

**Blue Shield Inspire (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 2024**

Actualmente, usted está inscrito como miembro de Blue Shield Inspire. 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.

**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 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 Inspire.
- 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 Inspire.
- Consulte la página 25 de la Sección 3.2 para obtener más información acerca de sus opciones.
- 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) 452-4413** 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 Inspire

- Blue Shield of California es un plan HMO D-SNP que tiene un contrato con Medicare y un contrato con el programa 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).
- 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 Inspire.

H2819\_23\_515A\_002\_M\_SP Approved 09142023

**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.....	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 .....	22
<b>SECCIÓN 2 Cambios administrativos .....</b>	<b>25</b>
<b>SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir .....</b>	<b>25</b>
Sección 3.1: Si desea permanecer en Blue Shield Inspire .....	25
Sección 3.2: Si desea cambiar de plan .....	25
<b>SECCIÓN 4 Cambio de plan .....</b>	<b>26</b>
<b>SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medi-Cal (Medicaid) ..</b>	<b>27</b>
<b>SECCIÓN 6 Programas de ayuda para el pago de medicamentos recetados.....</b>	<b>27</b>
<b>SECCIÓN 7 ¿Preguntas? .....</b>	<b>28</b>
Sección 7.1: Cómo obtener ayuda de Blue Shield Inspire .....	28
Sección 7.2: Cómo obtener ayuda de Medicare.....	28
Sección 7.3: Cómo obtener ayuda de Medi-Cal (Medicaid) .....	28

**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 Inspire en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que este es solo un resumen de los costos.** Si reúne los requisitos para recibir asistencia 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	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p><b>Prima mensual del plan*</b></p> <p>*Su prima puede ser mayor que esta cantidad. Consulte la Sección 1.1 para conocer los detalles.</p>	\$38.90	\$0
<p><b>Visitas al consultorio del médico</b></p>	<p>Visitas de atención primaria: \$0 de copago por visita</p> <p>Visitas a un especialista: \$0 de copago por visita</p>	<p>Visitas de atención primaria: \$0 de copago por visita</p> <p>Visitas a un especialista: \$0 de copago por visita</p>
<p><b>Hospitalizaciones para pacientes internados</b></p>	<p>Usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$1,600 de deducible por período de beneficios.</li> <li>• \$0 de copago por día para los días 1 a 60 de cada período de beneficios.</li> <li>• \$400 de copago por día para los días 61 a 90 de cada período de beneficios.</li> <li>• \$800 de copago por "día de reserva vitalicia" para los días 91 a 150 de cada período de beneficios (hasta 60 días durante la membresía).</li> <li>• 100 % de todos los costos a partir del día 151 de cada período de beneficios.</li> </ul> <p>Si reúne los requisitos para recibir asistencia con el costo compartido de Medicare a través de Medi-Cal (Medicaid), usted paga \$0.</p>	<p>Usted paga \$0 de copago.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p><b>Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D</b> (Consulte la Sección 1.5 para conocer los detalles).</p>	<p>Deducible: \$505 (no se aplica al Nivel 1 de medicamentos: medicamentos genéricos preferidos, a las insulinas cubiertas de la Parte D y a la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos).</p> <p>Copago/coseguro durante la Etapa de Cobertura Inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nivel 1 de medicamentos: \$0 de copago</li> <li>• Nivel 2 de medicamentos: 25 % de coseguro</li> <li>• Nivel 3 de medicamentos: 25 % de coseguro</li> <li>• Nivel 4 de medicamentos: 25 % de coseguro</li> <li>• Nivel 5 de medicamentos: 25 % de coseguro</li> </ul> <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>Deducible: \$545 (no se aplica al Nivel 1 de medicamentos: medicamentos genéricos preferidos, a las insulinas cubiertas de la Parte D y a la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos).</p> <p>Copago/coseguro durante la Etapa de Cobertura Inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nivel 1 de medicamentos: \$0 de copago</li> <li>• Nivel 2 de medicamentos: \$0, \$1.55 o \$4.50 de copago</li> <li>• 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.</li> <li>• 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.</li> <li>• Nivel 5 de medicamentos: \$0, \$4.60 u \$11.20 de copago</li> </ul> <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. Usted no paga nada.</li> </ul>

