



información importante

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

Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan (HMO D-SNP), un plan Medi-Medi ofrecido por California Physicians' Service (que opera con el nombre de Blue Shield of California)

Aviso anual de cambios para 2027

Introducción

Actualmente está inscrito como miembro de nuestro plan. El próximo año se implementarán algunos cambios en nuestros beneficios, cobertura, reglas y costos. Este *Aviso anual de cambios* le informa de las modificaciones y dónde encontrar más información. Para obtener más información sobre los costos, los beneficios o las reglas, consulte la *Guía para los Miembros*, que se encuentra en nuestro sitio web en blueshieldca.com/DSNPdocuments2027. Llame a Servicio al Cliente al número que figura al pie de la página para recibir una copia por correo. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de su *Guía para los Miembros*.

Otros recursos

- Este documento está disponible sin cargo en árabe, armenio, camboyano, chino tradicional, chino simplificado, farsi, coreano, ruso, español o criollo español, tagalo y vietnamita.
- Puede acceder a este Aviso anual de cambios en otros formatos, como en letra grande, braille o audio, sin costo para usted. Llame al 1-800-452-4413 (TTY: 711), cualquiera de los siete días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., PT. La llamada es gratuita.
 - Si desea recibir los materiales de su plan digitalmente, inicie sesión en su cuenta en blueshieldca.com/login, haga clic en *Mi perfil* en la barra superior, desplácese hasta la sección Preferencias de comunicación y seleccione "Entrega electrónica" como su método de entrega preferido. También puede iniciar sesión en la aplicación móvil Blue Shield of California e ir a Preferencias de comunicación en la pestaña *Más*. Si no tiene una cuenta, vaya a blueshieldca.com/login, haga clic en *Comenzar* para inscribirse. Puede configurar su preferencia de entrega cuando se inscriba.
 - Puede realizar una solicitud permanente para acceder a este documento y futuras comunicaciones en un idioma que no sea el inglés o en un formato alternativo (en letra grande, braille, audio, etc.). Puede llamar a Servicio al

Aprobación de OMB 0938-1444 (vencimiento: 31 de mayo de 2029)

Si tiene preguntas, llame a Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), cualquiera de los siete días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., PT. La llamada es gratuita. **Para más información**, visite blueshieldca.com/medicare.



Cliente de Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), cualquiera de los siete días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., PT. Servicio al Cliente dejará registrados su idioma y su formato preferidos hasta que usted decida cambiarlos.

- Para hacer un cambio en una solicitud permanente para recibir las comunicaciones requeridas en un idioma preferido o en un formato alternativo, comuníquese con Servicio al Cliente de Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), cualquiera de los siete días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., PT.

Aviso de disponibilidad de servicios de idiomas, y asistencia y servicios auxiliares

ATTENTION: If you need help in your language, call 1-800-452-4413 (TTY: 711). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call 1-800-452-4413 (TTY: 711). These services are free of charge.

الشعار بالعربية (Arabic)

يُرجى الانتباه: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل بـ 1-800-452-4413 (TTY: 711). تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة بريـل والخط الكبير. اتصل بـ 1-800-452-4413 (TTY: 711). هذه الخدمات مجانية.

Հայերեն պիտակ (Armenian)

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ: Եթե Ձեզ օգնություն է հարկավոր Ձեր լեզվով, զանգահարեք 1-800-452-4413 (TTY:711): Կան նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, օրինակ՝ Բրայլի գրատիպով ու խոշորատառ տպագրված նյութեր: Չանգահարեք 1-800-452-4413 (TTY:711): Այդ ծառայություններն անվճար են:



简体中文标语 (Chinese)

请注意：如果您需要以您的母语提供帮助，请致电 1-800-452-4413 (TTY: 711)。另外还提供针对残疾人士的帮助和服务，例如盲文和需要较大字体阅读，也是方便取用的。请致电 1-800-452-4413 (TTY: 711)。这些服务都是免费的。

ਪੰਜਾਬੀ ਟੈਗਲਾਈਨ (Punjabi)

