BlueCross BlueShield Arizona

Un licenciatario independiente de Blue Cross Blue Shield Association

Blue Best Life Classic (HMO) ofrecido por Medisun, Inc. (Blue Cross® Blue Shield® of Arizona (AZ Blue)) – Condados de Maricopa y Pinal

Aviso anual de cambios para 2027

Usted está inscrito como miembro de Blue Best Life Classic.

Este documento describe los cambios en los costos y beneficios de nuestro plan para el próximo año.

- **Podrá hacer cambios en su cobertura de Medicare para el próximo año desde el 15 de octubre al 7 de diciembre.** Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2026, permanecerá en Blue Best Life Classic.
- Para cambiarse a un **plan diferente**, visite Medicare.gov o revise la lista en la parte de atrás de su manual *Medicare y usted 2027*.
- Tenga en cuenta que este es solo un resumen de los cambios. Usted podrá encontrar más información sobre los costos, los beneficios y las normas en la *Evidencia de cobertura*. Obtenga una copia en azblue.com/MAPDDocs o llame a Servicios para Miembros al **480-937-0409** (en Arizona) o gratis al **1-800-446-8331**. (Los usuarios de TTY llamar al **711**) para obtener una copia por correo.

Más recursos

- Este documento está disponible gratis en español.

  ATENCIÓN: si habla español, tiene disponibles servicios de asistencia lingüística sin cargo. Llame al **480-937-0409** o llamando gratis al **1-800-446-8331** (TTY: **711**).
- Llame a Servicios para Miembros al **480-937-0409** (en Arizona) o gratis al **1-800-446-8331** (los usuarios de TTY llamar al **711**) para obtener más información. Los horarios de atención son 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre, y los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo. Esta llamada es gratis.
- Esta información está disponible electrónicamente o en letra grande.

Acerca de Blue Best Life Classic

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

- **Si no hace su selección antes del 7 de diciembre de 2026, se lo inscribirá automáticamente en Blue Best Life Classic.** A partir del 1 de enero de 2027, obtendrá su cobertura médica y de medicamentos de Blue Best Life Classic. Vaya a la Sección 3 para obtener más información sobre cómo cambiar de plan y las fechas límite para hacer un cambio.

Y0137_M44589PY27_M

Índice

Resumen de costos importantes para 2027 4

SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año.....6

Sección 1.1 Cambios en la prima mensual del plan 6

Sección 1.2 Cambios en la cantidad del máximo de gastos de bolsillo.....7

Sección 1.3 Cambios en la red de proveedores 7

Sección 1.4 Cambios a la red de farmacias 8

Sección 1.5 Cambios en los beneficios y costos de servicios médicos.....8

Sección 1.6 Cambios en la cobertura de medicamentos de la Parte D.....17

Sección 1.7 Cambios en los costos y beneficios de medicamentos con receta 18

SECCIÓN 2 Cómo cambiar de plan 21

Sección 2.1 Fechas límite para cambiar de plan 22

Sección 2.2 ¿Hay otros períodos del año para hacer cambios? 22

SECCIÓN 3 Obtenga ayuda para pagar los medicamentos con receta 22

SECCIÓN 4 ¿Tiene preguntas?.....24

Obtenga ayuda de Blue Best Life Classic.....24

Obtenga asesoramiento gratis sobre Medicare 24

Obtenga ayuda de Medicare.....25

Resumen de costos importantes para 2027

	2026 (este año)	2027 (el año que viene)
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser más alta que esta cantidad. Vaya a la Sección 1.1 para obtener más información.	$0	**$0**
Cantidad del máximo de gastos de bolsillo Esto es lo máximo que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Vaya la Sección 1.2 para obtener más información).	$2,800	**$3,550**
Visitas en el consultorio de atención primaria	$0 de copago por visita	**$0 de copago por visita si se realiza mediante una visita virtual o de telemedicina**
Visitas en el consultorio del especialista	$8 de copago por visita No se requiere autorización previa	**$0 de copago por visita si se realiza en un consultorio médico** **Se requiere autorización previa**

