



Bright Advantage Part B Savings Plan (PPO) ofrecido por Bright HealthCare

Aviso anual de cambios para 2023

Actualmente, se encuentra inscrito en calidad de miembro del Bright Advantage Health Dollars Plan (PPO). Habrá cambios en los costos y beneficios del plan durante el siguiente año. **Consulte la página 5 para obtener un Resumen de los Costos Importantes, incluida la Prima.**

Este documento le informa acerca de los cambios en su plan. Para obtener más información sobre los costos, los beneficios o las normas, revise la Evidencia de Cobertura, que se encuentra en nuestro sitio web en brighthouse.com/medicare. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para solicitarnos 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 siguiente año.**

Qué se debe hacer ahora

1. PREGUNTE: ¿Qué cambios se aplican en su caso?

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

2 COMPARE: Infórmese sobre otras opciones de planes

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

3 ELIJA: Decida si desea cambiar de plan

- Si usted no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2022, se lo inscribirá en el Bright Advantage Part B Savings Plan.
- Para cambiar a un **plan diferente**, puede cambiar de plan entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Su nueva cobertura comenzará el 1 de enero del 2023. Esto finalizará su inscripción con el Bright Advantage Part B Savings Plan.
- Si recientemente se mudó, vive en este momento en o se acaba de mudar a una institución (como un centro de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo), puede cambiar de planes o cambiarse a Original Medicare (con o sin un plan de medicamentos recetados de Medicare) en cualquier momento.

Recursos Adicionales

- Este documento está disponible de forma gratuita en inglés.
- Para obtener información adicional, llame a nuestro Departamento de Servicios para Miembros al 1-844-926-4521. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Los horarios son del 1 de octubre al 31 de marzo: de lunes a domingo, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, excepto los días festivos federales. Del 1 de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, excepto los días festivos federales.
- Este documento puede estar disponible en formatos alternativos, como braille, letra grande o audio.
- **La cobertura bajo este Plan califica como Cobertura Médica Calificada (QHC)** y cumple el requisito de responsabilidad individual compartida de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado Asequible (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 del Bright Advantage Part B Savings Plan

- Los planes Bright HealthCare son planes HMO y PPO que tienen un contrato con Medicare. La inscripción en nuestros planes depende de la renovación del contrato.
 - Cuando en este documento se mencionen las palabras "nosotros", "nos" o "nuestro", significa plandata.mao. Cuando se dice "el plan" o "nuestro plan", significa plandata.plan_name.
-

Capítulo 1. Aviso Anual de Cambios para 2023

Tabla de Contenidos

Resumen de costos importantes para 2023	5
SECCIÓN 1 A menos que Elija Otro Plan, Será Inscrito Automáticamente en el Bright Advantage Part B Savings Plan para 2023	6
SECCIÓN 2 Cambios en Beneficios y Costos para el Año Siguiente	7
Sección 2.1 -Cambios en su Prima Mensual	7
Sección 2.2 -Cambios en la Suma Máxima de Bolsillo	7
Sección 2.3 -Cambios en las Redes de Proveedores y Farmacias	8
Sección 2.4 -Cambios en los Beneficios y Costos de los Servicios Médicos	9
Sección 2.5 -Cambios en la Cobertura de Medicamentos Recetados de la Part D	15
SECCIÓN 3 Cambios Administrativos	19
SECCIÓN 4 Cómo Decidir Qué Plan Elegir	20
Sección 4.1 -Si decide permanecer en el Bright Advantage Part B Savings Plan ..	20
Sección 4.2 -Si decide cambiar de plan	20
SECCIÓN 5 Fecha límite para cambiarse de plan	21
SECCIÓN 6 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare ...	21
SECCIÓN 7 Programas que Ayudan a Pagar Medicamentos Recetados	22
SECCIÓN 8 ¿Tiene preguntas?	23
Sección 8.1 -Cómo obtener ayuda del Bright Advantage Part B Savings Plan	23
Sección 8.2 -Cómo obtener ayuda de Medicare	23

Resumen de costos importantes para 2023

La siguiente tabla compara los costos del 2022 y los costos del 2023 para el Bright Advantage Part B Savings Plan en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solamente un resumen de costos.** Una copia de la *Evidencia de Cobertura* se encuentra en nuestro sitio web en brighthousehealthcare.com/medicare. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para pedirnos que le enviemos por correo una *Evidencia de Cobertura*.

