



¿Qué es el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare?

El Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare es una nueva opción de pago de la legislación de medicamentos de venta con receta que puede usarse con su cobertura de medicamentos actual para ayudarle a administrar sus costos de bolsillo de medicamentos de la Parte D de Medicare, ya que los distribuye a lo largo del año calendario (de enero a diciembre). A partir de 2025, podrá usar esta opción de pago cualquier persona que tenga un plan de medicamentos de Medicare o un plan de salud con cobertura de medicamentos de Medicare (como un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos). **Esta opción de pago está disponible en todos los planes y no es obligatorio participar.**

Si elige esta opción de pago, cada mes seguirá pagando su prima del plan (si la tuviere) y recibirá una factura de su plan de salud o de medicamentos para pagar los medicamentos de venta con receta (en vez de pagarle a la farmacia). La participación en el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare es gratis.

Información que debo saber antes de participar

¿Cómo funciona?

Cuando haga surtir la receta de un medicamento que cubra la Parte D, no le pagará a la farmacia (incluidos los pedidos de envío por correo y las farmacias especializadas), sino que su plan de salud o de medicamentos le enviará una factura mensual.

Si bien no pagará sus medicamentos en la farmacia, seguirá siendo responsable de los costos. Si desea saber cuánto costará su medicamento antes de llevárselo a su hogar, llame a su plan o pregúntele al farmacéutico.

Tenga en cuenta que esta opción de pago puede servirle para administrar sus costos mensuales, pero no es para ahorrar dinero ni bajar los costos de sus medicamentos. Consulte la página 4 para obtener información sobre Ayuda Adicional y otros programas que tal vez le permitan ahorrar dinero en caso de que califique.

¿Cómo se calcula mi factura mensual?

Su factura mensual se calcula teniendo en cuenta lo que habría pagado por los medicamentos recetados que haya comprado más el saldo del mes anterior, dividido por la cantidad de meses que quedan del año. En todos los planes se usa la misma fórmula para el cálculo de sus pagos mensuales.

Para ver ejemplos de cómo se calcula la factura mensual, consulte la página 6.

Es posible que sus pagos sean distintos cada mes; por este motivo, tal vez no pueda saber cuál será la cantidad exacta de su factura con anticipación. Los pagos futuros pueden aumentar al hacer surtir una receta nueva (o al repetir una receta existente) porque, al agregarse costos de bolsillo nuevos a su pago mensual, quedan menos meses en el año para distribuir los pagos restantes.

En un solo año calendario (de enero a diciembre), nunca pagará más de lo siguiente:

- La cantidad que habría pagado de su bolsillo a la farmacia si no participara de esta opción de pago.
- La cantidad máxima anual de costos de bolsillo de la cobertura de medicamentos de Medicare (\$2,100 en 2026). La legislación de medicamentos de venta con receta pone un límite de \$2,100 a sus costos de bolsillo para el año 2026. **Esto se aplica a toda persona que tenga una cobertura de medicamentos de Medicare, incluso si no participa en el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare.**

¿Esta opción de pago me beneficiará?

Depende de su situación. **Recuerde que esta opción de pago puede servirle para administrar sus costos mensuales, pero no para ahorrar dinero ni bajar los costos de sus medicamentos.**

Es más probable que se beneficie de participar en el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare si tiene costos altos de medicamentos a principios del año calendario. A pesar de que puede empezar a participar en esta opción de pago en cualquier momento del año, si lo hace en los primeros meses (por ejemplo, antes de septiembre), tendrá más meses para distribuir los costos de sus medicamentos. Visite [Medicare.gov/prescription-payment-plan/will-this-help-me](https://www.medicare.gov/prescription-payment-plan/will-this-help-me) y responda algunas preguntas para saber si esta opción de pago puede ser conveniente para usted.

