

# información importante

---

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

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

### **Notificación Anual de Cambios para el año 2023**

Actualmente, usted está inscrito como miembro de Blue Shield Inspire. El próximo año, habrá cambios en los costos y beneficios del plan. *Consulte la página 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/MAPDdocuments2023](http://blueshieldca.com/MAPDdocuments2023). También puede llamar a Atención al Cliente y pedirnos que le enviemos la *Evidencia de Cobertura* por correo postal.

---

#### **Qué debe hacer ahora**

##### **1. PREGÚNTESE:** ¿Qué cambios se aplican en su caso?

- Controle los cambios en nuestros beneficios y costos para averiguar si lo afectan o no.
  - Revise los cambios en los costos de atención médica (médico, hospital).
  - Revise los cambios en nuestra cobertura de medicamentos, incluidos los costos y los requisitos de autorización.
  - Piense en cuánto gastará en primas, deducibles y costos compartidos.
- Controle los cambios en la Lista de Medicamentos de 2023 para asegurarse de que los medicamentos que toma siguen estando cubiertos.
- Controle si sus médicos de atención primaria, especialistas, hospitales y demás proveedores, incluidas las farmacias, estarán en nuestra red el próximo año.
- Piense si está satisfecho con nuestro plan.

##### **2. COMPARE:** Infórmese sobre otros planes.

- Controle la cobertura y los costos de los planes disponibles en su área. Use el Buscador de planes de Medicare (Medicare Plan Finder) en el sitio web [www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare) o revise la lista que está en la parte de atrás de su folleto *Medicare & You 2023* (Medicare y usted 2023).
- 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 2022, se quedará en Blue Shield Inspire.
- Si **desea cambiarse a un plan diferente**, puede hacerlo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Su nueva cobertura empezará el **1 de enero de 2023**. Esto terminará su inscripción en Blue Shield Inspire.
- Consulte la página 17 de la Sección 3.2 para obtener más información acerca de sus opciones.
- Si hace poco se mudó a una institución, actualmente vive en una institución o acaba de mudarse de una institución (como un centro de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo), puede cambiarse de plan o cambiarse a Medicare Original (con o sin un plan aparte de medicamentos recetados de Medicare) en cualquier momento.

### Recursos adicionales

- Este documento está disponible de forma gratuita en español.
- Comuníquese con Atención al Cliente llamando al (800) 452-4413 para solicitar información adicional. (Los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 711). El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., cualquier día de la semana.
- Si desea recibir los materiales de su plan por Internet, inicie sesión en su cuenta en [blueshieldca.com/login](https://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](https://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](https://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families).

### Acerca de Blue Shield Inspire

- Blue Shield of California es un plan HMO y HMO D-SNP que tiene un contrato con Medicare. El plan también tiene un acuerdo por escrito con el programa Medi-Cal (Medicaid) de California para coordinar sus beneficios de Medi-Cal (Medicaid).

- En este documento, los términos “nosotros”, “nos” o “nuestro/a/os/as” hacen referencia a California Physicians’ Service (que opera bajo el nombre de Blue Shield of California). Los términos “plan” o “nuestro plan” hacen referencia a Blue Shield Inspire.
- 

H5928\_22\_301B\_054\_M\_SP Accepted 09052022

**Notificación Anual de Cambios para el año 2023**  
**Índice**

**Resumen de costos importantes para 2023 ..... 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 ..... 17**

**SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir ..... 17**

    Sección 3.1: Si desea permanecer en Blue Shield Inspire ..... 17

    Sección 3.2: Si desea cambiar de plan ..... 17

**SECCIÓN 4 Cambio de plan..... 18**

**SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medi-Cal (Medicaid) ..... 19**

**SECCIÓN 6 Programas de ayuda para el pago de medicamentos recetados ..... 19**

**SECCIÓN 7 ¿Preguntas? ..... 20**

    Sección 7.1: Cómo obtener ayuda de Blue Shield Inspire..... 20

    Sección 7.2: Cómo obtener ayuda de Medicare..... 21

    Sección 7.3: Cómo obtener ayuda de Medi-Cal (Medicaid)..... 21

**Resumen de costos importantes para 2023**

En el cuadro a continuación, se comparan los costos de 2022 con los costos de 2023 para Blue Shield Inspire en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que este es solo un resumen de los costos.** Si reúne los requisitos para recibir asistencia con el costo compartido de Medicare a través de Medi-Cal (Medicaid), usted paga \$0 por sus visitas al consultorio del médico y hospitalizaciones para pacientes internados.

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<p><b>Prima mensual del plan*</b></p> <p>*Su prima puede ser mayor o menor que esta cantidad. Consulte la Sección 1.1 para conocer los detalles.</p>	\$33.20	\$38.90
<p><b>Visitas al consultorio del médico</b></p>	<p>Visitas de atención primaria: \$0 por visita</p> <p>Visitas a un especialista: \$0 por visita</p>	<p>Visitas de atención primaria: \$0 por visita</p> <p>Visitas a un especialista: \$0 por visita</p>

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<p><b>Hospitalizaciones para pacientes internados</b></p>	<p>Usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$1,556 de deducible por período de beneficios.</li> <li>• \$0 de copago por día para los días 1 a 60 de cada período de beneficios.</li> <li>• \$389 de copago por día para los días 61 a 90 de cada período de beneficios.</li> <li>• \$778 de copago por “día de reserva vitalicia” para los días 91 a 150 de cada período de beneficios (hasta 60 días durante la membresía).</li> <li>• 100 % de todos los costos a partir del día 151 de cada período de beneficios.</li> </ul> <p>Si reúne los requisitos para recibir asistencia con el costo compartido de Medicare a través de Medi-Cal (Medicaid), usted paga \$0.</p>	<p>Usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$1,556 de deducible por período de beneficios.</li> <li>• \$0 de copago por día para los días 1 a 60 de cada período de beneficios.</li> <li>• \$389 de copago por día para los días 61 a 90 de cada período de beneficios.</li> <li>• \$778 de copago por “día de reserva vitalicia” para los días 91 a 150 de cada período de beneficios (hasta 60 días durante la membresía).</li> <li>• 100 % de todos los costos a partir del día 151 de cada período de beneficios.</li> </ul> <p>Estas son las cantidades de costo compartido de 2022, que pueden cambiar en 2023. Blue Shield Inspire compartirá las tarifas actualizadas apenas se den a conocer.</p> <p>Si reúne los requisitos para recibir asistencia con el costo compartido de Medicare a través de Medi-Cal (Medicaid), usted paga \$0.</p>

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<p><b>Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D</b> (Consulte la Sección 1.5 para conocer los detalles).</p>	<p>Deducible: \$480 (no se aplica al Nivel 1 de medicamentos)</p> <p>Copago/coseguro durante la Etapa de Cobertura Inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nivel 1 de medicamentos: \$0 de copago</li> <li>• Nivel 2 de medicamentos: 25 % de coseguro</li> <li>• Nivel 3 de medicamentos: 25 % de coseguro</li> <li>• Nivel 4 de medicamentos: 25 % de coseguro</li> <li>• Nivel 5 de medicamentos: 25 % de coseguro</li> </ul>	<p>Deducible: \$505 (no se aplica al Nivel 1 de medicamentos)</p> <p>Copago/coseguro durante la Etapa de Cobertura Inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nivel 1 de medicamentos: \$0 de copago</li> <li>• Nivel 2 de medicamentos: 25 % de coseguro</li> <li>• Nivel 3 de medicamentos: 25 % de coseguro</li> <li>• Nivel 4 de medicamentos: 25 % de coseguro</li> <li>• Nivel 5 de medicamentos: 25 % de coseguro</li> </ul>
<p><b>Cantidad máxima de gastos de bolsillo</b> Esta es la cantidad <u>máxima</u> de gastos de bolsillo que deberá pagar por sus servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B. (Consulte la Sección 1.2 para conocer los detalles).</p>	<p style="text-align: center;">\$6,700</p> <p>Si reúne los requisitos para recibir asistencia con el costo compartido de Medicare a través de Medi-Cal (Medicaid), usted no tiene la responsabilidad de pagar ningún costo de bolsillo que cuente para la cantidad máxima de gastos de bolsillo por servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p>	<p style="text-align: center;">\$8,300</p> <p>Si reúne los requisitos para recibir asistencia con el costo compartido de Medicare a través de Medi-Cal (Medicaid), usted no tiene la responsabilidad de pagar ningún costo de bolsillo que cuente para la cantidad máxima de gastos de bolsillo por servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p>



**SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año****Sección 1.1: Cambios en la prima mensual**

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<b>Prima mensual</b> (También debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare, a menos que Medi-Cal [Medicaid] la pague por usted).	\$33.20	\$38.90

**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	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<p><b>Cantidad máxima de gastos de bolsillo</b></p> <p><b>Como nuestros miembros también reciben asistencia de Medi-Cal (Medicaid), son muy pocos los que alcanzan esta cantidad máxima de gastos de bolsillo.</b> Si reúne los requisitos para recibir la asistencia de Medi-Cal (Medicaid) con los copagos de la Parte A y la Parte B, usted no tiene la responsabilidad de pagar ningún costo de bolsillo que cuente para la cantidad máxima de gastos de bolsillo por servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p> <p>Sus costos por servicios médicos cubiertos (como copagos) cuentan para su cantidad máxima de gastos de bolsillo. La prima de su plan y los costos de sus medicamentos recetados no cuentan para su cantidad máxima de gastos de bolsillo.</p>	<p>\$6,700</p>	<p style="text-align: center;">\$8,300</p> <p>Una vez que haya pagado \$8,300 de gastos de bolsillo por servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no pagará nada por sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año calendario.</p>

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

Los directorios actualizados también se encuentran en nuestro sitio web [blueshieldca.com/MAPDdocuments2023](https://blueshieldca.com/MAPDdocuments2023) para los Directorios de Proveedores y en [blueshieldca.com/medpharmacy2023](https://blueshieldca.com/medpharmacy2023) para los Directorios de Farmacias. También puede llamar a Atención al Cliente para solicitar información actualizada sobre los proveedores o las farmacias o pedirnos que le enviemos un directorio por correo postal.

Se han realizado cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. **Consulte el Directorio de Proveedores 2023 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 2023 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 Atención al Cliente para que podamos ayudarlo.

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

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

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

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<b>Servicios de acupuntura (no cubiertos por Medicare)</b>	Usted paga \$0 de copago por visita para hasta 24 visitas por año.	Usted paga \$0 de copago por visita para hasta 12 visitas por año.
<b>Servicios de quiropráctica (no cubiertos por Medicare)</b>	Usted paga \$0 de copago por visita para hasta 24 visitas por año.	Usted paga \$0 de copago por visita para hasta 12 visitas por año.

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<p><b>Atención de la salud mental para pacientes internados</b></p>	<p>Usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$1,556 de deducible por período de beneficios.</li> <li>• \$0 de copago por día para los días 1 a 60 de cada período de beneficios.</li> <li>• \$389 de copago por día para los días 61 a 90 de cada período de beneficios.</li> <li>• \$778 de copago por “día de reserva vitalicia” para los días 91 a 150 de cada período de beneficios (hasta 60 días durante la membresía).</li> <li>• 100 % de todos los costos después del día 150.</li> </ul> <p>Si reúne los requisitos para recibir asistencia con el costo compartido de Medicare a través de Medi-Cal (Medicaid), usted paga un copago de \$0.</p>	<p>Usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$1,556 de deducible por período de beneficios.</li> <li>• \$0 de copago por día para los días 1 a 60 de cada período de beneficios.</li> <li>• \$389 de copago por día para los días 61 a 90 de cada período de beneficios.</li> <li>• \$778 de copago por “día de reserva vitalicia” para los días 91 a 150 de cada período de beneficios (hasta 60 días durante la membresía).</li> <li>• 100 % de todos los costos después del día 150.</li> </ul> <p>Estas son las cantidades de costo compartido de 2022, que pueden cambiar en 2023. Blue Shield Inspire compartirá las tarifas actualizadas apenas se den a conocer.</p> <p>Si reúne los requisitos para recibir asistencia con el costo compartido de Medicare a través de Medi-Cal (Medicaid), usted paga un copago de \$0.</p>

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<p><b>Atención en un centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés)</b></p>	<p>Por cada estadía cubierta por Medicare en un SNF, usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago para los días 1 a 20 de cada período de beneficios.</li> <li>• \$194.50 de copago por día para los días 21 a 100 de cada período de beneficios.</li> <li>• 100 % de todos los costos a partir del día 101.</li> </ul> <p>Hay un límite de 100 días por cada período de beneficios si, por su problema de salud, necesita servicios adicionales de rehabilitación, otros tipos de enfermería especializada diaria u otra atención especializada. Si supera el límite de 100 días, será responsable de todos los costos.</p> <p>El período de beneficios empieza el día que ingresa en un hospital o centro de enfermería especializada (SNF) y termina cuando no haya recibido ninguna atención hospitalaria para pacientes internados (o atención especializada en un SNF) durante 60 días seguidos.</p> <p>Si reúne los requisitos para recibir asistencia con el costo compartido de Medicare a través de Medi-Cal (Medicaid), usted paga un copago de \$0.</p>	<p>Por cada estadía cubierta por Medicare en un SNF, usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago para los días 1 a 20 de cada período de beneficios.</li> <li>• \$194.50 de copago por día para los días 21 a 100 de cada período de beneficios.</li> <li>• 100 % de todos los costos a partir del día 101.</li> </ul> <p>Estas son las cantidades de costo compartido de 2022, que pueden cambiar en 2023. Blue Shield Inspire compartirá las tarifas actualizadas apenas se den a conocer.</p> <p>Hay un límite de 100 días por cada período de beneficios si, por su problema de salud, necesita servicios adicionales de rehabilitación, otros tipos de enfermería especializada diaria u otra atención especializada. Si supera el límite de 100 días, será responsable de todos los costos.</p> <p>El período de beneficios empieza el día que ingresa en un hospital o centro de enfermería especializada (SNF) y termina cuando no haya recibido ninguna atención hospitalaria para pacientes internados (o atención especializada en un SNF) durante 60 días seguidos.</p> <p>Si reúne los requisitos para recibir asistencia con el costo compartido de Medicare a través de Medi-Cal (Medicaid), usted paga un copago de \$0.</p>

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<p><b>Beneficios Suplementarios Especiales para Personas con Enfermedades Crónicas: Healthy Grocery (Comidas Saludables)</b></p>	<p>Usted tiene una asignación de \$25 por mes para artículos cubiertos, que no pueden transferirse de un mes a otro.</p> <p>Se trata de Beneficios Suplementarios Especiales para Personas con Enfermedades Crónicas (SSBCI, por sus siglas en inglés) que requieren determinación de elegibilidad. Para poder recibir este beneficio, debe tener una o más de las enfermedades crónicas calificadas. Consulte la <i>Evidencia de Cobertura</i> del plan para obtener detalles adicionales.</p>	<p>Usted tiene una asignación de \$50 por mes para artículos cubiertos, que no pueden transferirse de un mes a otro.</p> <p>Se trata de Beneficios Suplementarios Especiales para Personas con Enfermedades Crónicas (SSBCI) que requieren determinación de elegibilidad. Para poder recibir este beneficio, debe tener una o más de las enfermedades crónicas calificadas. Consulte la <i>Evidencia de Cobertura</i> del plan para obtener detalles adicionales.</p>
<p><b>Atención de la vista no cubierta por Medicare (obtenida de un proveedor de la red)</b></p> <p>Lentes de contacto o anteojos (armazones y lentes)</p>	<p>Usted paga \$0 de copago <u>ya sea</u> por lentes de contacto <b>O</b> por un par de anteojos (armazones y lentes) cuyo valor sea de hasta \$300 por año. Si elige lentes de contacto o anteojos (armazones y lentes) de más de \$300, usted es responsable de pagar la diferencia.</p>	<p>Usted paga \$0 de copago <u>ya sea</u> por lentes de contacto <b>O</b> por un par de anteojos (armazones y lentes) cuyo valor sea de hasta \$350 por año. Si elige lentes de contacto o anteojos (armazones y lentes) de más de \$350, usted es responsable de pagar la diferencia.</p>

---

## 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, 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.**

La mayoría de los cambios en la Lista de Medicamentos se aplica al comienzo de cada año. Sin embargo, es posible que, durante el año, hagamos otros cambios permitidos por las normas de Medicare. Por ejemplo, podemos eliminar de inmediato los medicamentos que la Food and Drug Administration (FDA, Administración de Fármacos y Alimentos) considere peligrosos o que un fabricante retire del mercado. Actualizamos nuestra Lista de Medicamentos en Internet para ofrecer la lista de medicamentos más actualizada.

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura de medicamentos al comienzo del año o durante el año, consulte el Capítulo 9 de su *Evidencia de Cobertura* y hable con su médico para conocer sus opciones, como pedir un suministro temporal, solicitar una excepción o buscar un medicamento nuevo. También puede comunicarse con Atención al Cliente para obtener más información.

### Cambios en los costos de los medicamentos recetados

Si recibe “Ayuda Complementaria” para pagar los medicamentos recetados de Medicare, es posible que cumpla con los requisitos para recibir una reducción o una eliminación de su costo compartido para los medicamentos de la Parte D. Es posible que parte de la información incluida en esta sección no se aplique a su caso. **Nota:** Si está inscrito en un programa que lo ayuda con el pago de sus medicamentos (“Ayuda Complementaria”), **es posible que la información sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D no se aplique a su caso.** Le hemos enviado un encarte separado que se denomina “Cláusula Adicional a la Evidencia de Cobertura para las Personas que Reciben Ayuda Complementaria para Pagar sus Medicamentos Recetados” (también conocida como “Cláusula Adicional sobre Subsidios para Personas de Bajos Ingresos” o “Cláusula Adicional de LIS”), que le brinda información acerca de sus costos de medicamentos. Si usted recibe “Ayuda Complementaria” y no ha recibido este encarte antes del 30 de septiembre de 2022, debe comunicarse con Atención al Cliente y solicitar 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	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<p><b>Etapa 1: Etapa de Deducible Anual</b></p> <p>En esta etapa, <b>usted paga el costo total</b> de sus medicamentos del Nivel 2 (medicamentos genéricos), del Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos), del Nivel 4 (medicamentos no preferidos) y del Nivel 5 (medicamentos de nivel especializado) hasta que haya alcanzado el deducible anual.</p>	<p>El deducible es de \$480 (no se aplica al Nivel 1 [medicamentos genéricos preferidos]).</p> <p>En esta etapa, usted paga \$0 de costo compartido para los medicamentos del Nivel 1 y el costo total de los medicamentos del Nivel 2 (medicamentos genéricos), del Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos), del Nivel 4 (medicamentos no preferidos) y del Nivel 5 (medicamentos de nivel especializado) hasta que haya alcanzado el deducible anual.</p> <p>La cantidad de su deducible es de \$0 o \$99, o \$480, según el nivel de “Ayuda Complementaria” que usted reciba. (Consulte el encarte separado, la “Cláusula Adicional de LIS”, para conocer la cantidad de su deducible).</p>	<p>El deducible es de \$505 (no se aplica al Nivel 1 [medicamentos genéricos preferidos]).</p> <p>En esta etapa, usted paga \$0 de costo compartido para los medicamentos del Nivel 1 y el costo total de los medicamentos del Nivel 2 (medicamentos genéricos), del Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos), del Nivel 4 (medicamentos no preferidos) y del Nivel 5 (medicamentos de nivel especializado) hasta que haya alcanzado el deducible anual.</p> <p>La cantidad de su deducible es de \$0 o \$104, o \$505, según el nivel de “Ayuda Complementaria” que usted reciba. (Consulte el encarte separado, la “Cláusula Adicional de LIS”, para conocer la cantidad de su deducible).</p>



**Cambios en sus costos compartidos de la Etapa de Cobertura Inicial**

Etapa	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<p><b>Etapa 2: Etapa de Cobertura Inicial</b></p> <p>Una vez que paga el deducible anual, pasa a la Etapa de Cobertura Inicial. En esta etapa, el plan paga una porción del costo de sus medicamentos, y <b>usted paga la suya.</b></p> <p>Los costos de esta fila corresponden a un suministro para un mes (30 días) cuando hace surtir su receta en una farmacia de la red con costo compartido estándar. Para obtener información acerca de los costos de un suministro a largo plazo, en una farmacia de la red que ofrezca costo compartido preferido, o del servicio de medicamentos recetados por correo, consulte la Sección 5 del Capítulo 6 de la <i>Evidencia de Cobertura</i>.</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 con costo compartido estándar:</p> <p><b>Medicamentos genéricos preferidos, Nivel 1:</b> Usted paga \$0 por receta.</p> <p><b>Medicamentos genéricos, Nivel 2:</b> Usted paga el 25 % del costo total.</p> <p><b>Medicamentos de marca preferidos, Nivel 3:</b> Usted paga el 25 % del costo total.</p> <p><b>Medicamentos no preferidos, Nivel 4:</b> Usted paga el 25 % del costo total.</p> <p><b>Medicamentos de nivel especializado, Nivel 5:</b> Usted paga el 25 % del costo total.</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>	<p>Sus costos de un suministro para un mes surtido en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p><b>Medicamentos genéricos preferidos, Nivel 1:</b> Usted paga \$0 por receta.</p> <p><b>Medicamentos genéricos, Nivel 2:</b> Usted paga el 25 % del costo total.</p> <p><b>Medicamentos de marca preferidos, Nivel 3:</b> Usted paga el 25 % del costo total.</p> <p><b>Medicamentos no preferidos, Nivel 4:</b> Usted paga el 25 % del costo total.</p> <p><b>Medicamentos de nivel especializado, Nivel 5:</b> Usted paga el 25 % del costo total.</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>

**Mensaje importante sobre lo que usted paga por las vacunas:** Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D, sin ningún costo para usted, incluso si no pagó su deducible. Llame a Atención al Cliente si necesita más información.

**Mensaje importante sobre lo que usted paga por las insulinas:** No pagará más de \$35 por un suministro para un mes de cada insulina cubierta por nuestro plan, sin importar el nivel de costo compartido en el que esté, incluso si no pagó su deducible.

## SECCIÓN 2 Cambios administrativos

Descripción	2022 (este año)	2023 (próximo año)
Cambia el número de teléfono de Atención al Cliente.	(800) 776-4466 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., cualquier día de la semana.	(800) 452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., cualquier día de la semana.

## SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir

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

**Para seguir en nuestro plan, no tiene que hacer nada.** Si usted no se inscribe en otro plan ni se cambia a Medicare Original antes del 7 de diciembre, se lo inscribirá automáticamente en nuestro plan Blue Shield Inspire.

### Sección 3.2: Si desea cambiar de plan

Esperamos seguir teniéndolo como miembro el próximo año; sin embargo, si desea cambiar de plan para el año 2023, debe seguir los pasos a continuación:

#### Paso 1: Conozca y compare sus opciones

- Puede inscribirse en otro plan de salud de Medicare.
- *O BIEN* puede cambiarse a Medicare Original. Si se cambia a Medicare Original, deberá decidir si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.

Para obtener más información sobre Medicare Original y los diferentes tipos de planes de Medicare, use el Buscador de planes de Medicare (Medicare Plan Finder) ([www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare)), lea el folleto *Medicare & You 2023* (Medicare y usted

2023), comuníquese con su Programa Estatal de Asistencia para Seguros de Salud (consulte la Sección 5) o llame a Medicare (consulte la Sección 7.2).

Recuerde que California Physicians' Service (que opera bajo el nombre de Blue Shield of California) ofrece otros planes de salud de Medicare. Dichos planes pueden diferir en cuanto a cobertura, primas mensuales y cantidades de costo compartido.

## Paso 2: Cambie su cobertura

- Para **cambiarse a otro plan de salud de Medicare**, inscríbese en el nuevo plan. Su inscripción en Blue Shield Inspire se cancelará automáticamente.
- Para **cambiarse a Medicare Original con un plan de medicamentos recetados**, inscríbese en el nuevo plan de medicamentos. Su inscripción en Blue Shield Inspire se cancelará automáticamente.
- Para **cambiarse a Medicare Original sin un plan de medicamentos recetados**, puede:
  - Enviarnos una solicitud por escrito para que cancelemos su inscripción. Comuníquese con Atención al Cliente si necesita obtener más información sobre cómo hacer esto.
  - *O bien* comunicarse con **Medicare** llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) durante las 24 horas, cualquier día de la semana, para solicitar la cancelación de la inscripción. Los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

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

## SECCIÓN 4 Cambio de plan

Si usted desea cambiarse a otro plan o a Medicare Original para el próximo año, puede hacerlo desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre**. El cambio se aplicará a partir del 1 de enero de 2023.

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

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

Si usted se inscribió en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2023 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 2023.

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

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

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

Es un programa estatal que recibe fondos del Gobierno federal para brindar asesoramiento **gratuito** sobre seguros de salud locales a personas que tienen Medicare. Los asesores del HICAP pueden ayudarlo con sus preguntas o problemas relativos a Medicare. Pueden ayudarlo a entender las opciones que le ofrece su plan de Medicare y responder preguntas sobre cambios de planes. Puede llamar al HICAP al 1-800-434-0222. Para obtener más información acerca del HICAP, visite su sitio web (<http://www.cahealthadvocates.org/hicap/>).

Si tiene preguntas sobre sus beneficios de Medi-Cal (Medicaid), comuníquese con la oficina de Opciones de Atención de la Salud del Departamento de Servicios de Atención de la Salud de California al 1-800-430-4263 (los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 1-800-430-7077), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m., excepto días feriados. Averigüe de qué manera inscribirse en otro plan o volver a Medicare Original afecta a su cobertura de Medi-Cal (Medicaid).

## **SECCIÓN 6      Programas de ayuda para el pago de medicamentos recetados**

Es posible que cumpla con los requisitos para recibir ayuda con el pago de sus medicamentos recetados.

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

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

- La oficina del Seguro Social, al 1-800-772-1213, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m., para comunicarse con un representante. Los mensajes automáticos están disponibles durante las 24 horas. Los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 1-800-325-0778.
- La oficina de Medi-Cal (Medicaid) de su estado (solicitudes).
- **Asistencia con el costo compartido de medicamentos recetados para personas con VIH/SIDA.** El Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a garantizar que las personas que padecen VIH/SIDA y reúnen los requisitos necesarios para participar en este programa obtengan acceso a medicamentos vitales para el tratamiento del VIH. Las personas deben cumplir con determinados criterios: deben acreditar, mediante pruebas, que viven en ese estado y que padecen VIH, deben demostrar bajos ingresos (según la definición brindada por el estado) y deben carecer de seguro o tener un seguro insuficiente. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también estén cubiertos por el ADAP cumplen con los requisitos exigidos para que usted pueda recibir asistencia con el costo compartido de los medicamentos recetados mediante el ADAP de California. Si desea obtener información sobre los criterios para obtener acceso al programa, sobre los medicamentos cubiertos o sobre el proceso de inscripción en el programa, puede comunicarse con el centro de llamadas del ADAP de California llamando al (844) 421-7050, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., o bien puede visitar el sitio web del programa en [https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA\\_adap\\_eligibility.aspx](https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA_adap_eligibility.aspx).

## SECCIÓN 7 ¿Preguntas?

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

¿Tiene alguna pregunta? Estamos para ayudarlo. Llame a Atención al Cliente al (800) 452-4413. (Los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 711). Estamos disponibles para recibir consultas telefónicas de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., cualquier día de la semana. Las llamadas a estos números son gratuitas.

#### **Lea su *Evidencia de Cobertura de 2023* (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 2023. Si desea obtener más información, consulte la *Evidencia de Cobertura de 2023* para Blue Shield Inspire. La *Evidencia de Cobertura* es la descripción legal detallada de los beneficios de su plan. Le explica sus derechos y las normas que debe cumplir para recibir servicios y medicamentos recetados cubiertos. Puede encontrar una copia de la *Evidencia de Cobertura* en nuestro sitio web [blueshieldca.com/MAPDdocuments2023](https://blueshieldca.com/MAPDdocuments2023). 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](https://blueshieldca.com/medicare). Recuerde que nuestro sitio web contiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (*Directorio de Proveedores*) y nuestra lista de medicamentos cubiertos (Formulario/Lista de Medicamentos).

---

## Sección 7.2: Cómo obtener ayuda de Medicare

---

Para obtener información directamente de Medicare:

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

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

### Visite el sitio web de Medicare

Visite el sitio web de Medicare ([www.medicare.gov](https://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](https://www.medicare.gov/plan-compare).

### Lea *Medicare & You 2023* (Medicare y usted 2023)

Lea el folleto *Medicare & You 2023* (Medicare y usted 2023). Todos los otoños, 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 documento, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf>), o bien puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) durante las 24 horas, cualquier día de la semana, para solicitarla. Los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

---

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

---

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