Costo	2022 (este año)	2023 (el siguiente año)
Prima mensual del plan*	\$0	\$0
* Su prima puede ser mayor o menor que esta suma. Consulte la Sección 2.1 para obtener más detalles.		
Suma máxima de Bolsillo Esta es la suma <u>máxima</u> que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Part A y la Part B. (Consulte la Sección 2.2 para obtener más detalles).	De proveedores de la red: \$4,400 De proveedores dentro y fuera de la red combinados: \$10,000	De proveedores de la red: \$4,900 De proveedores dentro y fuera de la red combinados: \$8,950
Consultas con el médico	Dentro de la Red: Usted paga \$0 por visita por los servicios de un Proveedor de Cuidado Primario. Usted paga de \$15 por visita por los servicios de un Médico Especialista. Fuera de la Red: Usted paga \$0 por visita por los servicios de un Médico de Atención Primaria. Usted paga \$25 por visita por los servicios de un Médico Especialista.	Dentro de la Red: Usted paga \$0 por visita por los servicios de un Proveedor de Cuidado Primario. Usted paga de \$20 por visita por los servicios de un Médico Especialista. Fuera de la Red: Usted paga \$30 por visita por los servicios de un Médico de Atención Primaria. Usted paga \$60 por visita por los servicios de un Médico Especialista.

Costo	2022 (este año)	2023 (el siguiente año)
Internación en hospital	<p>Dentro de la Red: Usted paga un copago de \$225 por día durante los días 1 a 5.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por día durante los días 6 a 90.</p> <p>Fuera de la Red: Usted paga 40% del costo total</p>	<p>Dentro de la Red: Usted paga un copago de \$235 por día durante los días 1 a 7.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por día durante los días 8 a 90.</p> <p>Fuera de la Red: Usted paga 40% del costo total</p>
<p>Cobertura de medicamentos recetados de la Part D (Consulte la Sección 2.5 para obtener más detalles).</p>	<p>Deducible: \$0</p> <p>Copago/Coseguro durante la Etapa de Cobertura Inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel de Medicamento 1: \$0 • Nivel de Medicamento 2: \$0 • Nivel de Medicamento 3: \$47 • Nivel de Medicamento 4: \$100 • Nivel de Medicamento 5: 33% • Nivel de Medicamento 6: \$0 	<p>Deducible: \$110</p> <p>Copago/Coseguro durante la Etapa de Cobertura Inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel de Medicamento 1: \$0 • Nivel de Medicamento 2: \$0 • Nivel de Medicamento 3: \$47 • Nivel de Medicamento 4: \$100 • Nivel de Medicamento 5: 25% • Nivel de Medicamento 6: \$0

SECCIÓN 1 A menos que Elija Otro Plan, Será Inscrito Automáticamente en el Bright Advantage Part B Savings Plan para 2023

El 1 de enero del 2023, Bright HealthCare combinará el Bright Advantage Health Dollars Plan con uno de nuestros planes, el Bright Advantage Part B Savings Plan. La información en este documento es sobre las diferencias entre los beneficios actuales del Bright Advantage Health Dollars Plan y los beneficios que tendrá a partir del 1 de enero del 2023 como miembro del Bright Advantage Part B Savings Plan.

Si no hace nada antes del 7 de diciembre del 2022, lo inscribiremos automáticamente en nuestro Bright Advantage Part B Savings Plan. Esto significa que a partir del 1 de enero de 2023, recibirá su cobertura médica y su cobertura de medicamentos recetados a través del Bright Advantage Part B Savings Plan. Si desea cambiar de plan o cambiar a Original Medicare, debe hacerlo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Si es elegible para la "Ayuda Adicional", es posible que pueda cambiar de plan en otras fechas.

SECCIÓN 2 Cambios en beneficios y costos para el año siguiente

Sección 2.1 - Cambios en su prima mensual

Costo	2022 (este año)	2023 (el siguiente año)
Prima mensual (Usted también debe continuar pagando su prima de Medicare Part B).	\$0	\$0
Descuento de la Prima de la Part B Uno de los beneficios que nuestro plan incluye es un Descuento de la Prima de la Part B. Esto significa que cada mes, el monto que se muestra se aplicará automáticamente a su Prima de la Part B, lo que aumentará su cheque del Seguro Social cada mes.	\$0	\$120

- Su prima mensual del plan será *mayor* si se le exige pagar una multa por inscripción tardía en la Part 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 acreditable") 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 recetados de Medicare.

Sección 2.2 - Cambios en la Suma Máxima de Bolsillo

Medicare exige que todos los planes de salud limiten cuánto debe pagar "de su bolsillo" durante el año. Estos límites se denominan "sumas máximas de bolsillo". Una vez que

haya alcanzado esta suma, por lo general, no deberá pagar nada por los servicios cubiertos de la Part A y la Part B por el resto del año.

