

información importante

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

Blue Shield 65 Plus (HMO) ofrecido por California Physicians' Service (que opera bajo el nombre de Blue Shield of California)

Notificación Anual de Cambios para el año 2022

Actualmente, usted está inscrito como miembro de Blue Shield 65 Plus. El próximo año, habrá algunos cambios en los costos y beneficios del plan. *En este folleto, se explican esos cambios.*

- **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.
 - Es importante que revise su cobertura ahora para asegurarse de que satisfaga sus necesidades para el próximo año.
 - ¿Los cambios afectan los servicios que usted usa?
 - Consulte las Secciones 1.5 y 1.6 para obtener información sobre los cambios en los beneficios y costos de nuestro plan.
- Controle los cambios en el folleto de nuestra cobertura de medicamentos recetados para averiguar si lo afectan o no.
 - ¿Sus medicamentos estarán cubiertos?
 - ¿Sus medicamentos están en un nivel diferente, con distintos costos compartidos?
 - ¿Alguno de sus medicamentos tiene restricciones nuevas, como que sea necesario obtener nuestra aprobación antes de surtir su receta?
 - ¿Puede seguir usando las mismas farmacias? ¿Se produjo algún cambio en el costo del uso de esta farmacia?
 - Revise la Lista de Medicamentos de 2022 y consulte la Sección 1.6 para obtener información sobre los cambios en nuestra cobertura de medicamentos.
 - Es posible que los costos de sus medicamentos hayan aumentado desde el año pasado. Hable con su médico sobre la disponibilidad de alternativas de menor costo; esto posiblemente le permita ahorrar dinero en los costos de bolsillo anuales a lo largo del año. Para obtener información adicional sobre los precios de los medicamentos, visite [go.medicare.gov/drugprices](https://www.go.medicare.gov/drugprices) y haga clic en el enlace “dashboards” (tableros) en el medio de la segunda Nota hacia el final de la página. Estos tableros muestran cuáles fabricantes han aumentado sus precios y otra información relacionada con los precios de los medicamentos año tras año. Tenga en cuenta que los beneficios de su plan determinarán con exactitud cuánto pueden cambiar los costos de sus propios medicamentos.

- Controle si sus médicos y demás proveedores estarán en nuestra red el próximo año.
 - ¿Sus médicos, incluidos los especialistas a los que visita habitualmente, forman parte de nuestra red?
 - ¿Y los hospitales y demás proveedores que usa?
 - Consulte la Sección 1.3 para obtener información sobre nuestro *Directorio de Proveedores*.

- Piense en sus costos generales de atención de la salud.
 - ¿Cuántos gastos de bolsillo tendrá por los servicios y los medicamentos recetados que usa habitualmente?
 - ¿Cuánto gastará en su prima y en deducibles?
 - ¿Cómo son sus costos totales del plan en comparación con otras opciones de cobertura 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 la función de búsqueda personalizada del Buscador de planes de Medicare (Medicare Plan Finder) en el sitio web www.medicare.gov/plan-compare.
 - Revise la lista que está en la parte de atrás de su folleto *Medicare & You 2022* (Medicare y usted 2022).
 - Consulte la Sección 3.2 para obtener más información acerca de sus opciones.

- 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 2021, se lo inscribirá en Blue Shield 65 Plus.
- Si desea cambiarse a un **plan diferente** que se adapte mejor a sus necesidades, puede hacerlo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre.

4. INSCRÍBASE: Para cambiar de plan, inscríbese en un plan entre el **15 de octubre** y el **7 de diciembre de 2021**.

- Si no se inscribe en otro plan antes del **7 de diciembre de 2021**, se lo inscribirá en Blue Shield 65 Plus.
- Si se inscribe en otro plan antes del **7 de diciembre de 2021**, su nueva cobertura empezará el **1 de enero de 2022**. La inscripción en su plan actual se cancelará automáticamente.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible de forma gratuita en español.
- Comuníquese con Atención al Cliente llamando al (800) 776-4466 para solicitar información adicional. (Los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 711). El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., cualquier día de la semana, durante todo el año.
- Si desea recibir los materiales de su plan por correo electrónico, 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 “Go paperless” (Quiero materiales digitales) 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 Atención 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

- 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.
- En este folleto, 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.

Resumen de costos importantes para 2022

En el cuadro a continuación, se comparan los costos de 2021 con los costos de 2022 para Blue Shield 65 Plus en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que este es solo un resumen de los cambios.** Puede encontrar una copia de la *Evidencia de Cobertura* en nuestro sitio web blueshieldca.com/MAPDdocuments2022. También puede llamar a Atención al Cliente y pedirnos que le enviemos la *Evidencia de Cobertura* por correo postal.