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

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<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>\$8,300</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>Si reúne los requisitos para recibir asistencia con el costo compartido de Medicare a través de Medi-Cal (Medicaid), 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>\$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>Si reúne los requisitos para recibir asistencia con el costo compartido de Medicare a través de Medi-Cal (Medicaid), 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	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<b>Prima mensual</b>	\$38.90	\$0
También debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare, a menos que Medi-Cal (Medicaid) la pague por usted.		

### 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	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p><b>Cantidad máxima de gastos de bolsillo</b></p> <p><b>Como nuestros miembros también reciben asistencia de Medi-Cal (Medicaid), son muy pocos los que alcanzan esta cantidad máxima de gastos de bolsillo.</b> 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>Si reúne los requisitos para recibir asistencia con los copagos de la Parte A y la Parte B a través de Medi-Cal (Medicaid), 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>Sus costos por servicios médicos cubiertos (como copagos) cuentan para su cantidad máxima de gastos de bolsillo. La prima de su plan y sus costos por medicamentos recetados no cuentan para su cantidad máxima de gastos de bolsillo.</p>	<p>\$8,300</p>	<p style="text-align: center;">\$8,850</p> <p>Una vez que haya pagado \$8,850 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.</p>



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

Los directorios actualizados se encuentran en nuestro sitio web [blueshieldca.com/medicare/providerdirectories](https://blueshieldca.com/medicare/providerdirectories) para los Directorios de Proveedores y en [blueshieldca.com/medpharmacy2024](https://blueshieldca.com/medpharmacy2024) para los Directorios de Farmacias. 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

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	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<b>Acupuntura para dolor lumbar crónico (cubierta por Medicare)</b>	Usted paga el 20 % del costo total por visita para todos los servicios cubiertos por Medicare.	Usted paga \$0 de copago por visita para todos los servicios cubiertos por Medicare.
<b>Servicios de acupuntura (no cubiertos por Medicare)</b>	Usted paga \$0 de copago por visita para hasta 12 visitas por año.	Los servicios de acupuntura (no cubiertos por Medicare) no están cubiertos.
<b>Servicios de ambulancia</b>	Usted paga el 20 % del costo total por traslado (en una sola dirección).	Usted paga \$0 de copago por traslado (en una sola dirección).
<b>Servicios de rehabilitación cardíaca</b>	Usted paga el 20 % del costo total por visita.	Usted paga \$0 de copago por visita.
<b>Servicios de quiropráctica (cubiertos por Medicare)</b>	Usted paga el 20 % del costo total para los servicios cubiertos por Medicare.	Usted paga \$0 de copago para los servicios cubiertos por Medicare.

