



información importante

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

Blue Shield 65 Plus Plan 2 (HMO) 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 65 Plus Plan 2. 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/MAPDdocuments2025. También puede llamar a Servicio al Cliente y pedirnos que le enviemos la *Evidencia de Cobertura* por correo postal.

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

Qué debe hacer ahora

1. 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 65 Plus Plan 2.
- 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 65 Plus Plan 2.
- 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) 776-4466 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 65 Plus Plan 2

- Blue Shield of California es un plan HMO que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en Blue Shield of California depende de la renovación del contrato.
- La red de farmacias de Blue Shield of California incluye pocas farmacias de menor costo con costo compartido preferido en ciertos condados de California. Es posible que los costos más bajos publicados en los materiales de nuestro plan para estas farmacias no estén disponibles en la farmacia que usted usa. Si desea obtener información actualizada sobre las farmacias de nuestra red, e incluso saber si hay alguna farmacia de menor costo con costo compartido preferido en su área, llame a Servicio al Cliente al (800) 776-4466 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, o bien consulte el directorio de farmacias por Internet en blueshieldca.com/medpharmacy2025.
- 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 65 Plus Plan 2.

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..... | 10 |
| Sección 1.5: Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D | 14 |
| SECCIÓN 2 Cambios administrativos | 18 |
| SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir | 19 |
| Sección 3.1: Si desea permanecer en Blue Shield 65 Plus Plan 2 | 19 |
| Sección 3.2: Si desea cambiar de plan | 19 |
| SECCIÓN 4 Fecha límite para cambiar de plan | 20 |
| SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratis sobre Medicare | 21 |
| SECCIÓN 6 Programas de ayuda para el pago de medicamentos recetados | 21 |
| SECCIÓN 7 ¿Preguntas? | 22 |
| Sección 7.1: Cómo obtener ayuda de Blue Shield 65 Plus Plan 2 | 22 |
| Sección 7.2: Cómo obtener ayuda de Medicare..... | 23 |

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 65 Plus Plan 2 en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que este es solo un resumen de los costos.**

| Costo | 2024 (este año) | 2025 (próximo año) |
|---|--|--|
| <p>Prima mensual del plan*</p> <p>*Su prima puede ser mayor que esta cantidad. Consulte la Sección 1.1 para conocer los detalles.</p> | \$0 | \$0 |
| <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> | \$1,400 | \$2,100 |
| <p>Visitas al consultorio del médico</p> | <p>Visitas de atención primaria: \$0 de copago por visita</p> <p>Visitas a un especialista: \$5 de copago por visita</p> | <p>Visitas de atención primaria: \$0 de copago por visita</p> <p>Visitas a un especialista: \$5 de copago por visita</p> |
| <p>Hospitalizaciones para pacientes internados</p> | <p>Por cada estadía cubierta por Medicare en un hospital de la red, usted paga:</p> <p>\$0 de copago por admisión.</p> | <p>Por cada estadía cubierta por Medicare en un hospital de la red, usted paga:</p> <p>\$0 de copago por admisión.</p> |

| Costo | 2024 (este año) | 2025 (próximo año) |
|--|--|--|
| <p>Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D (Consulte la Sección 1.5 para conocer los detalles).</p> | <p>Deducible: \$0</p> <p>Copago/coseguro durante la Etapa de Cobertura Inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel 1 de medicamentos: \$0 o \$5* de copago • Nivel 2 de medicamentos: \$10 o \$18* de copago • Nivel 3 de medicamentos: \$40 o \$47* de copago Usted paga \$35 por un suministro para un mes de cada insulina cubierta en este nivel. • Nivel 4 de medicamentos: \$95 o \$100* de copago Usted paga \$35 por un suministro para un mes de cada insulina cubierta en este nivel. • Nivel 5 de medicamentos: 33 % de coseguro <p>*El primer copago indicado es la cantidad que usted pagará si utiliza una farmacia de la red con costo compartido preferido.</p> | <p>Deducible: \$0</p> <p>Copago/coseguro durante la Etapa de Cobertura Inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel 1 de medicamentos: \$0 o \$5* de copago • Nivel 2 de medicamentos: \$10 o \$18* de copago • Nivel 3 de medicamentos: \$40 o \$47* de copago Usted paga \$35 por un suministro para un mes de cada insulina cubierta en este nivel. • Nivel 4 de medicamentos: \$95 o \$100* de copago Usted paga \$35 por un suministro para un mes de cada insulina cubierta en este nivel. • Nivel 5 de medicamentos: 33 % de coseguro <p>*El primer copago indicado es la cantidad que usted pagará si utiliza una farmacia de la red con costo compartido preferido.</p> |