	2026 (este año)	2027 (el año que viene)
Estancias en el hospital como paciente hospitalizado Incluye diversos tipos de estadías hospitalarias para pacientes internos, como cuidados agudos, rehabilitación y cuidados a largo plazo. Una estadía hospitalaria para pacientes internos comienza el día en que se le admite formalmente mediante una orden médica y finaliza el día anterior a su alta médica.	Días 1-5: $150 de copago por día	**Día 1: $280 de copago por día** **Días 2-5: $180 de copago por día**
Cobertura de medicamentos de la Parte D (Vaya a la Sección 1.7 para obtener más información, incluyendo el deducible anual, la cobertura inicial y el nivel de cobertura para casos de catástrofe).	Deducible de la cobertura de medicamentos de la Parte D Nivel 1, Nivel 2 y Nivel 6: $0 Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5: $385 excepto para los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos Copago/coseguro durante la etapa de cobertura inicial: • Medicamentos de nivel 1: $0 • Medicamentos de nivel 2: $9 • Medicamentos de nivel 3: $47 Usted paga $35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.	**Deducible de la cobertura de medicamentos de la Parte D** **Nivel 1, Nivel 2 y Nivel 6: $0** **Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5: $500 excepto para los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos** **Copago/coseguro durante la etapa de cobertura inicial:** • **Medicamentos de nivel 1: $0** • **Medicamentos de nivel 2: $9** • **Medicamentos de nivel 3: 20%** **Usted paga $35 por suministro mensual de cada producto**

	2026 (este año)	2027 (el año que viene)
	• Medicamentos de nivel 4: $100 Usted paga $35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. • Medicamentos de nivel 5: 28% Usted paga $35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. • Medicamentos de nivel 6: $0 Etapa de cobertura para casos de catástrofe: • Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D.	**de insulina cubierto en este nivel.** • **Medicamentos de nivel 4: 28% Usted paga $35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.** • **Medicamentos de nivel 5: 28% Usted paga $35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.** • **Medicamentos de nivel 6: $0** **Etapa de cobertura para casos de catástrofe:** • **Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D.**

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

Sección 1.1 Cambios en la prima mensual del plan

	2026 (este año)	2027 (el año que viene)
Prima mensual del plan (También debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare).	$0	**$0**

Factores que pueden cambiar la cantidad de su prima de la Parte D

- Penalización por inscripción tardía - La prima mensual del plan *será más alta* si debe pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D de por vida debido a que no tuvo cobertura de la Parte D ni otra cobertura de medicamentos que sea al menos tan buena como la cobertura de medicamentos de Medicare (también conocida como cobertura acreditable) durante 63 días o más.
- Recargo por ingresos más altos - Si tiene ingresos más altos, es posible que tenga que pagar una cantidad mensual adicional directamente al gobierno por su cobertura de medicamentos de Medicare.

Sección 1.2 Cambios en la cantidad del máximo de gastos de bolsillo

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

	2026 (este año)	2027 (el año que viene)
Cantidad del máximo de gastos de bolsillo Los costos de los servicios médicos cubiertos (como los copagos) **cuentan** para el máximo de gastos de bolsillo. La prima del plan y los costos de los medicamentos con receta **no cuentan** para el máximo de gastos de bolsillo.	$2,800	**$3,550** **Cuando haya alcanzado $3,550 de gastos de bolsillo por sus 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 por el resto del año calendario.**

Sección 1.3 Cambios en la red de proveedores

Nuestra red de proveedores ha cambiado para el próximo año. Revise el 2027 *Directorio de proveedores* en azblue.com/MAPDDocs para ver si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red. Aquí le indicamos cómo obtener el *Directorio de proveedores* actualizado:

- Visite nuestro sitio web en azblue.com/MAPDDocs**.**
- Llame a Servicios para Miembros al **480-937-0409** (en Arizona) o gratis al **1-800-446-8331** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) para obtener información

actualizada del proveedor o para pedirnos que le enviemos por correo el *Directorio de proveedores*.

Es posible que hagamos cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de su plan durante el año. Si un cambio en nuestros proveedores a mitad de año lo afecta, llame a Servicios para Miembros al **480-937-0409** (en Arizona) o gratis al **1-800-446-8331** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) para obtener ayuda. Es posible que tenga un período de inscripción especial si su proveedor deja de formar parte de la red del plan. Para obtener más información sobre sus derechos cuando un proveedor de la red deja nuestro plan, vaya al Capítulo 3, Sección 2.3 de su *Evidencia de cobertura*.

Sección 1.4 Cambios a la red de farmacias

La cantidad que usted paga por sus medicamentos con receta depende de la farmacia que use. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus recetas médicas están cubiertas *solo* si se surten en una de nuestras farmacias de la red.

Nuestra red de farmacias ha cambiado para el próximo año. Revise el 2027 *Directorio de farmacias* en azblue.com/MAPDDocs para ver qué farmacias están en nuestra red. Aquí le indicamos cómo obtener el *Directorio de farmacias* actualizado:

- Visite nuestro sitio web en azblue.com/MAPDDocs**.**
- Llame a Servicios para Miembros al **480-937-0409** (en Arizona) o gratis al **1-800-446-8331** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) para obtener información actualizada de la farmacia o para pedirnos que le enviemos por correo el *Directorio de farmacias*.

