

***Blue Shield Select (PPO) ofrecido por California Physicians' Service (que opera bajo el nombre de Blue Shield of California)***

**Notificación Anual de Cambios para el año 2024**

Actualmente, usted está inscrito como miembro de Blue Shield Select. El próximo año, habrá cambios en los costos y beneficios del plan. **Consulte la página 4 para ver un resumen de costos importantes, incluida la prima.**

En este documento, se explican los cambios en su plan. Para obtener más información sobre los costos, los beneficios o las normas, consulte la *Evidencia de Cobertura*, que se encuentra en nuestro sitio web [blueshieldca.com/MAPDdocuments2024](https://blueshieldca.com/MAPDdocuments2024). También puede llamar a Servicio al Cliente y pedirnos que le enviemos la *Evidencia de Cobertura* por correo postal.

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

**Qué debe hacer ahora**

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

- Controle los cambios en nuestros beneficios y costos para averiguar si lo afectan o no.
  - Revise los cambios en los costos de atención médica (médico, hospital).
  - Revise los cambios en nuestra cobertura de medicamentos, incluidos los costos y los requisitos de autorización.
  - Piense en cuánto gastará en primas, deducibles y costos compartidos.
- Controle los cambios en la "Lista de Medicamentos" de 2024 para asegurarse de que los medicamentos que toma siguen estando cubiertos.
- Controle si sus médicos de atención primaria, especialistas, hospitales y demás proveedores, incluidas las farmacias, estarán en nuestra red el próximo año.
- Piense si está satisfecho con nuestro plan.

**2. COMPARE:** Infórmese sobre otros planes.

- Controle la cobertura y los costos de los planes disponibles en su área. Use el Buscador de planes de Medicare (Medicare Plan Finder) en el sitio web [www.medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare) o revise la lista que está en la parte de atrás de su folleto *Medicare & You 2024* (Medicare y usted 2024).
- Una vez que haya encontrado un plan que prefiera, confirme sus costos y su cobertura en el sitio web del plan.

**3. ELIJA:** Decida si desea cambiar su plan.

- Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2023, se quedará en Blue Shield Select.
- Si desea cambiarse a un **plan diferente**, puede hacerlo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Su nueva cobertura empezará el **1 de enero de 2024**. Esto terminará su inscripción en Blue Shield Select.

## Notificación Anual de Cambios de Blue Shield Select para el año 2024

- Si hace poco se mudó a una institución, actualmente vive en una institución o acaba de mudarse de una institución (como un centro de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo), puede cambiarse de plan o cambiarse a Medicare Original (con o sin un plan aparte de medicamentos recetados de Medicare) en cualquier momento.

### Recursos adicionales

- Este documento está disponible de forma gratuita en español.
- Comuníquese con Servicio al Cliente llamando al **(800) 776-4466** para solicitar información adicional. **(Los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 711)**. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., cualquier día de la semana. Esta llamada es gratuita.
- Si desea recibir los materiales de su plan por Internet, inicie sesión en su cuenta en **blueshieldca.com/login**, haga clic en *My profile* (Mi perfil) en la esquina superior derecha debajo de sus iniciales, vaya a "Communication preferences" (Preferencias de comunicación) y elija "Electronic Delivery" (Envío electrónico) para indicar que prefiere esa forma de entrega. Si no tiene una cuenta, vaya a **blueshieldca.com/login** y haga clic en *Create account* (Crear cuenta); podrá elegir la forma de entrega que prefiera durante la creación de su cuenta.
- Esta información puede estar disponible en otros formatos, incluso en letra grande. Llame a Servicio al Cliente al número que aparece más arriba si necesita la información del plan en otro formato.
- **La cobertura de este plan cumple con los requisitos exigidos para ser considerada una cobertura de salud calificada (QHC, por sus siglas en inglés)** y cumple con el requisito individual de responsabilidad compartida de la Patient Protection and Affordable Care Act (ACA, Ley de Protección al Paciente y Atención Médica Económica). Para obtener más información, visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en **www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families**.

### Acerca de Blue Shield Select

- Blue Shield of California es un plan PPO que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en Blue Shield of California depende de la renovación del contrato.
- En este documento, los términos "nosotros", "nos" o "nuestro/a/os/as" hacen referencia a California Physicians' Service (que opera bajo el nombre de Blue Shield of California). Los términos "plan" o "nuestro plan" hacen referencia a Blue Shield Select.