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ ਕਾਲ ਕਰੋ 1-800-452-4413 (TTY: 711). ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਕਾਲ ਕਰੋ 1-800-452-4413 (TTY: 711). ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।

हिंदी टैगलाइन (Hindi)

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है तो 1-800-452-4413 (TTY: 711) पर कॉल करें। अशक्तता वाले लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे ब्रेल और बड़े प्रिंट में भी दस्तावेज़ उपलब्ध हैं। 1-800-452-4413 (TTY: 711) पर कॉल करें। ये सेवाएं निः शुल्क हैं।

Nqe Lus Hmoob Cob (Hmong)

CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu rau 1-800-452-4413 (TTY: 711). Muaj cov kev pab txhawb thiab kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li puav leej muaj ua cov ntawv su thiab luam tawm ua tus ntawv loj. Hu rau 1-800-452-4413 (TTY: 711). Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.



日本語表記 (Japanese)

注意日本語での対応が必要な場合は 1-800-452-4413 (TTY: 711) へお電話ください。点字の資料や文字の拡大表示など、障がいをお持ちの方のためのサービスも用意しています。 1-800-452-4413 (TTY: 711) へお電話ください。これらのサービスは無料で提供しています。

한국어 태그라인 (Korean)

유의사항: 귀하의 언어로 도움을 받고 싶으시면 1-800-452-4413 (TTY: 711) 번으로 문의하십시오. 점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 도움과 서비스도 이용 가능합니다. 1-800-452-4413 (TTY: 711) 번으로 문의하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

ແທກໄລພາສາລາວ (Laotian)

ປະກາດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-800-452-4413 (TTY: 711). ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການເຊັ່ນເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນແລະມີໂຕພິມໃຫຍ່ໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-800-452-4413 (TTY: 711). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.



Mien Tagline (Mien)

LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih qiex longc mienh tengx faan benx meih nyei waac nor douc waac daaih lorx taux 1-800-452-4413 (TTY: 711). Liouh lorx jauv-louc tengx aengx caux nzie gong bun taux ninh mbuo wuaaic fangx mienh, beiv taux longc benx nzangc-pokc bun hluc mbiutc aengx caux aamz mborqv benx domh sou se mbenc nzoih bun longc. Douc waac daaih lorx 1-800-452-4413 (TTY: 711). Naaiv deix nzie weih gong-bou jauv-louc se benx wang-henh tengx mv zuqc cuotv nyaanh oc.

ឃ្លាសម្គាល់ជាភាសាខ្មែរ (Mon-Khmer, Cambodian)

ចំណាំ៖ បើអ្នក ត្រូវ ការជំនួយ ជាភាសា របស់អ្នក សូម ទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711)។ ជំនួយ និង សេវាកម្ម សម្រាប់ ជនពិការ ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរធុន សម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរពុម្ពធំ ក៏អាចរកបានផងដែរ។ ទូរស័ព្ទមកលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711)។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។

مطلب به زبان فارسی (Persian (Farsi))

توجه: اگر می‌خواهید به زبان خود کمک دریافت کنید، با 1-800-452-4413 (TTY: 711) تماس بگیرید. کمک‌ها و خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت، مانند نسخه‌های خط بریل و چاپ با حروف بزرگ، نیز موجود است. با 1-800-452-4413 (TTY: 711) تماس بگیرید. این خدمات رایگان ارائه می‌شوند.

Si tiene preguntas, llame a Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan al 1-800-452-4413

(TTY: 711), cualquiera de los siete días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., PT.

La llamada es gratuita. **Para más información**, visite blueshieldca.com/medicare.



Русский слоган (Russian)

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру 1-800-452-4413 (линия TTY: 711). Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру 1-800-452-4413 (линия TTY: 711). Такие услуги предоставляются бесплатно.

Mensaje en español (Spanish)

ATENCIÓN: si necesita ayuda en su idioma, llame al 1-800-452-4413 (TTY: 711). También ofrecemos asistencia y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y con letras grandes. Llame al 1-800-452-4413 (TTY: 711). Estos servicios son gratuitos.