Costo	2022 (este año)	2023 (el siguiente año)
<p>Suma máxima de bolsillo dentro de la red</p> <p>Sus costos para servicios médicos cubiertos (como copagos y deducibles) de proveedores de la red cuentan para su suma máxima de bolsillo dentro de la red. Su costos de los medicamentos recetados no cuentan para calcular la suma máxima de su bolsillo.</p>	\$4,400	<p>\$4,900</p> <p>Una vez que haya pagado \$4,900 de los gastos de bolsillo por los servicios cubiertos de la Part A y la Part B, no pagará por los servicios cubiertos de la Part A y la Part B de proveedores de la red durante el resto del año calendario.</p>
<p>Suma máxima de bolsillo combinada</p> <p>Sus costos para servicios médicos cubiertos (como copagos y deducibles) de proveedores dentro y fuera de la red cuentan para su suma máxima de bolsillo combinada. La los costos para medicamentos recetados de pacientes ambulatorios no cuentan para su suma máxima de bolsillo para los servicios médicos.</p>	\$10,000	<p>\$8,950</p> <p>Una vez que haya pagado \$8,950 de los gastos de bolsillo por los servicios cubiertos de la Part A y la Part B, no pagará por los servicios cubiertos de la Part A y la Part B de proveedores dentro o fuera de la red durante el resto del año calendario.</p>

Sección 2.3 - Cambios en las Redes de Proveedores y Farmacias

Los directorios actualizados también se encuentran en nuestro sitio web en brighthouse.com/medicare. También puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros para recibir información actualizada sobre proveedores o farmacias o para pedirnos que le enviemos por correo un directorio.

Habrá cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. **Consulte el Directorio de Proveedores del 2023 para ver si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red.**

Habrá cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. **Revise el Directorio de Farmacias para 2023 para ver qué farmacias están en nuestra red.**

Es importante que sepa que podemos realizar cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) y farmacias que forman parte de su plan durante el año. Si le afecta un cambio de proveedores a mitad de año, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros para que podamos ayudarlo.

Sección 2.4 - Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos

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

Costo	2022 (este año)	2023 (el siguiente año)
Hospital para pacientes internados (agudo)	<p>Dentro de la red: Usted paga un copago de \$225 por día, para los días 1 a 5</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por día durante los días 6 a 90</p>	<p>Dentro de la red: Usted paga un copago de \$235 por día para los días 1 a 7</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por día durante los días 8 a 90</p>
Hospital para pacientes internados (psiquiátrico)	<p>Dentro de la red: Usted paga un copago de \$225 por día, para los días 1 a 5</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por día durante los días 6 a 90</p>	<p>Dentro de la red: Usted paga un copago de \$235 por día para los días 1 a 7</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por día durante los días 8 a 90</p>
Servicios de terapia de ejercicio supervisado (SET) para la enfermedad arterial periférica sintomática (PAD) cubiertos por Medicare	<p>Dentro de la red: Usted paga un copago de \$25 por visita</p>	<p>Dentro de la red: Usted paga un copago de \$30 por visita</p>
Servicios del Médico de Atención Primaria	<p>Fuera de la red: Usted paga un copago de \$0 por visita</p>	<p>Fuera de la red: Usted paga un copago de \$30 por visita</p>
Servicios de Terapia Ocupacional	<p>Dentro de la red: Usted paga un copago de \$25 por visita por los</p>	<p>Dentro de la red: Usted paga un copago de \$0 por visita por los</p>

Costo	2022 (este año)	2023 (el siguiente año)
	beneficios cubiertos por Medicare	beneficios cubiertos por Medicare
Servicios de médicos especialistas	<p>Dentro de la red: Usted paga un copago de \$15 por visita por los beneficios cubiertos por Medicare</p> <p>Fuera de la red: Usted paga un copago de \$25 por visita</p>	<p>Dentro de la red: Usted paga un copago de \$20 por visita para los beneficios cubiertos por Medicare</p> <p>Fuera de la red: Usted paga un copago de \$60 por visita</p>
Otros servicios profesionales de atención médica	<p>Dentro de la red: Usted paga un copago de \$15 por visita por los beneficios cubiertos por Medicare</p>	<p>Dentro de la red: Usted paga un copago de \$20 por visita para los beneficios cubiertos por Medicare</p>
Fisioterapia y Terapia del Habla y Lenguaje	<p>Dentro de la red: Usted paga un copago de \$25 por visita por los beneficios cubiertos por Medicare</p>	<p>Dentro de la red: Usted paga un copago de \$0 por visita por los beneficios cubiertos por Medicare</p>
Pruebas y procedimientos de diagnóstico para pacientes ambulatorios	<p>Dentro de la red: Usted paga un copago de \$0 por una colonoscopia de diagnóstico y un copago de \$125 por todos los demás procedimientos/pruebas de diagnóstico cubiertos por Medicare</p>	<p>Dentro de la red: Usted paga un copago de \$0 por la colonoscopia de diagnóstico y un copago de \$250 por todos los demás procedimientos/pruebas de diagnóstico cubiertos por Medicare.</p>
Servicios radiológicos de diagnóstico para pacientes ambulatorios (por ejemplo, tomografías computarizadas, resonancias magnéticas y tomografías por emisión de positrones)	<p>Dentro de la red: Usted paga un copago de \$0 por ultrasonido, otras imágenes generales, exámenes de densidad ósea (DEXA) de diagnóstico y mamografías de diagnóstico. Usted paga un copago de \$125 por resonancias magnéticas,</p>	<p>Dentro de la red: Usted paga un copago de \$0 por ultrasonido, otras imágenes generales, exploraciones DEXA de diagnóstico y mamografías de diagnóstico. Usted paga un copago de \$150 por MRI, CT y PET</p>