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

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p><b>Entrenamiento para el autocontrol de la diabetes, y servicios y suministros para la diabetes</b></p> <p>Para las personas con diabetes que padecen enfermedades graves del pie como consecuencia de la diabetes: Un par de zapatos terapéuticos hechos a medida (incluidas las plantillas brindadas con dichos zapatos) y dos pares de plantillas adicionales por año calendario, o un par de zapatos profundos y tres pares de plantillas (sin incluir las plantillas extraíbles brindadas con dichos zapatos que no están hechas a medida) por año calendario. La cobertura incluye la adaptación.</p>	<p>Usted paga el 20 % del costo total de los zapatos terapéuticos.</p>	<p>Usted paga \$0 de copago por zapatos terapéuticos.</p>
<p><b>Equipo médico duradero y suministros relacionados</b></p>	<p>Usted paga el 20 % del costo total del equipo médico duradero y los suministros relacionados.</p>	<p>Usted paga \$0 de copago por el equipo médico duradero y los suministros relacionados.</p>
<p><b>Atención de emergencia</b></p>	<p>Usted paga el 20 % del costo total de cada 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>Usted paga \$0 de copago por visita a una sala de emergencias.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<b>Servicios de audición</b>		
Las evaluaciones de diagnóstico de la audición y del equilibrio realizadas por su PCP con el objetivo de determinar si necesita tratamiento médico están cubiertas como atención para pacientes ambulatorios cuando las brinda un médico, un audiólogo u otro proveedor idóneo. (Cubiertas por Medicare)	Usted paga el 20 % del costo total de los exámenes de la audición de diagnóstico cubiertos por Medicare.	Usted paga \$0 de copago por cada examen de la audición de diagnóstico cubierto por Medicare.
Exámenes de la audición de rutina (no cubiertos por Medicare)	Usted paga \$0 de copago por hasta 1 examen de la audición de rutina por año.	Usted paga \$0 de copago por cada examen de la audición de rutina (no cubierto por Medicare).
Audífonos	Usted paga \$0 de copago por hasta 2 audífonos por año, incluidas la adaptación y la evaluación de los audífonos, con un límite anual de \$2,000.	Usted recibirá un reembolso de hasta \$2,000 por año 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.

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

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p><b>Atención hospitalaria para pacientes internados</b></p>	<p>Usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$1,600 de deducible por período de beneficios.</li> <li>• \$0 de copago por día para los días 1 a 60 de cada período de beneficios.</li> <li>• \$400 de copago por día para los días 61 a 90 de cada período de beneficios.</li> <li>• \$800 de copago por "día de reserva vitalicia" para los días 91 a 150 de cada período de beneficios (hasta 60 días durante la membresía).</li> <li>• 100 % de todos los costos a partir del día 151 de cada período de beneficios.</li> </ul> <p>Si reúne los requisitos para recibir asistencia con el costo compartido de Medicare a través de Medi-Cal (Medicaid), usted paga \$0.</p>	<p>Usted paga \$0 de copago.</p>

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

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p><b>Servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico</b></p>	<p>Usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$1,600 de deducible por período de beneficios.</li> <li>• \$0 de copago por día para los días 1 a 60 de cada período de beneficios.</li> <li>• \$400 de copago por día para los días 61 a 90 de cada período de beneficios.</li> <li>• \$800 de copago por "día de reserva vitalicia" para los días 91 a 150 de cada período de beneficios (hasta 60 días durante la membresía).</li> <li>• 100 % de todos los costos a partir del día 151 de cada período de beneficios.</li> </ul> <p>Si reúne los requisitos para recibir asistencia con el costo compartido de Medicare a través de Medi-Cal (Medicaid), usted paga \$0.</p>	<p>Usted paga \$0 de copago.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p><b>Internación: servicios cubiertos recibidos en un hospital o centro de enfermería especializada (SNF) durante una internación no cubierta</b></p>		
<p>Radiografías, radioterapia y terapia con isótopos, incluidos los materiales y servicios de los técnicos</p>	<p>Usted paga el 20 % del costo total de los artículos cubiertos por Medicare.</p>	<p>Usted paga \$0 de copago por los artículos cubiertos por Medicare.</p>
<p>Vendajes quirúrgicos</p>	<p>Usted paga el 20 % del costo total.</p>	<p>Usted paga \$0 de copago.</p>
<p>Tablillas, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir las fracturas y las dislocaciones</p>	<p>Usted paga el 20 % del costo total.</p>	<p>Usted paga \$0 de copago.</p>
<p>Dispositivos protésicos y ortóticos (excepto dentales) que reemplacen la totalidad o una parte de un órgano corporal interno (tejidos adyacentes inclusive), o la totalidad o una parte de la función de un órgano corporal interno inoperante en forma permanente o con una disfunción permanente, y el reemplazo o la reparación de tales dispositivos</p>	<p>Usted paga el 20 % del costo total de los artículos cubiertos por Medicare.</p>	<p>Usted paga \$0 de copago por los artículos cubiertos por Medicare.</p>
<p>Dispositivos ortopédicos para piernas, brazos, columna y cuello; bragueros, y piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos los ajustes, las reparaciones y los reemplazos necesarios debido a una rotura, un desgaste o una pérdida o a un cambio en el estado físico del paciente</p>	<p>Usted paga el 20 % del costo total de los artículos cubiertos por Medicare.</p>	<p>Usted paga \$0 de copago por los artículos cubiertos por Medicare.</p>