H4937\_23\_516B\_002\_M\_SP Accepted 08292023

**Notificación Anual de Cambios para el año 2024**

**Índice**

<b>Resumen de costos importantes para 2024.....</b>	<b>4</b>
<b>SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año.....</b>	<b>7</b>
Sección 1.1: Cambios en la prima mensual .....	7
Sección 1.2: Cambios en su cantidad máxima de gastos de bolsillo .....	7
Sección 1.3: Cambios en las redes de proveedores y farmacias.....	8
Sección 1.4: Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos.....	9
Sección 1.5: Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D .....	12
<b>SECCIÓN 2 Cómo decidir qué plan elegir .....</b>	<b>16</b>
Sección 2.1: Si desea permanecer en Blue Shield Select.....	16
Sección 2.2: Si desea cambiar de plan .....	16
<b>SECCIÓN 3 Fecha límite para cambiar de plan.....</b>	<b>16</b>
<b>SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare .....</b>	<b>17</b>
<b>SECCIÓN 5 Programas de ayuda para el pago de medicamentos recetados.....</b>	<b>17</b>
<b>SECCIÓN 6 ¿Preguntas? .....</b>	<b>18</b>
Sección 6.1: Cómo obtener ayuda de Blue Shield Select.....	18
Sección 6.2: Cómo obtener ayuda de Medicare .....	18

**Resumen de costos importantes para 2024**

En el cuadro a continuación, se comparan los costos de 2023 con los costos de 2024 para Blue Shield Select en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que este es solo un resumen de los costos.**

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p><b>Prima mensual del plan*</b></p> <p>*Su prima puede ser mayor o menor que esta cantidad. Consulte la Sección 1.1 para conocer los detalles.</p>	\$67	\$57
<p><b>Deducible</b></p>	<p>\$0 (dentro de la red)</p> <p>\$750 (fuera de la red)</p>	<p>\$0 (dentro de la red)</p> <p>\$750 (fuera de la red) excepto la insulina que se administra a través de un artículo de equipo médico duradero.</p>
<p><b>Cantidad máxima de gastos de bolsillo</b></p> <p>Esta es la cantidad <u>máxima</u> de gastos de bolsillo que deberá pagar por sus servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B. (Consulte la Sección 1.2 para conocer los detalles).</p>	<p>De proveedores de la red: \$4,200</p> <p>De proveedores dentro y fuera de la red combinados: \$8,950</p>	<p>De proveedores de la red: \$4,200</p> <p>De proveedores dentro y fuera de la red combinados: \$8,950</p>
<p><b>Visitas al consultorio del médico</b></p>	<p><u>De proveedores de la red:</u></p> <p>Visitas de atención primaria: \$10 de copago por visita</p> <p>Visitas a un especialista: \$25 de copago por visita</p> <p><u>De proveedores fuera de la red:</u></p> <p>30 % del costo total de cada visita (se aplica deducible)</p>	<p><u>De proveedores de la red:</u></p> <p>Visitas de atención primaria: \$10 de copago por visita</p> <p>Visitas a un especialista: \$25 de copago por visita</p> <p><u>De proveedores fuera de la red:</u></p> <p>30 % del costo total de cada visita (se aplica deducible)</p>