Es posible que esta opción de pago NO sea la más adecuada para usted si:

- Los costos anuales de sus medicamentos son bajos.
- Los costos de sus medicamentos son iguales todos los meses.
- Piensa inscribirse en la opción de pago a fines del año calendario (después de septiembre).
- No desea cambiar la forma en la que paga sus medicamentos.
- Recibe Ayuda Adicional de Medicare o es elegible para ese programa.
- Recibe el Programa de Ahorros de Medicare o es elegible para él.
- Recibe ayuda para el pago de sus medicamentos por parte de otras organizaciones, como un Programa Estatal de Ayuda Farmacéutica (SPAP, por sus siglas en inglés), un programa de cupones u otra cobertura de salud.

Para conocer los programas que pueden ayudarle a bajar sus costos, consulte la página 4.

Criterios para la elección urgente del Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare

Puede inscribirse de manera retroactiva en el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare si cumple los siguientes criterios:

- la persona inscrita en la Parte D cree que la demora para obtener la(s) receta(s) por el período de 24 horas necesario para procesar su pedido de inscripción puede poner en grave peligro su vida, su salud o la capacidad de su organismo para recuperarse completamente; y
- la persona inscrita en la Parte D pide la elección retroactiva dentro de las 72 horas siguientes a la fecha y la hora de la decisión de la(s) reclamación(es) urgente(s).

Usted también tiene derecho a que le devuelvan todo el costo compartido que haya pagado por el medicamento recetado urgente y todo medicamento recetado de la Parte D cubierto que obtenga después de que se procese la elección del Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare.

¿Quién puede ayudarme a decidir si me conviene participar?

- **Su plan de salud o de medicamentos:** Para recibir más información, visite el sitio web de Blue Shield of California o llame al (833) 696-2087, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 711. Si necesita retirar un medicamento recetado de forma urgente, llame a su plan para analizar cuáles son sus opciones.
- **Medicare:** Visite [Medicare.gov/prescription-payment-plan](https://www.medicare.gov/prescription-payment-plan) para conocer más detalles sobre esta opción de pago y saber si podría ser conveniente para usted.
- **Programa Estatal de Asistencia para Seguros de Salud (SHIP, por sus siglas en inglés):** Visite [shiphelp.org](https://www.shiphelp.org) para obtener el número de teléfono de su SHIP local, y recibir asesoramiento gratis y personalizado sobre los seguros de salud.

¿Cómo me inscribo?

Si tiene un plan de la Parte D de Medicare con Blue Shield of California, inicie sesión en su cuenta o llame al (833) 696-2087 (TTY: 711) para empezar a participar en esta opción de pago:

- **En 2025 para participar en 2026:** Si desea participar en el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare en el año 2026, comuníquese ahora con Blue Shield of California. Su participación iniciará el 1 de enero de 2026.
- **Durante 2026:** A partir del 1 de enero de 2026, puede comunicarse con Blue Shield of California para empezar a participar en el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare en cualquier momento durante el año calendario.

Recuerde que es posible que esta opción no sea la más conveniente para usted si se inscribe a fines del año calendario (después de septiembre), ya que los nuevos costos de bolsillo de los medicamentos se agregan a su pago mensual y quedan menos meses en el año para distribuir sus pagos.

Información que debo saber si participo

¿Qué pasa después de inscribirme?

Una vez que su plan de salud o de medicamentos haya revisado su pedido de participación, usted recibirá una carta con la confirmación de su participación en el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare. Después pasará lo siguiente:

1. Cuando reciba la receta de un medicamento cubierto por la Parte D, su plan le avisará automáticamente a la farmacia que usted participa en esta opción de pago, por lo que no le pagará a la farmacia por ese medicamento recetado. Si bien no pagará sus medicamentos en la farmacia, seguirá siendo responsable de los costos. Si desea saber cuánto costará su medicamento antes de llevárselo a su hogar, llame a su plan o pregúntele al farmacéutico.
2. Cada mes, su plan le enviará una factura con la cantidad que debe por sus medicamentos recetados, la fecha de vencimiento y los detalles sobre cómo hacer el pago. Recibirá otra factura por la prima mensual de su plan (si la tuviere).

¿Cómo pago mi factura?

Después de que su plan de salud o de medicamentos apruebe su participación en el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare, recibirá una carta de su plan en la que se le explicará cómo pagar su factura.

¿Qué pasa si no pago mi factura?

