



información importante

acerca de los Cambios en su plan de salud y
medicamentos de Medicare

Blue Shield TotalDual Plan (HMO D-SNP) ofrecido por California Physicians' Service (que opera bajo el nombre de Blue Shield of California)

Notificación Anual de Cambios para el año 2025

Actualmente, usted está inscrito como miembro de Blue Shield TotalDual Plan. El próximo año, habrá cambios en los costos y beneficios del plan. **Consulte la página 5 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/DSNPdocuments2025. También puede llamar a Servicio al Cliente y pedirnos que le enviemos la *Evidencia de Cobertura* por correo postal.

Qué debe hacer ahora

1. PREGÚNTESE: ¿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 compartidos y las restricciones de cobertura.
 - Piense en cuánto gastará en primas, deducibles y costos compartidos.
 - Controle los cambios en la “Lista de Medicamentos” de 2025 para asegurarse de que los medicamentos que toma siguen estando cubiertos.
 - Compare la información del plan para los años 2024 y 2025 y vea si, para el año 2025, alguno de estos medicamentos se asignará a un nivel de costo compartido diferente o si estará sujeto a otras restricciones, como autorización previa, tratamiento escalonado o límite de cantidad.
- Controle si sus médicos de atención primaria, especialistas, hospitales y demás proveedores, incluidas las farmacias, estarán en nuestra red el próximo año.
- Controle si cumple con los requisitos para recibir ayuda con el pago de sus medicamentos recetados. Las personas con ingresos limitados podrían cumplir con los requisitos para recibir “Ayuda Adicional” de Medicare.
- 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 o revise la lista que está en la parte de atrás de su folleto *Medicare & You 2025* (Medicare y usted 2025). Si necesita más ayuda, contáctese con el Programa Estatal de Ayuda para Seguros de Salud (SHIP, por sus siglas en inglés) para hablar con un asesor entrenado.
- 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 2024, se quedará en Blue Shield TotalDual Plan.
- 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 2025**. Esto terminará su inscripción en Blue Shield TotalDual Plan.
- Consulte la Sección 3.2, en la página 17, para obtener más información acerca de sus opciones.
- Si hace poco se mudó a una institución o actualmente vive en una (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. Si hace poco se mudó de una institución, tiene la oportunidad de cambiarse de plan o cambiarse a Medicare Original por dos meses completos después del mes en que se muda.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible gratis en español.
- Comuníquese con Servicio al Cliente llamando al (800) 452-4413 para pedir 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., los siete días de la semana. Esta llamada es gratis.
- 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 braille, letra grande, CD de audio y CD de datos. 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 TotalDual Plan

- Blue Shield of California es un plan HMO D-SNP que tiene un contrato con Medicare y un contrato con el programa Medi-Cal (Medicaid) del estado de California. La inscripción en Blue Shield of California depende de la renovación del contrato. El plan también tiene un acuerdo por escrito con el programa Medi-Cal (Medicaid) de California para coordinar sus beneficios de Medi-Cal (Medicaid).
- Amazon Pharmacy es independiente de Blue Shield of California y tiene un contrato con Blue Shield para brindar servicios de envío de medicamentos, a través de los cuales los miembros de Blue Shield reciben medicamentos recetados en su hogar.
- 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 TotalDual Plan.

Notificación Anual de Cambios para el año 2025

Índice

Resumen de costos importantes para 2025	5
SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año	8
Sección 1.1: Cambios en la prima mensual	8
Sección 1.2: Cambios en su cantidad máxima de gastos de bolsillo	8
Sección 1.3: Cambios en las redes de proveedores y farmacias	9
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	11
SECCIÓN 2 Cambios administrativos	16
SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir	17
Sección 3.1: Si desea permanecer en Blue Shield TotalDual Plan	17
Sección 3.2: Si desea cambiar de plan	17
SECCIÓN 4 Fecha límite para cambiar de plan	18
SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratis sobre Medicare y Medi-Cal (Medicaid).....	19
SECCIÓN 6 Programas de ayuda para el pago de medicamentos recetados	20
SECCIÓN 7 ¿Preguntas?	21
Sección 7.1: Cómo obtener ayuda de Blue Shield TotalDual Plan.....	21
Sección 7.2: Cómo obtener ayuda de Medicare.....	21
Sección 7.3: Cómo obtener ayuda de Medi-Cal (Medicaid).....	22

Resumen de costos importantes para 2025

En el cuadro a continuación, se comparan los costos de 2024 con los costos de 2025 para Blue Shield TotalDual Plan en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que este es solo un resumen de los costos.** Si reúne los requisitos para recibir ayuda con el costo compartido de Medicare a través de Medi-Cal (Medicaid), usted paga \$0 por sus deducibles, visitas al consultorio del médico y hospitalizaciones para pacientes internados.