Notificación Anual de Cambios de Blue Shield Select para el año 2024

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p><b>Hospitalizaciones para pacientes internados</b></p>	<p>Por cada estadía cubierta por Medicare en un hospital de la red, usted paga:</p> <p>De proveedores de la red:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$125 de copago por día para los días 1 a 7.</li> <li>• \$0 de copago por día a partir del día 8.</li> </ul> <p>De proveedores fuera de la red:</p> <p>30 % del costo total de cada visita (se aplica deducible)</p>	<p>Por cada estadía cubierta por Medicare en un hospital de la red, usted paga:</p> <p>De proveedores de la red:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$125 de copago por día para los días 1 a 7.</li> <li>• \$0 de copago por día a partir del día 8.</li> </ul> <p>De proveedores fuera de la red:</p> <p>30 % del costo total de cada visita (se aplica deducible)</p>
<p><b>Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D</b> (Consulte la Sección 1.5 para conocer los detalles).</p>	<p>Deducible: \$0</p> <p>Copago/coseguro durante la Etapa de Cobertura Inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nivel 1 de medicamentos: \$0 o \$5* de copago</li> <li>• Nivel 2 de medicamentos: \$10 o \$20* de copago</li> <li>• Nivel 3 de medicamentos: \$40 o \$47* de copago</li> </ul> <p>Usted paga \$35 por un suministro para un mes de cada insulina cubierta en este nivel.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nivel 4 de medicamentos: \$95 o \$100* de copago</li> </ul>	<p>Deducible: \$0</p> <p>Copago/coseguro durante la Etapa de Cobertura Inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nivel 1 de medicamentos: \$0 o \$5* de copago</li> <li>• Nivel 2 de medicamentos: \$10 o \$20* de copago</li> <li>• Nivel 3 de medicamentos: \$40 o \$47* de copago</li> </ul> <p>Usted paga \$35 por un suministro para un mes de cada insulina cubierta en este nivel.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nivel 4 de medicamentos: \$95 o \$100* de copago</li> </ul>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p><b>Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D (continuación)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nivel 5 de medicamentos: 33 % de coseguro</li> </ul> <p>*El primer copago indicado es la cantidad que usted pagará si utiliza una farmacia de la red con costo compartido preferido.</p> <p>El segundo copago indicado es la cantidad que usted pagará si utiliza una farmacia de la red con costo compartido estándar. Consulte la Sección 1.5 a continuación para obtener más información.</p> <p>Cobertura para Catástrofes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Durante esta etapa de pago, el plan paga la mayor porción del costo de sus medicamentos cubiertos.</li> <li>Para cada medicamento recetado, usted paga la cantidad que sea mayor de las siguientes: un pago del 5 % del costo del medicamento (esto se llama <b>coseguro</b>), o bien un copago (\$4.15 por un medicamento genérico o un medicamento que se trate como un medicamento genérico, y \$10.35 por todos los demás medicamentos).</li> </ul>	<p>Usted paga \$35 por un suministro para un mes de cada insulina cubierta en este nivel.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Nivel 5 de medicamentos: 33 % de coseguro</li> </ul> <p>*El primer copago indicado es la cantidad que usted pagará si utiliza una farmacia de la red con costo compartido preferido.</p> <p>El segundo copago indicado es la cantidad que usted pagará si utiliza una farmacia de la red con costo compartido estándar. Consulte la Sección 1.5 a continuación para obtener más información.</p> <p>Cobertura para Catástrofes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D.</li> <li>Es posible que deba pagar un costo compartido en el caso de los medicamentos que están cubiertos a través de nuestro beneficio mejorado.</li> </ul>

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

**Sección 1.1: Cambios en la prima mensual**

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<b>Prima mensual</b> (También debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare).	\$67	\$57
<b>Prima mensual para el plan dental PPO opcional suplementario</b>	\$42.30	\$45

- Su prima mensual del plan será *mayor* si debe pagar una multa vitalicia por inscripción tardía de la Parte D por haber estado sin otra cobertura de medicamentos que fuera, como mínimo, equivalente a la cobertura de medicamentos de Medicare (lo que también se denomina “cobertura acreditable”) durante 63 días o más.
- Si tiene un ingreso más alto, es posible que deba pagar una cantidad adicional por mes directamente al Gobierno por su cobertura de medicamentos recetados de Medicare.
- Su prima mensual será *menor* si usted recibe “Ayuda Complementaria” para el pago de los costos de sus medicamentos recetados. Para obtener información sobre la “Ayuda Complementaria” de Medicare, consulte la Sección 6.

**Sección 1.2: Cambios en su cantidad máxima de gastos de bolsillo**

Medicare les exige a todos los planes de salud que limiten la cantidad de “gastos de bolsillo” que usted paga durante el año. Estos límites se denominan “cantidades máximas de gastos de bolsillo”. Cuando usted alcanza esta cantidad, generalmente no paga nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año.

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p><b>Cantidad máxima de gastos de bolsillo dentro de la red</b>                      Sus costos por servicios médicos cubiertos (como copagos y deducibles) de proveedores de la red cuentan para su cantidad máxima de gastos de bolsillo dentro de la red. La prima de su plan y sus costos por medicamentos recetados no cuentan para su cantidad máxima de gastos de bolsillo.</p>	\$4,200	\$4,200 Una vez que haya pagado \$4,200 de gastos de bolsillo por servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no pagará nada por sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B de proveedores de la red durante el resto del año calendario.
<p><b>Cantidad máxima de gastos de bolsillo combinados</b>                      Sus costos por servicios médicos cubiertos (como copagos y deducibles) de proveedores dentro y fuera de la red cuentan para su cantidad máxima de gastos de bolsillo combinados. La prima de su plan y los costos de sus medicamentos recetados para pacientes ambulatorios no cuentan para su cantidad máxima de gastos de bolsillo correspondiente a servicios médicos.</p>	\$8,950	\$8,950 Una vez que haya pagado \$8,950 de gastos de bolsillo por servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no pagará nada por sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B de proveedores dentro o fuera de la red durante el resto del año calendario.

