postal un Directorio de farmacias. **Le sugerimos encarecidamente que revise nuestro Directorio de farmacias actual para verificar si su farmacia aún se encuentra en nuestra red.**

---

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

---

<b>Cambios en nuestra Lista de medicamentos</b>
---

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se denomina Lista de medicamentos aprobados o “Lista de medicamentos”. Se proporciona una copia de nuestra Lista de medicamentos de manera electrónica.

Hemos realizado cambios en nuestra Lista de medicamentos, incluidos cambios en los medicamentos que cubrimos y cambios en las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para determinados medicamentos. **Revise la Lista de medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estarán cubiertos el próximo año y para saber si habrá alguna restricción.**

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura de medicamentos, puede hacer lo siguiente:

- **Trabajar con su médico (u otro profesional que recete) y solicitar al plan que realice una excepción** para cubrir el medicamento. **Les recomendamos a los miembros actuales** solicitar una excepción antes del próximo año.
  - Para saber qué debe hacer para solicitar una excepción, consulte el Capítulo 6 de su *Evidencia de Cobertura (Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas])* o llame a Servicios para Miembros.
- **Trabajar con su doctor (u otra persona que receta) para encontrar un medicamento diferente** que tenga cobertura. Puede llamar a Servicios para Miembros para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que tratan la misma afección médica.

En algunas situaciones, debemos cubrir un suministro temporal de un medicamento no incluido en la lista de medicamentos aprobados durante los primeros 90 días del año del plan o durante los primeros 90 días de la membresía para evitar un intervalo en el tratamiento. (Para obtener más información acerca de cuándo puede obtener un suministro temporal y cómo solicitar uno, consulte el Capítulo 3, Sección 5.2 de la Evidencia de Cobertura). Durante el tiempo que reciba un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su médico para decidir qué hacer cuando se acabe el suministro temporal. Puede cambiar a un medicamento diferente que esté cubierto por el plan o solicitar al plan que realice una excepción para su caso y cubra el medicamento actual.

Las solicitudes de excepción de la Lista de medicamentos aprobados se aprueban generalmente para un período de 12 meses y deberá presentar una nueva solicitud de excepción para una revisión después de transcurrido ese tiempo el próximo año.

La mayoría de los cambios en la Lista de medicamentos son nuevos para principios de cada año. Sin embargo, durante el año, es posible que realicemos otros cambios permitidos por las reglas de Medicare.



Cuando realizamos estos cambios en la Lista de medicamentos durante el año, puede continuar trabajando con su médico (u otro prescriptor) y solicitarnos que hagamos una excepción para cubrir el medicamento. También continuaremos actualizando nuestra Lista de medicamentos en línea según lo programado y brindando otra información necesaria para reflejar los cambios en los medicamentos. (Para obtener más información sobre los cambios que podemos hacer en la Lista de medicamentos, consulte el Capítulo 3, Sección 6, de la Evidencia de Cobertura).

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

*Nota:* Si forma parte de un programa que le ayuda con el pago de sus medicamentos (“Ayuda Adicional”), **es posible que la información sobre los costos de los medicamentos con receta médica de la Parte D no se aplique a usted.** Hemos incluido un documento aparte, denominado “Cláusula de Evidencia de cobertura para personas que obtienen ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta médica” (también denominada “Cláusula de subsidio por bajos ingresos” o “Cláusula LIS” [Low Income Subsidy, LIS]), que le informa sobre los costos de sus medicamentos. Si recibe “Ayuda Adicional” y no ha recibido dicho documento adjunto con este paquete, llame a Servicios para Miembros y solicite la “Cláusula LIS”.

Existen cuatro “etapas de pago de medicamentos”. El monto que paga por un medicamento de la Parte D depende de la etapa de pago de medicamentos en la que se encuentra. (Puede consultar el Capítulo 4, Sección 2, de su *Evidencia de Cobertura* para obtener más información sobre las etapas).

La siguiente información muestra los cambios para el próximo año en las dos primeras etapas: la Etapa de deducible anual y la Etapa de cobertura inicial. (La mayoría de los miembros no alcanza las otras dos etapas: la etapa de brecha de cobertura o la etapa de cobertura en el nivel catastrófico. Para recibir información sobre sus costos en estas etapas, consulte el capítulo 4, secciones 6 y 7, de la *Evidencia de Cobertura*, que se encuentra en nuestro sitio web en [HorizonBlue.com/Medicare](https://HorizonBlue.com/Medicare). También puede llamar a Servicios para Miembros para pedirnos que le enviemos la *Evidencia de Cobertura* por correo).