Costo	2022 (este año)	2023 (el siguiente año)
	tomografías computarizadas y tomografías por emisión de positrones	
Servicios Hospitalarios para Pacientes Ambulatorios	<p>Dentro de la red: Usted paga un copago de \$0 por mamografías de diagnóstico, exámenes de densidad ósea (DEXA) y colonoscopias en un hospital para pacientes ambulatorios; usted paga un copago de \$250 por servicios de observación y un copago de \$260 por todos los demás servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare</p>	<p>Dentro de la red: Usted paga un copago de \$0 por mamografías de diagnóstico, exploraciones DEXA y colonoscopias en un hospital para pacientes ambulatorios. Usted paga un copago de \$275 por servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare</p>
Servicios de centros de cirugía ambulatoria (Ambulatory Surgical Center, ASC)	<p>Dentro de la red: Usted paga \$0 por mamografías de diagnóstico, exploraciones DEXA y colonoscopias en un entorno de ASC</p> <p>Usted paga un copago de \$150 por todos los demás servicios de centros de cirugía ambulatoria cubiertos por Medicare</p>	<p>Dentro de la red: Usted paga \$0 por mamografías de diagnóstico, exploraciones DEXA y colonoscopias en un entorno de ASC</p> <p>Usted paga un copago de \$200 por todos los demás servicios ASC cubiertos por Medicare</p>
Servicios Ambulatorios para el Consumo de Sustancias	<p>Dentro de la red: Usted paga un copago de \$30 por sesiones grupales cubiertas por Medicare</p>	<p>Dentro de la red: Usted paga un copago de \$35 por sesiones grupales cubiertas por Medicare</p>
Servicios de Ambulancia	<p>Dentro de la red y fuera de la red: Usted paga un copago de \$0 por viaje por servicios de ambulancia terrestre</p>	<p>Dentro de la red y fuera de la red: Usted paga un copago de \$0 por viaje por servicios de ambulancia terrestre</p>

Costo	2022 (este año)	2023 (el siguiente año)
	<p>cubiertos por Medicare por un traslado de un hospital fuera de la red a un hospital dentro de la red y un copago de \$200 por viaje para todos los demás servicios de ambulancia terrestre cubiertos por Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por viaje por servicios de ambulancia aérea cubiertos por Medicare por un traslado de un hospital fuera de la red a un hospital dentro de la red y un copago de \$250 por viaje para todos los demás servicios de ambulancia aérea cubiertos por Medicare.</p>	<p>cubiertos por Medicare para un traslado de un hospital fuera de la red a un hospital dentro de la red y un copago de \$250 por viaje por todos los demás servicios de ambulancia terrestre cubiertos por Medicare .</p> <p>Usted paga un copago de \$250 por viaje para todos los servicios de ambulancia aérea cubiertos por Medicare</p>
Servicios de Transporte	<p>Dentro de la red: Usted paga un copago de \$0 por viajes ilimitados por año</p>	<p>Dentro de la red: <u>No</u> está cubierto</p>
Artículos de venta libre (OTC)	<p>Los artículos de venta libre (OTC) están cubiertos por su beneficio de Health Dollars</p>	<p><u>No</u> está cubierto</p>
Comidas fáciles de preparar	<p>Dentro de la red: Usted recibe 15 comidas por semana durante 6 semanas con un copago de \$0 (90 comidas en total), una vez por año, y es elegible para recibir hasta 30 comidas adicionales por año con un copago de \$5 por comida.</p>	<p>Dentro de la red: <u>No</u> está cubierto</p>