**Sección 1.3: Cambios en las redes de proveedores y farmacias**

Los directorios actualizados se encuentran en nuestro sitio web [blueshieldca.com/medicare/providerdirectory](https://blueshieldca.com/medicare/providerdirectory) para los Directorios de Proveedores y en [blueshieldca.com/medpharmacy2024](https://blueshieldca.com/medpharmacy2024). También puede llamar a Servicio al Cliente para solicitar información actualizada sobre los proveedores o las farmacias o pedirnos que le enviemos un directorio por correo postal, que recibirá dentro de tres días hábiles.

Se han realizado cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. **Consulte el *Directorio de Proveedores 2024* para averiguar si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red.**



Se han realizado cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. **Consulte el *Directorio de Farmacias 2024* para averiguar qué farmacias están en nuestra red.**

Es importante que sepa que, durante el año, podemos cambiar los hospitales, los médicos y los especialistas (proveedores), y las farmacias que forman parte de su plan. Si un cambio de mitad de año en nuestros proveedores lo afecta, comuníquese con Servicio al Cliente para que podamos ayudarlo.

**Sección 1.4: Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos**

El próximo año, cambiaremos los costos y beneficios de ciertos servicios médicos. La información que se brinda a continuación describe estos cambios.

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p><b>Acupuntura (no cubierta por Medicare)</b></p>	<p><u>Dentro de la red</u> Usted paga \$0 de copago por visita (límite de 12 visitas por año).</p> <p><u>Fuera de la red</u> Usted paga el 30 % del costo total de cada visita (límite de 12 visitas por año) después de pagar su deducible de \$750.</p>	<p>La acupuntura (no cubierta por Medicare) <u>no</u> está cubierta.</p>
<p><b>Servicios de rehabilitación cardíaca</b></p>	<p><u>Dentro de la red</u> Usted paga \$40 de copago por visita.</p>	<p><u>Dentro de la red</u> Usted paga \$35 de copago por visita para servicios de rehabilitación cardíaca.</p> <p>Usted paga \$50 de copago por visita para servicios de rehabilitación cardíaca intensiva.</p>

Notificación Anual de Cambios de Blue Shield Select para el año 2024

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p><b>Atención de emergencia</b></p>	<p><u>Dentro y fuera de la red</u> Usted paga \$110 de copago por visita a una sala de emergencias (no se aplica si lo admiten en el hospital en el plazo de un día por el mismo problema de salud).</p>	<p><u>Dentro y fuera de la red</u> Usted paga \$120 de copago por visita a una sala de emergencias (no se aplica si lo admiten en el hospital en el plazo de un día por el mismo problema de salud).</p>
<p><b>Servicios de audición</b></p> <p>Evaluaciones de diagnóstico de la audición y el equilibrio y exámenes de la audición de rutina (no cubiertos por Medicare)</p>	<p><u>Dentro de la red</u> Usted paga \$10 de copago por visita si los servicios se brindan en el consultorio de su médico preferido (Physician of Choice, POC).</p> <p>Usted paga \$25 de copago por visita si los servicios se brindan en el consultorio de un especialista.</p>	<p><u>Dentro de la red</u> Usted paga \$0 de copago por visita.</p>
<p>Audífonos</p>	<p><u>Dentro y fuera de la red</u> Usted recibirá un reembolso de hasta \$1,000 cada dos años por los audífonos, la adaptación y la evaluación (se aplica a ambos oídos combinados). Los costos de los audífonos no cuentan para el límite de gastos de bolsillo máximo del plan. Puede recibir audífonos a través del proveedor de su elección.</p>	<p><u>Dentro y fuera de la red</u> Usted recibirá un reembolso de hasta \$1,000 cada dos años por dos audífonos y dos adaptaciones/evaluaciones de audífonos (se aplica a ambos oídos combinados). Los costos de los audífonos no cuentan para el límite de gastos de bolsillo máximo del plan. Puede recibir audífonos a través del proveedor de su elección.</p>