Es posible que hagamos cambios en las farmacias que forman parte de su plan durante el año. Si un cambio a mitad de año en nuestras farmacias lo afecta, llame a Servicios para Miembros al **480-937-0409** (en Arizona) o gratis al **1-800-446-8331** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) para obtener ayuda.

Sección 1.5 Cambios en los beneficios y costos de servicios médicos

	2026 (este año)	**2027 (próximo año)**
Acupuntura (cubierta por Medicare)	$10 de copago por consulta	**$5 de copago por consulta**
Acupuntura (no cubierta por Medicare)	$15 de copago por consulta para 30 consultas combinadas	**$5 de copago por consulta para 30 consultas combinadas**

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Hospitalización para pacientes internados (aguda)	Días 1-5: $150 de copago por día	**Día 1: $280 de copago por día** **Días 2-5: $180 de copago por día**
Centro de cirugía ambulatoria (ASC)	$50 de copago por consulta	**$50 de copago por consulta para servicios quirúrgicos auditivos y del sistema endocrino** **$230 de copago por consulta para todos los demás servicios**
Rehabilitación cardíaca	$0 de copago por consulta No se requiere autorización previa	**$0 de copago por consulta cuando se realiza en el hogar** **$25 de copago por consulta cuando se realiza en cualquier entorno** **Se requiere autorización previa**
Servicios quiroprácticos (cubiertos por Medicare)	$10 de copago por consulta	**$5 de copago por consulta**
Servicios quiroprácticos (no cubiertos por Medicare)	$15 de copago por consulta para 30 consultas combinadas	**$5 de copago por consulta para 30 consultas combinadas**
Radiología diagnóstica	$0 - $50 de copago por consulta	**$0 - $275 de copago por consulta**

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Pruebas y procedimientos de diagnóstico	$0 de copago por consulta para servicios de laboratorio $30 de copago por consulta para procedimientos y pruebas	**$0 de copago por consulta para servicios de laboratorio** **$150 de copago por consulta para procedimientos y pruebas**
Ultrasonidos diagnósticos	$0 de copago por consulta	**$0 de copago por consulta cuando se realiza en el consultorio del PCP** **$160 de copago por consulta cuando se realiza en cualquier otro entorno**
Examen de la vista (cubierto por Medicare)	$10 de copago por consulta	**$0 - $10 de copago por consulta**
Máximo de gastos de bolsillo por admisión hospitalaria	$750	**$1,000**
Servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico	Días 1-5: $150 de copago por día	**Día 1: $280 de copago por día** **Días 2-5: $180 de copago por día**
Servicios intensivos de rehabilitación cardíaca	$0 de copago por consulta No se requiere autorización previa	**$0 de copago por consulta** **Se requiere autorización previa**
Límite máximo de gastos de bolsillo	$2,800	**$3,550**

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Beneficio de comidas	14 comidas incluidas	**El beneficio de comidas no está cubierto**
Terapia ocupacional	$10 de copago por consulta	**$0 de copago por consulta cuando se realiza en el hogar** **$40 de copago por consulta cuando se realiza en cualquier otro entorno**
Ultrasonidos carotídeos y vasculares periféricos para pacientes ambulatorios	$0 de copago por consulta	**$0 de copago por consulta cuando se realiza en el consultorio del PCP** **$160 de copago por consulta cuando se realiza en otros entornos**
CT, MRI, MRA y SPECT para pacientes ambulatorios	$0 PCP Office. $50 de copago por consulta en cualquier otro entorno	**$275 de copago por consulta en todos los entornos**
EECP, TTT y cápsula endoscópica virtual para pacientes ambulatorios	$0 PCP Office. $50 de copago por consulta en cualquier otro entorno	**$200 de copago por consulta en todos los entornos**
Electrocardiograma (EKG) de detección para pacientes ambulatorios	$0 de copago por consulta	**$25 de copago por consulta**
Servicios de observación hospitalaria para pacientes ambulatorios	$85 de copago por consulta	**$200 de copago por consulta**

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Consulta hospitalaria para pacientes ambulatorios, incluida cirugía, endoscopia, cateterismo cardíaco y otros procedimientos quirúrgicos	$165 de copago por consulta	**$250 de copago por consulta**
Atención de salud mental para pacientes ambulatorios (grupal/individual)	$15 de copago por consulta	**$0 de copago por consulta cuando se recibe mediante consulta virtual o telesalud** **$35 de copago por consulta cuando se realiza en un entorno de consultorio**
Servicios psiquiátricos para pacientes ambulatorios (grupal/individual)	$15 de copago por consulta	**$0 de copago por consulta cuando se recibe mediante consulta virtual o telesalud** **$35 de copago por consulta cuando se realiza en un entorno de consultorio**
Tomografía por emisión de positrones (PET) para pacientes ambulatorios	$0 PCP Office. $50 de copago por consulta en cualquier otro entorno	**$275 de copago por consulta en todos los entornos**
Tratamiento por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios (grupal/individual)	$15 de copago por consulta	**$0 de copago por consulta cuando se recibe mediante consulta virtual o telesalud** **$35 de copago por consulta cuando se realiza en un entorno de consultorio**