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

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p><b>Internación: servicios cubiertos recibidos en un hospital o centro de enfermería especializada (SNF) durante una hospitalización no cubierta (continuación)</b></p> <p>Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla</p>	<p>Usted paga el 20 % del costo total por visita.</p>	<p>Usted paga \$0 de copago por visita.</p>
<p><b>Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare</b></p>	<p>Usted paga el 20 % del costo total.</p>	<p>Usted paga \$0 de copago.</p>
<p><b>Servicios y suministros terapéuticos y pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios</b></p>	<p>Usted paga el 20 % del costo total de procedimientos/pruebas de diagnóstico, servicios de radiología de diagnóstico, servicios de radiología terapéuticos, servicios relacionados con la sangre y suministros médicos cubiertos por Medicare.</p>	<p>Usted paga \$0 de copago por procedimientos/pruebas de diagnóstico, servicios de radiología de diagnóstico, servicios de radiología terapéuticos, servicios relacionados con la sangre y suministros médicos cubiertos por Medicare.</p>

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

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p><b>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</b>                      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>Atención de la salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que, sin dicha atención, sería necesario un tratamiento para pacientes internados</p> <p>Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital</p> <p>Suministros médicos, como tablillas y yesos</p> <p>Ciertos medicamentos y productos biológicos que usted no puede autoadministrarse</p>	<p>Usted paga el 20 % del costo total de cada visita a una sala de emergencias o a un hospital para pacientes ambulatorios.</p> <p>Usted paga el 20 % del costo total.</p> <p>Usted paga el 20 % del costo total.</p> <p>Usted paga el 20 % del costo total.</p> <p>Usted paga el 20 % del costo total.</p>	<p>Usted paga \$0 de copago por cada visita a una sala de emergencias y por cada visita a un hospital para pacientes ambulatorios cubierta por Medicare.</p> <p>Usted paga \$0 de copago.</p> <p>Usted paga \$0 de copago.</p> <p>Usted paga \$0 de copago.</p> <p>Usted paga \$0 de copago.</p>
<p><b>Atención de la salud mental para pacientes ambulatorios</b></p>	<p>Usted paga el 20 % del costo total de cada visita de terapia individual o grupal.</p>	<p>Usted paga \$0 de copago por cada visita de terapia individual o grupal.</p>
<p><b>Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios</b></p>	<p>Usted paga el 20 % del costo total por visita.</p>	<p>Usted paga \$0 de copago por visita.</p>
<p><b>Servicios por abuso de sustancias adictivas para pacientes ambulatorios</b></p>	<p>Usted paga el 20 % del costo total de cada visita de terapia individual o grupal.</p>	<p>Usted paga \$0 de copago por cada visita de terapia individual o grupal cubierta por Medicare.</p>



