



BlueCHiP for Medicare Extra (HMO-POS) ofrecida por Blue Cross & Blue Shield of Rhode Island (BCBSRI)

Aviso Anual de Cambios para 2027

Usted está inscrito como miembro de BlueCHiP for Medicare Extra (HMO-POS).

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

- **Tiene desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre para realizar cambios en su cobertura de Medicare para el próximo año.** Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2026, permanecerá en BlueCHiP for Medicare Extra (HMO-POS).
- Para cambiar a un **plan diferente**, visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) o revise la lista en la parte posterior de su manual *Medicare & You 2027*.
- Tenga en cuenta que este es solo un resumen de los cambios. Encontrará más información sobre costos, beneficios y reglas en la *Evidencia de cobertura*. Obtenga una copia en bcsri.com/medicare/planmaterials o llame a nuestro Equipo de Concierge de Medicare al (401) 277-2958 o al 1-800-267-0439 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para recibir una copia por correo.

Más recursos

- Este material está disponible de forma gratuita en español.
- Llame a nuestro equipo de Concierge de Medicare al (401) 277-2958 o al 1-800-267-0439 para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es del 1 de octubre al 31 de marzo, los siete días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.; del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.; los sábados de 8:00 a. m. al mediodía. Un sistema de respuesta automática está disponible fuera de estos horarios. Esta llamada es gratuita.
- Este documento está disponible en letra grande, braille, CD de audio y CD de datos.

Acerca de BlueCHiP for Medicare Extra (HMO-POS)

- Blue Cross y Blue Shield de Rhode Island es un plan de Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO, por sus siglas en inglés) con un contrato Medicare. La inscripción en Blue Cross y Blue Shield de Rhode Island depende de la renovación del contrato.

- Cuando este documento dice "nosotros", "nos" o "nuestro", significa Blue Cross & Blue Shield of Rhode Island (BCBSRI). Cuando dice "plan" o "nuestro plan", significa BlueCHiP for Medicare Extra (HMO-POS).
- **Si no hace nada antes del 7 de diciembre de 2026, se inscribirá automáticamente en BlueCHiP for Medicare Extra (HMO-POS).** A partir del 1 de enero de 2027, obtendrá su cobertura médica y de medicamentos a través de BlueCHiP for Medicare Extra (HMO-POS). Vaya a la Sección 3.1 para obtener más información sobre cómo cambiar de plan y los plazos para realizar un cambio.

Índice

Resumen de costos importantes para 2027	4
SECCIÓN 1 Cambios a beneficios y costos para el próximo año	6
Sección 1.1 Cambios a la prima mensual del plan	6
Sección 1.2 Cambios al máximo de gastos que usted paga de su bolsillo	7
Sección 1.3 Cambios a la red de proveedores	8
Sección 1.4 Cambios a la red de farmacias	8
Sección 1.5 Cambios a beneficios y costos para servicios médicos	9
Sección 1.6 Cambios a la cobertura de medicamentos de la Parte D	9
Sección 1.7 Cambios a los beneficios y costos de medicamentos recetados	10
SECCIÓN 2 Cambios administrativos.....	12
SECCIÓN 3 Cómo cambiar de plan.....	13
Sección 3.1 Plazos para cambiar de plan.....	14
Sección 3.2 ¿Se pueden hacer cambios en otra fecha del año?.....	14
SECCIÓN 4 Obtenga ayuda para pagar los medicamentos recetados.....	14
SECCIÓN 5 ¿Preguntas?	16
Obtenga ayuda de BlueCHIP for Medicare Extra (HMO-POS)	16
Obtenga asesoramiento gratuito sobre Medicare.....	16
Obtenga ayuda de Medicare	17