Tagalog Tagline (Tagalog)

ATENSIYON: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa 1-800-452-4413 (TTY: 711). Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa 1-800-452-4413 (TTY: 711). Libre ang mga serbisyong ito.



แท็กไธภาษาไทย (Thai)

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-800-452-4413 (TTY: 711) นอกจากนี้ ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-800-452-4413 (TTY: 711) ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้

Примітка українською (Ukrainian)

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер 1-800-452-4413 (TTY: 711). Люди з обмеженими можливостями також можуть скористатися допоміжними засобами та послугами, наприклад, отримати документи, надруковані шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте на номер 1-800-452-4413 (TTY: 711). Ці послуги безкоштовні.

Khẩu hiệu tiếng Việt (Vietnamese)

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi số 1-800-452-4413 (TTY: 711). Chúng tôi cũng hỗ trợ và cung cấp các dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi Braille và chữ khổ lớn (chữ hoa). Vui lòng gọi số 1-800-452-4413 (TTY: 711). Các dịch vụ này đều miễn phí.



Índice

A. Avisos legales	9
B. Revisión de su cobertura de Medicare y Medi-Cal para el próximo año	9
B1. Información sobre Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan	9
B2. Cosas importantes que debe hacer	10
C. Cambios en el nombre de nuestro plan	11
D. Cambios en los proveedores y las farmacias de nuestra red	11
E. Cambios en los beneficios y costos para el próximo año	12
E1. Cambios en los beneficios y costos para servicios médicos	12
E2. Cambios en la cobertura de medicamentos	20
E3. Etapa 1: “Etapa de cobertura inicial”	22
E4. Etapa 2: “Etapa de cobertura de gastos excedentes”	26
F. Cambios administrativos	26
G. Elegir un plan	27
G1. Permanecer en nuestro plan	27
G2. Cambiar de plan	27
H. Cómo solicitar ayuda	32
H1. Nuestro plan	32
H2. Programa de Asesoramiento y Defensa de Seguros de Salud (HICAP)	32
H3. Programa del Defensor de los derechos del paciente	32
H4. Medicare	33
H5. Departamento de Atención Médica Administrada de California	34
H6. Plan de Pago para Recetas Médicas de Medicare	34



A. Avisos legales

Blue Shield of California es un plan HMO D-SNP que tiene un contrato con Medicare y un contrato con el programa de Medicaid del estado de California. La inscripción en Blue Shield of California depende de la renovación del contrato.

Cuando este documento dice "nosotros" o "nuestro/a/s" se refiere a California Physicians' Service (que opera con el nombre de Blue Shield of California). Cuando dice "plan" o "nuestro plan" se refiere a Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan.

El beneficio de alimentos y productos agrícolas mencionado en la **Sección E1** es un beneficio complementario especial para enfermos crónicos (SSBCI). No todos los miembros del plan cumplen con los requisitos. La elegibilidad depende de que se cumpla con la definición de "persona inscrita con una enfermedad crónica". Las condiciones crónicas elegibles incluyen, entre otras: trastornos cardiovasculares, insuficiencia cardíaca crónica, diabetes mellitus, sobrepeso, obesidad y síndrome metabólico, y trastornos pulmonares crónicos. Consulte la *Guía para los Miembros del Plan* para ver una lista completa de las condiciones crónicas elegibles, y los requisitos de elegibilidad.

B. Revisión de su cobertura de Medicare y Medi-Cal para el próximo año

Es importante que revise su cobertura ahora para asegurarse de que seguirá cubriendo sus necesidades el año entrante. Si no cubre sus necesidades, quizás pueda abandonar nuestro plan. Consulte la **Sección E** para más información sobre los cambios en sus beneficios para el próximo año.

Si elige abandonar nuestro plan, su membresía finalizará el último día del mes en el que se realizó la solicitud. Seguirá estando en los programas de Medicare y Medi-Cal mientras sea elegible.

Si abandona nuestro plan, puede obtener información sobre sus:

- Opciones de Medicare en la tabla de la **Sección G2**.
- Opciones y servicios de Medi-Cal en la **Sección G2**.

