

Notificación Anual de Cambios para el año 2024

Actualmente, usted está inscrito como miembro de Blue Shield Rx Enhanced. 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/PDPdocuments2024. 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 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.
- 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 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 Rx Enhanced.
- 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 Rx Enhanced.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible de forma gratuita en español.
- Comuníquese con Servicio al Cliente llamando al **(888) 239-6469** 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.

Acerca de Blue Shield Rx Enhanced

- Blue Shield of California es un plan PDP 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 muy pocas farmacias preferidas de menor costo en 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. Para obtener información actualizada sobre las farmacias de nuestra red, e incluso saber si hay alguna farmacia preferida de menor costo en su área, llame al (888) 239-6469 [TTY: 711], de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., cualquier día de la semana, o bien consulte el directorio de farmacias por Internet en **blueshieldca.com/medpharmacy2024**.
- 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 Rx Enhanced.

S2468_23_518B_004_M_SP Accepted 08292023

Notificación Anual de Cambios para el año 2024
Índice

Resumen de costos importantes para 2024.....	4
SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año.....	6
Sección 1.1: Cambios en la prima mensual.....	6
Sección 1.2: Cambios en la red de farmacias.....	6
Sección 1.3: Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D.....	6
SECCIÓN 2 Cómo decidir qué plan elegir.....	9
Sección 2.1: Si desea permanecer en Blue Shield Rx Enhanced.....	9
Sección 2.2: Si desea cambiar de plan.....	10
SECCIÓN 3 Fecha límite para cambiar de plan.....	11
SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare.....	11
SECCIÓN 5 Programas de ayuda para el pago de medicamentos recetados.....	11
SECCIÓN 6 ¿Preguntas?.....	12
Sección 6.1: Cómo obtener ayuda de Blue Shield Rx Enhanced.....	12
Sección 6.2: Cómo obtener ayuda de Medicare.....	12

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 Rx Enhanced en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que este es solo un resumen de los costos.**

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Prima mensual del plan*</p> <p>*Su prima puede ser mayor o menor que esta cantidad. Consulte la Sección 1.1 para conocer los detalles.</p>	\$172.50	\$188.40
<p>Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D (Consulte la Sección 1.3 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: \$2 u \$11* de copago • Nivel 2 de medicamentos: \$7 o \$14* de copago • Nivel 3 de medicamentos: \$43 o \$47* de copago Usted paga \$35 por un suministro para un mes de cada insulina cubierta en este nivel. • Nivel 4 de medicamentos: 42 % o 45 %* de coseguro • Nivel 5 de medicamentos: 33 % de coseguro 	<p>Deducible: \$0</p> <p>Copago/coseguro durante la Etapa de Cobertura Inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel 1 de medicamentos: \$2 u \$11* de copago • Nivel 2 de medicamentos: \$7 o \$14* de copago • Nivel 3 de medicamentos: \$43 o \$47* de copago Usted paga \$35 por un suministro para un mes de cada insulina cubierta en este nivel. • Nivel 4 de medicamentos: 47 % o 50 %* de coseguro Usted paga \$35 por un suministro para un mes de cada insulina cubierta en este nivel. • Nivel 5 de medicamentos: 33 % de coseguro

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D (continuación)</p>	<p>*La primera cantidad indicada es lo que usted pagará si utiliza una farmacia de la red con costo compartido preferido.</p> <p>La segunda cantidad indicada es lo que usted pagará si utiliza una farmacia de la red con costo compartido estándar. Consulte la Sección 1.3 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 la mayor porción del costo de sus medicamentos cubiertos. • 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 coseguro), 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). 	<p>*La primera cantidad indicada es lo que usted pagará si utiliza una farmacia de la red con costo compartido preferido.</p> <p>La segunda cantidad indicada es lo que usted pagará si utiliza una farmacia de la red con costo compartido estándar. Consulte la Sección 1.3 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.

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)
Prima mensual	\$172.50	\$188.40
(También debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare, a menos que Medi-Cal [Medicaid] la pague por usted).		

- Su prima mensual del plan será *mayor* si debe pagar una multa vitalicia por inscripción tardía de la Parte D por haber estado sin otra cobertura de medicamentos que fuera, como mínimo, equivalente a la cobertura de medicamentos de Medicare (lo que también se denomina “cobertura acreditable”) durante 63 días o más.
- Si tiene un ingreso más alto, es posible que deba pagar una cantidad adicional por mes directamente al Gobierno por su cobertura de medicamentos recetados de Medicare.
- Su prima mensual será *menor* si usted recibe “Ayuda Complementaria” para el pago de los costos de sus medicamentos recetados. Para obtener información sobre la “Ayuda Complementaria” de Medicare, consulte la Sección 5.

Sección 1.2: Cambios en la red de 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.

Se han realizado cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. Puede obtener acceso al *Directorio de Farmacias* actualizado en nuestro sitio web blueshieldca.com/medpharmacy2024. También puede llamar a Servicio al Cliente para solicitar información actualizada sobre los proveedores o pedirnos que le enviemos un *Directorio de Farmacias* por correo postal. **Consulte el *Directorio de Farmacias 2024* para averiguar qué farmacias están en nuestra red.**

Es importante que sepa que, durante el año, podemos cambiar las farmacias que forman parte de su plan. Si un cambio de mitad de año en nuestras farmacias lo afecta, comuníquese con Servicio al Cliente para que podamos ayudarlo.

Sección 1.3: 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 7 de su Evidencia de Cobertura y hable con su médico para conocer sus opciones, como pedir un suministro temporal, solicitar una excepción o buscar un medicamento nuevo. También puede comunicarse con Servicio al Cliente para obtener más información.

Cambios en los costos de los medicamentos recetados

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

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

Cambios en la Etapa de Deducible

Etapa	2023 (este año)	2024 (próximo año)
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	2023 (este año)	2024 (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>Los costos de esta fila corresponden a un suministro para un mes (30 días) cuando hace surtir su receta en una farmacia de la red. Para obtener información acerca de los costos de un suministro a largo plazo o del servicio de medicamentos recetados por correo, consulte la Sección 5 del Capítulo 4 de la <i>Evidencia de Cobertura</i>.</p> <p>Hemos cambiado el nivel de ciertos medicamentos de nuestra “Lista de Medicamentos”. Para averiguar si los medicamentos que usted toma estarán en otro nivel, búsquelos en la “Lista de Medicamentos”.</p> <p>La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos están cubiertas sin ningún costo para usted.</p>	<p>Sus costos de un suministro para un mes en una farmacia de la red:</p> <p>Medicamentos genéricos preferidos, Nivel 1: <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$11 por receta.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$2 por receta.</p> <p>Medicamentos genéricos, Nivel 2: <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$14 por receta.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$7 por receta.</p> <p>Medicamentos de marca preferidos, Nivel 3: <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$47 por receta.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$43 por receta.</p> <p>Usted paga \$35 por un suministro para un mes de cada insulina cubierta en este nivel.</p> <p>Medicamentos no preferidos, Nivel 4: <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga el 45 % del costo total.</p>	<p>Sus costos de un suministro para un mes en una farmacia de la red:</p> <p>Medicamentos genéricos preferidos, Nivel 1: <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$11 por receta.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$2 por receta.</p> <p>Medicamentos genéricos, Nivel 2: <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$14 por receta.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$7 por receta.</p> <p>Medicamentos de marca preferidos, Nivel 3: <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$47 por receta.</p> <p>Usted paga \$35 por un suministro para un mes de cada insulina cubierta en este nivel.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$43 por receta.</p> <p>Medicamentos no preferidos, Nivel 4: <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga el 50 % del costo total.</p>

Etapa	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Etapa 2: Etapa de Cobertura Inicial (continuación)	<p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga el 42 % del costo total.</p> <p>Medicamentos de nivel especializado, Nivel 5:</p> <p><i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga el 33 % del costo total.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga el 33 % del costo total.</p> <p>-----</p> <p>Una vez que el total de sus costos por medicamentos alcance los \$4,660, pasará a la siguiente etapa (la Etapa de Brecha de Cobertura).</p>	<p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga el 47 % del costo total.</p> <p>Usted paga \$35 por un suministro para un mes de cada insulina cubierta en este nivel.</p> <p>Medicamentos de nivel especializado, Nivel 5:</p> <p><i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga el 33 % del costo total.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga el 33 % del costo total.</p> <p>-----</p> <p>Una vez que el total de sus costos por medicamentos alcance los \$5,030, pasará a la siguiente etapa (la Etapa de Brecha de Cobertura).</p>

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

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

A partir de 2024, si usted alcanza la Etapa de Cobertura para Catástrofes, no pagará nada por los medicamentos de la Parte D cubiertos.

Para obtener información específica acerca de sus costos en estas etapas, consulte las Secciones 6 y 7 del Capítulo 4 de la *Evidencia de Cobertura*.

SECCIÓN 2 Cómo decidir qué plan elegir

Sección 2.1: Si desea permanecer en Blue Shield Rx Enhanced

Para seguir en nuestro plan, no tiene que hacer nada. Si usted no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre, se lo inscribirá automáticamente en nuestro plan Blue Shield Rx Enhanced.

Sección 2.2: Si desea cambiar de plan

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

Paso 1: Conozca y compare sus opciones

- Puede inscribirse en otro plan de medicamentos recetados de Medicare.
- *O BIEN* puede cambiarse a un plan de salud de Medicare. Algunos planes de salud de Medicare también incluyen cobertura de medicamentos recetados de la Parte D.
- *O BIEN* puede mantener su cobertura de salud actual de Medicare y dejar su cobertura de medicamentos recetados de Medicare.

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

Recuerde que California Physicians' Service (que opera bajo el nombre de Blue Shield of California) ofrece otros planes de medicamentos recetados 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 medicamentos recetados de Medicare**, inscríbese en el nuevo plan. Su inscripción en Blue Shield Rx Enhanced se cancelará automáticamente.
- Para **cambiarse a un plan de salud de Medicare**, inscríbese en el nuevo plan. De acuerdo con el tipo de plan que usted elija, es posible que su inscripción en Blue Shield Rx Enhanced se cancele automáticamente.
 - Si se inscribe en cualquier plan de salud de Medicare que incluya cobertura de medicamentos recetados de la Parte D, su inscripción en Blue Shield Rx Enhanced se cancelará automáticamente. Su inscripción también se cancelará automáticamente si se inscribe en un plan HMO o PPO de Medicare, incluso si ese plan no incluye cobertura de medicamentos recetados.
 - Si elige un plan privado de pago por servicio sin cobertura de medicamentos de la Parte D, un plan de cuentas de ahorros médicos de Medicare o un plan de costos de Medicare, puede inscribirse en ese nuevo plan y mantener Blue Shield Rx Enhanced para su cobertura de medicamentos. La inscripción en uno de estos tipos de planes no cancelará automáticamente su inscripción en Blue Shield Rx Enhanced. Si se inscribe en este tipo de plan y quiere dejar el nuestro, deberá pedir la cancelación de su inscripción en Blue Shield Rx Enhanced. Para pedir la cancelación de la inscripción, deberá enviarnos una solicitud por escrito o comunicarse con Medicare 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).
- Para **cambiarse a Medicare Original sin un plan de medicamentos recetados**, puede:
 - Enviarnos una solicitud por escrito para que cancelemos su inscripción. Comuníquese con Servicio al Cliente si necesita obtener más información sobre cómo hacer esto.
 - *O bien* comunicarse con **Medicare** llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) durante las 24 horas, cualquier día de la semana, para solicitar la cancelación de la inscripción. Los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 3 Fecha límite para cambiar de plan

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

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

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

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

SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare

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

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

SECCIÓN 5 Programas de ayuda para el pago de medicamentos recetados

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

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

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

SECCIÓN 6 ¿Preguntas?

Sección 6.1: Cómo obtener ayuda de Blue Shield Rx Enhanced

¿Tiene alguna pregunta? Estamos para ayudarlo. Llame a Servicio al Cliente al **(888) 239-6469**. **(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 Rx Enhanced. 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/PDPdocuments2024. 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 farmacias (*Directorio de Farmacias*) y nuestra *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario/"Lista de Medicamentos")*.

Sección 6.2: Cómo obtener ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare:

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

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

Visite el sitio web de Medicare

Visite el sitio web de Medicare (www.medicare.gov). Allí encontrará información sobre los costos, la cobertura y las calificaciones por estrellas de calidad que lo ayudarán a comparar los planes de

Notificación Anual de Cambios de Blue Shield Rx Enhanced para el año 2024

medicamentos recetados 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.