Notificación Anual de Cambios de Blue Shield Select para el año 2024

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p><b>Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare</b></p>	<p><u>Fuera de la red</u> Usted paga el 30 % del costo total después de pagar su deducible de \$750.</p>	<p><u>Fuera de la red</u> Usted paga entre el 0 % y el 20 % del costo total después de pagar su deducible de \$750.</p>
<p><b>Plan dental PPO opcional suplementario</b></p>	<p>Los implantes dentales <u>no</u> están cubiertos. Este plan está disponible por una prima mensual adicional de \$42.30. Consulte su <i>Evidencia de Cobertura</i> para obtener información o detalles adicionales.</p>	<p>Los implantes dentales <u>están</u> cubiertos. Este plan está disponible por una prima mensual adicional de \$45. Consulte su <i>Evidencia de Cobertura</i> para obtener información o detalles adicionales.</p>
<p><b>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</b></p> <p>Servicios en una sala de emergencias o una clínica para pacientes ambulatorios, como los servicios de observación o la cirugía para pacientes ambulatorios</p>	<p><u>Dentro y fuera de la red</u> Usted paga \$110 de copago por visita a una sala de emergencias (no se aplica si lo admiten en el hospital en el plazo de un día por el mismo problema de salud).</p>	<p><u>Dentro y fuera de la red</u> Usted paga \$120 de copago por visita a una sala de emergencias (no se aplica si lo admiten en el hospital en el plazo de un día por el mismo problema de salud).</p>
<p><b>Servicios de rehabilitación pulmonar</b></p>	<p><u>Dentro de la red</u> Usted paga \$20 de copago por visita.</p>	<p><u>Dentro de la red</u> Usted paga \$15 de copago por visita.</p>
<p><b>Terapia de Ejercicio Supervisado (SET, por sus siglas en inglés)</b></p>	<p><u>Dentro de la red</u> Usted paga \$30 de copago por visita.</p>	<p><u>Dentro de la red</u> Usted paga \$25 de copago por visita.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p><b>Servicios urgentemente necesarios</b></p>	<p><u>Dentro y fuera de la red</u>                      Usted paga \$110 de copago por cada visita a una sala de emergencias que esté fuera del área de servicio del plan, pero dentro de los Estados Unidos y sus territorios (no se aplica si lo admiten en el hospital en el plazo de un día por el mismo problema de salud).</p> <p>Cobertura urgente a nivel mundial: Usted paga \$110 de copago por visita a una sala de emergencias o centro de atención urgente que estén fuera de los Estados Unidos y sus territorios (no se aplica si lo admiten en el hospital en el plazo de un día por el mismo problema de salud).</p>	<p><u>Dentro y fuera de la red</u>                      Usted paga \$120 de copago por cada visita a una sala de emergencias que esté fuera del área de servicio del plan, pero dentro de los Estados Unidos y sus territorios (no se aplica si lo admiten en el hospital en el plazo de un día por el mismo problema de salud).</p> <p>Cobertura urgente a nivel mundial: Usted paga \$120 de copago por visita a una sala de emergencias o centro de atención urgente que estén fuera de los Estados Unidos y sus territorios (no se aplica si lo admiten en el hospital en el plazo de un día por el mismo problema de salud).</p>

**Sección 1.5: Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D**

**Cambios en nuestra “Lista de Medicamentos”**

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se denomina Formulario o “Lista de Medicamentos”. Se brinda una copia de nuestra “Lista de Medicamentos” de manera electrónica.

Hemos realizado cambios en nuestra “Lista de Medicamentos”, que podrían incluir los siguientes casos: eliminar o agregar medicamentos; cambiar las restricciones que se aplican a nuestra cobertura de ciertos medicamentos; o asignar medicamentos a un nivel de costo compartido diferente. **Consulte la “Lista de Medicamentos” para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos el próximo año y para saber si habrá alguna restricción o si su medicamento se asignó a un nivel de costo compartido diferente.**

La mayoría de los cambios en la “Lista de Medicamentos” se aplica al comienzo de cada año. Sin embargo, es posible que, durante el año, hagamos otros cambios permitidos por las normas de Medicare. Por ejemplo, podemos eliminar de inmediato los medicamentos que la Food and Drug Administration (FDA, Administración de Fármacos y Alimentos) considere peligrosos o que un fabricante retire del

mercado. Actualizamos nuestra "Lista de Medicamentos" en Internet para ofrecer 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, consulte el Capítulo 9 de su Evidencia de Cobertura y hable con su médico para conocer sus opciones, como pedir un suministro temporal, solicitar una excepción o buscar un medicamento nuevo. También puede comunicarse con Servicio al Cliente para obtener más información.

### Cambios en los costos de los medicamentos recetados

**Nota:** Si está inscrito en un programa que lo ayuda con el pago de sus medicamentos ("Ayuda Complementaria"), **es posible que la información sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D no se aplique a su caso.** Le hemos enviado un encarte separado que se denomina "Cláusula Adicional a la Evidencia de Cobertura para las Personas que Reciben Ayuda Complementaria para Pagar sus Medicamentos Recetados" (también conocida como "Cláusula Adicional sobre Subsidios para Personas de Bajos Ingresos" o "Cláusula Adicional de LIS"), que le brinda información acerca de sus costos de medicamentos. Si usted recibe "Ayuda Complementaria" y no ha recibido este encarte antes del 30 de septiembre de 2023, debe comunicarse con Servicio al Cliente y pedir la "Cláusula Adicional de LIS".