Costo	2021 (este año)	2022 (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>	\$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>	\$2,799	\$2,799
<p>Visitas al consultorio del médico</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>Hospitalizaciones para pacientes internados</p> <p>Se incluyen servicios hospitalarios para enfermedades agudas, servicios de rehabilitación, atención hospitalaria a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes internados. La atención hospitalaria para pacientes internados empieza el día en que lo admiten formalmente en el hospital con la orden de un médico. El día anterior a que le den el alta es su último día como paciente internado.</p>	<p>Para cada estadía cubierta por Medicare en un hospital de la red, usted paga:</p> <p>\$0 de copago por admisión.</p>	<p>Para cada estadía cubierta por Medicare en un hospital de la red, usted paga:</p> <p>\$0 de copago por admisión.</p>

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
<p>Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D (Consulte la Sección 1.6 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 • Nivel 4 de medicamentos: \$95 o \$100* de copago • 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>El segundo copago indicado es la cantidad que usted pagará si utiliza una farmacia de la red con costo compartido estándar. Consulte la Sección 1.6 a continuación para obtener más información.</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 • Nivel 4 de medicamentos: \$95 o \$100* de copago • 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>El segundo copago indicado es la cantidad que usted pagará si utiliza una farmacia de la red con costo compartido estándar. Consulte la Sección 1.6 a continuación para obtener más información.</p>

Notificación Anual de Cambios para el año 2022

Índice

Resumen de costos importantes para 2022	1
SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año.....	4
Sección 1.1: Cambios en la prima mensual	4
Sección 1.2: Cambios en su cantidad máxima de gastos de bolsillo	4
Sección 1.3: Cambios en la red de proveedores	5
Sección 1.4: Cambios en la red de farmacias	6
Sección 1.5: Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos.....	6
Sección 1.6: Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D	10
SECCIÓN 2 Cambios administrativos.....	14
SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir	14
Sección 3.1: Si desea permanecer en Blue Shield 65 Plus	14
Sección 3.2: Si desea cambiar de plan	15
SECCIÓN 4 Fecha límite para cambiar de plan	16
SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare	16
SECCIÓN 6 Programas de ayuda para el pago de medicamentos recetados	16
SECCIÓN 7 ¿Preguntas?	17
Sección 7.1: Cómo obtener ayuda de Blue Shield 65 Plus	17
Sección 7.2: Cómo obtener ayuda de Medicare.....	18

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

Sección 1.1: Cambios en la prima mensual

Costo	2021 (este año)	2022 (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	\$11.60	\$12.40
Prima mensual para el plan dental PPO opcional suplementario	\$40.50	\$41.90

- 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 7.

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

Con el fin de protegerlo, 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	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Cantidad máxima de gastos de bolsillo Sus costos por servicios médicos cubiertos (como copagos) cuentan para su cantidad máxima de gastos de bolsillo. Sus costos por medicamentos recetados no cuentan para su cantidad máxima de gastos de bolsillo.	\$2,799	\$2,799 Una vez que haya pagado \$2,799 de gastos de bolsillo por servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no pagará nada por sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año calendario.

Sección 1.3: Cambios en la red de proveedores

Se han realizado cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. Puede obtener acceso al *Directorio de Proveedores* actualizado en nuestro sitio web blueshieldca.com/MAPDdocuments2022. También puede llamar a Atención al Cliente para solicitar información actualizada sobre los proveedores o pedirnos que le enviemos un *Directorio de Proveedores* por correo postal. **Consulte el Directorio de Proveedores 2022 para averiguar si sus proveedores (médico de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red.**

Es importante que sepa que, durante el año, podemos cambiar los hospitales, los médicos y los especialistas (proveedores) que forman parte de nuestro plan. Hay varias razones por las que un proveedor podría dejar de formar parte de su plan. En el caso de que su médico o especialista efectivamente deje de formar parte de su plan, usted cuenta con los derechos y las medidas de protección que se resumen a continuación:

- Si bien nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, debemos brindarle acceso ininterrumpido a médicos y especialistas idóneos.
- Intentaremos, de buena fe, enviarle un aviso con al menos 30 días de anticipación cuando uno de sus proveedores deje de formar parte de nuestro plan, de modo que tenga tiempo suficiente para seleccionar un nuevo proveedor.
- Lo ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor idóneo para que siga brindándole atención de la salud.
- Si usted está bajo tratamiento médico, tiene derecho a solicitar —y trabajaremos junto con usted para garantizar que así sea— que no se interrumpa el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo.
- Si considera que no le hemos facilitado un proveedor idóneo para sustituir a su proveedor anterior o que su atención no se está brindando de manera adecuada, tiene derecho a apelar nuestra decisión.