Su plan de salud o de medicamentos le enviará un recordatorio si se le olvida hacer un pago. Si no paga su factura antes de la fecha indicada en el recordatorio, se cancelará su participación en el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare. Usted debe pagar la cantidad que no pagó; sin embargo, **no se le cobrarán intereses ni cargos, incluso si paga después del vencimiento**. Puede elegir pagar el total de esa cantidad de una vez o recibir facturas mensuales. La cancelación de su participación en el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare **no afectará la inscripción en su plan de salud o de medicamentos de Medicare**.

Siempre pague primero la prima mensual de su plan de salud o de medicamentos (si la tuviere); de esta manera, no perderá la cobertura de sus medicamentos. Si le preocupa tener que pagar tanto la prima mensual de su plan y las facturas del Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare, consulte la página 5 para obtener información sobre los programas que pueden ayudarle a bajar sus costos. Llame a su plan si cree que hay un error en su factura del Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare; en ese caso, tiene derecho a seguir el proceso de reclamos que figura en el Manual para Miembros o la Evidencia de Cobertura.

¿Cómo puedo dejar el plan?

Puede dejar el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare en cualquier momento comunicándose con su plan de salud o de medicamentos. Dejar el plan no afectará su cobertura de medicamentos de Medicare ni otros beneficios de Medicare. Tenga en cuenta lo siguiente:

- Si aún debe algún saldo, tendrá que pagar la cantidad que debe, aunque ya no participe en esta opción de pago.
- Puede elegir pagar el total de su saldo de una vez o recibir facturas mensuales.
- Una vez que deje el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare, le pagará directamente a la farmacia los nuevos costos de bolsillo por sus medicamentos.

¿Qué pasa si cambio mi plan de salud o de medicamentos?

Si usted deja su plan actual, o si decide cambiarse a otro plan de medicamentos de Medicare u otro plan de salud con cobertura de medicamentos de Medicare (como un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos), terminará su participación en el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare.

Comuníquese con su plan nuevo si desea volver a participar en el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare.

¿Qué programas pueden ayudarme a bajar mis costos?

Si sus ingresos y recursos son limitados, averigüe si es elegible para alguno de estos programas:

- **Ayuda Adicional:** Es un programa de Medicare que le ayuda a pagar los costos de sus medicamentos de Medicare. Visite ssa.gov/medicare/part-d-extra-help para saber si califica y aplicar. También puede aplicar a través de la oficina de Asistencia Médica Estatal. Para obtener más información, visite Medicare.gov/ExtraHelp.
- **Programas de Ahorros de Medicare:** Son programas estatales que podrían ayudarle a pagar total o parcialmente las primas, los deducibles, los copagos y los coseguros de Medicare. Para obtener más información, visite Medicare.gov/medicare-savings-programs.

- **Programas Estatales de Ayuda Farmacéutica (SPAP, por sus siglas en inglés):** Son programas que podrían incluir cobertura para las primas de su plan de medicamentos de Medicare y/o costo compartido. Es posible que las contribuciones de los SPAP cuenten para su límite de costos de bolsillo para la cobertura de medicamentos de Medicare. Para obtener más información, visite go.medicare.gov/spap.
- **Programas de Ayuda Farmacéutica de Fabricantes (a veces llamados Programas de Ayuda para Pacientes [PAP, por sus siglas en inglés]):** Son programas de los fabricantes de medicamentos que ayudan a bajar el costo de los medicamentos para las personas que tienen Medicare. Para obtener más información, visite go.medicare.gov/pap.

Muchas personas califican para recibir ahorros y no lo saben. Para obtener más información, visite Medicare.gov/basics/costs/help o comuníquese con su oficina local del Seguro Social. En el sitio web ssa.gov/locator/ podrá consultar dónde es su oficina local del Seguro Social.

¿Dónde puedo obtener más información?

- **Su plan de salud o de medicamentos:** Para recibir más información, visite el sitio web de Blue Shield of California o llame al (833) 696-2087 (TTY: 711).
- **Medicare:** Visite Medicare.gov/prescription-payment-plan o llame 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.