Resumen de costos importantes para 2027

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Prima mensual del plan* * Su prima podrá ser mayor o menor que esta cantidad. Consulte la Sección 1.1 para obtener detalles.	\$143	\$159
Máximo de gastos que usted paga de su bolsillo Este es el monto <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 1.2 para obtener detalles).	\$5,000 dentro de la red \$7,500 fuera de la red	\$6,000 dentro de la red \$7,500 fuera de la red
Visitas al consultorio del médico de atención primaria	Dentro de la red \$0 por visita	Dentro de la red \$0 por visita
Visitas a consultorios especializados	Dentro de la red \$0 - \$35 por visita	Dentro de la red \$0 - \$35 por visita
Estancias de pacientes hospitalizados Incluye varias estancias de pacientes hospitalizados, tales como atención aguda, rehabilitación y cuidados a largo plazo. Una estancia de paciente hospitalizado comienza el día en que se le	Dentro de la red \$325 por día durante los días 1-6	Dentro de la red \$325 por día durante los días 1-6

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
admite formalmente con una orden médica y termina el día antes de que le den el alta.		
Cobertura de medicamentos de la Parte D (Consulte la Sección 1.7 para obtener detalles, incluyendo el deducible anual, la cobertura inicial y las etapas de cobertura de catástrofes.)	Deducible de la cobertura de medicamentos de la Parte D \$350 (Niveles 3 – 5); excepto para productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos Copago/Coseguro durante la Etapa de Cobertura Inicial: Nivel 1 de medicamentos: \$0 Nivel 2 de medicamentos: \$0 Nivel 3 de medicamentos: \$47 Usted paga no más de \$35 o el 25 %, lo que sea menor, por el suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Nivel 4 de medicamentos: 30 % del costo total Usted paga no más de \$35 o el 25 %, lo que sea menor, por el suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.	Deducible de la cobertura de medicamentos de la Parte D \$450 (Niveles 3 – 5); excepto para productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos Copago/Coseguro durante la Etapa de Cobertura Inicial: Nivel 1 de medicamentos: \$0 Nivel 2 de medicamentos: \$0 Nivel de medicamento 3: 25 % del costo total Usted paga no más de \$35 o el 25 %, lo que sea menor, por el suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Nivel 4 de medicamentos: 30 % del costo total Usted paga no más de \$35 o el 25 %, lo que sea menor, por el suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
	Nivel 5 de medicamentos: 29 % del costo total Etapas de Cobertura por Catástrofes: Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.	Nivel de medicamentos 5: 28 % del costo total Usted paga no más de \$35 o el 25 %, lo que sea menor, por el suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Etapas de Cobertura por Catástrofes: Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

SECCIÓN 1 Cambios a beneficios y costos para el próximo año

Sección 1.1 Cambios a la prima mensual del plan

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Prima del plan mensual (Debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare).	\$143	\$159

Factores que podrían cambiar el monto de su prima de la Parte D

- Multa por inscripción tardía: su prima mensual del plan será *mayor* si se le exige pagar una multa de por vida por inscripción tardía en la Parte D por haber estado sin la Parte D u 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 altos: si tiene ingresos más altos, es posible que deba pagar un monto adicional cada mes directamente al gobierno por la cobertura de medicamentos de Medicare.
- Ayuda adicional: su prima mensual del plan será *menor* si recibe Ayuda adicional para sus costos de medicamentos. Vaya a la Sección 4 para obtener más información sobre la Ayuda adicional de Medicare.

Sección 1.2 Cambios al máximo de gastos que usted paga de su bolsillo

Medicare requiere que todos los planes de salud limiten la cantidad de gastos de su bolsillo durante el año. Este límite se denomina máximo de gastos que usted paga de su bolsillo. Una vez que haya pagado esta cantidad, generalmente no paga nada por los servicios cubiertos durante el resto del año calendario.