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Prima mensual del plan* *Su prima puede ser mayor que esta cantidad. Consulte la Sección 1.1 para conocer los detalles.	\$0	\$0
Visitas al consultorio del médico	Visitas de atención primaria: \$0 de copago por visita Visitas a un especialista: \$0 de copago por visita	Visitas de atención primaria: \$0 de copago por visita Visitas a un especialista: \$0 de copago por visita
Hospitalizaciones para pacientes internados	Usted paga \$0 de copago.	Usted paga \$0 de copago.
Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D (Consulte la Sección 1.5 para conocer los detalles).	Deducible: \$545 (excepto el Nivel 1 de medicamentos [medicamentos genéricos preferidos], las insulinas cubiertas de la Parte D y la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos). Copago durante la Etapa de Cobertura Inicial: <ul style="list-style-type: none"> Nivel 1 de medicamentos: \$0 de copago 	Deducible: \$590 (excepto el Nivel 1 de medicamentos [medicamentos genéricos preferidos], las insulinas cubiertas de la Parte D y la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos). Copago durante la Etapa de Cobertura Inicial: <ul style="list-style-type: none"> Nivel 1 de medicamentos: \$0 de copago

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D (continuación)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Nivel 2 de medicamentos: \$0, \$1.55 o \$4.50 de copago • Nivel 3 de medicamentos: \$0, \$4.60 u \$11.20 de copago Usted paga \$0, \$4.60 u \$11.20 por un suministro para un mes de cada insulina cubierta en este nivel. • Nivel 4 de medicamentos: \$0, \$4.60 u \$11.20 de copago Usted paga \$0, \$4.60 u \$11.20 por un suministro para un mes de cada insulina cubierta en este nivel. • Nivel 5 de medicamentos: \$0, \$4.60 u \$11.20 de copago <p>Cobertura para Catástrofes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no paga nada. 	<ul style="list-style-type: none"> • Nivel 2 de medicamentos: \$0, \$1.60 o \$4.90 de copago • Nivel 3 de medicamentos: \$0, \$4.80 o \$12.15 de copago Usted paga \$0, \$4.80 o \$12.15 por un suministro para un mes de cada insulina cubierta en este nivel. • Nivel 4 de medicamentos: \$0, \$4.80 o \$12.15 de copago Usted paga \$0, \$4.80 o \$12.15 por un suministro para un mes de cada insulina cubierta en este nivel. • Nivel 5 de medicamentos: \$0, \$4.80 o \$12.15 de copago <p>Cobertura para Catástrofes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durante esta etapa de pago, no pagará nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D.

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Cantidad máxima de gastos de bolsillo</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>\$8,850</p> <p>Usted no tiene la responsabilidad de pagar ningún costo de bolsillo que cuente para la cantidad máxima de gastos de bolsillo por servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p>	<p>\$9,350</p> <p>Usted no tiene la responsabilidad de pagar ningún costo de bolsillo que cuente para la cantidad máxima de gastos de bolsillo por servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p>

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

Sección 1.1: Cambios en la prima mensual

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Prima mensual (También debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare, a menos que Medi-Cal [Medicaid] la pague por usted).	\$0	\$0

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. Este límite se denomina “cantidad máxima 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	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Cantidad máxima de gastos de bolsillo Como nuestros miembros también reciben ayuda de Medi-Cal (Medicaid), son muy pocos los que alcanzan esta cantidad máxima de gastos de bolsillo. Usted no tiene la responsabilidad de pagar ningún costo de bolsillo que cuente para la cantidad máxima de gastos de bolsillo por servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. Sus costos por servicios médicos cubiertos (como copagos) cuentan para su cantidad máxima de gastos de bolsillo. Sus costos por medicamentos recetados no cuentan para su cantidad máxima de gastos de bolsillo.	\$8,850	\$9,350 Una vez que haya pagado \$9,350 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 durante el resto del año calendario.