Costo	2022 (este año)	2023 (el siguiente año)
Consulta de ejercicio	<p>Dentro de la red: Incluye una consulta individual con un entrenador físico para desarrollar un plan de ejercicios, ya sea en persona o en forma virtual una vez al año</p>	<p><u>No</u> está cubierto</p>
Servicios Dentales (Preventivos)	<p>Dentro de la red: Profilaxis dental (limpieza) (hasta 1 por año): Usted paga un copago de \$0</p> <p>Radiografías dentales (hasta 1 por año): Usted paga un copago de \$0</p> <p>Tratamiento con fluoruro (hasta 2 cada 6 meses): Usted paga un copago de \$0</p> <p><u>No</u> se requiere autorización previa</p> <p>No existe un beneficio máximo para los servicios dentales</p> <p>Dentro de la red y fuera de la red Además de los beneficios descritos anteriormente, también tiene cobertura dental a través del beneficio de Health Dollars</p>	<p>Dentro de la red: Profilaxis dental (limpieza) (hasta 2 por año): Usted paga un copago de \$0</p> <p>Radiografías dentales (hasta 2 por año): Usted paga un copago de \$0</p> <p>Tratamiento con fluoruro (ilimitado): usted paga un copago de \$0</p> <p>Es posible que se requiera autorización previa</p> <p>Hay un beneficio máximo de \$4,000 para servicios dentales preventivos e integrales</p> <p>Fuera de la red: Usted paga un copago de \$0 por los servicios dentales preventivos cubiertos</p> <p>Dentro de la red y fuera de la red Gastos médicos <u>no</u> están cubiertos</p>

Costo	2022 (este año)	2023 (el siguiente año)
Servicios dentales (integrales)	<p>Dentro de la red: Servicios no rutinarios: Usted paga un copago de \$0 a \$300</p> <p>Servicios de restauración: Usted paga un copago de \$25 a \$400</p> <p>Servicios de endodoncia: Usted paga un copago de \$25 a \$720</p> <p>Servicios de periodoncia: Usted paga un copago de \$0 a \$780</p> <p>Extracciones: Usted paga un copago de \$70 a \$140</p> <p>Prostodoncia, otra cirugía oral/maxilofacial: Usted paga un copago de \$0 a \$1,100</p> <p><u>No</u> existe un beneficio máximo para los servicios dentales</p> <p>Dentro de la red y fuera de la red Además de los beneficios descritos anteriormente, también tiene cobertura dental a través del beneficio de Health Dollars</p>	<p>Dentro de la red: Servicios no rutinarios: usted paga un copago de \$0</p> <p>Servicios de restauración: usted paga \$0</p> <p>Servicios de endodoncia: Usted paga un copago de \$0</p> <p>Servicios de periodoncia: Usted paga un copago de \$0</p> <p>Extracciones: usted paga un copago de \$0</p> <p>Prostodoncia, otra cirugía oral/maxilofacial: usted paga un copago de \$0</p> <p>Hay un beneficio máximo de \$4,000 para servicios dentales preventivos e integrales</p> <p>Fuera de la red Usted paga un coseguro del 20% al 50% por los servicios dentales integrales cubiertos</p> <p>Dentro de la red y fuera de la red Gastos médicos <u>no</u> están cubiertos</p>
Exámenes oculares (de rutina)	<p>Dentro de la red: <u>No</u> se requiere autorización previa</p>	<p>Dentro de la red: Es posible que se requiera autorización previa</p>

Costo	2022 (este año)	2023 (el siguiente año)
Anteojos	<p>Nuestro plan paga hasta \$175 cada año para marcos de anteojos de rutina</p> <p>Se cubren en su totalidad lentes para anteojos de rutina</p> <p>Se cubre en su totalidad un par de lentes de contacto en lugar de anteojos</p> <p>Se requiere autorización</p> <p>Existe un límite de \$70 para una mejora a lentes de policarbonato y un límite de \$89.50 para una mejora a lentes progresivos prémium</p> <p>Usted es responsable de cualquier costo de marcos para anteojos de rutina que supere el límite del plan de \$175</p>	<p>Hay una asignación de \$150 cada año para anteojos.</p> <p>Los anteojos incluyen lentes y monturas para anteojos (hasta 1 por año), lentes de contacto en lugar de anteojos y mejoras.</p>
Health Dollars	<p>Usted obtiene \$250 por trimestre, con un total de \$1,000 al año, en una tarjeta de débito de Health Dollars. Los fondos de Health Dollars se pueden utilizar para pagar artículos y servicios dentales de OTC.</p>	<u>No</u> está cubierto

Sección 2.5 - Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Part D

Cambios en nuestra Lista de Medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se llama Formulario o "Lista de Medicamentos". Una copia de nuestra Lista de Medicamentos se proporciona electrónicamente.