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Máximo de gastos que usted paga de su bolsillo Sus costos por servicios médicos cubiertos (como copagos) se toman en cuenta para el máximo de gastos que usted paga de su bolsillo. La prima de nuestro plan y sus costos de medicamentos recetados no se toman en cuenta para el máximo de gastos que usted paga de su bolsillo.	\$5,000 Una vez que haya pagado \$5,000 de su bolsillo por servicios cubiertos dentro de la red, no pagará nada por sus servicios cubiertos dentro de la red durante el resto del año calendario. Una vez que haya pagado \$7,500 de su bolsillo por servicios cubiertos fuera de la red, no pagará nada por sus servicios cubiertos durante el resto del año calendario.	\$6,000 Una vez que haya pagado \$6,000 de su bolsillo por servicios cubiertos dentro de la red, no pagará nada por sus servicios cubiertos dentro de la red durante el resto del año calendario. Una vez que haya pagado \$7,500 de su bolsillo por servicios cubiertos, no pagará nada por sus servicios cubiertos fuera de la red durante el resto del año calendario.

Sección 1.3 Cambios a la red de proveedores

Nuestra red de proveedores ha cambiado para el próximo año. Revise el *Directorio de proveedores* de 2027 en bcbsri.com/medicare/planmaterials para ver si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red. Así es como puede obtener un *Directorio de proveedores* actualizado:

- Visite nuestro sitio web en bcbsri.com/medicare/planmaterials
- Llame a nuestro Equipo de Concierge de Medicare al (401) 277-2958 o al 1-800-267-0439 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitarnos que le enviemos un *Directorio de proveedores* por correo.

Podemos realizar cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de nuestro plan durante el año. Si un cambio de proveedores a mitad de año le afecta, llame a nuestro Equipo de Concierge de Medicare al (401) 277-2958 o al 1-800-267-0439 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener ayuda. Es posible que tenga un período de inscripción especial si su proveedor abandona la red del plan. Para obtener más información sobre sus derechos cuando un proveedor de la red abandona nuestro plan, vaya al Capítulo 3, Sección 2.3 de su *Evidencia de cobertura*.

Sección 1.4 Cambios a la red de farmacias

Los montos que paga por sus medicamentos recetados pueden depender de la farmacia que utilice. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus recetas se cubren *solo* si se surten en una de las farmacias de nuestra red. Nuestra red incluye farmacias de pedido por correo con distribución de costos preferida, que pueden ofrecerle una distribución de costos más baja que la distribución de costos estándar ofrecida por otras farmacias de pedido por correo de la red para algunos medicamentos.

No hay cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año.

Podemos realizar cambios en las farmacias que forman parte de nuestro plan durante el año. Si un cambio de farmacias a mitad de año le afecta, llame a nuestro Equipo de Conserjería de Medicare al (401) 277-2958 o al 1-800-267-0439 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener ayuda.

Sección 1.5 Cambios a beneficios y costos para servicios médicos

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Odontología integral (coronas e incrustaciones)	0 dólares de copago	50 % del costo total

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

Cambios a nuestra lista de medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se llama formulario o Lista de medicamentos. Se proporciona una copia de nuestra Lista de medicamentos electrónicamente y se publica en línea en bcbsri.com/medicare/planmaterials

Realizamos cambios en nuestra Lista de medicamentos, lo que podría incluir, eliminar o agregar medicamentos, cambiar las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos o moverlos a un nivel de costos compartidos diferente. **Revise la Lista de medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estarán cubiertos el próximo año y para ver si habrá alguna restricción, o si su medicamento ha sido movido a un nivel de costos compartidos diferente.**

La mayoría de los cambios en la Lista de medicamentos son para principios de cada año. Sin embargo, es posible que realicemos otros cambios permitidos por las reglas de Medicare que le afectarán durante el año calendario. Actualizamos nuestra Lista de medicamentos en línea al menos mensualmente para proporcionar la lista de medicamentos más actualizada. Si realizamos un cambio que afectará su acceso a un medicamento que está tomando, le enviaremos un aviso sobre el cambio.

Si usted se ve afectado por un cambio en la cobertura de medicamentos al principio del año o durante el año, revise el Capítulo 9 de su *Evidencia de cobertura* y hable con su médico que prescribe para conocer sus opciones, como solicitar un suministro temporal, solicitar una excepción o trabajar para encontrar un nuevo medicamento. Llame a nuestro equipo de asistencia personalizada de Medicare al (401) 277-2958 o al 1-800-267-0439 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información.