Sección 1.3: Cambios en las redes de proveedores y farmacias

Las cantidades que usted paga por sus medicamentos recetados pueden depender de la farmacia que use. Los planes de medicamentos de Medicare cuentan con una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus medicamentos recetados están cubiertos *solo* si la receta se surte en alguna de nuestras farmacias de la red.

Los directorios actualizados se encuentran en nuestro sitio web blueshieldca.com/medicare/providerdirectories para los Directorios de Proveedores y en blueshieldca.com/medpharmacy2025 para los Directorios de Farmacias. También puede llamar a Servicio al Cliente para pedir 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 2025* en blueshieldca.com/medicare/providerdirectories para averiguar si sus proveedores (médico 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 2025* en blueshieldca.com/medpharmacy2025 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 ayudarle.

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

Tenga en cuenta que la *Notificación Anual de Cambios* le brinda información sobre los cambios en sus beneficios y costos de Medicare.

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

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Servicios dentales (no cubiertos por Medicare)</p>	<p>Se brinda cobertura para servicios dentales preventivos e integrales específicos. Consulte el <i>Cuadro de Beneficios Dentales: procedimientos de rutina</i> en la Sección 2.1 del Capítulo 4 (debajo del Cuadro de Beneficios Médicos) de la <i>Evidencia de Cobertura</i> para obtener más información sobre los servicios cubiertos y lo que debe pagar.</p>	<p>Se brinda cobertura para servicios dentales integrales específicos. Consulte el <i>Cuadro de Servicios Dentales: procedimientos cubiertos</i> en la Sección 2.1 del Capítulo 4 (debajo del Cuadro de Beneficios Médicos) de la <i>Evidencia de Cobertura</i> para obtener más información sobre los servicios cubiertos y lo que debe pagar.</p>
<p>Artículos de venta libre (OTC, por sus siglas en inglés)</p>	<p>Usted tiene una asignación de \$180 por trimestre para artículos cubiertos. Podrá hacer dos pedidos por trimestre y no podrá transferir la asignación que no haya usado al siguiente trimestre. Es posible que se apliquen algunas limitaciones. Consulte el catálogo de artículos de venta libre para obtener más información.</p>	<p>Usted tiene una asignación de \$170 por trimestre para artículos cubiertos. Podrá hacer dos pedidos por trimestre y no podrá transferir la asignación que no haya usado al siguiente trimestre. Es posible que se apliquen algunas limitaciones. Consulte el catálogo de artículos de venta libre para obtener más información.</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Atención de la vista no cubierta por Medicare (obtenida de un proveedor de la red)</p> <p>Armazones y lentes para anteojos (incluidos los lentes monofocales, bifocales con línea divisoria, trifocales con línea divisoria y lenticulares) o lentes de contacto</p>	<p>Usted paga \$0 por armazones para anteojos (cuyo valor habitual al por menor sea de hasta \$350) cada 24 meses cuando va a un proveedor de la red. Si elige armazones para anteojos de más de \$350, usted es responsable de pagar la diferencia.</p> <p>Usted paga \$0 <u>ya sea</u> por un par de lentes para anteojos recetados (independientemente del aumento o del tamaño) O por lentes de contacto (cuyo valor sea de hasta \$350, incluidos los servicios y los materiales) cada 12 meses cuando va a un proveedor de la red. Si elige lentes de contacto cuyos servicios y materiales tienen un valor superior a \$350, usted es responsable de pagar la diferencia.</p>	<p>Usted paga \$0 por armazones para anteojos (cuyo valor habitual al por menor sea de hasta \$295) cada 24 meses cuando va a un proveedor de la red. Si elige armazones para anteojos de más de \$295, usted es responsable de pagar la diferencia.</p> <p>Usted paga \$0 <u>ya sea</u> por un par de lentes para anteojos recetados (independientemente del aumento o del tamaño) O por lentes de contacto (cuyo valor sea de hasta \$295, incluidos los servicios y los materiales) cada 12 meses cuando va a un proveedor de la red. Si elige lentes de contacto cuyos servicios y materiales tienen un valor superior a \$295, usted es responsable de pagar la diferencia.</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, durante el año del plan, podríamos hacer otros cambios permitidos por las normas

de Medicare que podrían afectarlo. Actualizamos nuestra Lista de Medicamentos en Internet al menos una vez al mes para ofrecer la lista de medicamentos más actualizada. Si hacemos un cambio que afectará su acceso a un medicamento que está tomando, se lo informaremos.