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

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p><b>Cirugía para pacientes ambulatorios, incluidos los servicios brindados en hospitales para pacientes ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios</b></p>	<p>Usted paga el 20 % del costo total de cada visita a un centro quirúrgico ambulatorio o a un hospital para pacientes ambulatorios.</p>	<p>Usted paga \$0 de copago por cada visita a un centro quirúrgico ambulatorio o a un hospital para pacientes ambulatorios.</p>
<p><b>Artículos de venta libre (OTC, por sus siglas en inglés)</b></p>	<p>Usted tiene una asignación de \$200 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 \$210 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><b>Servicios de hospitalización parcial y servicios intensivos para pacientes ambulatorios (salud mental)</b></p>	<p>Usted paga el 20 % del costo total por visita.</p>	<p>Usted paga \$0 de copago por visita.</p>
<p><b>Servicios de podología (cubiertos por Medicare)</b></p>	<p>Usted paga el 20 % del costo total de cada visita cubierta por Medicare.</p>	<p>Usted paga \$0 de copago por cada visita cubierta por Medicare.</p>
<p><b>Dispositivos protésicos y suministros relacionados</b></p>	<p>Usted paga el 20 % del costo total de los dispositivos protésicos y suministros relacionados cubiertos por Medicare.</p>	<p>Usted paga \$0 de copago por los dispositivos protésicos y suministros relacionados cubiertos por Medicare.</p>
<p><b>Servicios de rehabilitación pulmonar</b></p>	<p>Usted paga el 20 % del costo total por visita.</p>	<p>Usted paga \$0 de copago por visita.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p><b>Servicios para tratar enfermedades renales</b> Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios</p>	<p>Usted paga el 20 % del costo total de cada tratamiento de diálisis facturado por un proveedor de diálisis idóneo y aprobado por Medicare, y por los medicamentos utilizados durante el procedimiento.</p>	<p>Usted paga \$0 de copago por cada tratamiento de diálisis facturado por un proveedor de diálisis idóneo y aprobado por Medicare, y por los medicamentos utilizados durante el procedimiento.</p>
<p>Tratamientos de diálisis para pacientes internados (si lo admiten en el hospital como paciente internado para recibir atención especializada)</p>	<p>Usted paga el 20 % del costo total.</p>	<p>Usted paga \$0 de copago.</p>
<p>Entrenamiento para el autotratamiento de diálisis. (Se incluye el entrenamiento para usted y para cualquier persona que lo ayude con sus tratamientos de diálisis en el hogar)</p>	<p>Usted paga el 20 % del costo total del entrenamiento para el autotratamiento de diálisis.</p>	<p>Usted paga \$0 de copago por el entrenamiento para el autotratamiento de diálisis.</p>
<p>Equipos y suministros de diálisis en el hogar</p>	<p>Usted paga el 20 % del costo total.</p>	<p>Usted paga \$0 de copago.</p>
<p>Algunos servicios de apoyo en el hogar (por ejemplo, cuando sean necesarias, las visitas de personas entrenadas en los tratamientos de diálisis para revisar su diálisis en el hogar, ayudarlo con cualquier emergencia y controlar su equipo de diálisis y el abastecimiento de agua)</p>	<p>Usted paga el 20 % del costo total.</p>	<p>Usted paga \$0 de copago.</p>

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

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p><b>Atención en un centro de enfermería especializada (SNF)</b></p>	<p>Para cada estadía cubierta por Medicare en un SNF, usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago para los días 1 a 20 de cada período de beneficios.</li> <li>• \$200 de copago por día para los días 21 a 100 de cada período de beneficios.</li> <li>• 100 % de todos los costos a partir del día 101.</li> </ul> <p>Hay un límite de 100 días por cada período de beneficios si, por su problema de salud, necesita servicios adicionales de rehabilitación, otros tipos de enfermería especializada diaria u otra atención especializada. Si supera el límite de 100 días, será responsable de todos los costos.</p> <p>El período de beneficios empieza el día que ingresa en un hospital o centro de enfermería especializada (SNF) y termina cuando no haya recibido ninguna atención hospitalaria para pacientes internados (o atención especializada en un SNF) durante 60 días seguidos.</p> <p>Si reúne los requisitos para recibir asistencia con el costo compartido de Medicare a través de Medi-Cal (Medicaid), usted paga \$0 de copago.</p>	<p>Usted paga \$0 de copago.</p>
<p><b>Terapia de Ejercicio Supervisado (SET, por sus siglas en inglés)</b></p>	<p>Usted paga el 20 % del costo total por visita.</p>	<p>Usted paga \$0 de copago por visita.</p>