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Deducible anual	\$350 Durante esta etapa, usted paga \$0 de costo compartido por los medicamentos de Nivel 1 y Nivel 2, y el costo total de los medicamentos de los Niveles 3 al 5 hasta que haya alcanzado el deducible anual.	\$450 Durante esta etapa, usted paga \$0 de costo compartido por los medicamentos de Nivel 1 y Nivel 2, y el costo total de los medicamentos de los Niveles 3 al 5 hasta que haya alcanzado el deducible anual.

Costos de medicamentos en la Etapa 2: Cobertura inicial

Para los medicamentos de Nivel 3, su costo compartido en la Etapa de Cobertura Inicial cambiará de un copago a un coseguro. Consulte la siguiente tabla para ver los cambios de 2026 a 2027.

Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos en nuestra Lista de medicamentos. Para ver si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búselos en la Lista de medicamentos. La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos están cubiertas sin costo para usted. Para obtener más información sobre los costos de las vacunas, o información sobre los costos de un suministro a largo plazo; o para recetas por correo, consulte el Capítulo 6 de su *Evidencia de Cobertura*.

Una vez que haya pagado \$2,400 de su bolsillo por medicamentos cubiertos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (la Etapa de Cobertura Catastrófica).

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Nivel 1 Genérico preferido:	\$0	\$0
Nivel 2: Genérico	\$0	\$0
Nivel 3: Marca preferida	\$47	25 % del costo total
	Usted paga \$35 o el 25 %, lo que sea menor, por el suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.	Usted paga \$35 o el 25 %, lo que sea menor, por el suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.
Nivel 4: Medicamento no preferido	30 % del costo total	30 % del costo total
Nivel 5: Nivel de especialidad	Usted paga \$35 o el 25 %, lo que sea menor, por el suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.	Usted paga \$35 o el 25 %, lo que sea menor, por el suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.
Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos en nuestra Lista de medicamentos. Para ver si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búsquelos en la Lista de medicamentos.	29 % del costo total	28 % del costo total
	No se cubre la insulina en este nivel.	Usted paga \$35 o el 25 %, lo que sea menor, por el suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.

SECCIÓN 2 Cambios administrativos

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Información de contacto del Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare	Teléfono: 833-246-6559 TTY: 711 Horario: de 8 a. m. a 11 p. m., los 7 días de la semana Escriba a: Servicio al Cliente Departamento de soporte de MPPP 810 Sharon Dr.	Teléfono: 833-893-2482 TTY: 711 Horario: las 24 horas del día, los 7 días de la semana Escriba a: Blue Cross & Blue Shield of Rhode Island Atención: Elecciones de M3P

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
	Westlake, OH 44145	9450 SW Gemini Dr., Suite 87234 Beaverton, OR 97008

SECCIÓN 3 Cómo cambiar de plan

Para permanecer en BlueCHiP for Medicare Extra (HMO-POS), no necesita hacer nada. A menos que se inscriba en un tipo diferente de plan de salud de Medicare o cambie a Original Medicare antes del 7 de diciembre, será inscrito automáticamente en nuestro BlueCHiP for Medicare Extra (HMO-POS).

Si desea cambiar de plan para 2027, siga estos pasos:

- **Para cambiar a un plan de salud de Medicare diferente,** inscríbase en el nuevo plan. Se le dará de baja automáticamente de BlueCHiP for Medicare Extra (HMO-POS). Recuerde que no todos los planes de salud de Medicare cubren medicamentos recetados. Además, tenga en cuenta que, para muchos planes, no puede unirse a un plan de salud de Medicare y comprar simultáneamente un plan de medicamentos recetados.
- **Para cambiar a Original Medicare con cobertura de medicamentos por separado de Medicare,** puede inscribirse en un plan de la Parte D, y será dado de baja automáticamente de BlueCHiP for Medicare Extra (HMO-POS).
- **Para cambiar a Original Medicare sin un plan de medicamentos,** puede enviarnos una solicitud por escrito para darse de baja. Llame a nuestro Equipo de Conserjería de Medicare al (401) 277-2958 o al 1-800-267-0439 (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 que se le dé de baja. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D (vaya a la Sección 1.1).
- **Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare,** visite [Medicare.gov](https://www.medicare.gov), consulte el manual *Medicare y usted 2027*, llame a su Programa Estatal de Asistencia de Seguros de Salud (vaya a la Sección 5) o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Como recordatorio, Blue Cross & Blue Shield of Rhode Island ofrece otros planes de salud de Medicare y planes de medicamentos de Medicare. Estos otros planes pueden tener una cobertura, primas mensuales del plan y montos de costos compartidos diferentes.

Sección 3.1 Plazos para cambiar de plan

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

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage para el 1.º de enero de 2027 y no está conforme con el plan elegido, puede cambiar a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos de Medicare) o cambiar a Original Medicare (con o sin cobertura de medicamentos de Medicare por separado) entre el 1.º de enero y el 31 de marzo de 2027.

Sección 3.2 ¿Se pueden hacer cambios en otra fecha del año?

En ciertas situaciones, las personas pueden tener otras oportunidades para cambiar su cobertura durante el año. Algunos ejemplos incluyen a personas que:

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

Si se mudó recientemente a una institución (como un centro de enfermería especializada o un hospital de cuidados a largo plazo), o vive actualmente en una, puede cambiar su cobertura de Medicare **en cualquier momento**. Puede cambiar a cualquier otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos de Medicare) o cambiar a Original Medicare (con o sin cobertura de medicamentos de Medicare por separado) en cualquier momento. Si se mudó recientemente de una institución, tiene la oportunidad de cambiar de plan o cambiar a Original Medicare durante los 2 meses completos posteriores al mes en que se mudó.

SECCIÓN 4 Obtenga ayuda para pagar los medicamentos recetados

Usted puede ser idóneo para recibir ayuda para pagar los medicamentos recetados. Hay diferentes tipos de ayuda disponibles:

- **"Ayuda adicional" de Medicare.** Las personas con ingresos limitados pueden calificar para Ayuda Adicional para pagar los costos de sus medicamentos recetados. Si usted es idóneo, Medicare podría pagar hasta el 75 % o más de los costos de sus medicamentos, lo que incluye primas mensuales del plan de medicamentos, deducibles anuales y coseguro. Además, las personas que califican no tendrán una multa por inscripción tardía. Para saber si es idóneo, llame a:
 - 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.

- A la Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213, de 8 a. m. a 7 p. m., de lunes a viernes, para hablar con un representante. Los mensajes automatizados están disponibles las 24 horas del día. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-325-0778.
- A su Oficina Estatal de Medicaid.
- **Ayuda del Programa estatal de ayuda farmacéutica (SPAP, por sus siglas en inglés) de su estado.** Rhode Island tiene un programa llamado Asistencia Farmacéutica para Personas Mayores de Rhode Island (RIPAE, por sus siglas en inglés) que ayuda a las personas a pagar los medicamentos recetados según su necesidad económica, edad o afección médica. Para obtener más información sobre el programa, consulte con su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP). Para obtener el número de teléfono de su estado, visite shiphelp.org o llame al 1-800-MEDICARE.
- **Asistencia de distribución de costos de medicamentos recetados para personas con VIH/SIDA.** El Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles para el ADAP que viven con VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH que salvan vidas. Para ser elegible para el ADAP que opera en su estado, debe cumplir con ciertos criterios, que incluyen prueba de residencia en el estado y estatus de VIH, bajos ingresos según lo definido por el estado, y estatus de falta de seguro o seguro insuficiente. Los medicamentos de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el ADAP reúnen los requisitos para recibir ayuda con los costos compartidos de medicamentos recetados a través del programa Ryan White HIV/AIDS. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos, cómo inscribirse en el programa o, si ya está inscrito, cómo seguir recibiendo ayuda, llame al (401) 462-3295. Asegúrese, al llamar, de informarles el nombre de su plan de la Parte D de Medicare o su número de póliza.
- **El Plan de Pago de Medicamentos de Medicare.** El Plan de Pago de Medicamentos de Medicare es una opción de pago que funciona con su cobertura de medicamentos actual para ayudarle a administrar sus costos de bolsillo para los medicamentos cubiertos por nuestro plan, distribuyéndolos a lo largo del año calendario (de enero a diciembre). Cualquier persona con un plan de medicamentos de Medicare o un plan de salud de Medicare con cobertura de medicamentos (como un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos) puede utilizar esta opción de pago. Si participa en el Plan de Pago de Medicamentos de Medicare y permanece en el mismo plan de la Parte D, su participación se renovará automáticamente para 2027, y no necesita enviar una nueva solicitud de elección para continuar participando en 2027. **Esta opción de pago podría ayudarle a administrar sus gastos, pero no le ahorra dinero ni reduce los costos de sus medicamentos.**