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, pedir una excepción o buscar un medicamento nuevo. También puede comunicarse con Servicio al Cliente para obtener más información.

En la actualidad, podemos eliminar inmediatamente un medicamento de marca de nuestra Lista de Medicamentos si lo reemplazamos con un nuevo medicamento genérico que tenga el mismo nivel de costo compartido (o un nivel menor) y las mismas restricciones (o menos) que el medicamento de marca al que reemplaza. Además, al agregar un nuevo medicamento genérico, también podremos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de Medicamentos, pero moverlo inmediatamente a un nivel de costo compartido diferente o agregar nuevas restricciones, o ambas cosas.

A partir de 2025, podremos reemplazar inmediatamente productos biológicos originales con determinados biosimilares. Por ejemplo, esto significa que, si está tomando un producto biológico original que se reemplazará con un biosimilar, es posible que no le avisen del cambio con 30 días de anticipación, ni que pueda obtener un suministro de un mes de su producto biológico original en una farmacia de la red. Si usted está tomando el producto biológico original en el momento en que hacemos el cambio, aún recibirá información sobre el cambio específico que hicimos, pero esta notificación podría llegarle después de que hayamos aplicado el cambio.

Algunos de estos tipos de medicamentos podrían ser nuevos para usted. Si desea conocer las definiciones de los tipos de medicamentos, consulte el Capítulo 12 de su *Evidencia de Cobertura*. La Administración de Medicamentos y Alimentos (Food and Drug Administration, FDA) también les brinda información sobre los medicamentos a los consumidores. Consulte el sitio web de la FDA: <https://www.fda.gov/drugs/biosimilars/multimedia-education-materials-biosimilars#For%20Patients>. Si desea obtener más información, también puede comunicarse con Servicio al Cliente o con su proveedor de atención de la salud, profesional que extiende recetas o farmacéutico.

Cambios en los costos y beneficios relacionados con los medicamentos recetados

Si recibe “Ayuda Adicional” para pagar los medicamentos recetados de Medicare, es posible que cumpla con los requisitos para recibir una reducción o una eliminación de su costo compartido para los medicamentos de la Parte D. Es posible que parte de la información incluida en esta sección no se aplique a su caso. **Nota:** Si está inscrito en un programa que lo ayuda con el pago de sus medicamentos (“Ayuda Adicional”), **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 Adicional” 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 Adicional” y no ha recibido este encarte antes del 30 de septiembre de 2024, debe comunicarse con Servicio al Cliente y pedir la *Cláusula Adicional de LIS*.

A partir de 2025, habrá tres **etapas de pago de medicamentos**: la Etapa de Deducible Anual, la Etapa de Cobertura Inicial y la Etapa de Cobertura para Catástrofes. La Etapa de Brecha de Cobertura y el Programa de Descuentos durante la Brecha de Cobertura ya no formarán parte del beneficio de la Parte D.

Además, el Programa de Descuentos durante la Brecha de Cobertura se reemplazará con el Programa de Descuentos de Fabricantes. Según el Programa de Descuentos de Fabricantes, los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total del plan por productos biológicos y medicamentos de marca cubiertos de la Parte D durante la Etapa de Cobertura Inicial y la Etapa de Cobertura para Catástrofes. Los descuentos ofrecidos por los fabricantes según el Programa de Descuentos de Fabricantes no cuentan para los costos de bolsillo.

Cambios en la Etapa de Deducible

Etapa	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Etapa 1: Etapa de Deducible Anual</p> <p>En esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos del Nivel 2 (medicamentos genéricos), el Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos), del Nivel 4 (medicamentos no preferidos) y del Nivel 5 (medicamentos de nivel especializado) hasta que haya alcanzado el deducible anual. El deducible no se aplica a las insulinas cubiertas ni a la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos (incluidas la vacuna contra el herpes zóster, la vacuna contra el tétanos y las vacunas para viajes).</p>	<p>El deducible es de \$545.</p> <p>En esta etapa, usted paga \$0 de costo compartido para los medicamentos del Nivel 1 y el costo total de los medicamentos del Nivel 2 (medicamentos genéricos), el Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos), del Nivel 4 (medicamentos no preferidos) y del Nivel 5 (medicamentos de nivel especializado) hasta que haya alcanzado el deducible anual.</p>	<p>El deducible es de \$590.</p> <p>En esta etapa, usted paga \$0 de costo compartido para los medicamentos del Nivel 1 y el costo total de los medicamentos del Nivel 2 (medicamentos genéricos), el Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos), del Nivel 4 (medicamentos no preferidos) y del Nivel 5 (medicamentos de nivel especializado) hasta que haya alcanzado el deducible anual.</p>