B1. Información sobre Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan

- Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan es un plan de salud que tiene contrato con Medicare y Medi-Cal para brindar beneficios de ambos programas a los miembros.
- Cuando en este *Aviso anual de cambios* dice "nosotros", "nuestro/a/s" o "nuestro plan" se refiere al Medicare Medi-Cal Plan.

Si tiene preguntas, llame a Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), cualquiera de los siete días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., PT. La llamada es gratuita. **Para más información**, visite blueshieldca.com/medicare.



B2. Cosas importantes que debe hacer

- **Verifique si hay algún cambio en nuestros beneficios y costos que pueda afectarle.**
 - ¿Hay algún cambio que afecte los servicios que utiliza?
 - Revise los cambios en los beneficios y costos para asegurarse de que sean lo que necesita para el próximo año.
 - Consulte la **Sección E1** para información sobre los cambios en los beneficios y costos de nuestro plan.
- **Verifique si hay algún cambio en nuestra cobertura de medicamentos que pueda afectarle.**
 - ¿Sus medicamentos tendrán cobertura? ¿Están en un nivel diferente de costos compartidos? ¿Puede seguir usando las mismas farmacias? ¿Habrá algún cambio en los requisitos de autorización previa, terapia de pasos o límites de cantidad?
 - Revise los cambios para asegurarse de que nuestra cobertura de medicamentos le siga sirviendo el próximo año.
 - Consulte la **Sección E2** para información sobre los cambios en nuestra cobertura de medicamentos.
 - Es posible que los costos de sus medicamentos hayan aumentado desde el año pasado.
 - Hable con su médico sobre alternativas de menor costo que pudiera tener a su disposición; quizás pueda ahorrar en sus costos de bolsillo anuales a lo largo del año.
 - Tenga en cuenta que los beneficios de su plan determinan exactamente cuánto pueden cambiar sus propios costos de medicamentos.
- **Verifique si sus proveedores y farmacias estarán en nuestra red el próximo año.**
 - ¿Sus médicos, incluidos sus especialistas, están en nuestra red? ¿Y su farmacia? ¿Y los hospitales u otros proveedores que utiliza?
 - Consulte la **Sección D** para información sobre nuestro *Directorio de proveedores y farmacias*.
- **Piense en sus costos generales en el plan.**
 - ¿Cuánto gastará de su bolsillo por los servicios y medicamentos que usa regularmente?
 - ¿Cómo se comparan los costos totales con otras opciones de cobertura?
- **Piense si está conforme con nuestro plan.**



Si decide quedarse con Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan:

Si desea quedarse con nosotros el próximo año, es fácil: no necesita hacer nada. Si no se cambia, quedará automáticamente inscrito en Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan.

Si decide cambiar de plan:

Si decide que otra cobertura se adaptará mejor a sus necesidades, quizás pueda cambiar de plan (consulte la **Sección G2** para obtener más información). Si se inscribe en un nuevo plan o se cambia a Medicare Original, su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente.

C. Cambios en el nombre de nuestro plan

A partir del 1 de enero de 2027, nuestro plan pasa de llamarse Blue Shield TotalDual Plan a Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan.

No necesitará una nueva tarjeta de identificación del miembro de Blue Shield debido al cambio de nombre del plan. Conserve su tarjeta de identificación del miembro actual y muéstreala para recibir algún servicio o receta.

D. Cambios en los proveedores y las farmacias de nuestra red

Los montos que usted paga por sus medicamentos dependen de la farmacia que use. Nuestro plan tiene una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus medicamentos recetados están cubiertos *solo* si los surte en una de las farmacias de nuestra red.

Hay cambios en nuestras redes de proveedores y farmacias para el 2027.

Consulte el *Directorio de proveedores y farmacias de 2027* para saber si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) o su farmacia están en nuestra red. Puede consultar el *Directorio de proveedores y farmacias* actualizado en nuestra página web en blueshieldca.com/DSNPdocuments2027. También puede llamar a Servicio al Cliente al número que figura al pie de la página para obtener información actualizada sobre proveedores o para pedirnos que le enviemos por correo el *Directorio de proveedores y farmacias*.