### Cambios en la Etapa de deducible

Etapa	2021 (este año)	2022 (el próximo año)
<b>Etapa 1: Etapa de deducible anual</b> <b>Durante esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos de la Parte D hasta que alcance el deducible anual.</b>	El deducible es de \$445.	El deducible es de \$480.

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

Para obtener información sobre cómo funcionan los copagos y el coseguro, consulte el Capítulo 4, Sección 1.2, *Tipos de costos de desembolso directo que podría pagar por medicamentos cubiertos*, en su *Evidencia de Cobertura*.

Etapa	2021 (este año)	2022 (el próximo año)
<p><b>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</b></p> <p>Una vez que pague el deducible anual, pasa a la Etapa de cobertura inicial. Durante esta etapa, el plan paga su parte de los costos de sus medicamentos y <b>usted paga su parte</b>.</p> <p>Los costos en esta columna corresponden a un suministro de un mes (30 días) cuando surta su receta en una farmacia de la red. Para obtener información sobre los costos de recetas de pedido por correo, consulte el Capítulo 4, Sección 5 de su <i>Evidencia de Cobertura</i>.</p>	<p>Su costo por un suministro de un mes en una farmacia de la red:</p> <p><b>Medicamentos genéricos preferidos del Nivel 1 :</b> usted paga \$0 por receta.</p> <p><b>Medicamentos genéricos del Nivel 2:</b> usted paga \$9 por receta.</p> <p><b>Medicamentos de marca preferidos del Nivel 3:</b> usted paga \$28 por receta.</p> <p><b>Medicamentos no preferidos del Nivel 4:</b> usted paga el 40% del costo total.</p> <p><b>Medicamentos especializados del Nivel 5:</b> usted paga el 25% del costo total.</p>	<p>Su costo por un suministro de un mes en una farmacia de la red:</p> <p><b>Medicamentos genéricos preferidos del Nivel 1 :</b> usted paga \$0 por receta.</p> <p><b>Medicamentos genéricos del Nivel 2:</b> usted paga \$11 por receta.</p> <p><b>Medicamentos de marca preferidos del Nivel 3:</b> usted paga \$28 por receta.</p> <p><b>Medicamentos no preferidos del Nivel 4:</b> usted paga el 40% del costo total.</p> <p><b>Medicamentos especializados del Nivel 5:</b> usted paga el 25% del costo total.</p>
	<p>Una vez que los costos totales de su medicamento hayan alcanzado los \$4,130, pasará a la etapa siguiente (Etapa de brecha de cobertura).</p>	<p>Una vez que los costos totales de su medicamento hayan alcanzado los \$4,430, pasará a la etapa siguiente (Etapa de brecha de cobertura).</p>

## Cambios en las Etapas de brecha de cobertura y cobertura contra catástrofes

Las otras dos etapas de cobertura de medicamentos, la Etapa de brecha de cobertura y la Etapa de cobertura contra catástrofes, son para personas cuyos costos de medicamentos son altos.

**La mayoría de los miembros no alcanzan la Etapa de brecha de cobertura ni la Etapa de cobertura contra catástrofes.**

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

## SECCIÓN 2 Decidir qué plan elegir

### Sección 2.1: Si quiere permanecer en Horizon Medicare Blue Rx Standard (PDP)

**Para permanecer en nuestro plan, no tiene que hacer nada.** Si no se inscribe en un plan diferente antes del 7 de diciembre, automáticamente permanecerá inscrito como miembro de nuestro plan Horizon Medicare Blue Rx Standard (PDP).

### Sección 2.2: Si quiere cambiar de plan

Esperamos que continúe siendo miembro el próximo año, pero si desea cambiar en 2022, siga estos pasos:

#### **Paso 1: Conozca y compare sus opciones**

- Puede inscribirse en otro plan de medicamentos con receta médica de Medicare de forma oportuna.
- *O bien*, puede cambiarse a un plan de salud de Medicare. Algunos planes de salud de Medicare incluyen cobertura de medicamentos con receta médica de la Parte D.
- *O bien*, puede mantener su cobertura de salud de Medicare actual y abandonar su cobertura de medicamentos con receta médica de Medicare.

Para obtener más información sobre Original Medicare y los distintos tipos de planes de Medicare, lea el manual *Medicare y Usted 2022*, llame a su Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud (consulte la Sección 4) o llame a Medicare (consulte la Sección 6.2).