Hay cuatro **etapas de pago de medicamentos**. La información a continuación muestra los cambios en las dos primeras etapas: la Etapa de Deducible Anual y la Etapa de Cobertura Inicial. (La mayoría de los miembros no alcanzan las otras dos etapas: la Etapa de Brecha de Cobertura ni la Etapa de Cobertura para Catástrofes).

### Cambios en la Etapa de Deducible

Etapa	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<b>Etapa 1: Etapa de Deducible Anual</b>	Como no tenemos deducibles, esta etapa de pago no se aplica en su caso.	Como no tenemos deducibles, esta etapa de pago no se aplica en su caso.

**Cambios en sus costos compartidos de la Etapa de Cobertura Inicial**

Etapa	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p><b>Etapa 2: Etapa de Cobertura Inicial</b></p> <p>En esta etapa, el plan paga una porción del costo de sus medicamentos, y <b>usted paga la suya</b>.</p> <p>Los costos de esta fila corresponden a un suministro para un mes (30 días) cuando hace surtir su receta en una farmacia de la red. Para obtener información acerca de los costos de un suministro a largo plazo o del servicio de medicamentos recetados por correo, consulte la Sección 5 del Capítulo 6 de la <i>Evidencia de Cobertura</i>.</p> <p>La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos están cubiertas sin ningún costo para usted.</p> <p>Hemos cambiado el nivel de ciertos medicamentos de nuestra "Lista de Medicamentos". Para averiguar si los medicamentos que usted toma estarán en otro nivel, búselos en la "Lista de Medicamentos".</p>	<p>Sus costos de un suministro para un mes en una farmacia de la red:</p> <p><b>Medicamentos genéricos preferidos, Nivel 1:</b></p> <p><i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$5 por receta. <i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$0 por receta.</p> <p><b>Medicamentos genéricos, Nivel 2:</b></p> <p><i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$20 por receta. <i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$10 por receta.</p> <p><b>Medicamentos de marca preferidos, Nivel 3:</b></p> <p><i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$47 por receta. <i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$40 por receta.</p> <p>Usted paga \$35 por un suministro para un mes de cada insulina cubierta en este nivel.</p> <p><b>Medicamentos no preferidos, Nivel 4:</b></p> <p><i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$100 por receta.</p>	<p>Sus costos de un suministro para un mes en una farmacia de la red:</p> <p><b>Medicamentos genéricos preferidos, Nivel 1:</b></p> <p><i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$5 por receta. <i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$0 por receta.</p> <p><b>Medicamentos genéricos, Nivel 2:</b></p> <p><i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$20 por receta. <i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$10 por receta.</p> <p><b>Medicamentos de marca preferidos, Nivel 3:</b></p> <p><i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$47 por receta. <i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$40 por receta.</p> <p>Usted paga \$35 por un suministro para un mes de cada insulina cubierta en este nivel.</p> <p><b>Medicamentos no preferidos, Nivel 4:</b></p> <p><i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$100 por receta.</p>

Etapa	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p><b>Etapa 2: Etapa de Cobertura Inicial (continuación)</b></p>	<p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$95 por receta.</p> <p><b>Medicamentos de nivel especializado, Nivel 5:</b></p> <p><i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga el 33 % del costo total.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga el 33 % del costo total.</p> <p>Una vez que el total de sus costos por medicamentos alcance los \$4,660, pasará a la siguiente etapa (la Etapa de Brecha de Cobertura).</p>	<p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$95 por receta. Usted paga \$35 por un suministro para un mes de cada insulina cubierta en este nivel.</p> <p><b>Medicamentos de nivel especializado, Nivel 5:</b></p> <p><i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga el 33 % del costo total.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga el 33 % del costo total.</p> <p>Una vez que el total de sus costos por medicamentos alcance los \$5,030, pasará a la siguiente etapa (la Etapa de Brecha de Cobertura).</p>

**Cambios en la Etapa de Brecha de Cobertura y en la Etapa de Cobertura para Catástrofes**

Las otras dos etapas de cobertura de medicamentos (la Etapa de Brecha de Cobertura y la Etapa de Cobertura para Catástrofes) son para personas con altos costos de medicamentos. **La mayoría de los miembros no alcanzan la Etapa de Brecha de Cobertura ni la Etapa de Cobertura para Catástrofes.**

**A partir de 2024, si usted alcanza la Etapa de Cobertura para Catástrofes, no pagará nada por los medicamentos de la Parte D cubiertos. Es posible que deba pagar un costo compartido en el caso de los medicamentos excluidos que están cubiertos a través de nuestro beneficio mejorado.**

Para obtener información específica acerca de sus costos en estas etapas, consulte las Secciones 6 y 7 del Capítulo 6 de la *Evidencia de Cobertura*.