Cómo presentar quejas y reclamos relacionados con el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare

Para presentar una queja o un reclamo sobre cualquier aspecto del Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare, puede seguir los pasos del proceso actual de quejas y reclamos de Blue Shield of California: el **Proceso de Reclamos de Blue Shield of California**.

Ejemplos de cómo se calcula una factura mensual

Ejemplo 1:

Usted toma varios medicamentos que tienen un costo alto y estos suman un total de costos de bolsillo de \$500 cada mes. En enero de 2025, usted se une al Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare mediante su plan de medicamentos de Medicare o su plan de salud con cobertura de medicamentos de Medicare.

La factura de su primer mes en el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare se calcula de manera distinta a la factura de los demás meses del año:

- **Primero calculamos su “pago máximo posible” para el primer mes:**

\$2,000 [cantidad máxima anual de costos de bolsillo]	
– \$0 [no hubo costos de bolsillo antes de usar esta opción de pago]	
= \$2,000	= \$166.67 [su “pago máximo posible” para el primer mes]
12 [meses restantes del año]	

- **Después calculamos lo que pagará por el mes de enero:**

- Compare sus costos de bolsillo totales para el mes de enero (\$500) con el “pago máximo posible” que acabamos de calcular: \$166.67.
- Su **plan le facturará la menor de las dos cantidades**, así que pagará \$166.67 por el mes de enero.
- Tiene un saldo restante de \$333.33 (\$500 – \$166.67).

El pago se calcula de manera distinta para febrero y los demás meses que quedan del año:

\$333.33 [saldo restante] + \$500 [nuevos costos]	
= \$833.33	
11 [meses restantes del año]	= \$75.76 [su pago para febrero]

El cálculo de su pago del mes de marzo se hará de la misma manera que se hizo para febrero:

\$75.57 [saldo restante] + \$500 [nuevos costos]	
= \$1,257.57	
10 [meses restantes del año]	= \$125.76 [su pago para marzo]

En abril, cuando vuelva a repetir sus recetas, alcanzará la cantidad máxima anual de costos de bolsillo del año (\$2,000 en 2025). Seguirá pagando lo que ya debe y obtendrá su(s) medicamento(s) recetado(s); sin embargo, después de abril ya no podrá agregar costos de bolsillos durante el resto del año.

\$1,131.81 [saldo restante] + \$500 [nuevos costos]

= \$1631.81

9 [meses restantes del año]

= \$181.31 [su pago para abril y todos los meses restantes del año]

A pesar de que su pago es diferente cada mes, al terminar el año, **usted nunca pagará una cantidad mayor que las siguientes:**

- La cantidad total que hubiera pagado de su bolsillo.
- La cantidad máxima anual total de costos de bolsillo (\$2,000 en 2025).

Recuerde que esto es solo el pago mensual de los costos de bolsillo por sus medicamentos; también tendrá que pagar la prima de su plan de salud o de medicamentos (si la tuviere) cada mes.

Ejemplo 1: Empiece a participar en enero con costos altos de medicamentos a principios de año

Mes	Sus costos de medicamentos sin esta opción de pago	Su pago mensual con esta opción de pago	Notas
Enero	\$500	\$166.67	Este es el momento en el que empezó a participar en esta opción de pago. Recuerde que la factura de su primer mes se calcula sobre la base del "pago máximo posible". Su factura para los demás meses del año se calcula de manera distinta.
Febrero	\$500	\$75.76	
Marzo	\$500	\$125.76	
Abril	\$500	\$181.31	Este mes alcanzó la cantidad máxima anual de costos de bolsillo (\$2,000 en 2025). No tendrá nuevos costos de bolsillo por sus medicamentos durante el resto del año.
Mayo	\$0.00	\$181.31 *	* Recibirá de todas maneras sus medicamentos de \$500 cada mes, pero, como ya alcanzó la cantidad máxima anual de costos de bolsillo, no agregará costos de bolsillo nuevos durante el resto del año. Seguirá pagando lo que ya debe.
Junio	\$0.00	\$181.31 *	
Julio	\$0.00	\$181.31 *	
Agosto	\$0.00	\$181.31 *	
Septiembre	\$0.00	\$181.31 *	
Octubre	\$0.00	\$181.31 *	
Noviembre	\$0.00	\$181.31 *	
Diciembre	\$0.00	\$181.31 *	
Total	\$2,000.00	\$2,000.00	Pagará la misma cantidad total por el año, incluso si no usa esta opción de pago.