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

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p><b>Servicios de transporte (no cubiertos por Medicare)</b></p>	<p>Usted paga \$0 de copago por cada traslado en una sola dirección a un centro de salud aprobado por el plan (sin límite de traslados en una sola dirección por año).</p>	<p>Usted paga \$0 de copago por cada traslado en una sola dirección a un centro de salud aprobado por el plan (límite de 48 traslados en una sola dirección por año).</p>
<p><b>Servicios urgentemente necesarios</b></p>	<p>Usted paga el 20 % del costo total de cada visita (no se aplica si lo admiten en el hospital en el plazo de un día por el mismo problema de salud).</p>	<p>Usted paga \$0 de copago por visita.</p>
<p><b>Atención de la vista (cubierta por Medicare)</b>                      Servicios para pacientes ambulatorios brindados por un médico para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones oculares, incluido el tratamiento de la degeneración macular asociada a la edad.                      Medicare Original no cubre exámenes de la vista de rutina (refracciones oculares) para anteojos/lentes de contacto.</p> <p>Para las personas con diabetes, las pruebas de detección de retinopatía diabética están cubiertas una vez por año.</p>	<p>Usted paga el 20 % del costo total por visita.</p> <p>Usted paga el 20 % del costo total por visita.</p>	<p>Usted paga \$0 de copago por visita.</p> <p>Usted paga \$0 de copago por visita.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p><b>Atención de la vista no cubierta por Medicare (obtenida de un proveedor de la red)</b></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 de copago ya sea por lentes de contacto <b>○</b> por un par de anteojos (armazones y lentes) cuyo valor sea de hasta \$350 por año. Si elige lentes de contacto o anteojos (armazones y lentes) de más de \$350, usted es responsable de pagar la diferencia.</p>	<p>Usted paga \$0 de copago por un par de armazones para anteojos (hasta una cantidad máxima de cobertura del beneficio del plan de \$370) cada 24 meses cuando va a un proveedor de la red. Si elige armazones para anteojos de más de \$370, usted es responsable de pagar la diferencia.</p> <p>Usted paga \$0 de copago ya sea por un par de lentes para anteojos recetados (independientemente del aumento o del tamaño) <b>○</b> por lentes de contacto (cuyo valor sea de hasta \$370, 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 \$370, usted es responsable de pagar la diferencia.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p><b>Atención de la vista no cubierta por Medicare (obtenida de un proveedor fuera de la red)</b></p> <p>Examen de la vista de rutina, refracción y receta de lentes para anteojos.</p> <p>Armazones y lentes para anteojos, incluidos los lentes simples, bifocales, trifocales y lenticulares o lentes de contacto.</p>	<p>La atención de la vista no cubierta por Medicare (obtenida de un proveedor fuera de la red) <u>no</u> está cubierta.</p> <p>El examen de la vista de rutina, la refracción y la receta de lentes para anteojos <u>no</u> están cubiertos.</p> <p>Los armazones y lentes para anteojos, incluidos los lentes simples, bifocales, trifocales y lenticulares o lentes de contacto <u>no</u> están cubiertos.</p>	<p>La atención de la vista no cubierta por Medicare (obtenida de un proveedor fuera de la red) <u>está</u> cubierta.</p> <p>Usted recibe un reembolso de hasta \$30 por un examen cada 12 meses.</p> <p>Usted recibe un reembolso de hasta \$35 por un par de armazones para anteojos cada 24 meses. Usted recibe un reembolso de hasta \$35 ya sea por un par de lentes para anteojos recetados (independientemente del aumento o del tamaño) <b>O</b> lentes de contacto cada 12 meses.</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