## SECCIÓN 2 Cómo decidir qué plan elegir

### Sección 2.1: Si desea permanecer en Blue Shield Select

**Para seguir en nuestro plan, no tiene que hacer nada.** Si usted no se inscribe en otro plan ni se cambia a Medicare Original antes del 7 de diciembre, se lo inscribirá automáticamente en Blue Shield Select.

### Sección 2.2: Si desea cambiar de plan

Esperamos seguir teniéndolo como miembro el próximo año; sin embargo, si desea cambiar de plan para el año 2024, debe seguir los pasos a continuación:

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

- Puede inscribirse en otro plan de salud de Medicare.
- *O BIEN* puede cambiarse a Medicare Original. Si se cambia a Medicare Original, deberá decidir si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, consulte la Sección 1.1, que habla sobre una posible multa por inscripción tardía de la Parte D.

Para obtener más información sobre Medicare Original y los diferentes tipos de planes de Medicare, use el Buscador de planes de Medicare (Medicare Plan Finder) ([www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare)), lea el folleto *Medicare & You 2024* (Medicare y usted 2024), comuníquese con su Programa Estatal de Asistencia para Seguros de Salud (consulte la Sección 4) o llame a Medicare (consulte la Sección 6.2).

Recuerde que California Physicians' Service (que opera bajo el nombre de Blue Shield of California) ofrece otros planes de salud de Medicare. Dichos planes pueden diferir en cuanto a cobertura, primas mensuales y cantidades de costo compartido.

#### Paso 2: Cambie su cobertura

- Para **cambiarse a otro plan de salud de Medicare**, inscríbese en el nuevo plan. Su inscripción en Blue Shield Select se cancelará automáticamente.
- Para **cambiarse a Medicare Original con un plan de medicamentos recetados**, inscríbese en el nuevo plan de medicamentos. Su inscripción en Blue Shield Select se cancelará automáticamente.
- Para **cambiarse a Medicare Original sin un plan de medicamentos recetados**, puede:
  - Enviarnos una solicitud por escrito para que cancelemos su inscripción. Comuníquese con Servicio al Cliente si necesita obtener más información sobre cómo hacer esto.
  - *O bien* comunicarse con **Medicare** llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) durante las 24 horas, cualquier día de la semana, para solicitar la cancelación de la inscripción. Los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

## SECCIÓN 3 Fecha límite para cambiar de plan

Si usted desea cambiarse a otro plan o a Medicare Original para el próximo año, puede hacerlo desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre**. El cambio se aplicará a partir del 1 de enero de 2024.



### ¿Se puede hacer el cambio en otros momentos del año?

En ciertas situaciones, se permiten cambios en otros momentos del año. Los ejemplos incluyen las personas que tienen Medicaid, las que reciben “Ayuda Complementaria” para el pago de sus medicamentos, las que tienen o dejarán de tener cobertura del empleador, y las que se mudan fuera del área de servicio.

Si usted se inscribió en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2024 y no está conforme con su elección de plan, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) o cambiarse a Medicare Original (con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2024.

Si hace poco se mudó a una institución, actualmente vive en una institución o acaba de mudarse de 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 de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) o cambiarse a Medicare Original (con o sin un plan aparte de medicamentos recetados de Medicare) en cualquier momento.

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

El Programa Estatal de Asistencia para Seguros de Salud (SHIP, por sus siglas en inglés) es un programa gubernamental independiente que cuenta con asesores entrenados en todos los estados. En California, el SHIP se denomina Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP, Programa de Defensa y Asesoramiento sobre el Seguro de Salud).

Es un programa estatal que recibe fondos del Gobierno federal para brindar asesoramiento **gratuito** sobre seguros de salud locales a personas que tienen Medicare. Los asesores del HICAP pueden ayudarlo con sus preguntas o problemas relativos a Medicare. Pueden ayudarlo a entender las opciones que le ofrece su plan de Medicare y responder preguntas sobre cambios de planes. Puede llamar al HICAP al (800) 434-0222. Para obtener más información acerca del HICAP, visite su sitio web (<http://www.cahealthadvocates.org/hicap/>).