La ayuda adicional de Medicare y la ayuda de su SPAP y ADAP, para quienes reúnen los requisitos, ofrece más ventajas que la participación en el Plan de Pago de

Medicamentos de Medicare. Para obtener más información sobre esta opción de pago, llámenos al (401) 277-2958 o al 1-800-267-0439 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov).

SECCIÓN 5 ¿Preguntas?

Obtenga ayuda de BlueCHiP for Medicare Extra (HMO-POS)

- **Llame a nuestro Equipo de Conserjería de Medicare al (401) 277-2958 o al 1-800-267-0439 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).**

Estamos disponibles para llamadas telefónicas del 1ro de octubre al 31 de marzo, los siete días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.; del 1ro de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.; los sábados de 8:00 a. m. al mediodía. Un sistema de respuesta automática está disponible fuera de estos horarios. Las llamadas a este número son gratuitas.

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

Este *Aviso Anual de Cambios* le brinda un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2027. Para obtener detalles, consulte la *Evidencia de cobertura de 2027* para BlueCHiP for Medicare Extra (HMO-POS). La *Evidencia de cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de nuestro plan. Le explica sus derechos y las reglas que debe seguir para obtener servicios cubiertos y medicamentos recetados. Obtenga la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web en bcbsri.com/medicare/planmaterials o llame a nuestro Equipo de Conserjería de Medicare al (401) 277-2958 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para solicitarnos que le enviemos una copia por correo.

- **Visite bcbsri.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 gratuito sobre Medicare

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) es un programa gubernamental independiente con asesores capacitados en todos los estados. En Rhode Island, el SHIP se llama Programa de Seguro de Salud para Personas Mayores (Senior Health Insurance Program).

Llame al Programa de Seguro de Salud para Personas Mayores (Senior Health Insurance Program) para obtener asesoramiento gratuito y personalizado sobre seguros de salud. Lo pueden ayudar a comprender las opciones de planes de Medicare y responder preguntas acerca del cambio de plan de salud. Llame al Programa de Seguro de Salud para Personas

Mayores (Senior Health Insurance Program) al (401) 462-0560. Obtenga más información sobre el Programa de Seguro de Salud para Personas Mayores (Senior Health Insurance Program) visitando <https://www.shiphelp.org>

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 al 1-877-486-2048.

- **Chatee en vivo con [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov)**

Puede chatear en vivo en [Medicare.gov/talk-to-someone](https://www.Medicare.gov/talk-to-someone).

- **Escriba a Medicare**

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

- **Visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov)**

El sitio web oficial de Medicare tiene información sobre costos, cobertura y calificaciones de estrellas de calidad para ayudarle a comparar los planes de salud 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. Contiene un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare y respuestas a las preguntas más frecuentes que se hacen sobre Medicare. Obtenga una copia en [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.