- Si se le informa que su médico o especialista ya no formará parte de nuestro plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor que gestione su atención médica.

Sección 1.4: 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/medpharmacy2022. También puede llamar a Atención 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 2022* para averiguar qué farmacias están en nuestra red.**

Sección 1.5: Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos

El próximo año, cambiaremos nuestra cobertura de ciertos servicios médicos. La información que se brinda a continuación describe estos cambios. Para conocer los detalles de la cobertura y los costos de estos servicios, consulte el Capítulo 4, *Cuadro de Beneficios Médicos: lo que está cubierto y lo que debe pagar*, de su *Evidencia de Cobertura de 2022*.

Servicios del programa de tratamiento de opioides

Los miembros de nuestro plan que tengan trastorno por abuso de opioides (OUD, por sus siglas en inglés) podrán obtener la cobertura de los servicios para tratar este trastorno a través de un Programa de Tratamiento de Opioides (OTP, por sus siglas en inglés), que incluye los siguientes servicios:

- Medicamentos aprobados por la Administración de Medicamentos y Alimentos (Food and Drug Administration, FDA) de los EE. UU. para el tratamiento agonista y antagonista por abuso de opioides; tratamiento asistido por medicamentos (MAT, por sus siglas en inglés)
- Surtido y administración de medicamentos para MAT (si corresponde)
- Asesoramiento sobre abuso de sustancias
- Terapia individual o grupal
- Prueba toxicológica
- Actividades de consumo
- Evaluaciones periódicas

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Servicios dentales de rutina	Los servicios dentales de rutina <u>no</u> están cubiertos.	Los servicios dentales de rutina <u>están</u> cubiertos. Consulte la Sección 2.1 del Capítulo 4 (debajo del Cuadro de Beneficios Médicos) de la <i>Evidencia de Cobertura</i> para obtener más información sobre lo que está cubierto y lo que usted debe pagar.

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Servicios urgentemente necesarios	<p>Usted paga \$5 de copago por cada visita a un centro de atención urgente de la red que esté dentro del área de servicio del plan. (Este copago <u>no se cancela</u> si lo admiten en un hospital en el plazo de un día por el mismo problema de salud).</p> <p>Usted paga \$5 de copago por cada visita a un centro de atención urgente o consultorio médico ubicados fuera del área de servicio del plan, pero dentro de los Estados Unidos y sus territorios. (Este copago <u>no se cancela</u> si lo admiten en un hospital en el plazo de un día por el mismo problema de salud).</p> <p>Cobertura urgente a nivel mundial: Usted paga \$85 de copago por visita. (Este copago <u>no se cancela</u> si lo admiten en un hospital en el plazo de un día por el mismo problema de salud).</p>	<p>Usted paga \$5 de copago por cada visita a un centro de atención urgente de la red que esté dentro del área de servicio del plan. (Este copago <u>se cancela</u> si lo admiten en un hospital en el plazo de un día por el mismo problema de salud).</p> <p>Usted paga \$5 de copago por cada visita a un centro de atención urgente o consultorio médico ubicados fuera del área de servicio del plan, pero dentro de los Estados Unidos y sus territorios. (Este copago <u>se cancela</u> si lo admiten en un hospital en el plazo de un día por el mismo problema de salud).</p> <p>Cobertura urgente a nivel mundial: Usted paga \$85 de copago por visita. (Este copago <u>se cancela</u> si lo admiten en un hospital en el plazo de un día por el mismo problema de salud).</p>

Costo	2021 (este año)	2022 (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, y lentes de contacto</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$20 de copago por un par de armazones para anteojos (hasta una cantidad máxima de cobertura de beneficios del plan de \$100) cada 24 meses cuando acude a un proveedor de la red. Si escoge armazones para anteojos de más de \$100, usted es responsable de pagar la diferencia. • Usted paga \$20 de copago <u>ya sea</u> por un par de lentes para anteojos recetados O por lentes de contacto (hasta una cantidad máxima de cobertura de beneficios del plan de \$100, incluidos los servicios y los materiales) cada 12 meses cuando acude a un proveedor de la red. Si elige lentes de contacto cuyos servicios y materiales tienen un valor superior a \$100, usted será responsable por la diferencia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$20 de copago por un par de armazones para anteojos (hasta una cantidad máxima de cobertura de beneficios del plan de \$65) cada 24 meses cuando acude a un proveedor de la red. Si escoge armazones para anteojos de más de \$65, usted es responsable de pagar la diferencia. • Usted paga \$20 de copago <u>ya sea</u> por un par de lentes para anteojos recetados O por lentes de contacto (hasta una cantidad máxima de cobertura de beneficios del plan de \$65, incluidos los servicios y los materiales) cada 12 meses cuando acude a un proveedor de la red. Si elige lentes de contacto cuyos servicios y materiales tienen un valor superior a \$65, usted será responsable por la diferencia.

Sección 1.6: 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, incluidos cambios en los medicamentos que cubrimos y cambios en las restricciones que se aplican a nuestra cobertura de ciertos medicamentos. **Consulte la Lista de Medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos el próximo año y para saber si habrá alguna restricción.**

Si usted se ve afectado por alguno de los cambios en la cobertura de medicamentos, puede:

- **Trabajar junto con su médico (u otro profesional que extienda recetas) y solicitarle al plan que haga una excepción** y cubra el medicamento. **Recomendamos a los miembros actuales** que soliciten una excepción antes del próximo año.
 - Para saber qué debe hacer para solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 de la *Evidencia de Cobertura, Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*, o llame a Atención al Cliente.
- **Trabajar junto con su médico (u otro profesional que extienda recetas) para encontrar otro medicamento** que esté cubierto. Puede llamar a Atención al Cliente para solicitar una lista de los medicamentos cubiertos que se utilizan para tratar el mismo problema de salud.

En algunas situaciones, debemos cubrir un suministro temporal de un medicamento que no está incluido en el formulario durante los primeros 90 días del año del plan o los primeros 90 días de membresía para evitar una brecha en el tratamiento. (Para obtener más información sobre cuándo puede recibir un suministro temporal y cómo debe solicitarlo, consulte la Sección 5.2 del Capítulo 5 de la *Evidencia de Cobertura*). Mientras esté recibiendo un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su médico para decidir qué hacer cuando se acabe su suministro temporal. Puede optar por cambiar de medicamento y elegir uno que esté cubierto por el plan o solicitarle al plan que haga una excepción y cubra su medicamento actual.

Si hacemos una excepción y decidimos cubrir un medicamento que no está incluido en nuestra lista de medicamentos, esta cobertura vencerá al final del año de beneficios del plan, **a menos que se le informe lo contrario al momento de aprobar la excepción**. Consulte el Capítulo 9 de su *Evidencia de Cobertura* para conocer los detalles sobre cómo solicitar una excepción.

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.

Cuando hagamos estos cambios en la Lista de Medicamentos durante el año, aún podrá trabajar junto con su médico (u otro profesional que extienda recetas) y solicitarnos que hagamos una

excepción y cubramos el medicamento. También seguiremos actualizando nuestra Lista de Medicamentos en Internet según lo programado y brindando cualquier otra información necesaria para reflejar los cambios en los medicamentos. (Para obtener más información sobre los cambios que podemos hacer a la Lista de Medicamentos, consulte la Sección 6 del Capítulo 5 de la Evidencia de Cobertura).

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 2021, debe comunicarse con Atención al Cliente y solicitar la “Cláusula Adicional de LIS”.

Hay cuatro “etapas de pago de medicamentos”. La cantidad que usted deberá pagar por sus medicamentos de la Parte D dependerá de la etapa de pago de medicamentos en la que esté. (Puede consultar la Sección 2 del Capítulo 6 de su *Evidencia de Cobertura* para obtener más información acerca de estas etapas).

La información a continuación muestra los cambios para el próximo año 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 y la Etapa de Cobertura para Catástrofes. Para obtener información acerca de sus costos en estas etapas, consulte las Secciones 6 y 7 del Capítulo 6 de la *Evidencia de Cobertura*, que se encuentra en nuestro sitio web blueshieldca.com/MAPDdocuments2022. También puede llamar a Atención al Cliente y pedirnos que le enviemos la *Evidencia de Cobertura* por correo postal).

Cambios en la Etapa de Deducible

Etapa	2021 (este año)	2022 (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

Para saber cómo funcionan los copagos y los coseguros, consulte la Sección 1.2 del Capítulo 6, *Tipos de costos de bolsillo que usted puede pagar por sus medicamentos cubiertos*, de su *Evidencia de Cobertura*.