Es importante que sepa que también podemos realizar cambios en nuestra red durante el año. Si su proveedor deja de trabajar con nuestro plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones. Para más información, consulte el **Capítulo 3** de la *Guía para los Miembros* o llame a Servicio al Cliente al número que figura al pie de la página para obtener ayuda.

Si tiene preguntas, llame a Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), cualquiera de los siete días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., PT. La llamada es gratuita. **Para más información**, visite blueshieldca.com/medicare.



E. Cambios en los beneficios y costos para el próximo año

E1. Cambios en los beneficios y costos para servicios médicos

El próximo año cambiaremos nuestra cobertura para ciertos servicios médicos y lo que paga por estos servicios médicos cubiertos. En la tabla de abajo se describen estos cambios.

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Artículos de venta sin receta (OTC)	Tiene una asignación de \$120 por trimestre para artículos cubiertos. Puede hacer dos pedidos por trimestre y no puede transferir su asignación no utilizada al siguiente trimestre.	Recibirá una asignación combinada de \$240 por trimestre para la compra de alimentos y productos agrícolas y artículos OTC elegibles (si cumple con las condiciones de elegibilidad). Puede seguir haciendo pedidos de artículos del Catálogo de artículos OTC por teléfono o en línea. Puede usar su tarjeta Flex en locales de tiendas participantes. No puede transferir la asignación que no usó al siguiente trimestre. Pueden aplicarse algunas limitaciones. Consulte la Sección F: Cambios administrativos para más información.
Atención de la vista, no cubierta por Medicare (recibida a través de un proveedor de la red)*	Usted paga \$0 de copago por marcos de anteojos (con un precio minorista regular de hasta \$365) por año al usar un proveedor de la red. Si elige marcos de anteojos con un precio superior a \$365, usted deberá abonar la diferencia.	Usted paga \$0 de copago por marcos de anteojos (con un precio minorista regular de hasta \$500) por año al usar un proveedor de la red. Si elige marcos de anteojos con un precio superior a \$500, usted deberá abonar la diferencia.

Si tiene preguntas, llame a Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), cualquiera de los siete días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., PT. La llamada es gratuita. **Para más información**, visite blueshieldca.com/medicare.



	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Atención de la vista, no cubierta por Medicare (recibida a través de un proveedor de la red)* (continuación)	Usted paga \$0 de copago por un par de lentes para anteojos graduados (independientemente del tamaño o la graduación) O por lentes de contacto (con un precio de hasta \$365 por servicios y materiales de lentes de contacto) por año al usar un proveedor de la red. Si el precio del servicio y los materiales supera los \$365 , usted deberá abonar la diferencia.	Usted paga \$0 de copago por un par de lentes para anteojos graduados (independientemente del tamaño o la graduación) O por lentes de contacto (con un precio de hasta \$500 por servicios y materiales de lentes de contacto) por año al usar un proveedor de la red. Si el precio de los servicios y los materiales supera los \$500 , usted deberá abonar la diferencia.
Atención de la vista, no cubierta por Medicare (recibida a través de un proveedor fuera de la red)*	Se le reembolsan hasta \$30 por un examen por año. Se le reembolsan hasta \$35 por un marco de anteojos por año. Se le reembolsan hasta \$35 por un par de lentes para anteojos graduados (independientemente del tamaño o la graduación) O por lentes de contacto por año.	Los servicios de atención de la vista prestados por proveedores fuera de la red no están cubiertos.

Si tiene preguntas, llame a Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), cualquiera de los siete días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., PT. La llamada es gratuita. **Para más información**, visite blueshieldca.com/medicare.



	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Ayuda con ciertas condiciones crónicas	Alimentos y productos agrícolas: Tiene una asignación de \$60 por mes para la compra de alimentos y productos agrícolas saludables y nutritivos. Esta asignación no se puede transferir de un mes a otro. Se trata de un beneficio complementario especial para enfermos crónicos (SSBCI) que requiere una determinación de elegibilidad. No todos los miembros del plan cumplen con los requisitos. Debe tener una o más condiciones crónicas elegibles para recibir este beneficio. El plan determinará si usted es elegible para el beneficio de alimentos y productos agrícolas usando la información de su médico o comunicándose con su médico para obtener una declaración firmada sobre su condición crónica elegible. Consulte la <i>Guía para los Miembros</i> del Plan para obtener más detalles.	Alimentos y productos agrícolas: Tiene una asignación combinada de \$240 por trimestre para la compra de alimentos y productos agrícolas saludables y nutritivos (si cumple con las condiciones de elegibilidad) y de artículos de venta sin receta (OTC). Esta asignación no se puede transferir de un trimestre a otro. El beneficio de alimentos y productos agrícolas es un Beneficio complementario especial para enfermos crónicos (SSBCI), que requiere determinación de elegibilidad. No todos los miembros del plan cumplen con los requisitos. Debe tener una o más condiciones crónicas elegibles para recibir este beneficio. El plan determinará si usted es elegible para el beneficio de alimentos y productos agrícolas usando la información de su médico o comunicándose con su médico para obtener una declaración firmada sobre su condición crónica elegible. Consulte la <i>Guía para los Miembros</i> del Plan para obtener más detalles. Consulte la Sección F: Cambios administrativos para más información.



	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Máximo anual de gastos de bolsillo	\$9,250 Una vez que haya pagado \$9,250 de su bolsillo por servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B, no pagará nada por servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B durante el resto del año calendario. Si es elegible para Medicare y Medi-Cal (Medicaid), no es responsable de pagar ningún costo de bolsillo que se contabilice para el monto máximo que paga de su bolsillo para servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B.	\$9,850 Una vez que usted haya pagado \$9,850 de su bolsillo por servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B, no pagará nada por servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B durante el resto del año calendario. Si es elegible para Medicare y Medi-Cal (Medicaid), no es responsable de pagar ningún costo de bolsillo que se contabilice para el monto máximo que paga de su bolsillo para servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B.
Servicios de manejo y tratamiento del dolor crónico	Usted paga \$0 de copago por servicios de manejo y tratamiento del dolor crónico. Los costos compartidos por este servicio pueden variar según los servicios individuales brindados en el curso del tratamiento.	Servicios de manejo y tratamiento del dolor crónico no están cubiertos.



	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Servicios dentales, de rutina (no cubiertos por Medicare) (Esta sección continúa en la página siguiente)	Código D0364 de ADA - captura e interpretación de tomografía computarizada de haz cónico con campo visual limitado (menos de una mandíbula completa) no está cubierto. Código D0365 de ADA - captura e interpretación de tomografía computarizada de haz cónico con campo visual de un arco dental completo (mandíbula) no está cubierto. Código D0366 de ADA - captura e interpretación de tomografía computarizada de haz cónico con campo visual de un arco dental completo (maxilar, con o sin cráneo) no está cubierto.	Usted paga \$0 de copago por Código D0364 de ADA - captura e interpretación de tomografía computarizada de haz cónico con campo visual limitado (menos de una mandíbula completa). Usted paga \$0 de copago por Código D0365 de ADA - captura e interpretación de tomografía computarizada de haz cónico con campo visual de un arco dental completo (mandíbula). Usted paga \$0 de copago por Código D0366 de ADA - captura e interpretación de tomografía computarizada de haz cónico con campo visual de un arco dental completo (maxilar, con o sin cráneo).