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Servicios de radiografías para pacientes ambulatorios	$0 de copago por consulta	**$0 de copago por consulta cuando se realiza en un centro radiológico independiente** **$120 de copago por consulta cuando se realiza en un hospital para pacientes ambulatorios**
Productos de venta libre (OTC)	$86 por trimestre	**Los productos de venta libre (OTC) no están cubiertos**
Evaluación para el manejo del dolor	$8 de copago por consulta	**$0 de copago por consulta cuando se realiza por un PCP** **$35 de copago por consulta cuando se realiza por un especialista**
Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D		
TROOP (umbral de gastos de bolsillo)	$2,100	**$2,400**
Deducible de la Parte D (definido por Medicare)	$615	**$700**
Deducible de la Parte D (no cubierto por Medicare)	Nivel 1, Nivel 2 y Nivel 6: $0 Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5: $385	**Nivel 1, Nivel 2 y Nivel 6: $0** **Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5: $500**

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Terapia física, terapia del habla y servicios de patología del habla y el lenguaje	$10 de copago por consulta	**$0 de copago por consulta cuando se realiza en el hogar** **$40 de copago por consulta cuando se realiza en cualquier otro entorno**
Servicios de podiatría (cuidado de los pies) cubiertos por Medicare	$8 de copago por consulta No se requiere autorización previa	**$0 de copago por consulta cuando se realiza por un PCP** **$40 de copago por consulta cuando se realiza por un especialista** **Se requiere autorización previa**
Rehabilitación pulmonar	$5 de copago por consulta No se requiere autorización previa	**$0 de copago por consulta cuando se realiza en el hogar** **$30 de copago por consulta cuando se realiza en cualquier entorno** **Se requiere autorización previa**
Centro de enfermería especializada	Días 1 - 20: $0 de copago por día Días 21 - 40: $195 de copago por día Días 41 - 100: $0 de copago por día	**Días 1 - 20: $0 de copago por día** **Días 21 - 100: $208 de copago por día**

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Estudio del sueño	$30 de copago por consulta	**$25 de copago por consulta cuando se realiza en el hogar** **$150 de copago por consulta cuando se realiza en un centro médico**
Consultas con especialistas	$8 de copago por consulta No se requiere autorización previa	**$0 de copago por consulta cuando se recibe mediante consulta virtual o telesalud** **$35 de copago por consulta cuando se realiza en un entorno de consultorio** **Se requiere autorización previa**
Terapia de ejercicio supervisado (SET)	$5 de copago por consulta No se requiere autorización previa	**$5 de copago por consulta cuando se realiza en el consultorio del médico** **$30 de copago por consulta cuando se realiza en cualquier otro entorno** **Se requiere autorización previa**

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Servicios de masajes terapéuticos (no cubiertos por Medicare)	$15 de copago por consulta para 30 consultas combinadas No se requiere autorización previa	**$5 de copago por consulta para 30 consultas combinadas** **Se requiere autorización previa**
Servicios radiológicos terapéuticos	$0 PCP Office. $50 de copago por consulta en cualquier otro entorno	**$0 de copago por consulta cuando se realiza en el consultorio del PCP** **$25 de copago por consulta cuando se realiza en un centro radiológico independiente** **$85 de copago por consulta cuando se realiza en un hospital para pacientes ambulatorios**
Atención de urgencia	$25 de copago por consulta	**$0 de copago por consulta cuando se recibe mediante consulta virtual o telesalud** **$65 de copago por consulta cuando se recibe en un centro de atención de urgencia**

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Cuidado de heridas	$8 de copago por consulta	**$0 de copago por consulta cuando se recibe mediante consulta virtual o telesalud** **$35 de copago por consulta cuando se realiza en un entorno de consultorio**

Sección 1.6 Cambios en la cobertura de medicamentos de la Parte D

Cambios en nuestra Lista de medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se denomina “Formulario” o “Lista de medicamentos”. Se da una copia de nuestra Lista de medicamentos electrónicamente.

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

La mayoría de los cambios en la Lista de medicamentos se hacen al principio de cada año. Sin embargo, podríamos hacer otros cambios permitidos por las normas de Medicare que lo afectarán durante el año calendario. Actualizamos nuestra Lista de medicamentos en línea al menos una vez al mes para darle la lista de medicamentos más actualizada. Si hacemos un cambio que afectará su acceso a un medicamento que está tomando, le enviaremos un aviso sobre el cambio.

Si un cambio en la cobertura de medicamentos al principio del año o durante el año lo afecta, consulte el Capítulo 9 de su *Evidencia de cobertura* y hable con su médico para determinar las opciones, como pedir un suministro temporal, solicitar una excepción o buscar un nuevo medicamento. Llame a Servicios para Miembros al **480-937-0409** (en Arizona) o gratis al **1-800-446-8331** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) para obtener más información.

A partir de 2027, podemos eliminar de inmediato medicamentos de marca o productos biológicos originales de nuestra Lista de medicamentos si los reemplazamos con genéricos nuevos o ciertas versiones biosimilares del medicamento de marca o producto biológico original en el mismo nivel de costo compartido o uno inferior y con las mismas restricciones o menos. Además, al agregar una nueva versión, podemos

decidir mantener el medicamento de marca o el producto biológico original en nuestra Lista de medicamentos, pero moverlo inmediatamente a un nivel de costo compartido diferente o agregar nuevas restricciones o ambas cosas.

Por ejemplo: Si está tomando un medicamento de marca o un producto biológico que será reemplazado por una versión genérica o biosimilar, es posible que no reciba un aviso del cambio con 30 días de antelación o antes de obtener un suministro para un mes del medicamento de marca o producto biológico. Es posible que obtenga información sobre el cambio específico después de que ya se haya hecho el cambio.

Algunos de estos tipos de medicamentos pueden ser nuevos para usted. Para obtener definiciones de los tipos de medicamentos, vaya al Capítulo 12 de su *Evidencia de cobertura*. La Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) también da información al consumidor sobre medicamentos. Visite el sitio web de la FDA: FDA.gov/drugs/biosimilars/multimedia-education-materials-biosimilars#For%20Patients. También puede llamar a Servicios para Miembros al **480-937-0409** (en Arizona) o gratis al **1-800-446-8331** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) o pedirle más información a su proveedor de atención médica, médico o farmacéutico.

Sección 1.7 Cambios en los costos y beneficios de medicamentos con receta

¿Recibe Ayuda adicional para pagar los costos de su cobertura de medicamentos?

Si está inscrito en un programa que lo ayuda a pagar los medicamentos ("Ayuda adicional"), **es posible que la información sobre los costos de los medicamentos de la Parte D no se aplique en su caso.** Incluimos un documento separado, llamado *Cláusula adicional de la Evidencia de disposición de cobertura para personas que reciben Ayuda adicional para pagar sus medicamentos con receta* (Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs) que describe los costos de sus medicamentos. Si recibe Ayuda adicional y no recibió este documento con este paquete, llame a Servicios para Miembros al **480-937-0409** (en Arizona) o gratis al **1-800-446-8331** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) para obtener la *Cláusula adicional LIS*.

Etapas de pago de medicamentos

Hay **tres etapas de pago de medicamentos:** la etapa de deducible anual, la etapa de cobertura inicial y la etapa de cobertura para casos de catástrofe.

- **Etapa 1: Deducible anual**

  Usted comienza en esta etapa de pago cada año calendario. Durante esta etapa, usted paga el costo total de los medicamentos de los niveles 3, 4 y 5 hasta que haya alcanzado el deducible anual. Para los niveles 1, 2, y 6 no tenemos deducible.

- **Etapa 2: Cobertura inicial**

Una vez que paga el deducible anual, pasa a la etapa de cobertura inicial. Durante esta etapa, el plan paga la parte correspondiente del costo de sus medicamentos y usted paga la parte correspondiente del costo. Por lo general, usted permanece en esta etapa hasta que haya alcanzado $2,400 de gastos de bolsillo a la fecha.

- **Etapa 3: Cobertura catastrófica**

  Esta es la tercera y última etapa de pago de medicamentos. En esta etapa, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Por lo general, permanecerá en esta etapa durante el resto del año calendario.

Costos de los medicamentos en la etapa 1: Deducible anual

La tabla muestra el costo por receta durante esta etapa.