### SECCIÓN 5 Programas de ayuda para el pago de medicamentos recetados

Es posible que cumpla con los requisitos para recibir ayuda con el pago de sus medicamentos recetados. A continuación, incluimos los diferentes tipos de ayuda que podría recibir:

- **“Ayuda Complementaria” de Medicare.** Las personas con ingresos limitados pueden tener derecho a recibir “Ayuda Complementaria” para pagar los costos de sus medicamentos recetados. Si usted cumple con los requisitos, Medicare podría pagar hasta el 75 % o más de los costos de sus medicamentos, incluidas las primas mensuales de medicamentos recetados, los deducibles anuales y los coseguros. Además, quienes cumplan con los requisitos no tendrán una brecha de cobertura ni estarán sujetos a la multa por inscripción tardía. Para averiguar si usted cumple con los requisitos, llame a alguno de los siguientes contactos:
  - Medicare, al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 1-877-486-2048 durante las 24 horas, cualquier día de la semana.
  - La oficina del Seguro Social, al 1-800-772-1213, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m., para comunicarse con un representante. Los mensajes automáticos están disponibles durante las 24 horas. Los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 1-800-325-0778.

- La oficina de Medicaid de su estado (solicitudes).
- **Asistencia con el costo compartido de medicamentos recetados para personas con VIH/SIDA.** El Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a garantizar que las personas que padecen VIH/SIDA y reúnen los requisitos necesarios para participar en este programa obtengan acceso a medicamentos vitales para el tratamiento del VIH. Las personas deben cumplir con determinados criterios: deben acreditar, mediante pruebas, que viven en ese estado y que padecen VIH, deben demostrar bajos ingresos (según la definición brindada por el estado) y deben carecer de seguro o tener un seguro insuficiente. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también estén cubiertos por el ADAP cumplen con los requisitos exigidos para que usted pueda recibir asistencia con el costo compartido de los medicamentos recetados mediante el ADAP de California. Si desea obtener información sobre los criterios para obtener acceso al programa, sobre los medicamentos cubiertos o sobre el proceso de inscripción en el programa, puede comunicarse con el centro de llamadas del ADAP de California llamando al (844) 421-7050, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., o bien puede visitar el sitio web del programa en [https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA\\_adap\\_eligibility.aspx](https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA_adap_eligibility.aspx).

## SECCIÓN 6 ¿Preguntas?

### Sección 6.1: Cómo obtener ayuda de Blue Shield Select

¿Tiene alguna pregunta? Estamos para ayudarlo. Llame a Servicio al Cliente al (800) 776-4466. (Los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 711). Estamos disponibles para recibir consultas telefónicas de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., cualquier día de la semana. Las llamadas a estos números son gratuitas.

### Lea su Evidencia de Cobertura de 2024 (contiene detalles sobre los beneficios y costos para el próximo año)

Esta *Notificación Anual de Cambios* le ofrece un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para el año 2024. Si desea obtener más información, consulte la *Evidencia de Cobertura de 2024* para Blue Shield Select. La *Evidencia de Cobertura* es la descripción legal detallada de los beneficios de su plan. Le explica sus derechos y las normas que debe cumplir para recibir servicios y medicamentos recetados cubiertos. Puede encontrar una copia de la *Evidencia de Cobertura* en nuestro sitio web [blueshieldca.com/MAPDdocuments2024](https://blueshieldca.com/MAPDdocuments2024). También puede llamar a Servicio al Cliente y pedirnos que le enviemos la *Evidencia de Cobertura* por correo postal.

### Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web en [blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare). Recuerde que nuestro sitio web contiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (*Directorio de Proveedores*) y nuestra *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario/"Lista de Medicamentos")*.

### Sección 6.2: Cómo obtener ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare:

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

Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) durante las 24 horas, cualquier día de la semana. Los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

### **Visite el sitio web de Medicare**

Visite el sitio web de Medicare ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)). Allí encontrará información sobre los costos, la cobertura y las calificaciones por estrellas de calidad que lo ayudarán a comparar los planes de salud de Medicare en su área. Para obtener acceso a la información sobre los planes, visite [www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare).

### **Lea *Medicare & You 2024* (Medicare y usted 2024)**

Lea el folleto *Medicare & You 2024* (Medicare y usted 2024). Todos los otoños, se envía este documento por correo postal a las personas que tienen Medicare. Incluye un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare, como también respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Si no tiene una copia de este documento, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf>), o bien puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) durante las 24 horas, cualquier día de la semana, para solicitarla. Los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.



[blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare)

Blue Shield of California 6300 Canoga Avenue, Woodland Hills, CA 91367-2555