	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Servicios dentales, de rutina (no cubiertos por Medicare) (Esta sección continúa en la página siguiente)	Código D0367 de ADA - captura e interpretación de tomografía computarizada de haz cónico con campo visual de ambas mandíbulas, con o sin cráneo, no está cubierto. Código D0368 de ADA - captura e interpretación de tomografía computarizada de haz cónico para serie de articulación temporomandibular incluyendo dos o más exposiciones no está cubierto. Código D0380 de ADA captura de imágenes de tomografía computarizada de haz cónico con campo visual limitado (menos de una mandíbula completa) no está cubierto. Código D0381 de ADA - captura de imágenes de tomografía computarizada de haz cónico con campo visual de un arco dental completo (mandíbula) no está cubierto. Código D0382 de ADA - captura de imágenes de tomografía computarizada de haz cónico con campo visual de un arco dental completo (maxilar, con o sin cráneo) no está cubierto.	Usted paga \$0 de copago por Código D0367 de ADA - captura e interpretación de tomografía computarizada de haz cónico con campo visual de ambas mandíbulas, con o sin cráneo. Usted paga \$0 de copago por Código D0368 de ADA - captura e interpretación de tomografía computarizada de haz cónico para serie de articulación temporomandibular incluyendo dos o más exposiciones. Usted paga \$0 de copago por Código D0380 de ADA captura de imágenes de tomografía computarizada de haz cónico con campo visual limitado (menos de una mandíbula completa). Usted paga \$0 de copago por Código D0381 de ADA - captura de imágenes de tomografía computarizada de haz cónico con campo visual de un arco dental completo (mandíbula). Usted paga \$0 de copago por Código D0382 de ADA - captura de imágenes de tomografía computarizada de haz cónico con campo visual de un arco dental completo (maxilar, con o sin cráneo).

Si tiene preguntas, llame a Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), cualquiera de los siete días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., PT. La llamada es gratuita. **Para más información**, visite blueshieldca.com/medicare.



	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Servicios dentales, de rutina (no cubiertos por Medicare) (continuación)	Código D0383 de ADA - captura de imágenes de tomografía computarizada de haz cónico con campo visual de ambas mandíbulas, con o sin cráneo, no está cubierto. Código D4263 de ADA - injerto de reemplazo óseo, diente natural retenido, primer sitio en el cuadrante no está cubierto. Código D4264 de ADA - injerto de reemplazo óseo, diente natural retenido, cada sitio adicional en el cuadrante no está cubierto. Código D7953 de ADA - injerto de reemplazo óseo para la preservación del reborde - por cada sitio no está cubierto. Código D9211 de ADA - anestesia por bloqueo regional no está cubierto. Código D9212 de ADA - anestesia por bloqueo de una división del nervio trigeminal no está cubierto. Código D9215 de ADA - anestesia local en conjunto con procedimientos quirúrgicos u operaciones no está cubierto.	Usted paga \$0 de copago por Código D0383 de ADA - captura de imágenes de tomografía computarizada de haz cónico con campo visual de ambas mandíbulas, con o sin cráneo. Usted paga \$0 de copago por Código D4263 de ADA - injerto de reemplazo óseo, diente natural retenido, primer sitio en el cuadrante. Usted paga \$0 de copago por Código D4264 de ADA - injerto de reemplazo óseo, diente natural retenido, cada sitio adicional en el cuadrante. Usted paga \$0 de copago por Código D7953 de ADA - injerto de reemplazo óseo para la preservación del reborde - por cada sitio. Usted paga \$0 de copago por Código D9211 de ADA - anestesia por bloqueo regional. Usted paga \$0 de copago por Código D9212 de ADA - anestesia por bloqueo de división del nervio trigeminal. Usted paga \$0 de copago por Código D9215 de ADA - anestesia local en conjunto con procedimientos quirúrgicos u operaciones.

Si tiene preguntas, llame a Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan al 1-800-452-4413

(TTY: 711), cualquiera de los siete días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., PT.



La llamada es gratuita. **Para más información**, visite blueshieldca.com/medicare.