En algunas situaciones, debemos cubrir un suministro provisional de un medicamento que no esté en el formulario en los primeros 90 días del año del plan o en los primeros 90 días de membresía para evitar una brecha en la terapia. (Para obtener más información sobre cuándo puede obtener un suministro provisional y cómo solicitar uno, consulte el Capítulo 5, Sección 5.2 de la *Evidencia de Cobertura*). Durante el tiempo en que está recibiendo un suministro provisional de un medicamento, debe hablar con su médico para decidir qué hacer cuando su suministro provisional se termine. Puede cambiar el medicamento por uno diferente que esté cubierto por el plan o solicitar al plan que haga una excepción y cubra su medicamento actual.

Si ha recibido una excepción a la lista de medicamentos para un medicamento este año, la solicitud de excepción a la lista de medicamentos se aprueba hasta la fecha indicada en la carta de aprobación. Solo se necesita una nueva solicitud de excepción a la lista de medicamentos si ha pasado la fecha indicada en la carta.

La mayoría de los cambios en la Lista de Medicamentos es nuevo para el comienzo de cada año. Sin embargo, durante el año, podríamos hacer otros cambios permitidos por las reglas de Medicare. Por ejemplo, podemos eliminar de inmediato los medicamentos que la FDA considera inseguros o un fabricante de productos haya retirado del mercado. Actualizamos nuestra Lista de Medicamentos en línea para proporcionar la lista de medicamentos más actualizada.

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

Cambios en los costos de medicamentos recetados

Nota: Si usted está en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos ("Ayuda Adicional"), **la información sobre costos de medicamentos recetados de la Part D puede que no sea aplicable a su caso.** Le hemos enviado un anexo, titulado "Cláusula adicional de la Evidencia de Cobertura para Personas que Reciben Ayuda Adicional para el Pago de Medicamentos Recetados" (también llamada "Modificación del subsidio por bajos ingresos" o "LIS Rider"), en el que se describen los costos por medicamentos que le corresponden. Si recibe "Ayuda Adicional", pero no ha recibido este anexo antes del 30 de septiembre del 2022, llame al Departamento de Servicios para Miembros y pida su "LIS Rider".

Hay cuatro "etapas de pagos de medicamentos".

La información que se encuentra a continuación muestra los cambios para las primeras dos 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 en Cobertura o la Etapa de Cobertura de Catástrofe).

Cambios en la etapa de deducibles

Etapa	2022 (este año)	2023 (el siguiente año)
<p>Etapa 1: Etapa de Deducible Anual</p> <p>Durante esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos en el Nivel 2, Nivel 3, Nivel 4 y el Nivel 5 hasta que haya alcanzado el deducible anual.</p>	<p>Dado que no tenemos deducible, esta etapa de pago no aplica para usted.</p>	<p>El deducible es \$110.</p> <p>Durante esta etapa, usted paga \$0 de distribución de costos por medicamentos del Nivel 1 y Nivel 6 y el costo total por medicamentos en el Nivel 2, Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5 hasta que haya alcanzado el deducible anual.</p>

Cambios en su distribución de costos en la Etapa de cobertura Inicial

Consulte la siguiente tabla para ver los cambios del 2022 al 2023.

Etapa	2022 (este año)	2023 (el siguiente año)
<p>Etapa 2: Etapa de Cobertura Inicial</p> <p>Una vez que paga el deducible anual, pasa a la Etapa de cobertura inicial. Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde por el costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo.</p> <p>Los costos en esta fila corresponden a un suministro de un mes (30 días) cuando surta su receta médica en una farmacia de la red que proporciona distribución de costos estándar. Para obtener información sobre los costos de un suministro a largo</p>	<p>Su costo para un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red con el costo compartido estándar:</p> <p>Nivel 1; Genéricos Preferidos:</p> <p>Usted paga \$0 por receta médica.</p> <p>Nivel 2; Genéricos:</p> <p>Usted paga \$0 por receta médica.</p> <p>Nivel 3; Marca Preferida:</p>	<p>Su costo para un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red con el costo compartido estándar:</p> <p>Nivel 1; Genéricos Preferidos:</p> <p>Usted paga \$0 por receta médica.</p> <p>Nivel 2; Genéricos:</p> <p>Usted paga \$0 por receta médica.</p> <p>Nivel 3; Marca Preferida:</p>