	2026 (este año)	**2027 (el año que viene)**
Deducible anual	$385 Durante esta etapa, usted paga $0 de costo compartido por medicamentos en el nivel 1, $9 de costo compartido por medicamentos en el nivel 2, $0 de costo compartido para medicamentos en el nivel 6 y el costo total de los medicamentos en el nivel 3, 4 y 5 hasta que haya alcanzado el deducible anual.	**$500** **Durante esta etapa, usted paga $0 de costo compartido por medicamentos en el nivel 1, $9 de costo compartido por medicamentos en el nivel 2, $0 de costo compartido para medicamentos en el nivel 6 y el costo total de los medicamentos en el nivel 3, 4 y 5 hasta que haya alcanzado el deducible anual.**

Costos de los medicamentos en la etapa 2: Cobertura inicial

Para los medicamentos de los Niveles 3 y 4, su costo compartido durante la Etapa de Cobertura Inicial cambiará de un copago a un coseguro. Vaya a la siguiente tabla para ver los cambios de 2026 a 2027. La tabla muestra el costo por receta para un suministro de un mes (30 días) surtido en una farmacia de la red con costos compartidos estándar y preferidos.

Cuando haya alcanzado $2,400 de gastos de bolsillo para los medicamentos cubiertos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (la etapa de cobertura para casos de catástrofe).

	2026 (este año)	**2027 (el año que viene)**
	Su costo por un suministro de un mes es:	**Su costo por un suministro de un mes es:**
Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos):	Usted paga $0 por receta	**Usted paga $0 por receta**
Nivel 2 (medicamentos genéricos):	Usted paga $9 por receta	**Usted paga $9 por receta**
Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos):	Usted paga $47 por receta Usted paga $35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.	**Usted paga 20% del costo total por cada receta** **Usted paga $35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.**
Nivel 4 (medicamentos no preferidos):	Usted paga $100 por receta Usted paga $35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.	**Usted paga 28% del costo total por cada receta** **Usted paga $35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.**
Nivel 5 (medicamentos especializados):	Usted paga 28% de coseguro Usted paga $35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.	**Usted paga 28% del costo total por cada receta** **Usted paga $35 por suministro mensual de cada producto de**

	2026 (este año)	2027 (el año que viene)
Nivel 6 (medicamentos de atención selecta):	Usted paga $0 de copago.	**insulina cubierto en este nivel.** **Usted paga $0 de copago.**

SECCIÓN 2 Cómo cambiar de plan

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

Si quiere cambiar de plan en 2027, siga estos pasos:

- **Para cambiarse a otro plan médico de Medicare**, inscríbase en el nuevo plan. Se cancelará automáticamente su inscripción en Blue Best Life Classic. Recuerde que no todos los planes de salud de Medicare cubren medicamentos recetados. Además, tenga en cuenta que, para muchos planes, no puede inscribirse en un plan de salud de Medicare y, al mismo tiempo, adquirir un plan de medicamentos recetados por separado.
- **Para cambiarse a Medicare Original con cobertura de medicamentos recetados de Medicare por separado,** puede inscribirse en un nuevo plan de medicamentos recetados de Medicare (Parte D). Su inscripción en Blue Best Life Classic se cancelará automáticamente**.**
- **Para cambiarse a Medicare Original sin un plan de medicamentos**, puede enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Llame a Servicios para Miembros al **480-937-0409** (en Arizona) o gratis al **1-800-446-8331** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) para obtener más información sobre cómo hacerlo. O llame a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y solicite la cancelación de su inscripción. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, podría tener que pagar una penalización por inscripción tardía de la Parte D (vaya a la Sección 1.1).
- **Para obtener más información sobre Medicare Original y los diferentes tipos de planes de Medicare**, visite Medicare.gov, consulte el *2027* manual *Medicare y usted*, llame a su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (vaya a la Sección 5) o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Le recordamos que Medisun, Inc (Blue Cross Blue Shield of Arizona (AZ Blue)) ofrece otros planes médicos de Medicare. Estos otros planes pueden tener diferentes coberturas, primas mensuales del plan y cantidades de costos compartidos.

Sección 2.1 Fechas límite para cambiar de plan

Las personas con Medicare pueden hacer cambios en su cobertura del **15 de octubre al 7 de diciembre** de cada año**.**

Si está inscrito en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2027, y no le gusta su selección de plan, podrá cambiarse a otro plan médico de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos de Medicare) o a Medicare Original (con o sin cobertura de medicamentos de Medicare separada) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2027.

Sección 2.2 ¿Hay otros períodos del año para hacer cambios?

En algunas situaciones, las personas podrán tener otras oportunidades para cambiar su cobertura durante el año. Los ejemplos incluyen personas que:

- Tienen Medicaid
- Reciben Ayuda adicional para pagar sus medicamentos
- Tienen o están dejando la cobertura del empleador
- Se mudan fuera del área de servicio de nuestro plan

Si se mudó recientemente o actualmente vive en una institución (como un centro de enfermería especializada o un hospital de atención de largo plazo), puede cambiar su cobertura de Medicare **en cualquier momento**. Puede cambiarse a cualquier otro plan médico de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos de Medicare separada) o cambiarse en cualquier momento a Medicare Original (con o sin cobertura de medicamentos de Medicare separada). Si recientemente salió de una institución, tendrá la oportunidad de cambiar de plan o cambiarse a Medicare Original durante dos meses completos después del mes en que salió.