Cambios en sus costos compartidos de la Etapa de Cobertura Inicial

Etapa	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de Cobertura Inicial</p> <p>Una vez que paga el deducible anual, pasa a la Etapa de Cobertura Inicial. En esta etapa, el plan paga una porción del costo de sus medicamentos, y usted paga la suya.</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.</p> <p>Para obtener información acerca de los costos de un suministro a largo plazo, consulte la Sección 5 del Capítulo 6 de la <i>Evidencia de Cobertura.</i></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>La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos están cubiertas sin ningún costo para usted.</p>	<p>Sus costos de un suministro para un mes surtido en una farmacia de la red con costo compartido estándar son los siguientes:</p> <p>Medicamentos genéricos preferidos, Nivel 1: Usted paga \$0 por receta.</p> <p>Medicamentos genéricos, Nivel 2: Usted paga \$0, \$1.55 o \$4.50 por receta.</p> <p>Medicamentos de marca preferidos, Nivel 3: Usted paga \$0, \$4.60 u \$11.20 por receta. Usted paga \$0, \$4.60 u \$11.20 por un suministro para un mes de cada insulina cubierta en este nivel.</p> <p>Medicamentos no preferidos, Nivel 4: Usted paga \$0, \$4.60 u \$11.20 por receta. Usted paga \$0, \$4.60 u \$11.20 por un suministro para un mes de cada insulina cubierta en este nivel.</p>	<p>Sus costos de un suministro para un mes surtido en una farmacia de la red con costo compartido estándar son los siguientes:</p> <p>Medicamentos genéricos preferidos, Nivel 1: Usted paga \$0 por receta.</p> <p>Medicamentos genéricos, Nivel 2: Usted paga \$0, \$1.60 o \$4.90 por receta.</p> <p>Medicamentos de marca preferidos, Nivel 3: Usted paga \$0, \$4.80 o \$12.15 por receta. Usted paga \$0, \$4.80 o \$12.15 por un suministro para un mes de cada insulina cubierta en este nivel.</p> <p>Medicamentos no preferidos, Nivel 4: Usted paga \$0, \$4.80 o \$12.15 por receta. Usted paga \$0, \$4.80 o \$12.15 por un suministro para un mes de cada insulina cubierta en este nivel.</p>

Etapa	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Etapa 2: Etapa de Cobertura Inicial (continuación)	<p>Medicamentos de nivel especializado, Nivel 5: Usted paga \$0, \$4.60 u \$11.20 por receta. Su costo de una receta de servicio por correo para un mes es \$0, \$4.60 u \$11.20.</p> <hr/> <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>	<p>Medicamentos de nivel especializado, Nivel 5: Usted paga \$0, \$4.80 o \$12.15 por receta. Su costo de una receta de servicio de envío de medicamentos al hogar para un mes es \$0, \$4.80 o \$12.15.</p> <hr/> <p>Una vez que haya pagado \$2,000 de gastos de bolsillo por los medicamentos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (la Etapa de Cobertura para Catástrofes).</p>

Cambios en la Etapa de Cobertura para Catástrofes

La Etapa de Cobertura para Catástrofes es la tercera y última etapa. A partir de 2025, los fabricantes de medicamentos pagarán una parte del costo total del plan por productos biológicos y medicamentos de marca cubiertos de la Parte D durante la Etapa de Cobertura para Catástrofes. Los descuentos ofrecidos por los fabricantes según el Programa de Descuentos de Fabricantes no cuentan para los costos de bolsillo.

Para obtener información específica acerca de sus costos en la Etapa de Cobertura para Catástrofes, consulte la Sección 6 del Capítulo 6 de la *Evidencia de Cobertura*.