También puede encontrar información sobre los planes disponibles en su área con el Buscador de planes de Medicare en el sitio web de Medicare. Visite [www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare). **Allí, puede buscar información sobre costos, cobertura y clasificaciones de calidad de los planes de Medicare.**

Le recordamos que Horizon Blue Cross Blue Shield of New Jersey ofrece otros planes de salud de Medicare Y planes de medicamentos con receta médica de Medicare. Estos otros planes pueden ser diferentes en cuanto a cobertura, primas mensuales y montos de costos compartidos.

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

- Para cambiarse a **otro plan de medicamentos con receta médica de Medicare**, inscríbese en el nuevo plan. Se cancelará automáticamente su inscripción en Horizon Medicare Blue Rx Standard (PDP).
- Para **cambiarse a un plan de salud de Medicare**, inscríbese en el nuevo plan. Según el tipo de plan que elija, es posible que se cancele automáticamente su inscripción en Horizon Medicare Blue Rx Standard (PDP).
  - Se cancelará automáticamente su inscripción en Horizon Medicare Blue Rx Standard (PDP) si se inscribe en cualquier plan de salud de Medicare que incluya cobertura de medicamentos con receta médica de la Parte D. También se cancelará automáticamente su inscripción si se inscribe en un plan Medicare HMO o Medicare PPO, incluso si ese plan no incluye cobertura de medicamentos con receta médica.
  - Si elige un plan de honorarios por servicios privados sin cobertura de medicamentos de la Parte D, un plan de Cuenta de ahorros médicos de Medicare o un plan Medicare Cost, puede inscribirse en ese nuevo plan y mantener Horizon Medicare Blue Rx Standard (PDP) para su cobertura de medicamentos. Inscribirse en uno de estos tipos de planes no cancelará automáticamente su inscripción en Horizon Medicare Blue Rx Standard (PDP). Si se inscribe en este tipo de plan y quiere abandonar nuestro plan, debe solicitar que se cancele su inscripción en Horizon Medicare Blue Rx Standard (PDP). Para solicitar dicha cancelación, debe enviarnos una solicitud por escrito o comunicarse con Medicare 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).
- Para **cambiarse a Original Medicare sin un plan de medicamentos con receta médica**, debe:
  - Enviarnos una solicitud escrita para cancelar su inscripción. Comuníquese con Servicios para Miembros si necesita más información sobre cómo hacerlo (los números de teléfono figuran en la Sección 6.1 de este manual).
  - *O bien*, comunicarse con **Medicare**, al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicitar su cancelación de la inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

### SECCIÓN 3 Fecha límite para cambiar de plan

Si quiere cambiarse a otro plan de medicamentos con receta médica o a un plan de salud de Medicare el próximo año, puede hacerlo desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre**. El cambio entrará en vigencia el 1.º de enero de 2022.

#### ¿Se pueden realizar cambios en otro momento del año?

En determinadas situaciones, los cambios también se permiten en otros momentos del año. Por ejemplo, las personas con cobertura de Medicaid, las que reciben “Ayuda Adicional” para pagar sus medicamentos, las que tienen o abandonarán la cobertura del empleador y las que se mudan fuera del área de servicio pueden tener permitido realizar un cambio en otro momento del año. Para obtener más información, consulte el Capítulo 8, Sección 2.2 de la *Evidencia de Cobertura*.

### SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare

El Programa Estatal de Asistencia para Seguros Médicos (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa gubernamental que cuenta con asesores capacitados en cada estado. En Nueva Jersey, el SHIP se denomina Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud.

El Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud es independiente (no tiene relación con ninguna compañía de seguros o plan de salud). Es un programa estatal que obtiene dinero del gobierno federal para brindar asesoramiento **gratuito** sobre los seguros médicos locales a las personas que tienen Medicare. Los asesores del Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud pueden ayudarle si tiene preguntas o problemas con Medicare. Pueden ayudarlo a entender sus opciones del plan de Medicare y responder preguntas sobre el cambio de planes. Puede comunicarse con el personal del Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud al 1-800-792-8820. Puede obtener más información sobre este Programa visitando su sitio web ([www.state.nj.us/humanservices/doas/services/ship/](http://www.state.nj.us/humanservices/doas/services/ship/)).

### SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta médica

Es posible que reúna los requisitos para recibir ayuda con el pago de medicamentos con receta médica. A continuación, detallamos diferentes tipos de ayuda:

- **“Ayuda Adicional” de Medicare.** Las personas con ingresos limitados pueden reunir los requisitos para recibir “Ayuda Adicional” para pagar los costos de sus medicamentos con receta médica. Si reúne los requisitos, Medicare podría pagar hasta el 75% o más de los costos de sus medicamentos, incluidas las primas mensuales de los medicamentos

con receta médica, los deducibles anuales y el coseguro. Además, quienes reúnen los requisitos no tendrán una brecha de cobertura ni una penalidad por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles y ni siquiera lo saben. Para saber si reúne los requisitos, llame:

- Al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
  - A la Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, de 7:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes).
  - A su Oficina Estatal de Medicaid (solicitudes).
- **Ayuda de su Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica.** Nueva Jersey cuenta con el Programa de Asistencia Farmacéutica para Ancianos y Discapacitados (Pharmaceutical Assistance to the Aged and Disabled, PAAD) del Departamento de Servicios Humanos de Nueva Jersey o el Programa de Beneficios Especiales y de por Vida de Senior Gold que ayudan a las personas a pagar medicamentos con receta médica conforme a su necesidad financiera, edad o afección médica. Para obtener más información sobre los programas, consulte con su Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud (el nombre y los números de teléfono de esta organización se encuentran en la Sección 4 de este folleto).
  - **Asistencia para costos compartidos de medicamentos con receta médica para personas con VIH/SIDA.** El Programa de Asistencia para Medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles para el programa que tienen VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH que pueden salvarles la vida. Las personas deben cumplir con determinados criterios, que incluyen una prueba de residencia en el estado y de la condición respecto al VIH, bajos ingresos según la definición del estado, y no tener seguro o tener un seguro insuficiente. Los medicamentos con receta médica de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el ADAP reúnen los requisitos para la asistencia para costos compartidos a través del Programa de Distribución de Medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Distribution Program, ADDP) de Nueva Jersey. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o sobre cómo inscribirse en el programa, llame al 1-877-613-4533, de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 4:30 p. m., hora del este. Si se encuentra fuera del estado y vendrá a Nueva Jersey, llame al 1-609-588-7038.

## SECCIÓN 6 ¿Tiene preguntas?

### Sección 6.1: Obtener ayuda de Horizon Medicare Blue Rx Standard (PDP)

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudarlo. Llame a Servicios para Miembros al 1-800-391-1906 (solo los usuarios de TTY deben llamar al 711). Estamos a su disposición para llamadas telefónicas las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Las llamadas a estos números son gratuitas.

#### **Lea su *Evidencia de Cobertura 2022* (contiene detalles sobre los beneficios y costos del próximo año)**

Esta *Notificación anual de cambios* proporciona un resumen de los cambios en los beneficios y costos para el 2022. Para conocer detalles, consulte la *Evidencia de Cobertura 2022* de Horizon Medicare Blue Rx Standard (PDP). La *Evidencia de cobertura* es la descripción legal detallada de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las normas que debe cumplir para obtener servicios cubiertos y medicamentos con receta médica. Podrá encontrar una copia de la *Evidencia de Cobertura* en nuestro sitio web, [HorizonBlue.com/Medicare](https://HorizonBlue.com/Medicare). También puede llamar a Servicios para Miembros para solicitarnos que le enviemos una *Evidencia de Cobertura* por correo postal.

#### **Visite nuestro sitio web**

También puede visitar nuestro sitio web en [HorizonBlue.com/Medicare](https://HorizonBlue.com/Medicare). Le recordamos que nuestro sitio web tiene la información más actualizada sobre nuestra red de farmacias (Directorio de farmacias) y nuestra lista de medicamentos cubiertos (Lista de medicamentos aprobados/Lista de medicamentos).

### Sección 6.2: Cómo obtener ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare:

#### **Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**

También 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**

Puede visitar el sitio web de Medicare ([www.medicare.gov](https://www.medicare.gov)). Contiene información sobre costos, cobertura y clasificaciones de calidad para que le ayuden a comparar los planes de medicamentos con receta médica de Medicare. Puede encontrar información sobre los planes

disponibles en su área con el Buscador de planes de Medicare en el sitio web de Medicare. (Para ver información sobre los planes, visite [www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare)).

**Lea *Medicare y Usted 2022***

Puede leer el manual *Medicare y Usted 2022*. Cada año en otoño, se envía este manual por correo a las personas que tienen Medicare. Presenta un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare, y respuestas a la mayoría de las preguntas frecuentes sobre Medicare. Si no tiene una copia de este manual, puede obtenerla en el sitio web de Medicare ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)) 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.