| Costo | 2024 (este año) | 2025 (próximo año) |
|--|---|---|
| <p>Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D (continuación)</p> | <p>El segundo copago indicado es la cantidad que usted pagará si utiliza una farmacia de la red con costo compartido estándar. Consulte la Sección 1.5 a continuación para obtener más información.</p> <p>Cobertura para Catástrofes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no paga nada. | <p>El segundo copago indicado es la cantidad que usted pagará si utiliza una farmacia de la red con costo compartido estándar. Consulte la Sección 1.5 a continuación para obtener más información.</p> <p>Cobertura para Catástrofes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durante esta etapa de pago, no pagará nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D. |

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). | \$0 | \$0 |
| Prima mensual para el plan dental HMO opcional suplementario | \$15 | \$16 |
| Prima mensual para el plan dental PPO opcional suplementario | \$45 | \$47 |

- Su prima mensual del plan será *mayor* si debe pagar una multa vitalicia por inscripción tardía de la Parte D por haber estado sin otra cobertura de medicamentos que fuera, como mínimo, equivalente a la cobertura de medicamentos de Medicare (lo que también se denomina “cobertura acreditable”) durante 63 días o más.
- Si tiene un ingreso más alto, es posible que deba pagar una cantidad adicional por mes directamente al Gobierno por su cobertura de medicamentos recetados de Medicare.

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) |
|---|-----------------|--|
| <p>Cantidad máxima de gastos de bolsillo</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>\$1,400</p> | <p style="text-align: center;">\$2,100</p> <p>Una vez que haya pagado \$2,100 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

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. Nuestra red incluye farmacias con costo compartido preferido, que pueden ofrecerle un costo compartido menor que el costo compartido estándar que ofrecen las otras farmacias de la red para algunos medicamentos.

Los directorios actualizados se encuentran en nuestro sitio web blueshieldca.com/medicare/providerdirectory 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/providerdirectory 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

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) |
|---|--|--|
| Servicios de ambulancia | Usted paga \$200 de copago por traslado (en una sola dirección) para los servicios de ambulancia por tierra cubiertos por Medicare. | Usted paga \$250 de copago por traslado (en una sola dirección) para los servicios de ambulancia por tierra cubiertos por Medicare. |
| Servicios dentales de rutina (no cubiertos por Medicare) | El código ADA D2989 <u>no</u> está cubierto. | Usted paga \$25 de copago por el código ADA D2989. |
| Atención de emergencia | <p>Usted paga \$125 de copago por visita a una sala de emergencias (no se aplica si lo admiten en el hospital en el plazo de un día por el mismo problema de salud).</p> <p>Cobertura a nivel mundial: Usted paga \$125 de copago por cada visita a una sala de emergencias o centro de atención urgente que estén fuera de los Estados Unidos y sus territorios (no se aplica si lo admiten en el hospital en el plazo de un día por el mismo problema de salud).</p> | <p>Usted paga \$140 de copago por visita a una sala de emergencias (no se aplica si lo admiten en el hospital en el plazo de un día por el mismo problema de salud).</p> <p>Cobertura a nivel mundial: Usted paga \$140 de copago por cada visita a una sala de emergencias o centro de atención urgente que estén fuera de los Estados Unidos y sus territorios (no se aplica si lo admiten en el hospital en el plazo de un día por el mismo problema de salud).</p> |

| Costo | 2024 (este año) | 2025 (próximo año) |
|--|--|--|
| <p>Plan dental HMO opcional suplementario</p> | <p>El código ADA D2989 <u>no</u> está cubierto.</p> <p>Este plan está disponible por una prima mensual adicional de \$15.</p> <p>Consulte la Sección 2.2 del Capítulo 4 de la <i>Evidencia de Cobertura</i> para obtener información o detalles adicionales.</p> | <p>Usted paga \$8 de copago por el código ADA D2989.</p> <p>Este plan está disponible por una prima mensual adicional de \$16.</p> <p>Consulte la Sección 2.2 del Capítulo 4 de la <i>Evidencia de Cobertura</i> para obtener información o detalles adicionales.</p> |
| <p>Plan dental PPO opcional suplementario</p> | <p>El código ADA D2989 <u>no</u> está cubierto.</p> <p>El código ADA D6089 <u>no</u> está cubierto.</p> <p>Este plan está disponible por una prima mensual adicional de \$45.</p> <p>Consulte la Sección 2.2 del Capítulo 4 de la <i>Evidencia de Cobertura</i> para obtener información o detalles adicionales.</p> | <p><u>Dentro de la red</u> Usted paga el 20 % del costo total por el código ADA D2989.</p> <p><u>Fuera de la red</u> Usted paga el 30 % del costo total por el código ADA D2989.</p> <p><u>Dentro y fuera de la red</u> Usted paga el 50 % del costo total por el código ADA D6089.</p> <p>Este plan está disponible por una prima mensual adicional de \$47.</p> <p>Consulte la Sección 2.2 del Capítulo 4 de la <i>Evidencia de Cobertura</i> para obtener información o detalles adicionales.</p> |