Etapa	2022 (este año)	2023 (el siguiente año)
<p>plazo o de recetas de pedidos por correo, consulte la Sección 5 del Capítulo 6 de su Evidencia de Cobertura.</p> <p>Hemos cambiado la categoría de algunos de los medicamentos en su Lista de Medicamentos. Para comprobar si sus medicamentos estarán en otra categoría, búsquelos en la Lista de Medicamentos.</p>	<p>Usted paga \$47 por receta médica.</p> <p>Nivel 4; Medicamento No Preferido:</p> <p>Usted paga \$100 por receta médica.</p> <p>Nivel 5; Nivel de Medicamentos Especializados:</p> <p>Usted paga 33% del costo total.</p> <p>Nivel 6 - Medicamentos Seleccionados para el Cuidado de la :</p> <p>Usted paga \$0 por receta médica.</p> <hr/> <p>Una vez que sus costos totales por medicamentos hayan alcanzado los \$4,430, usted pasará a la siguiente etapa (la Etapa de brecha en cobertura).</p>	<p>Usted paga \$47 por receta médica.</p> <p>Nivel 4; Medicamento No Preferido:</p> <p>Usted paga \$100 por receta médica.</p> <p>Nivel 5; Nivel de Medicamentos Especializados:</p> <p>Usted paga 25% del costo total.</p> <p>Nivel 6; Medicamentos de Cuidados Seleccionados:</p> <p>Usted paga \$0 por receta médica.</p> <hr/> <p>Una vez que sus costos totales por medicamentos hayan alcanzado los \$4,660, usted pasará a la siguiente etapa (la Etapa de brecha en cobertura).</p>

Mensaje Importante Sobre lo que Usted Paga por las Vacunas

Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Part D sin costo alguno para usted, incluso si no ha pagado el deducible. Llame al Departamento de Servicios para Miembros para obtener más información.

Mensaje Importante Sobre lo que Usted Paga por la Insulina

Usted no pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar en qué nivel de distribución de costos se encuentre, incluso si no ha pagado su deducible.

SECCIÓN 3 Cambios administrativos

Descripción	2022 (este año)	2023 (el siguiente año)
Gerente de beneficios de farmacia	Sus beneficios de farmacia fueron administrados por MedImpact.	Express Scripts administra sus beneficios de farmacia.
Suministro de día extendido	Le permitió surtir un suministro de medicamentos para hasta 100 días. Aplicable a los niveles 1 a 4 y el 6.	Le permite obtener un suministro de medicamentos para hasta 90 días. Aplicable a los niveles 1 a 4. El nivel 6 tiene un suministro de 100 días.
Los Suministros para la Diabetes	Puede hacer un pedido en una Farmacia de la Red.	Puede hacer su pedido en una Farmacia de la Red. Los productos para diabéticos preferidos son las marcas Abbott (Freestyle y Precision).
Telesalud	Sus beneficios de telesalud fueron proporcionados por Doctors on Demand.	Sus beneficios de telesalud son proporcionados por DocSquad.
Proveedor de audífonos	Sus beneficios de audífonos fueron proporcionados por TruHearing.	Los beneficios de sus audífonos son proporcionados por Nations.
Proveedor de Cuidado Dental	Sus beneficios dentales fueron proporcionados por Delta	Sus beneficios dentales serán proporcionados por Liberty

SECCIÓN 4 Cómo decidir qué plan elegir

Sección 4.1 - Si decide permanecer en el Bright Advantage Part B Savings Plan

Para permanecer en nuestro plan, no debe hacer nada. Si no se inscribe en un plan diferente ni cambia a Original Medicare antes del 7 de diciembre, se le inscribirá automáticamente en nuestro Bright Advantage Part B Savings Plan.

Sección 4.2 - Si decide cambiar de plan

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

Paso 1: obtenga más información sobre sus opciones y compárelas

- Puede inscribirse en un plan de salud de Medicare diferente.
- - O - Puede cambiarse a Original Medicare. Si elige Medicare Original, deberá decidir si quiere inscribirse en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. Si no se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare, consulte la Sección 2.1 con respecto a una posible multa de inscripción tardía de la Part D.

Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare, utilice el buscador de planes de Medicare (www.medicare.gov/plan-compare), lea el manual *Medicare y Usted 2023*, comuníquese con el Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (consulte la Sección 6) o comuníquese con Medicare (consulte la Sección 8.2).

Recuerde que Bright HealthCare ofrece otros planes de medicamentos recetados de Medicare. Es posible que estos otros planes tengan coberturas, primas mensuales y montos de distribución de costos diferentes.

Paso 2: cambie su cobertura

- Para **cambiarse a otro plan de salud de Medicare**, insíbrase en el nuevo plan. Automáticamente se cancelará su inscripción en el Bright Advantage Part B Savings Plan.
- Para **cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos recetados**, insíbrase en el nuevo plan de medicamentos. Automáticamente se cancelará su inscripción en el Bright Advantage Part B Savings Plan.
- Para **cambiarse a Medicare Original sin un plan de medicamentos recetados**, debe hacer lo siguiente:

- Envíenos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros si necesita más información sobre cómo hacerlo.
- - O - Comuníquese con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicite que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 5 Fecha límite para cambiarse de plan

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

¿Se pueden hacer cambios en otros momentos del año?