SECCIÓN 3 Obtenga ayuda para pagar los medicamentos con receta

Es posible que califique para recibir ayuda para pagar sus medicamentos con receta. Hay diferentes tipos de ayuda disponibles:

- **Ayuda adicional de Medicare.** Las personas con ingresos limitados pueden calificar para recibir Ayuda adicional para pagar los costos de sus medicamentos con receta. Si califica, Medicare podría pagar hasta el 75% o más de sus costos de medicamentos, incluyendo las primas mensuales del plan de medicamentos, los deducibles anuales y el coseguro. Además, las personas que califican no pagarán una penalización por inscripción tardía. Para saber si califica, llame al:
    - 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.
    - Seguro social al 1-800-772-1213 lunes a viernes entre las 8 a. m. y las 7 p. m. para hablar con un representante. Hay mensajes automatizados disponibles las 24 horas del día. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-325-0778.
    - Su oficina estatal de Medicaid.

- **Asistencia con el costo compartido de los medicamentos con receta para personas con VIH/sida.** El Programa de Asistencia para Medicamentos contra el Sida (ADAP) ayuda a las personas elegibles para ADAP que viven con VIH/sida a que obtengan medicamentos para el VIH que pueden salvarles la vida. Para ser elegibles para ADAP que opera en su estado, las personas deben cumplir ciertos criterios, incluyendo tener un comprobante de residencia en el estado y de su condición de VIH, ingresos bajos según lo defina el estado, y su condición como no asegurado/con un seguro insuficiente. Los medicamentos de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por ADAP califican para la asistencia con el costo compartido de los medicamentos con receta mediante el programa ADAP Assist de Arizona. Para obtener más información sobre los criterios de elegibilidad, medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, o si ya está inscrito, cómo continuar recibiendo la asistencia, llame al Departamento de Servicios de Salud de Arizona (ADHS) al 1-800-334-1540 o 602-364-3610. La dirección es: ADAP, Arizona Department of Health Services, 150 N. 18th Avenue, Suite 110, Phoenix, AZ 85007-3233; su número de fax es 602-364-3263. O puede visitar su sitio web en: http://www.azdhs.gov/preparedness/epidemiology-disease-control/disease-integration-services/index.php#aids-drug-assistance-program-home. Al llamar, asegúrese de informarles el nombre de su plan o número de póliza de la Parte D de Medicare.

- **El Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare.** El Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare es una opción de pago que funciona con su cobertura de medicamentos actual y puede ayudarlo a administrar sus gastos de bolsillo para los medicamentos cubiertos por nuestro plan distribuyéndolos durante el año calendario (enero a diciembre). Cualquier persona que tenga un plan de medicamentos de Medicare o un plan médico de Medicare con cobertura de medicamentos (como un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos) puede usar esta opción de pago. Si participa en el Programa de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare y permanece inscrito en el mismo plan de la Parte D, su participación se renovará automáticamente para 2027. No necesita presentar una nueva solicitud de elección para continuar participando en. **Esta opción de pago puede ayudarlo a administrar sus gastos, pero no le ahorrará dinero ni reducirá sus costos de medicamentos.**

  La Ayuda adicional de Medicare y la ayuda de ADAP, para las personas que califican, es más ventajosa que la participación en el Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare. Para obtener más información sobre esta opción de pago, llámenos al **480-937-0409** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) o visite Medicare.gov.

SECCIÓN 4 ¿Tiene preguntas?

Obtenga ayuda de Blue Best Life Classic

- **Comuníquese con Servicios para Miembros al 480-937-0409 (en Arizona) o gratis al 1-800-446-8331. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711).**

  Podemos atender llamadas por teléfono de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre, y los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo. Las llamadas a estos números son gratis.

- **Lea su 2027 *Evidencia de cobertura***

  Este *Aviso anual de cambios* le da un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2027. Para obtener más información, consulte la 2027 *Evidencia de cobertura* de Blue Best Life Classic. La *Evidencia de cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las normas que debe seguir para recibir los servicios y medicamentos con receta cubiertos. Obtenga la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web en azblue.com/MAPDDocs o llame a Servicios para Miembros al **1-800-446-8331** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) para pedirnos que le enviemos una copia por correo.

- **Visite azblue.com/medicare**

  Nuestro sitio web tiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores *(Directorio de proveedores/Directorio de farmacias)* y nuestra *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario/Lista de medicamentos).*

Obtenga asesoramiento gratis sobre Medicare

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

Llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico de Arizona para obtener asesoramiento personalizado y gratis sobre seguros médicos. Podrán ayudarlo a entender sus opciones de planes de Medicare y responder preguntas sobre el cambio de plan. Puede llamar al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico de Arizona al 602-542-4446 o gratis al 1-800-432-4040. Puede obtener más información sobre el Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico de Arizona visitando el sitio web https://des.az.gov/services/aging-and-adult/state-health-insurance-assistance-program-ship.

Obtenga ayuda 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 pueden llamar a 1-877-486-2048.

- **Chatee en línea en Medicare.gov**

  Puede chatear en línea en Medicare.gov/talk-to-someone.

- **Escriba a Medicare**

  Puede escribir a Medicare a PO Box 1270, Lawrence, KS 66044

- **Visite Medicare.gov**

  El sitio web oficial de Medicare tiene información sobre los costos, la cobertura y calificaciones de calidad para ayudarlo a comparar los planes médicos de Medicare en su área.

- **Lea *Medicare y usted 2027***

  El manual *Medicare y usted 2027* se envía por correo a las personas con Medicare cada otoño. Tiene un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare, y respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Obtenga una copia en Medicare.gov o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar a 1-877-486-2048.

Notice of Availability of Language Assistance Services and Auxiliary Aids and Services

English: Free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 1-800-446-8331 (TTY: 711).

Spanish: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 1-800-446-8331 (TTY: 711).

Navajo: Diné bee y1ni[ti'gogo, saad bee an1'awo' bee 1ka'an7da'awo'7t'11 jiik'eh n1 h0l=. Bee ahi[hane'go bee nida'anish7 t'11 1kodaat'4h7g77 d00 bee 1ka'an7da'wo'7 1ko bee baa hane'7 bee hadadilyaa bich'8' ahoot'i'7g77 47 t'11 jiik'eh h0l=. Kohj8' 1-800-446-8331 (TTY: 711).

Chinese Traditional: 如果您說[中文]，我們可以為您提供免費語言協助服務。也可以免費提供適當的輔助工具與服務，以無障礙格式提供資訊。請致電 1-800-446-8331 (TTY: 711)。

Tagalog: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyong tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format. Tumawag sa 1-800-446-8331 (TTY: 711).

French: Si vous parlez Français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 1-800-446-8331 (TTY: 711).

Vietnamese: Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ. Các hỗ trợ dịch vụ phù hợp để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Vui lòng gọi theo số 1-800-446-8331 (Người khuyết tật: 711).

German: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistenzdienste zur Verfügung. Entsprechende Hilfsmittel und Dienste zur Bereitstellung von Informationen in barrierefreien Formaten stehen ebenfalls kostenlos zur Verfügung. Rufen Sie 1-800-446-8331 (TTY: 711).

Korean: [한국어]를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 1-800-446-8331 (TTY: 711).

Russian: Если вы говорите на русский, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону 1-800-446-8331 (TTY: 711).

Arabic:
تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر وسائل مساعدة وخدمات مناسبة لتوفير المعلومات بتنسيقات يمكن الوصول إليها مجانًا. اتصل على الرقم 1-800-446-8331 (TTY: 711).

Hindi: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध होती हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएँ भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। 1-800-446-8331 (TTY: 711) ।

Farsi (Persian):
همچنین کمک‌ها و خدمات پشتیبانی مناسب برای ارائه اگر [وارد کردن زبان] صحبت می‌کنید، خدمات پشتیبانی زبانی رایگان در دسترس شما قرار دارد. توجه: با شماره اطلاعات در قالب‌های قابل دسترس، به‌طور رایگان موجود می‌باشند. (تله‌تایپ: TTY: 711) 1-800-446-8331

Thai: หมายเหตุ: หากคุณใช้ภาษา ไทย เรามีบริการความช่วยเหลือด้านภาษาฟรี นอกจากนี้ ยังมีเครื่องมือและบริการช่วยเหลือเพื่อให้ข้อมูลในรูปแบบที่เข้าถึงได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย โปรดโทรติดต่อ 1-800-446-8331 (TTY: 711).

Japanese: 日本語を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。アクセシブル（誰もが利用できるよう配慮された）な形式で情報を提供するための適切な補助支援やサービスも無料でご利用いただけます。1-800-446-8331 (TTY: 711)。

Y0137_M41134PY25_C

BlueCross BlueShield Arizona

An Independent Licensee of the Blue Cross Blue Shield Association