Si le preocupa tener que pagar \$500 por mes desde enero hasta abril, esta opción de pago le ayudará a administrar sus costos. Si prefiere pagar \$500 por mes durante 4 meses y después no pagar nada el resto del año, tal vez esta opción de pago no sea la más adecuada para usted. Comuníquese con su plan de salud o de medicamentos para recibir ayuda personalizada.

Ejemplo 2:

Usted toma varios medicamentos que suman un total de costos de bolsillo de \$80 cada mes. En enero de 2025, usted se une al Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare mediante su plan de medicamentos de Medicare o su plan de salud con cobertura de medicamentos de Medicare.

La factura de su primer mes en el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare se calcula de manera distinta a la factura de los demás meses del año:

- **Primero calculamos su “pago máximo posible” para el primer mes:**

\$2,000 [cantidad máxima anual de costos de bolsillo]	
– \$0 [no hubo costos de bolsillo antes de usar esta opción de pago]	
= \$2,000	= \$166.67 [su “pago máximo posible” para el primer mes]
12 [meses restantes del año]	

- **Después calculamos lo que pagará por el mes de enero:**
 - Compare sus costos de bolsillo totales para el mes de enero (\$80) con el “pago máximo posible” que acabamos de calcular: \$166.67.
 - **Su plan le facturará la menor de las dos cantidades**, así que pagará \$80 por el mes de enero.
 - Tiene un saldo restante de \$0.

El pago se calcula de manera distinta para febrero y los demás meses que quedan del año:

\$0 [saldo restante] + \$80 [nuevos costos] = \$80	
11 [meses restantes del año]	= \$7.27 [su pago para febrero]

El cálculo de su pago del mes de marzo se hará de la misma manera que se hizo para febrero:

\$7.27 [saldo restante] + \$80 [nuevos costos] = \$152.73	
10 [meses restantes del año]	= \$15.27 [su pago para marzo]

A pesar de que su pago es diferente cada mes, al terminar el año, usted nunca pagará una cantidad mayor que las siguientes:

- La cantidad total que hubiera pagado de su bolsillo.
- La cantidad máxima anual total de costos de bolsillo (\$2,000 en 2025).

Recuerde que esto es solo el pago mensual de los costos de bolsillo por sus medicamentos; también tendrá que pagar la prima de su plan de salud o de medicamentos (si la tuviere) cada mes.

Ejemplo 2: Empezó a participar en enero con costos estables a lo largo del año

Mes	Sus costos de medicamentos sin esta opción de pago	Su pago mensual con esta opción de pago	Notas
Enero	\$80.00	\$80.00	Este es el momento en el que empezó a usar esta opción de pago. Recuerde que la factura de su primer mes se calcula sobre la base del "pago máximo posible". Su factura para los demás meses del año se calcula de manera distinta.
Febrero	\$80.00	\$7.27	
Marzo	\$80.00	\$15.27	
Abril	\$80.00	\$24.16	
Mayo	\$80.00	\$34.16	
Junio	\$80.00	\$45.59	
Julio	\$80.00	\$58.93	
Agosto	\$80.00	\$74.92	
Septiembre	\$80.00	\$94.93	
Octubre	\$80.00	\$121.59	
Noviembre	\$80.00	\$161.59	
Diciembre	\$80.00	\$241.59	
Total	\$960.00	\$960.00	Pagará la misma cantidad total por el año, incluso si no usa esta opción de pago.

Según las circunstancias particulares de su caso, es posible esta opción de pago no le convenga por los pagos más caros que empiezan en septiembre. Comuníquese con su plan de salud o de medicamentos para recibir ayuda personalizada.

Ejemplo 3:

Cada mes, paga \$4 de costos de bolsillo por un medicamento recetado que usa de forma habitual.