| Costo | 2024 (este año) | 2025 (próximo año) |
|--|--|--|
| <p>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</p> <p>Servicios en una sala de emergencias o una clínica para pacientes ambulatorios, como los servicios de observación o la cirugía para pacientes ambulatorios</p> <p>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>Usted paga \$125 de copago por visita a una sala de emergencias (no se aplica si lo admiten en el hospital en el plazo de un día por el mismo problema de salud).</p> <p>Usted paga \$30 de copago por visita para los servicios de un programa de hospitalización parcial.</p> | <p>Usted paga \$140 de copago por visita a una sala de emergencias (no se aplica si lo admiten en el hospital en el plazo de un día por el mismo problema de salud).</p> <p>Usted paga \$40 de copago por visita para los servicios de un programa de hospitalización parcial.</p> |
| <p>Servicios de hospitalización parcial y servicios intensivos para pacientes ambulatorios (salud mental)</p> | <p>Usted paga \$30 de copago por visita.</p> | <p>Usted paga \$40 de copago por visita.</p> |
| <p>Servicios para tratar enfermedades renales</p> <p>Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios (incluidos los tratamientos de diálisis cuando el paciente está temporalmente fuera del área de servicio)</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 10 % del costo total de cada tratamiento facturado por un proveedor de diálisis idóneo y aprobado por Medicare.</p> <p>Usted paga el 10 % del costo total del entrenamiento para el autotratamiento de diálisis.</p> | <p>Usted paga el 20 % del costo total de cada tratamiento facturado por un proveedor de diálisis idóneo y aprobado por Medicare.</p> <p>Usted paga el 20 % del costo total del entrenamiento para el autotratamiento de diálisis.</p> |

| Costo | 2024 (este año) | 2025 (próximo año) |
|---|---|---|
| <p>Servicios de transporte (no cubiertos por Medicare)</p> | <p>Usted paga \$0 de copago por cada traslado en una sola dirección a centros de salud aprobados por el plan (límite de 16 traslados en una sola dirección por año).</p> | <p>Usted paga \$0 de copago por cada traslado en una sola dirección a centros de salud aprobados por el plan (límite de 14 traslados en una sola dirección por año).</p> |
| <p>Servicios urgentemente necesarios</p> | <p>Usted paga \$125 de copago por cada visita a una sala de emergencias que esté fuera del área de servicio del plan, pero dentro de los Estados Unidos y sus territorios (no se aplica si lo admiten en el hospital en el plazo de un día por el mismo problema de salud).</p> <p>Cobertura a nivel mundial: Usted paga \$125 de copago por cada visita a una sala de emergencias o centro de atención urgente que estén fuera de los Estados Unidos y sus territorios (no se aplica si lo admiten en el hospital en el plazo de un día por el mismo problema de salud).</p> | <p>Usted paga \$140 de copago por cada visita a una sala de emergencias que esté fuera del área de servicio del plan, pero dentro de los Estados Unidos y sus territorios (no se aplica si lo admiten en el hospital en el plazo de un día por el mismo problema de salud).</p> <p>Cobertura a nivel mundial: Usted paga \$140 de copago por cada visita a una sala de emergencias o centro de atención urgente que estén fuera de los Estados Unidos y sus territorios (no se aplica si lo admiten en el hospital en el plazo de un día por el mismo problema de salud).</p> |

| 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 \$20 de copago por armazones para anteojos (cuyo valor habitual al por menor sea de hasta \$375) cada 24 meses cuando va a un proveedor de la red. Si elige armazones para anteojos de más de \$375, usted es responsable de pagar la diferencia.</p> | <p>Usted paga \$20 de copago por armazones para anteojos (cuyo valor habitual al por menor sea de hasta \$170) cada 24 meses cuando va a un proveedor de la red. Si elige armazones para anteojos de más de \$170, usted es responsable de pagar la diferencia.</p> |
| | <p>Usted paga \$20 de copago <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 \$375, 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 \$375, usted es responsable de pagar la diferencia.</p> | <p>Usted paga \$20 de copago <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 \$170, 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 \$170, 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