SECCIÓN 2 Cambios administrativos

Descripción	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Plan de pago de medicamentos de Medicare	No corresponde	<p>El Plan de pago de medicamentos de Medicare es una nueva opción de pago que se puede usar con su cobertura de medicamentos actual; esta opción puede ayudarle a administrar los costos de sus medicamentos al dividirlos en pagos mensuales que varían durante todo el año (de enero a diciembre).</p> <p>Para obtener más información sobre esta opción de pago, llámenos al (833) 696-2087 o visite Medicare.gov.</p>
Dirección postal para el procesamiento de reclamaciones relacionadas con medicamentos recetados de la Parte D	Blue Shield of California P.O. Box 52066 Phoenix, AZ. 85072-2066	Claims Processing 1606 Ave. Ponce de Leon San Juan, PR. 00909-4830
Cambio en el proveedor de farmacia de servicio por correo	Farmacia de servicio por correo CVS Caremark®	Amazon Pharmacy
Cambio de terminología	servicio por correo	servicio de envío de medicamentos al hogar

Descripción	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Cambio en el suministro a largo plazo para el Nivel 2 (medicamentos genéricos), el Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos) y el Nivel 4 (medicamentos no preferidos)	Usted puede obtener un suministro de hasta 90 días de medicamentos de los Niveles 2, 3 y 4 cubiertos en una farmacia de costo compartido estándar al por menor dentro de la red o a través de la farmacia de servicio por correo de la red.	Usted puede obtener un suministro de hasta 100 días de medicamentos de los Niveles 2, 3 y 4 cubiertos en una farmacia de costo compartido estándar al por menor dentro de la red o a través de la farmacia de servicio de envío de medicamentos al hogar de la red.
Plazo para pedir una apelación	Debe presentar su solicitud de apelación en un plazo de 60 días calendario desde la fecha del aviso por escrito relacionado con la decisión de cobertura.	Debe presentar su solicitud de apelación en un plazo de 65 días calendario desde la fecha del aviso por escrito relacionado con la decisión de cobertura.
Cambio relacionado con el servicio de envío de artículos de venta libre (OTC)	Los envíos demoran aproximadamente 14 días hábiles.	Los envíos demoran aproximadamente 7 días hábiles.

SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir

Sección 3.1: Si desea permanecer en Blue Shield TotalDual Plan

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 el plan Blue Shield TotalDual Plan.

Sección 3.2: Si desea cambiar de plan

Esperamos seguir teniéndolo como miembro el próximo año; sin embargo, si desea cambiar de plan para el año 2025, 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.

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), lea el folleto *Medicare & You 2025* (Medicare y usted 2025), comuníquese con su Programa Estatal de Ayuda para Seguros de Salud (consulte la Sección 5) o llame a Medicare (consulte la Sección 7.2).

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**, inscribese en el nuevo plan. Su inscripción en Blue Shield TotalDual Plan se cancelará automáticamente.
- Para **cambiarse a Medicare Original con un plan de medicamentos recetados**, inscribese en el nuevo plan de medicamentos. Su inscripción en Blue Shield TotalDual Plan 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, los siete días de la semana, para pedir la cancelación de la inscripción. Los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

Si se cambia a Medicare Original y **no** se inscribe en un plan aparte de medicamentos recetados de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted haya optado por no ser inscrito automáticamente.

SECCIÓN 4 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 2025.

¿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 Medi-Cal (Medicaid), las que reciben “Ayuda Adicional” 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.

Como tiene Medi-Cal (Medicaid), puede terminar su membresía en nuestro plan en cualquier mes del año. También tiene opciones para inscribirse en otro plan de Medicare en cualquier mes; entre estas opciones se incluyen las siguientes:

- Medicare Original *con* un plan aparte de medicamentos recetados de Medicare;
- Medicare Original sin un plan aparte de medicamentos recetados de Medicare (si elige esta opción, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted haya optado por no ser inscrito automáticamente); o
- Si reúne los requisitos, un plan D-SNP integrado que le brinda sus beneficios y servicios de Medicare y la mayoría (o la totalidad) de sus beneficios y servicios de Medi-Cal (Medicaid) en un mismo plan.

Si usted se inscribió en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2025 y no está conforme con su elección de plan, también 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 2025.

Si hace poco se mudó a una institución o actualmente vive en una (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. Si hace poco se mudó de una institución, tiene la oportunidad de cambiarse de plan o cambiarse a Medicare Original por dos meses completos después del mes en que se muda.

SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratis sobre Medicare y Medi-Cal (Medicaid)

El Programa Estatal de Ayuda 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 **gratis** sobre seguros de salud locales a personas que tienen Medicare. Los asesores del HICAP pueden ayudarle con sus preguntas o problemas relativos a Medicare. Pueden ayudarle a entender las opciones que le ofrece su plan de Medicare y responder preguntas sobre cambios de planes. Puede llamar al HICAP al 1-800-434-0222. Para obtener más información acerca del HICAP, visite su sitio web (<http://www.cahealthadvocates.org/hicap/>).

Si tiene preguntas sobre sus beneficios de Medi-Cal (Medicaid), comuníquese con la oficina de Opciones de Atención de la Salud del Departamento de Servicios de Atención de la Salud de California al 1-800-430-4263 (los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 1-800-430-7077),

de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m., excepto días feriados. Averigüe de qué manera inscribirse en otro plan o volver a Medicare Original afecta a su cobertura de Medi-Cal (Medicaid).

SECCIÓN 6 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, enumeramos diferentes tipos de ayuda:

- **“Ayuda Adicional” de Medicare.** Como tiene Medi-Cal (Medicaid), usted ya está inscrito en la “Ayuda Adicional”, también conocida como Subsidio para Personas de Bajos Ingresos. La “Ayuda Adicional” paga parte de sus primas de medicamentos recetados, deducibles anuales y coseguros. Si usted cumple con los requisitos, no tendrá una multa por inscripción tardía. Si tiene preguntas sobre la “Ayuda Adicional”, llame a:
 - 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, los siete días 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 Medi-Cal (Medicaid) de su estado.
- **Ayuda con el costo compartido de medicamentos recetados para personas con VIH/SIDA.** El Programa de Ayuda 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. Para poder participar en el ADAP que opera en su estado, 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 ayuda 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, sobre el proceso de inscripción en el programa o sobre cómo seguir recibiendo ayuda (si está actualmente inscrito), puede comunicarse con el centro de llamadas del ADAP de California llamando al (844) 421-7050, de lunes a viernes (excepto los días feriados), 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. Cuando llame, asegúrese de informarle al personal del programa cuál es el nombre de su plan de la Parte D de Medicare o número de póliza.
- **El Plan de pago de medicamentos de Medicare.** El Plan de pago de medicamentos de Medicare es una nueva opción de pago que podrá elegir a partir de 2025 y que le ayudará a administrar sus costos de bolsillo relacionados con medicamentos. Esta nueva opción de pago se puede usar con su cobertura de medicamentos actual, y puede ayudarle a

administrar los costos de sus medicamentos al dividirlos en **pagos mensuales que varían durante todo el año** (de enero a diciembre). **Esta opción de pago podría ayudarle a administrar sus gastos, pero no le permitirá ahorrar dinero ni reducirá los costos de sus medicamentos.**

La “Ayuda Adicional” de Medicare y la ayuda del ADAP, para quienes cumplen con los requisitos, ofrecen más ventajas que el Plan de pago de medicamentos de Medicare. Todos los miembros reúnen los requisitos para participar en esta opción de pago, independientemente del nivel de ingresos, y todos los planes de medicamentos de Medicare y planes de salud de Medicare con cobertura de medicamentos deben ofrecer esta opción de pago. Para obtener más información sobre esta opción de pago, llámenos al (833) 696-2087 (los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 711) o visite Medicare.gov.

SECCIÓN 7 ¿Preguntas?

Sección 7.1: Cómo obtener ayuda de Blue Shield TotalDual Plan

¿Tiene alguna pregunta? Estamos para ayudarle. Llame a Servicio al Cliente al (800) 452-4413. (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., los siete días de la semana. Las llamadas a estos números son gratis.

Lea su *Evidencia de Cobertura de 2025* (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 2025. Si desea obtener más información, consulte la *Evidencia de Cobertura de 2025* para Blue Shield TotalDual Plan. 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/DSNPdocuments2025. 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. 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 7.2: 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, los siete días 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). 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.

Lea *Medicare & You 2025* (Medicare y usted 2025)

Lea el folleto *Medicare & You 2025* (Medicare y usted 2025). 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, los siete días de la semana, para pedirla. Los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

Sección 7.3: Cómo obtener ayuda de Medi-Cal (Medicaid)

Si desea obtener información sobre Medi-Cal (Medicaid), puede llamar a la oficina de Atención Administrada por Medi-Cal del Departamento de Servicios de Atención de la Salud de California al 1-888-452-8609. Los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 711.



blueshieldca.com/medicare

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