En abril de 2025, necesita un nuevo medicamento recetado por única vez que cuesta \$613, así que sus costos de bolsillo totales en abril son de \$617. Ese mismo mes, antes de hacer surtir sus recetas, usted decide participar en el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare mediante su plan de medicamentos de Medicare o su plan de salud con cobertura de medicamentos de Medicare.

La factura de su primer mes en el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare se calcula de manera distinta a la factura de los demás meses del año:

- **Primero calculamos su “pago máximo posible” para el primer mes:**

$$\begin{array}{rcl} \$2,000 & \text{[cantidad máxima anual de costos de bolsillo]} & \\ - & \text{[esta opción de pago]} & \\ \hline = \$1,988 & & = \$220.89 \text{ [su “pago máximo posible” para el primer mes]} \\ 9 & \text{[meses restantes del año]} & \end{array}$$

- **Después calculamos lo que pagará por el mes de abril:**

- Compare sus costos de bolsillo totales para el mes de abril (\$617) con el “pago máximo posible” que acabamos de calcular: \$220.89.
- **Su plan le facturará la menor de las dos cantidades**, así que pagará \$220.89 por el mes de abril.
- Tiene un saldo restante de \$396.11 (\$617 – \$220.89).

El pago se calcula de manera distinta para mayo y los demás meses que quedan del año:

$$\begin{array}{rcl} \$396.11 & \text{[saldo restante]} + \$4 & \text{[nuevos costos]} \\ \hline = \$400.11 & & = \$50.01 \text{ [su pago para mayo]} \\ 8 & \text{[meses restantes del año]} & \end{array}$$

Sus pagos variarán a lo largo del año. Esto se debe a que agrega costos de medicamentos durante el año, pero le quedan menos meses en el año para distribuir sus pagos.

Al terminar el año, usted nunca pagará una cantidad mayor que las siguientes:

- La cantidad total que hubiera pagado de su bolsillo.
- La cantidad máxima anual total de costos de bolsillo (\$2,000 en 2025).

Recuerde que esto es solo el pago mensual de los costos de bolsillo por sus medicamentos; también tendrá que pagar la prima de su plan de salud o de medicamentos (si la tuviere) cada mes.

Ejemplo 3: Empiece a participar en abril con costos que varían a lo largo del año

Mes	Sus costos de medicamentos sin esta opción de pago	Su pago mensual con esta opción de pago	Notas
Enero	\$4.00	\$4.00*	* Usted hizo estos pagos directamente a la farmacia antes de empezar a participar en el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare.
Febrero	\$4.00	\$4.00*	
Marzo	\$4.00	\$4.00*	
Abril	\$617.00	\$220.89	Este es el momento en el que empezó a usar esta opción de pago. Recuerde que la factura de su primer mes se calcula sobre la base del "pago máximo posible". Su factura para los demás meses del año se calcula de manera distinta.
Mayo	\$4.00	\$50.01	
Junio	\$4.00	\$50.59	
Julio	\$124.00	\$71.25	Este mes necesita un medicamento que cuesta \$120, además de su medicamento de \$4. Siguiendo la misma fórmula que usamos en mayo, las cantidades que debe pagar aumentan porque está agregando costos de medicamentos durante el año, pero le quedan menos meses en el año para distribuir sus pagos.
Agosto	\$4.00	\$72.05	
Septiembre	\$4.00	\$73.05	
Octubre	\$124.00	\$114.39	Este mes necesita un medicamento que cuesta \$120, además de su medicamento de \$4. Siguiendo la misma fórmula que usamos en mayo, las cantidades que debe pagar aumentan porque está agregando costos de medicamentos durante el año, pero le quedan menos meses en el año para distribuir sus pagos.
Noviembre	\$4.00	\$116.39	
Diciembre	\$4.00	\$120.38	
Total	\$901.00	\$901.00	Pagará la misma cantidad total por el año, incluso si no usa esta opción de pago.

Si le preocupa tener que pagar \$617 en abril, esta opción de pago le ayudará a distribuir sus costos en pagos mensuales que varían a lo largo del año. Si le preocupa tener que pagar cantidades mayores más adelante en el año, es posible que esta opción de pago no sea la más adecuada para usted. Comuníquese con su plan de salud o de medicamentos para recibir ayuda personalizada.



AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN

La discriminación es contra la ley. Blue Shield of California cumple con las leyes de derechos civiles federales y las leyes estatales aplicables, y no discrimina a las personas por su raza, color, país de origen, ascendencia, religión, sexo, estado civil, embarazo o condiciones relacionadas, características sexuales, estereotipos sexuales, género, identidad de género, orientación sexual, edad ni discapacidad. Blue Shield of California no excluye a las personas ni las trata de manera diferente por su raza, color, país de origen, ascendencia, religión, sexo, estado civil, embarazo o condiciones relacionadas, características sexuales, estereotipos sexuales, género, identidad de género, orientación sexual, edad ni discapacidad.

Blue Shield of California da lo siguiente:

- Ayuda y servicios gratis a personas con discapacidad para que se comuniquen bien con nosotros; por ejemplo:
 - ✓ Intérpretes calificados en lengua de señas.
 - ✓ Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos).
- Servicios de idiomas a personas cuyo primer idioma no es el inglés; por ejemplo:
 - ✓ Intérpretes calificados.
 - ✓ Información escrita en otros idiomas.

Si necesita alguno de estos servicios, comuníquese con Servicio al Cliente de Blue Shield of California al número de teléfono que figura en el dorso de su tarjeta de identificación de miembro.

Si cree que Blue Shield of California no le ha dado estos servicios o que lo ha discriminado de otra manera, ya sea por su raza, color, país de origen, ascendencia, religión, sexo, estado civil, embarazo o condiciones relacionadas, características sexuales, estereotipos sexuales, género, identidad de género, orientación sexual, edad o discapacidad, puede usar esta información para hacer un reclamo:

Blue Shield of California Civil Rights Coordinator
P.O. Box 5588, El Dorado Hills, CA 95762-0011
Teléfono: (844) 831-4133 (TTY: 711), Fax: (844) 696-6070
Dirección electrónica: BlueShieldCivilRightsCoordinator@blueshieldca.com

Puede hacer el reclamo en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para hacer un reclamo, el Coordinador de Derechos Civiles está a su disposición.

También puede hacer una queja de derechos civiles en la Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) del U.S. Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos) de manera electrónica mediante el portal de quejas de esa oficina, que está disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o puede usar esta información para hacerlo por correo postal o teléfono:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201
Teléfono: 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)

Los formularios de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.



Notice of Availability of Language Assistance Services and Auxiliary Aids and Services

ATTENTION: If you speak [insert language], free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 1-800-776-4466 (TTY: 711) or speak to your provider.

العربية
تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر وسائل مساعدة وخدمات مناسبة لتوفير المعلومات بتنسيقات يمكن الوصول إليها مجانًا. اتصل على الرقم 1-800-776-4466 (TTY: 711) أو تحدث إلى مقدم الخدمة.

ՀԱՅԵՐԵՆ

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Եթե խոսում եք հայերեն, Դուք կարող եք օգտվել լեզվական աջակցության անվճար ծառայություններից: Մատչելի ձևաչափերով տեղեկատվություն տրամադրվում է համապատասխան օժանդակ միջոցներն ու ծառայությունները նույնպես տրամադրվում են անվճար: Ձանգահարեք 1-800-776-4466 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711) կամ խոսեք Ձեր մատակարարի հետ:

中文

注意: 如果您说[中文], 我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务, 以无障碍格式提供信息。致电 1-800-776-4466 (文本电话: 711) 或咨询您的服务提供商。

हिंदी

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध होती हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएं भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। 1-800-776-4466 (TTY: 711) पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।

Lus Hmoob

LUS CEEV TSHWJ XEEB: Yog hais tias koj hais Lus Hmoob muaj cov kev pab cuam txhais lus pub dawb rau koj. Cov kev pab thiab cov kev pab cuam ntxiv uas tsim nyog txhawm rau muab lus qhia paub ua cov hom ntaub ntawv uas tuaj yeem nkag cuag tau rau los kuj yeej tseem muaj pab dawb tsis xam tus nqi dab tsi ib yam nkaus. Hu rau 1-800-776-4466 (TTY: 711) los sis sib tham nrog koj tus kws muab kev saib xyuas kho mob.