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) |
|--|---|---|
| Etapa 1: Etapa de Deducible Anual | Como no tenemos deducibles, esta etapa de pago no se aplica en su caso. | Como no tenemos deducibles, esta etapa de pago no se aplica en su caso. |

Cambios en sus costos compartidos de la Etapa de Cobertura Inicial

| Etapa | 2024 (este año) | 2025 (próximo año) |
|--|--|--|
| <p>Etapa 2: Etapa de Cobertura Inicial</p> <p>En esta etapa, el plan paga una porción del costo de sus medicamentos, y usted paga la suya.</p> <p>Hemos cambiado el nivel de ciertos medicamentos de nuestra “Lista de Medicamentos”.</p> <p>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 son los siguientes:</p> <p>Medicamentos genéricos preferidos, Nivel 1: <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$5 por receta. <i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$0 por receta.</p> <p>Medicamentos genéricos, Nivel 2: <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$18 por receta.</p> | <p>Sus costos de un suministro para un mes son los siguientes:</p> <p>Medicamentos genéricos preferidos, Nivel 1: <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$5 por receta. <i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$0 por receta.</p> <p>Medicamentos genéricos, Nivel 2: <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$18 por receta.</p> |

| Etapa | 2024 (este año) | 2025 (próximo año) |
|---|--|--|
| <p>Etapa 2: Etapa de Cobertura Inicial (continuación)</p> <p>La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos están cubiertas sin ningún costo para usted.</p> | <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$10 por receta.</p> <p>Medicamentos de marca preferidos, Nivel 3: <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$47 por receta. <i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$40 por receta.</p> <p>Medicamentos no preferidos, Nivel 4: <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$100 por receta. <i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$95 por receta.</p> <p>Medicamentos de nivel especializado, Nivel 5: <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga el 33 % del costo total. <i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga el 33 % del costo total.</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><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$10 por receta.</p> <p>Medicamentos de marca preferidos, Nivel 3: <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$47 por receta. <i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$40 por receta.</p> <p>Medicamentos no preferidos, Nivel 4: <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$100 por receta. <i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$95 por receta.</p> <p>Medicamentos de nivel especializado, Nivel 5: <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga el 33 % del costo total. <i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga el 33 % del costo total.</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 la 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 preferido o 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 preferido o 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. |

SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir

Sección 3.1: Si desea permanecer en Blue Shield 65 Plus Plan 2

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 65 Plus Plan 2.

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. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, consulte la Sección 1.1, que habla sobre una posible multa por inscripción tardía de la Parte D.

Para obtener más información sobre Medicare Original y los diferentes tipos de planes de Medicare, use el Buscador de planes de Medicare (Medicare Plan Finder) (www.medicare.gov/plan-compare), 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 65 Plus Plan 2 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 65 Plus Plan 2 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.

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 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.

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, 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

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/>).

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.

- **“Ayuda Adicional” de Medicare.** Las personas con ingresos limitados pueden tener derecho a recibir “Ayuda Adicional” para pagar los costos de sus medicamentos recetados. Si usted cumple con los requisitos, Medicare podría pagar hasta el 75 % o más de los costos de sus medicamentos, incluidas las primas mensuales de medicamentos recetados, los deducibles anuales y los coseguros. Además, quienes cumplan con los requisitos no tendrán una multa por inscripción tardía. Para averiguar si usted cumple con los requisitos, llame a alguno de los siguientes contactos:
 - Medicare, al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 1-877-486-2048 durante las 24 horas, 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 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 o visite Medicare.gov.

SECCIÓN 7 ¿Preguntas?

Sección 7.1: Cómo obtener ayuda de Blue Shield 65 Plus Plan 2

¿Tiene alguna pregunta? Estamos para ayudarle. Llame a Servicio al Cliente al (800) 776-4466. (Los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 711). Estamos disponibles para recibir consultas telefónicas de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., 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 65 Plus Plan 2. 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/MAPDdocuments2025. 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.



blueshieldca.com/medicare

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