Etapa	2021 (este año)	2022 (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 6 de la <i>Evidencia de Cobertura</i>.</p> <p>Hemos cambiado el nivel de ciertos medicamentos de nuestra Lista de Medicamentos. Para averiguar si los medicamentos que usted toma estarán en otro nivel, búselos en la Lista de Medicamentos.</p>	<p>Sus costos de un suministro para un mes surtido en una farmacia de la red:</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. <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>Sus costos de un suministro para un mes surtido en una farmacia de la red:</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. <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>

Etapa	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Etapa 2: Etapa de Cobertura Inicial (continuación)	<p>Medicamentos de nivel especializado, Nivel 5: <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga el 33% del costo total.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga el 33% del costo total.</p> <p>Una vez que el total de sus costos por medicamentos alcance los \$4,130, pasará a la siguiente etapa (la Etapa de Brecha de Cobertura).</p>	<p>Medicamentos de nivel especializado, Nivel 5: <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga el 33% del costo total.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga el 33% del costo total.</p> <p>Una vez que el total de sus costos por medicamentos alcance los \$4,430, 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.** Para obtener información 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	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Atención al Cliente (horario de atención)	De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., cualquier día de la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., los sábados y domingos), desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre	De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., cualquier día de la semana, durante todo el año
Cambios en las opciones de pago de la multa por inscripción tardía y/o la prima del plan dental opcional suplementario	Puede pagar la multa por inscripción tardía y/o la prima del plan dental opcional suplementario a través de un cheque o un pago automático con tarjeta de crédito o cuenta bancaria, o bien puede hacer que la multa por inscripción tardía y/o la prima del plan dental opcional suplementario se deduzca de su cheque mensual del Seguro Social.	Además de las opciones disponibles en 2021, podrá ver y/o pagar la multa por inscripción tardía y/o la prima del plan dental opcional suplementario por Internet o por teléfono. Consulte la Evidencia de Cobertura del plan para obtener detalles adicionales.
Administrador del Plan Dental (DPA, por sus siglas en inglés) (horario de atención)	De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. (excepto días feriados)	De lunes a viernes, de 5:00 a. m. a 8:00 p. m. (excepto días feriados)

SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir

Sección 3.1: Si desea permanecer en Blue Shield 65 Plus

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 nuestro plan Blue Shield 65 Plus.

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 2022, debe seguir los pasos a continuación:

Paso 1: Conozca y compare sus opciones

- Puede inscribirse en otro plan de salud de Medicare dentro de los plazos correspondientes.
- *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 2.1, 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, lea el folleto *Medicare & You 2022* (Medicare y usted 2022), comuníquese con su Programa Estatal de Asistencia para Seguros de Salud (consulte la Sección 5) o llame a Medicare (consulte la Sección 7.2).

También puede obtener información sobre los planes que están disponibles en su área utilizando el Buscador de planes de Medicare (Medicare Plan Finder), que está en el sitio web de Medicare. Visite www.medicare.gov/plan-compare. **Allí podrá encontrar información sobre los costos, la cobertura y las calificaciones de calidad de los planes de Medicare.**

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 65 Plus 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 65 Plus 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 Atención al Cliente si necesita obtener más información sobre cómo hacer esto (los números de teléfono están en la Sección 7.1 de este folleto).
 - *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 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 2022.

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

En ciertas situaciones, se permiten cambios en otros momentos del año. Por ejemplo, es posible que 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 puedan hacer cambios en otros momentos del año. Para obtener más información, consulte la Sección 2.3 del Capítulo 10 de la *Evidencia de Cobertura*.

Si usted se inscribió en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2022 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 2022. Para obtener más información, consulte la Sección 2.2 del Capítulo 10 de la *Evidencia de Cobertura*.

SECCIÓN 5 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 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).

El HICAP es independiente (no está unido a ninguna compañía de seguros ni a ningún plan 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 (www.aging.ca.gov).

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 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. Muchas personas reúnen los requisitos necesarios y ni siquiera lo saben. 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 7:00 a. m. a 7:00 p. m. Los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes).
 - 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 7 ¿Preguntas?

Sección 7.1: Cómo obtener ayuda de Blue Shield 65 Plus

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

Lea su *Evidencia de Cobertura de 2022* (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 2022. Si desea obtener más información, consulte la *Evidencia de Cobertura de 2022* para Blue Shield 65 Plus. 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/MAPDdocuments2022. También puede llamar a Atención 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

Puede visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov). Allí encontrará información sobre los costos, la cobertura y las calificaciones de calidad que lo ayudarán a comparar los planes de salud de Medicare. Puede obtener información sobre los planes que están disponibles en su área utilizando el Buscador de planes de Medicare (Medicare Plan Finder), que está en el sitio web de Medicare. (Para obtener acceso a la información sobre los planes, visite www.medicare.gov/plan-compare).

Lea *Medicare & You 2022* (Medicare y usted 2022)

Puede leer el folleto *Medicare & You 2022* (Medicare y usted 2022). Todos los años durante el otoño, se envía este folleto 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 folleto, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (www.medicare.gov), 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.