日本語

注: 日本語を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。アクセシブル(誰もが利用できるよう配慮された)な形式で情報を提供するための適切な補助支援やサービスも無料でご利用いただけます。1-800-776-4466 (TTY: 711) までお電話ください。または、ご利用の事業者にご相談ください。

한국어

주의: [한국어]를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 1-800-776-4466 (TTY: 711)번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오.

ລາວ

ເລື່ອງ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ຈະມີບໍລິການຊ່ວຍດ້ານພາສາແບບບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້ທ່ານ. ມີເຄື່ອງຊ່ວຍ ແລະ ການບໍລິການແບບບໍ່ເສຍຄ່າທີ່ເໝາະສົມເພື່ອໃຫ້ຂໍ້ມູນໃນຮູບແບບທີ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງໄດ້. ໂທຫາເບີ 1-800-776-4466 (TTY: 711) ຫຼື ລົມກັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານ.

ភាសាខ្មែរ

សូមយកចិត្តទុកដាក់៖ ប្រសិនបើអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរសេវាកម្មជំនួយភាសាឥតគិតថ្លៃគឺមានសម្រាប់អ្នក។ ជំនួយ និងសេវាកម្មដែលជាការជួយដ៏សមរម្យ ក្នុងការផ្តល់ព័ត៌មានតាមទម្រង់ដែលអាចចូលប្រើប្រាស់បាន ក៏អាចរកបានដោយឥតគិតថ្លៃផងដែរ។ ហៅទូរសព្ទទៅ 1-800-776-4466 (TTY: 711) ឬនិយាយទៅកាន់អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។

فارسی

توجه: اگر [وارد کردن زبان] صحبت می کنید، خدمات پشتیبانی زبانی رایگان در دسترس شما قرار دارد. همچنین کمک ها و خدمات پشتیبانی مناسب برای ارائه اطلاعات در قالب های قابل دسترس، به طور رایگان موجود می باشند. با شماره 1-800-776-4466 (تله تایپ: 711) تماس بگیرید یا با ارائه دهنده خود صحبت کنید.

ਪੰਜਾਬੀ

ਧਿਆਨ ਦਿਉ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਉਪਲਬਧ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ। ਪਹੁੰਚਯੋਗ ਫਾਰਮੈਟਾਂ ਵਿੱਚ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ ਲਈ ਢੁਕਵੇਂ ਪੂਰਕ ਸਹਾਇਕ ਸਾਧਨ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਵੀ ਮੁਫਤ ਵਿੱਚ ਉਪਲਬਧ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ। 1-800-776-4466 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ ਜਾਂ ਆਪਣੇ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਨਾਲ ਗੱਲ ਕਰੋ।

РУССКИЙ

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русский, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону 1-800-776-4466 (TTY: 711) или обратитесь к своему поставщику услуг.

Español

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 1-800-776-4466 (TTY: 711) o hable con su proveedor.

Tagalog

PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyonang tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format. Tumawag sa 1-800-776-4466 (TTY: 711) o makipag-usap sa iyong provider.

ไทย

หมายเหตุ: หากคุณใช้ภาษา ไทย เรามีบริการความช่วยเหลือด้านภาษาฟรี นอกจากนี้ ยังมีเครื่องมือและบริการช่วยเหลือ เพื่อให้ข้อมูลในรูปแบบที่เข้าถึงได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย โปรดโทรติดต่อ 1-800-776-4466 (TTY: 711) หรือปรึกษาผู้ให้บริการของคุณ

українська мова

УВАГА: Якщо ви розмовляєте українська мова, вам доступні безкоштовні мовні послуги. Відповідні допоміжні засоби та послуги для надання інформації у доступних форматах також доступні безкоштовно. Зателефонуйте за номером 1-800-776-4466 (TTY: 711) або зверніться до свого постачальника».

Việt

LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ. Các hỗ trợ dịch vụ phù hợp để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Vui lòng gọi theo số 1-800-776-4466 (Người khuyết tật: 711) hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn.