



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 2026

Usted está inscrito como miembro de Blue Shield 65 Plus.

Este material describe los cambios que habrá en los costos y beneficios de nuestro plan el próximo año.

- **Tiene tiempo desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre para hacer cambios en su cobertura de Medicare para el próximo año.** Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2025, se quedará en Blue Shield 65 Plus.
- Si desea cambiarse a un **plan diferente**, visite www.Medicare.gov o revise la lista que está en la parte de atrás de su folleto *Medicare & You 2026* (Medicare y usted 2026).
- Tenga en cuenta que este es solo un resumen de los cambios. Si necesita más información sobre los costos, los beneficios y las normas, consulte la *Evidencia de Cobertura*. Puede obtener una copia en blueshieldca.com/MAPDdocuments2026 o llamar a Servicio al Cliente al (800) 776-4466 (los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 711) para que le envíen una copia por correo postal.

Más recursos

- Este material está disponible gratis en español.
- Para obtener más información, llame a Servicio al Cliente al (800) 776-4466 (los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 711). El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico), los siete días de la semana. Esta llamada es gratis.
- Esta información puede estar disponible en otros formatos, incluso en braille, letra grande, cd de audio y cd de datos. Llame a Servicio al Cliente al número que aparece más arriba si necesita la información del plan en otro formato.
- Si desea recibir los materiales de su plan en formato digital, inicie sesión en su cuenta en blueshieldca.com/login, haga clic en el botón *My profile* (Mi perfil) que está en el encabezado, vaya a la sección Communication preferences (Preferencias de comunicación) y elija "Electronic Delivery" (Entrega de manera electrónica) para indicar que prefiere esa forma de entrega. También puede iniciar sesión en la aplicación móvil de Blue Shield of California e ir a la sección Communication preferences (Preferencias de comunicación) desde la pestaña *More* (Más). Si no tiene una cuenta, vaya a blueshieldca.com/login y haga clic en *Get started* (Empezar) para registrarse. Puede elegir sus preferencias de entrega cuando se registre.

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.
- La red de farmacias de Blue Shield of California incluye pocas farmacias de menor costo con costo compartido preferido en ciertos condados de California. Es posible que los costos más bajos publicados en los materiales de nuestro plan para estas farmacias no estén disponibles en la farmacia que usted usa. Para obtener información actualizada sobre las farmacias de nuestra red, e incluso saber si hay alguna farmacia de menor costo con costo compartido preferido en su área, llame a Servicio al Cliente al (800) 776-4466 (TTY: 711), de 8:00 a. m a 8:00 p. m. (hora del Pacífico), los siete días de la semana, o consulte el directorio de farmacias por Internet en blueshieldca.com/medpharmacy2026.
- En este material, 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.
- **Si no hace nada antes del 7 de diciembre de 2025, será inscrito automáticamente en Blue Shield 65 Plus.** A partir del 1 de enero de 2026, recibirá su cobertura médica y de medicamentos por medio de Blue Shield 65 Plus. Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre cómo cambiar de plan y cuáles son las fechas límite para hacerlo.

Índice

Resumen de costos importantes para 2026.....	4
SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año.....	7
Sección 1.1 Cambios en la prima mensual del plan.....	7
Sección 1.2 Cambios en su cantidad máxima de gastos de bolsillo	8
Sección 1.3 Cambios en la red de proveedores	8
Sección 1.4 Cambios en la red de farmacias	9
Sección 1.5 Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos	10
Sección 1.6 Cambios en la cobertura de medicamentos de la Parte D	18
Sección 1.7 Cambios en los beneficios y costos de los medicamentos recetados	18
SECCIÓN 2 Cambios administrativos	23
SECCIÓN 3 Cómo cambiar de plan.....	23
Sección 3.1 Fechas límite para cambiar de plan	24
Sección 3.2 ¿Se puede hacer el cambio en otros momentos del año?	24
SECCIÓN 4 Ayuda para el pago de los medicamentos recetados	25
SECCIÓN 5 ¿Preguntas?	26
Obtenga ayuda de Blue Shield 65 Plus	26
Obtenga asesoramiento gratis sobre Medicare	27
Obtenga ayuda de Medicare	27

Resumen de costos importantes para 2026

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser más alta o más baja que esta cantidad. Consulte la Sección 1.1 para obtener más información.	\$54	\$65
Cantidad máxima de gastos de bolsillo Esta es la <u>cantidad 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 obtener más información).	\$3,600	\$4,100
Visitas al consultorio de atención primaria	\$0 de copago por visita	\$0 de copago por visita
Visitas al consultorio de un especialista	\$0 de copago por visita	\$0 de copago por visita
Hospitalizaciones para pacientes internados 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 es admitido formalmente en el hospital con la orden de un médico. El día anterior a que le	Por cada estadía cubierta por Medicare en un hospital de la red, usted paga: \$275 de copago por día para los días 1 a 5 \$0 de copago por día a partir del día 6	Por cada estadía cubierta por Medicare en un hospital de la red, usted paga: \$500 de copago por día para los días 1 a 4 \$0 de copago por día a partir del día 5

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
den el alta es su último día como paciente internado.		
Deducible por la cobertura de medicamentos de la Parte D (Consulte la Sección 1.7 para obtener más información).	\$0	\$425, excepto para el Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos) y el Nivel 2 (medicamentos genéricos, insulinas cubiertas y la mayoría de las vacunas de la Parte D para personas adultas)
Cobertura de medicamentos de la Parte D (Consulte la Sección 1.7 para obtener más información, incluida la Etapa de Deducible Anual, la Etapa de Cobertura Inicial y la Etapa de Cobertura para Catástrofes).	Copago/coseguro durante la Etapa de Cobertura Inicial: Nivel 1 de medicamentos: \$0 o \$5* Nivel 2 de medicamentos: \$10 o \$15* Nivel 3 de medicamentos: \$40 o \$47* Usted paga \$35 por suministro mensual de cada insulina cubierta en este nivel. Nivel 4 de medicamentos: \$95 o \$100* Usted paga \$35 por suministro mensual de cada insulina cubierta en este nivel.	Copago/coseguro durante la Etapa de Cobertura Inicial: Nivel 1 de medicamentos: \$0 o \$5* Nivel 2 de medicamentos: \$5 o \$12* Nivel 3 de medicamentos: 25 % del costo total Usted paga \$35 o el 25 % del costo total, la cantidad que sea menor, por suministro mensual de cada insulina cubierta en este nivel. Nivel 4 de medicamentos: 30 % del costo total Usted paga \$35 o el 25 % del costo total, la cantidad que sea menor, por suministro mensual de cada insulina cubierta en este nivel.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Cobertura de medicamentos de la Parte D (continuación)	Nivel 5 de medicamentos: 33 % del costo total *La primera cantidad indicada es lo que usted pagará si usa una farmacia de la red con costo compartido preferido. La segunda cantidad indicada es lo que usted pagará si usa una farmacia de la red con costo compartido estándar. Consulte la Sección 1 a continuación para obtener más información. Etapas de Cobertura para Catástrofes: Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D ni por los medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio ampliado.	Nivel 5 de medicamentos: 28 % del costo total *La primera cantidad indicada es lo que usted pagará si usa una farmacia de la red con costo compartido preferido. La segunda cantidad indicada es lo que usted pagará si usa una farmacia de la red con costo compartido estándar. Consulte la Sección 1 a continuación para obtener más información. Etapas de Cobertura para Catástrofes: Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Puede tener que pagar un costo compartido por los medicamentos que están cubiertos por nuestro beneficio ampliado.

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

Sección 1.1 Cambios en la prima mensual del plan

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Prima mensual del plan (También debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare).	\$54	\$65
Prima adicional para los beneficios del plan dental HMO opcional suplementario Si se inscribió en un paquete de beneficios opcional suplementario, pagará esta prima además de la prima mensual del plan que aparece arriba. (También debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare).	\$16	\$16
Prima adicional para los beneficios del plan dental PPO opcional suplementario Si se inscribió en un paquete de beneficios opcional suplementario, pagará esta prima además de la prima mensual del plan que aparece arriba. (También debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare).	\$47	\$49

Factores que podrían cambiar la cantidad de su prima de la Parte D

- **Multa por inscripción tardía:** 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 llama “cobertura acreditable”) durante 63 días o más.

- Recargo por ingreso más alto: Si tiene un ingreso más alto, es posible que deba pagar una cantidad adicional por mes directamente al Gobierno por la cobertura de medicamentos de Medicare.
- Ayuda del programa Extra Help (Ayuda Adicional): Su prima mensual del plan será *menor* si recibe ayuda adicional para pagar los costos de sus medicamentos. Para obtener más información sobre la ayuda adicional de Medicare, consulte la Sección 1.

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 llama “cantidad máxima de gastos de bolsillo”. Una vez que haya pagado esta cantidad, generalmente no pagará nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año calendario.

	2025 (este año)	2026 (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. La prima de nuestro plan y sus costos por medicamentos recetados no cuentan para su cantidad máxima de gastos de bolsillo.	\$3,600	\$4,100 Una vez que haya pagado \$4,100 de gastos de bolsillo por servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no pagará nada por sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año calendario.

Sección 1.3 Cambios en la red de proveedores

Se han hecho cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. Consulte el *Directorio de Proveedores 2026* en blueshieldca.com/medicare/providerdirectory para averiguar si sus proveedores (médico de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red. Para obtener acceso al *Directorio de Proveedores* actualizado puede hacer lo siguiente:

- Visite nuestro sitio web en blueshieldca.com/medicare/providerdirectory.
- Llame a Servicio al Cliente al (800) 776-4466 (los usuarios del sistema TTY pueden

llamar al 711) para pedir información actualizada sobre los proveedores o pedirnos que le enviemos un *Directorio de Proveedores* por correo postal.

Durante el año, podemos cambiar los hospitales, los médicos y los especialistas (proveedores) que forman parte de nuestro plan. Si un cambio de mitad de año en nuestros proveedores le afecta, llame a Servicio al Cliente al (800) 776-4466 (los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 711) para que podamos ayudarlo. Para obtener más información sobre sus derechos cuando un proveedor de la red deja de formar parte de nuestro plan, consulte la Sección 2.3 del Capítulo 3 de la *Evidencia de Cobertura*.

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 hecho cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. Consulte el *Directorio de Farmacias 2026* en blueshieldca.com/medpharmacy2026 para averiguar qué farmacias están en nuestra red. Para obtener acceso al *Directorio de Farmacias* actualizado puede hacer lo siguiente:

- Visite nuestro sitio web en blueshieldca.com/medpharmacy2026.
- Llame a Servicio al Cliente al (800) 776-4466 (los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 711) para pedir información actualizada sobre las farmacias o pedirnos que le enviemos un *Directorio de Farmacias* por correo postal.

Durante el año, podemos cambiar las farmacias que forman parte de nuestro plan. Si un cambio de mitad de año en nuestras farmacias le afecta, llame a Servicio al Cliente al (800) 776-4466 (los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 711) para que podamos ayudarlo.

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

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Artículos de venta libre (OTC, por sus siglas en inglés)	Usted tiene una asignación de \$65 por trimestre para artículos cubiertos. Podrá hacer dos pedidos por trimestre y no podrá transferir la asignación que no haya usado al siguiente trimestre. Es posible que se apliquen algunas limitaciones. Consulte el catálogo de artículos de venta libre para obtener más información.	Los artículos de venta libre (OTC) <u>no</u> están cubiertos.
Atención de emergencia	\$140 de copago por visita a una sala de emergencias (no se aplica si es admitido en el hospital dentro de un día por el mismo problema de salud). Cobertura mundial: \$140 de copago por cada visita a una sala de emergencias o centro de atención urgente fuera de los Estados Unidos y sus territorios (no se aplica si es admitido en el hospital dentro de un día por el mismo problema de salud).	\$150 de copago por visita a una sala de emergencias (no se aplica si es admitido en el hospital dentro de un día por el mismo problema de salud). Cobertura mundial: \$150 de copago por cada visita a una sala de emergencias o centro de atención urgente fuera de los Estados Unidos y sus territorios (no se aplica si es admitido en el hospital dentro de un día por el mismo problema de salud).

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Atención de la vista no cubierta por Medicare (obtenida de un proveedor de la red) Armazones para anteojos Lentes para anteojos o lentes de contacto. En el caso de los lentes para anteojos, puede elegir lentes monofocales, bifocales con línea divisoria, trifocales con línea divisoria o lenticulares. Si elige un tipo de lentes que no aparece en la lista o tratamientos complementarios, será responsable de pagar los costos adicionales, incluso si los costos totales siguen estando dentro de la asignación.	\$0 de copago por un par de armazones para anteojos (cuyo valor sea de hasta una cantidad máxima de cobertura del beneficio del plan de \$255) cada 24 meses cuando va a un proveedor de la red. Si los armazones para anteojos cuestan más de \$255, usted es responsable de pagar la diferencia. \$0 de copago <u>ya sea</u> por un par de lentes para anteojos recetados (independientemente del aumento o del tamaño) O por lentes de contacto (cuyo valor sea de hasta \$255, incluidos los servicios y los materiales) cada 12 meses cuando va a un proveedor de la red. Si los servicios y los materiales cuestan más de \$255, usted es responsable de pagar la diferencia.	\$0 de copago por un par de armazones para anteojos (cuyo valor sea de hasta una cantidad máxima de cobertura del beneficio del plan de \$220) cada 2 años cuando va a un proveedor de la red. Si los armazones para anteojos cuestan más de \$220, usted es responsable de pagar la diferencia. \$0 de copago <u>ya sea</u> por un par de lentes para anteojos recetados (independientemente del aumento o del tamaño) O por lentes de contacto (cuyo valor sea de hasta \$220, incluidos los servicios y los materiales) cada año cuando va a un proveedor de la red. Si los servicios y los materiales cuestan más de \$220, usted es responsable de pagar la diferencia.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Atención en un centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés)	Por cada estadía en un centro de enfermería especializada certificado por Medicare, usted paga: \$0 de copago por día para los días 1 a 20. \$200 de copago por día para los días 21 a 100. Si supera el límite de 100 días, será responsable de todos los costos. Cuando un proveedor de la red coordina su admisión, Blue Shield 65 Plus no aplica el requisito de 3 días de hospitalización que exige Medicare para calificar para la cobertura.	Por cada estadía en un centro de enfermería especializada certificado por Medicare, usted paga: \$10 de copago por día para los días 1 a 20. \$200 de copago por día para los días 21 a 100. Si supera el límite de 100 días, será responsable de todos los costos. Cuando un proveedor de la red coordina su admisión, Blue Shield 65 Plus no aplica el requisito de 3 días de hospitalización que exige Medicare para calificar para la cobertura.
Audífonos	Los audífonos con nivel de tecnología Platinum <u>no</u> están cubiertos. Para todos los niveles de tecnología, se incluyen hasta dos visitas de seguimiento para la adaptación, la consulta, el control y el ajuste de los audífonos sin ningún costo adicional dentro de los 12 meses de la compra.	\$999 de <u>copago</u> por cada audífono con nivel de tecnología Platinum. Para todos los niveles de tecnología, se incluyen hasta tres visitas de seguimiento para la adaptación, la consulta, el control y el ajuste de los audífonos sin ningún costo adicional dentro de los 12 meses de la compra.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Cirugía para pacientes ambulatorios, incluidos los servicios brindados en hospitales para pacientes ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios	\$0 de copago por visita a un centro quirúrgico ambulatorio. \$150 de copago por visita a un hospital para pacientes ambulatorios.	\$50 de copago por visita a un centro quirúrgico ambulatorio. \$200 de copago por visita a un hospital para pacientes ambulatorios.
Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés) y suministros relacionados	Glucómetros continuos: \$0 de copago. No tenemos un fabricante preferido.	Glucómetros continuos: Nuestros fabricantes preferidos son Dexcom y Freestyle Libre. \$0 de copago para los glucómetros continuos de Dexcom y Freestyle Libre y 20 % del costo total para los glucómetros continuos de todos los demás fabricantes.
Hospitalizaciones para pacientes internados	Por cada estadía cubierta por Medicare en un hospital de la red, usted paga: \$275 de copago por día para los días 1 a 5 \$0 de copago por día a partir del día 6	Por cada estadía cubierta por Medicare en un hospital de la red, usted paga: \$500 de copago por día para los días 1 a 4 \$0 de copago por día a partir del día 5
Observación hospitalaria de pacientes ambulatorios	\$0 de copago por visita.	\$50 de copago por visita.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Plan dental PPO opcional suplementario	<u>Dentro y fuera de la red</u> Usted paga el 50 % del costo total para el código de la Asociación Dental Estadounidense (ADA, por sus siglas en inglés) D6095. <u>Dentro y fuera de la red</u> El código de la ADA D6180 <u>no</u> está cubierto. <u>Dentro y fuera de la red</u> El código de la ADA D6193 <u>no</u> está cubierto. Este plan está disponible por una prima mensual adicional de \$47. Para obtener más información o detalles, consulte la Sección 2.2 del Capítulo 4 de la <i>Evidencia de Cobertura</i>.	<u>Dentro y fuera de la red</u> El código de la ADA D6095 <u>no</u> está cubierto. <u>Dentro y fuera de la red</u> Usted paga el 50 % del costo total para el código de la ADA D6180. <u>Dentro y fuera de la red</u> Usted paga el 50 % del costo total para el código de la ADA D6193. Este plan está disponible por una prima mensual adicional de \$49. Para obtener más información o detalles, consulte la Sección 2.1 del Capítulo 4 de la <i>Evidencia de Cobertura</i>.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios	\$75 de copago por cada servicio de radiología de diagnóstico. Los servicios de radiología de diagnóstico incluyen, entre otros, ecografías, imágenes por resonancia magnética, tomografías por emisión de positrones, estudios de medicina nuclear, tomografías computarizadas, pruebas de esfuerzo cardíaco, tomografías computarizadas por emisión de fotón único, mielografías, cistografías y angiografías. El copago se aplica solo a los componentes globales, técnicos y profesionales de los servicios de radiología de diagnóstico.	\$100 de copago por cada servicio de radiología de diagnóstico. Los servicios de radiología de diagnóstico incluyen, entre otros, ecografías, imágenes por resonancia magnética, tomografías por emisión de positrones, estudios de medicina nuclear, tomografías computarizadas, pruebas de esfuerzo cardíaco, tomografías computarizadas por emisión de fotón único, mielografías, cistografías y angiografías. El copago se aplica solo a los componentes globales, técnicos y profesionales de los servicios de radiología de diagnóstico.
Servicios de ambulancia	\$280 de copago por traslado (en una sola dirección) para los servicios de ambulancia terrestre cubiertos por Medicare.	\$285 de copago por traslado (en una sola dirección) para los servicios de ambulancia terrestre cubiertos por Medicare.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Servicios de rehabilitación cardíaca	\$20 de copago por visita.	\$30 de copago por visita.
Servicios de rehabilitación pulmonar	\$20 de copago por visita.	\$30 de copago por visita.
Servicios del programa de tratamiento con opioides	\$0 de copago por visita.	\$20 de copago por visita.
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	\$140 de copago por visita a una sala de emergencias. \$150 de copago por visita a un hospital para pacientes ambulatorios. \$0 de copago por los servicios de observación.	\$150 de copago por visita a una sala de emergencias. \$200 de copago por visita a un hospital para pacientes ambulatorios. \$50 de copago por los servicios de observación.
Servicios intensivos de rehabilitación cardíaca	\$20 de copago por visita.	\$30 de copago por visita.
Servicios urgentemente necesarios	\$5 de copago por cada visita a un centro de atención urgente de la red dentro del área de servicio del plan (no se aplica si es admitido en el hospital dentro de un día por el mismo problema de salud).	\$0 de copago por cada visita a un centro de atención urgente de la red dentro del área de servicio del plan.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Servicios urgentemente necesarios (continuación)	\$5 de copago por cada visita a un centro de atención urgente fuera del área de servicio del plan, pero dentro de los Estados Unidos y sus territorios (no se aplica si es admitido en el hospital dentro de un día por el mismo problema de salud). \$140 de copago por cada visita a una sala de emergencias fuera del área de servicio del plan, pero dentro de los Estados Unidos y sus territorios (no se aplica si es admitido en el hospital dentro de un día por el mismo problema de salud). Cobertura mundial: \$140 de copago por cada visita a una sala de emergencias o centro de atención urgente fuera de los Estados Unidos y sus territorios (no se aplica si es admitido en el hospital dentro de un día por el mismo problema de salud).	\$0 de copago por cada visita a un centro de atención urgente fuera del área de servicio del plan, pero dentro de los Estados Unidos y sus territorios. \$150 de copago por cada visita a una sala de emergencias fuera del área de servicio del plan, pero dentro de los Estados Unidos y sus territorios (no se aplica si es admitido en el hospital dentro de un día por el mismo problema de salud). Cobertura mundial: \$150 de copago por cada visita a una sala de emergencias o centro de atención urgente fuera de los Estados Unidos y sus territorios (no se aplica si es admitido en el hospital dentro de un día por el mismo problema de salud).
Terapia de ejercicio supervisado (SET, por sus siglas en inglés)	\$20 de copago por visita.	\$30 de copago por visita.

Sección 1.6 Cambios en la cobertura de medicamentos de la Parte D

Cambios en nuestra Lista de Medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se llama “Formulario” o “Lista de Medicamentos”. Se brinda una copia de nuestra Lista de Medicamentos de manera electrónica.

Hemos hecho cambios en nuestra Lista de Medicamentos, lo que puede incluir quitar o agregar medicamentos, cambiar las restricciones que se aplican a nuestra cobertura de ciertos medicamentos o cambiar los medicamentos a otro nivel de costo compartido.

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 ha cambiado a otro nivel de costo compartido.

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 calendario, hagamos otros cambios permitidos por las normas de Medicare que le afecten. Actualizamos nuestra Lista de Medicamentos en Internet al menos una vez al mes para ofrecer la lista de medicamentos más actualizada. Si hacemos un cambio que afectará el acceso a un medicamento que usted toma, le enviaremos un aviso para informarle del cambio.

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 el profesional que le extiende las recetas para conocer sus opciones, como pedir un suministro temporal o una excepción o buscar un medicamento nuevo. Para obtener más información, llame a Servicio al Cliente al (800) 776-4466 (los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 711).

Sección 1.7 Cambios en los beneficios y costos de los medicamentos recetados

¿Recibe ayuda del programa Extra Help (Ayuda Adicional) para pagar los costos de su cobertura de medicamentos?

Si está inscrito en un programa que le ayuda a pagar sus medicamentos (ayuda adicional), **es posible que la información sobre los costos de los medicamentos de la Parte D no se aplique a su caso.** Le hemos enviado un material aparte que se llama “*Cláusula Adicional a la Evidencia de Cobertura para las Personas que Reciben Ayuda Adicional para Pagar sus Medicamentos Recetados*”, que le brinda información acerca de sus costos de medicamentos. Si usted recibe ayuda adicional y no ha recibido este material antes del 30 de septiembre de 2025, debe comunicarse con Servicio al Cliente al (800) 776-4466 (los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 711) y pedir la *Cláusula Adicional de LIS* (Cláusula Adicional sobre Subsidios para Personas de Bajos Ingresos).

Etapas de pago de medicamentos

Hay **3 etapas de pago de medicamentos**: la Etapa de Deducible Anual, la Etapa de Cobertura Inicial y la Etapa de Cobertura para Catástrofes. La Etapa de Brecha de Cobertura y el Programa de Descuentos durante la Brecha de Cobertura dejaron de existir en el beneficio de la Parte D.

- ***Etapa 1: Deducible Anual***

Usted comienza en esta etapa de pago cada año calendario. En esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos 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.

- ***Etapa 2: Cobertura Inicial***

Una vez que paga el deducible anual, pasa a la Etapa de Cobertura Inicial. En esta etapa, nuestro plan paga una porción del costo de sus medicamentos y usted paga la suya. Generalmente, usted se queda en esta etapa hasta que sus costos totales por medicamentos anuales hasta la fecha alcancen los \$2,100.

- ***Etapa 3: Cobertura para Catástrofes***

Esta es la tercera y última etapa de pago de medicamentos. En esta etapa, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Generalmente, usted se queda en esta etapa durante el resto del año calendario.

El Programa de Descuentos durante la Brecha de Cobertura ha sido reemplazado por el Programa de Descuentos del Fabricante. En el Programa de Descuentos del Fabricante, los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total de nuestro plan por los medicamentos biológicos y los medicamentos de marca cubiertos de la Parte D durante la Etapa de Cobertura Inicial y la Etapa de Cobertura para Catástrofes. Los descuentos que pagan los fabricantes en el Programa de Descuentos del Fabricante no cuentan para los costos de bolsillo.

Costos de los medicamentos en la Etapa 1: Deducible Anual

El cuadro muestra sus costos por medicamento recetado en esta etapa.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Deducible Anual	Como no tenemos deducibles, esta etapa de pago no se aplica en su caso.	\$425 En esta etapa, usted paga \$5 (costo compartido estándar) o \$0 (costo compartido preferido) para los medicamentos del Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos), \$12 (costo compartido estándar) o \$5 (costo compartido preferido) para los medicamentos del Nivel 2 (medicamentos genéricos) y el costo total de los medicamentos 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.

Costos de los medicamentos en la Etapa 2: Cobertura Inicial

Para los medicamentos del Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos) y del Nivel 4 (medicamentos no preferidos), su costo compartido de la Etapa de Cobertura Inicial pasa de ser un copago a ser un coseguro. En el siguiente cuadro, podrá ver los cambios del 2025 al 2026.

El cuadro muestra sus costos por medicamento recetado para un suministro de un mes (30 días) surtido en una farmacia de la red con costo compartido estándar y preferido.

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. La mayoría de las vacunas de la Parte D para personas adultas están cubiertas sin ningún costo para usted. Para obtener más información acerca de los costos de las vacunas, de un suministro a largo plazo o del envío a domicilio de medicamentos recetados, consulte el Capítulo 6 de la *Evidencia de Cobertura*.

Una vez que haya pagado \$2,100 de gastos de bolsillo por medicamentos cubiertos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (la Etapa de Cobertura para Catástrofes).

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Medicamentos genéricos preferidos, Nivel 1:	<i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$5 <i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$0	<i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$5 <i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$0
Medicamentos genéricos, Nivel 2:	<i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$15 <i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$10	<i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$12 <i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$5
Medicamentos de marca preferidos, Nivel 3:	<i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$47 Usted paga \$35 por suministro mensual de cada insulina cubierta en este nivel. <i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$40	<i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga el 25 % del costo total Usted paga \$35 o el 25 % del costo total, la cantidad que sea menor, por suministro mensual de cada insulina cubierta en este nivel. <i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga el 25 % del costo total

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Medicamentos de marca preferidos, Nivel 3: (continuación)	Usted paga \$35 por suministro mensual de cada insulina cubierta en este nivel.	Usted paga \$35 o el 25 % del costo total, la cantidad que sea menor, por suministro mensual de cada insulina cubierta en este nivel.
Medicamentos no preferidos, Nivel 4:	<i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$100 Usted paga \$35 por suministro mensual de cada insulina cubierta en este nivel. <i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$95 Usted paga \$35 por suministro mensual de cada insulina cubierta en este nivel.	<i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga el 30 % del costo total Usted paga \$35 o el 25 % del costo total, la cantidad que sea menor, por suministro mensual de cada insulina cubierta en este nivel. <i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga el 30 % del costo total Usted paga \$35 o el 25 % del costo total, la cantidad que sea menor, por suministro mensual de cada insulina cubierta en este nivel.
Medicamentos de nivel especializado, Nivel 5:	<i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga el 33 % del costo total <i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga el 33 % del costo total	<i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga el 28 % del costo total <i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga el 28 % del costo total

Cambios en la Etapa de Cobertura para Catástrofes

Si alcanza la Etapa de Cobertura para Catástrofes, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Puede tener que pagar un costo compartido por los medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio ampliado.

Para obtener información específica acerca de los costos en la Etapa de Cobertura para Catástrofes, consulte la Sección 6 del Capítulo 6 de la *Evidencia de Cobertura*.

SECCIÓN 2 Cambios administrativos

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Servicios de telesalud adicionales: Cambio en el nombre del proveedor y la dirección URL	Teladoc blueshieldca.com/Teladoc	Teladoc Health blueshieldca.com/teladochealth
Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare	El Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare es una opción de pago que se implementó este año y que le ayuda a controlar sus costos de bolsillo para los medicamentos cubiertos por nuestro plan, ya que puede distribuirlos durante todo el año calendario (de enero a diciembre). Es posible que usted ya participe de esta opción de pago.	Si usted ya participa del Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare y se queda en el mismo plan de la Parte D, su participación se renovará de manera automática para el año 2026. Para obtener más información sobre esta opción de pago, llámenos al (833) 696-2087 (los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 711) o visite www.Medicare.gov.

SECCIÓN 3 Cómo cambiar de plan

Para seguir en Blue Shield 65 Plus, no tiene que hacer nada. Si usted no se inscribe en otro plan ni se cambia a Medicare Original antes del 7 de diciembre, será inscrito

automáticamente en nuestro plan Blue Shield 65 Plus.

Si desea cambiar de plan para el 2026, siga los siguientes pasos:

- **Para cambiarse a otro plan de salud de Medicare**, inscríbase en el nuevo plan. Su inscripción en Blue Shield 65 Plus se cancelará automáticamente.
- **Para cambiarse a Medicare Original con cobertura de medicamentos de Medicare**, inscríbase en el nuevo plan de medicamentos de Medicare. Su inscripción en Blue Shield 65 Plus se cancelará automáticamente.
- **Para cambiarse a Medicare Original sin un plan de medicamentos**, puede enviarnos una solicitud por escrito para que cancelemos su inscripción. Para obtener más información sobre cómo hacerlo, llame a Servicio al Cliente al (800) 776-4466 (los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 711). También puede llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y pedir que se cancele su inscripción. Los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D (consulte la Sección 1.1).
- **Para obtener más información sobre Medicare Original y los diferentes tipos de planes de Medicare**, visite www.Medicare.gov, lea el folleto *Medicare & You 2026* (Medicare y usted 2026), comuníquese con su Programa Estatal de Asistencia para Seguros de Salud (consulte la Sección 5) o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Sección 3.1 Fechas límite para cambiar de plan

Las personas que tienen Medicare pueden hacer cambios en su cobertura **desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre** de cada año.

Si usted se inscribió en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2026 y no está conforme con su elección de plan, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos de Medicare) o cambiarse a Medicare Original (con o sin cobertura de medicamentos de Medicare aparte) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2026.

Sección 3.2 ¿Se puede hacer el cambio en otros momentos del año?

En algunos casos, es posible cambiar de cobertura durante otros momentos del año; por ejemplo:

- Si tiene Medicaid.
- Si recibe ayuda adicional del programa Extra Help para el pago de sus medicamentos.
- Si tiene o dejará de tener cobertura del empleador.
- Si se muda fuera del área de servicio de nuestro plan.

Si hace poco se mudó a una institución o actualmente vive en 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 de Medicare aparte) o cambiarse a Medicare Original (con o sin cobertura de medicamentos de Medicare) en cualquier momento. Si hace poco se mudó de una institución, tiene la oportunidad de cambiarse de plan o cambiarse a Medicare Original durante dos meses completos después del mes en que se mudó.

SECCIÓN 4 Ayuda para el pago de los medicamentos recetados

Es posible que califique para recibir ayuda con el pago de sus medicamentos recetados. Hay distintos tipos de ayuda disponibles:

- **Ayuda adicional del programa Extra Help de Medicare.** Las personas con ingresos limitados pueden calificar para recibir ayuda adicional para pagar los costos de sus medicamentos recetados. Si usted califica, Medicare podría pagar hasta el 75 % o más de los costos de sus medicamentos, incluidas las primas mensuales del plan de medicamentos, los deducibles anuales y los coseguros. Además, las personas que califican no tendrán que pagar una multa por inscripción tardía. Para averiguar si califica, llame a alguno de los siguientes contactos:
 - Medicare, al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 1-877-486-2048 durante las 24 horas, los siete días de la semana.
 - El Seguro Social, al 1-800-772-1213, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 7:00 p. m., para hablar 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.
- **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 tienen VIH/SIDA y son elegibles para participar en este programa obtengan acceso a medicamentos vitales para el tratamiento del VIH. Para ser elegible para el ADAP que funciona en su estado, las personas deben cumplir con determinados criterios: deben acreditar, mediante pruebas, que viven en ese estado y que tienen VIH, deben demostrar bajos ingresos (según la definición brindada por el estado) y deben tener un seguro insuficiente o no tener seguro. Los medicamentos de la Parte D de Medicare que también estén cubiertos por el ADAP califican para que usted pueda recibir ayuda con el costo compartido de los medicamentos recetados mediante el ADAP de California.

Si desea obtener información sobre los criterios para obtener acceso al programa, sobre los medicamentos cubiertos, sobre el proceso de inscripción en el programa o, si está inscrito actualmente, sobre cómo seguir recibiendo ayuda, 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. (excepto los días feriados), o puede visitar el sitio web del programa en

https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA_adap_eligibility.aspx.

Cuando llame, asegúrese de indicar el nombre de su plan de la Parte D de Medicare o su número de póliza.

- **Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare.** El Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare es una opción de pago que funciona con su cobertura de medicamentos actual y que le ayuda a controlar sus costos de bolsillo para los medicamentos cubiertos por nuestro plan, ya que puede distribuirlos durante todo el año calendario (de enero a diciembre). Toda persona que tenga un plan de medicamentos de Medicare o un plan de salud de Medicare con cobertura de medicamentos (como un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos) puede usar esta opción de pago. **Si bien esta opción de pago puede ayudarle a controlar sus gastos, no hará que ahorre dinero ni que los costos de sus medicamentos sean menores.**

La ayuda adicional de Medicare y la ayuda del ADAP, para quienes califican, tienen más ventajas que la participación en el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare. Todos los miembros califican para participar de la opción de pago que ofrece el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare. Para obtener más información sobre esta opción de pago, llámenos al (800) 776-4466 (los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 711) o visite www.Medicare.gov.

SECCIÓN 5 ¿Preguntas?

Obtenga ayuda de Blue Shield 65 Plus

- **Llame a Servicio al Cliente al (800) 776-4466. (Los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 711).**

Estamos disponibles para recibir consultas telefónicas de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico), los siete días de la semana. Las llamadas a estos números son gratis.

- **Lea su *Evidencia de Cobertura de 2026***

Esta *Notificación Anual de Cambios* le ofrece un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para el año 2026. Si desea obtener más información, consulte la *Evidencia de Cobertura de 2026 para Blue Shield 65 Plus*. La *Evidencia de Cobertura* es la descripción legal detallada de los beneficios de nuestro plan. Le explica sus derechos y las normas que debe cumplir para recibir servicios y medicamentos recetados cubiertos. Puede obtener una copia de la *Evidencia de Cobertura* en nuestro

sitio web en blueshieldca.com/MAPDocuments2026 o llamar a Servicio al Cliente al (800) 776-4466 (los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 711) para pedirnos que le enviemos una copia por correo postal.

- **Visite blueshieldca.com/medicare**

Nuestro sitio web contiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (*Directorio de Proveedores/Directorio de Farmacias*) y nuestra lista de medicamentos cubiertos (*Formulario/Lista de Medicamentos*).

Obtenga asesoramiento gratis 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 llama “Health Insurance Counseling and Advocacy Program” (HICAP, Programa de Defensa y Asesoramiento sobre el Seguro de Salud).

Llame al HICAP para obtener asesoramiento personalizado gratis sobre el seguro de salud. Pueden ayudarle a entender las opciones que le ofrece su plan de Medicare y responder preguntas sobre cambio de planes. Llame al HICAP al (800) 434-0222. Para obtener más información acerca del HICAP, visite <http://www.cahealthadvocates.org/hicap/>.

Obtenga ayuda de Medicare

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

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

- **Comuníquese por chat en vivo en www.Medicare.gov**

Puede chatear en vivo en www.Medicare.gov/talk-to-someone.

- **Escríbale a Medicare**

Puede escribirle a Medicare a PO Box 1270, Lawrence, KS 66044.

- **Visite www.Medicare.gov**

El sitio web oficial de Medicare tiene información sobre los costos, la cobertura y las calificaciones por estrellas de calidad que le ayudarán a comparar los planes de salud de Medicare en su área.

- **Lea *Medicare & You 2026* (Medicare y usted 2026)**

El folleto *Medicare & You 2026* (Medicare y usted 2026) se envía todos los otoños 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. Puede obtener una copia en www.Medicare.gov o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.



blueshieldca.com/medicare

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