En determinadas situaciones, también se permiten cambios en otras épocas del año. Algunos ejemplos incluyen a las personas con Medicaid que obtienen “Ayuda Adicional” para pagar sus medicamentos, a las que tienen o están abandonando su cobertura del empleador y a las que se mudan fuera del área de servicio.

Si se inscribe en un Plan de Medicare Advantage para el 1 de enero de 2023 y no le gusta su opción de plan, puede cambiarse a otro plan de salud Medicare (con o sin una cobertura de medicamentos recetados de Medicare) o cambiarse a Original Medicare (con o sin una cobertura de medicamentos recetados de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo del 2023.

Si recientemente se mudó, vive en este momento en o se acaba de mudar a una institución (como un centro de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo), puede cambiar su cobertura de Medicare en cualquier momento. Puede cambiarse a cualquier otro plan de salud Medicare (con o sin una cobertura de medicamentos recetados de Medicare) o cambiar a Original Medicare (con o sin un plan de medicamentos recetados de Medicare) cuando lo desee.

SECCIÓN 6 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) es un programa gubernamental independiente con asesores capacitados en cada estado. En Florida, el SHIP es conocido como Serving Health Insurance Needs of Elders (SHINE).

Es un programa estatal que obtiene fondos del gobierno federal para ofrecer asesoramiento local **gratuito** sobre seguros médicos a personas que tienen Medicare. Los asesores del Serving Health Insurance Needs of Elders (SHINE) pueden asistirlo con sus preguntas o problemas sobre Medicare. Pueden ayudarlo a entender las opciones

de plan de Medicare y a responder preguntas sobre cómo cambiar de plan. También puede llamar a Serving Health Insurance Needs of Elders (SHINE) al 1-800-963-5337. Puede conocer más sobre Serving Health Insurance Needs of Elders (SHINE) visitando su sitio web (<https://www.floridashine.org/>).

SECCIÓN 7 Programas que ayudan a pagar medicamentos recetados

Puede calificar para recibir ayuda para pagar medicamentos recetados.

- **“Ayuda Adicional” de Medicare.** Las personas con ingresos limitados pueden calificar para obtener “Ayuda Adicional” para pagar sus costos de medicamentos recetados. Si usted califica, Medicare podría pagarle hasta un 75% o más de los costos de sus medicamentos, incluidas las primas mensuales para los medicamentos recetados, los deducibles anuales y el coseguro. Además, quienes califiquen para esta prestación no tendrán una brecha en cobertura ni serán sancionados con multas por inscripción tardía. Para ver si califica, comuníquese con:
 - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana;
 - La Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 7 p.m. para hablar con un representante. Los mensajes automáticos están disponibles las 24 horas del día. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778; o
 - La oficina de Medicaid de su estado (solicitudes).
- **Asistencia de costo compartido de recetas médicas para personas con VIH/SIDA.** El AIDS Drug Assistance Program (ADAP) ayuda a asegurar que las personas elegibles para el ADAP que viven con VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos contra el VIH que salvan la vida. Las personas deben reunir determinados criterios, incluidas la prueba de residencia en el estado y la condición de VIH, bajos ingresos según lo definido por el estado y condición de asegurado/subasegurado. Los medicamentos recetados de Medicare Part D que también están cubiertos por el ADAP califican para la asistencia de distribución de costos en las recetas médicas a través de Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA de Florida (ADAP). Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al 1-850-245-4422.

SECCIÓN 8 ¿Tiene Preguntas?

Sección 8.1 - Cómo obtener ayuda del Bright Advantage Part B Savings Plan

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudarlo. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-844-926-4521. (Para TTY exclusivamente, llame al 711). Estamos disponibles para recibir llamadas telefónicas del 1 de octubre al 31 de marzo: de lunes a domingo, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, excepto los días festivos federales. Del 1 de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, excepto los días festivos federales. Las llamadas a estos números son gratuitas.

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

Este *Aviso anual de cambios* le ofrece un resumen de cambios en sus beneficios y costos para 2023. Para obtener más detalles, revise la *Evidencia de Cobertura* del Bright Advantage Part B Savings Plan para el 2023. La *Evidencia de Cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las normas que debe seguir para obtener servicios y medicamentos recetados cubiertos. Una copia de la *Evidencia de Cobertura* se encuentra en nuestro sitio web en brighthouse.com/medicare. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para pedirnos que le enviemos por correo una *Evidencia de Cobertura*.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web en brighthouse.com/medicare. Recuerde que en 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 8.2 - Cómo obtener ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare:

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

Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Visite la página web de Medicare

Visite la página web de Medicare (www.medicare.gov). Tiene información sobre los costos, la cobertura y la Clasificación de Estrellas de calidad 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* 2023

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