Si recibe “Ayuda Complementaria” 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 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)
<p><b>Etapa 1: Etapa de Deducible Anual</b></p> <p>En esta etapa, <b>usted paga el costo total</b> de sus medicamentos del Nivel 2 (medicamentos genéricos), del 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 \$505 (no se aplica al Nivel 1 [medicamentos genéricos preferidos]).</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), del 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>La cantidad de su deducible es de \$0 o \$104, o \$505, según el nivel de “Ayuda Complementaria” que usted reciba. (Consulte el encarte separado, la “Cláusula Adicional de LIS”, para conocer la cantidad de su deducible).</p>	<p>El deducible es de \$545 (no se aplica al Nivel 1 [medicamentos genéricos preferidos]).</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), del 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	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p><b>Etapa 2: Etapa de Cobertura Inicial</b> 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 <b>usted paga la suya.</b></p> <p>La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos están cubiertas sin ningún costo para usted.</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 con costo compartido estándar. Para obtener información acerca de los costos de un suministro a largo plazo, en una farmacia de la red que ofrezca costo compartido preferido, o del servicio de medicamentos recetados por correo, consulte la Sección 5 del Capítulo 6 de la <i>Evidencia de Cobertura</i>. 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 surtido en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p><b>Medicamentos genéricos preferidos, Nivel 1:</b> Usted paga \$0 por receta.</p> <p><b>Medicamentos genéricos, Nivel 2:</b> Usted paga el 25 % del costo total.</p> <p><b>Medicamentos de marca preferidos, Nivel 3:</b> Usted paga el 25 % del costo total.</p> <p><b>Medicamentos no preferidos, Nivel 4:</b> Usted paga el 25 % del costo total.</p> <p><b>Medicamentos de nivel especializado, Nivel 5:</b> Usted paga el 25 % del costo total. 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>Sus costos de un suministro para un mes surtido en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p><b>Medicamentos genéricos preferidos, Nivel 1:</b> Usted paga \$0 por receta.</p> <p><b>Medicamentos genéricos, Nivel 2:</b> Usted paga \$0, \$1.55 o \$4.50 por receta.</p> <p><b>Medicamentos de marca preferidos, Nivel 3:</b> 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><b>Medicamentos no preferidos, Nivel 4:</b> 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><b>Medicamentos de nivel especializado, Nivel 5:</b> Usted paga \$0, \$4.60 u \$11.20 por receta. 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.**

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 Cambios administrativos

Descripción	2023 (este año)	2024 (próximo año)
El próximo año cambiará el número del contrato y del Paquete de beneficios del plan (PBP, por sus siglas en inglés) de su plan Blue Shield Inspire. Esto no afectará su cobertura y no deberá hacer nada para mantener su plan.	H5928-054	H2819-002

## SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir

### Sección 3.1: Si desea permanecer en Blue Shield Inspire

**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 Inspire.

### 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 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.

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 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**, inscríbese en el nuevo plan. Su inscripción en Blue Shield Inspire 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 Inspire 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.

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 Cambio 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 Medi-Cal (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.

Debido a que tiene Medi-Cal (Medicaid), es posible que pueda terminar su membresía en nuestro plan o cambiarse a uno diferente una vez durante cada uno de los siguientes **Períodos de Inscripción Especial**:

- De enero a marzo
- De abril a junio
- De julio a septiembre

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

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 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, incluimos los diferentes tipos de ayuda que podría recibir:

- **“Ayuda Complementaria” de Medicare.** Como tiene Medi-Cal (Medicaid), usted ya está inscrito en la “Ayuda Complementaria”, también conocida como Subsidio para Personas de Bajos Ingresos. La “Ayuda Complementaria” paga parte de sus primas de medicamentos recetados, deducibles anuales y coseguros. Si usted cumple con los requisitos, no tendrá una brecha de cobertura ni estará sujeto a la multa por inscripción tardía. Si tiene preguntas sobre la “Ayuda Complementaria”, 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, 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 Medi-Cal (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 7 ¿Preguntas?

### Sección 7.1: Cómo obtener ayuda de Blue Shield Inspire

¿Tiene alguna pregunta? Estamos para ayudarlo. 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., 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 Inspire. 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**. 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, 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**). 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 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.

### 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.