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Transporte: Transporte médico que no es de emergencia	Usted paga \$0 de copago por un límite combinado de hasta 48 viajes en total (ida y vuelta cuenta por dos) al año a lugares relacionados con la salud aprobados por el plan para transporte médico que no es de emergencia y transporte no médico. Ningún viaje puede superar las 70 millas. Medi-Cal cubre viajes ilimitados a lugares aprobados después de que se hayan utilizado sus 48 viajes en total (ida y vuelta cuenta por dos).	Usted paga \$0 de copago por un límite combinado de hasta 24 viajes en total (ida y vuelta cuenta por dos) al año a lugares relacionados con la salud aprobados por el plan para transporte médico que no es de emergencia y transporte no médico. Ningún viaje puede superar las 70 millas. Medi-Cal cubre viajes ilimitados a lugares aprobados después de que se hayan utilizado sus 24 viajes en total (ida y vuelta cuenta por dos).
Transporte: Transporte no médico	Usted paga \$0 de copago por un límite combinado de hasta 48 viajes en total (ida y vuelta cuenta por dos) al año a lugares relacionados con la salud aprobados por el plan para transporte médico que no es de emergencia y transporte no médico. Ningún viaje puede superar las 70 millas. Medi-Cal cubre viajes ilimitados a lugares aprobados después de que se hayan utilizado sus 48 viajes en total (ida y vuelta cuenta por dos).	Usted paga \$0 de copago por un límite combinado de hasta 24 viajes en total (ida y vuelta cuenta por dos) al año a lugares relacionados con la salud aprobados por el plan para transporte médico que no es de emergencia y transporte no médico. Ningún viaje puede superar las 70 millas. Medi-Cal cubre viajes ilimitados a lugares aprobados después de que se hayan utilizado sus 24 viajes en total (ida y vuelta cuenta por dos).

Si tiene preguntas, llame a Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), cualquiera de los siete días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., PT. La llamada es gratuita. **Para más información**, visite blueshieldca.com/medicare.



E2. Cambios en la cobertura de medicamentos

Cambios en nuestra *Lista de medicamentos*

Nuestra *Lista de medicamentos cubiertos* también recibe el nombre de *Formulario o Lista de medicamentos*. Nuestra *Lista de medicamentos* está publicada en línea en blueshieldca.com/medformulary2027.

Hicimos cambios en nuestra *Lista de medicamentos*, que podrían incluir la eliminación o inclusión de medicamentos, cambios en los medicamentos que cubrimos y cambios en las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos, o el traspaso a otro nivel de costos compartidos.

Revise la *Lista de medicamentos* para **asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos el próximo año** y para saber si hay alguna restricción o si su medicamento se ha pasado a otro nivel de costos compartidos.

La mayoría de los cambios en la *Lista de medicamentos* son nuevos para el comienzo de cada año. Sin embargo, es posible que incorporemos otros cambios permitidos por Medicare y/o el estado que afecten su cobertura a lo largo del año calendario. Actualizamos nuestra *Lista de medicamentos* en línea al menos mensualmente para que pueda acceder a la versión más actualizada. Si hacemos un cambio que afecte a un medicamento que está tomando, le enviaremos un aviso sobre el cambio.

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura de medicamentos, le recomendamos:

- Hablar con su médico (o el profesional que le recetó el medicamento) para encontrar un medicamento diferente que cubramos.
 - Puede llamar a Servicio al Cliente al número que figura al pie de la página o comunicarse con su coordinador o coordinadora de atención para solicitar una *Lista de medicamentos cubiertos* que se usan para tratar la misma condición.
 - Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que pueda servirle.
- Conversar con su médico (o el profesional que le recetó el medicamento) para evaluar pedirnos que hagamos una excepción para cubrir el medicamento.
 - Puede solicitar una excepción antes del próximo año y le daremos una respuesta dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su solicitud (o la declaración de respaldo del profesional que le recetó el medicamento).
 - Para saber qué debe hacer para solicitar una excepción, consulte el **Capítulo 9** de la *Guía para los Miembros* o llame a Servicio al Cliente a los números que figuran al pie de la página.
 - Si necesita ayuda para solicitar una excepción, comuníquese con Servicio al Cliente o con su coordinador o coordinadora de atención. Consulte los **Capítulos 2 y 3** de la *Guía para los Miembros* para más información sobre cómo comunicarse con su coordinador o coordinadora de atención.



- Pídanos que cubramos un suministro temporal del medicamento.
 - En algunas situaciones, cubrimos un suministro **temporal** del medicamento durante los primeros 90 días del año calendario.
 - Este suministro temporal es de hasta 30 días. (Para más información sobre cuándo puede obtener un suministro temporal y cómo solicitarlo, consulte el **Capítulo 5** de la *Guía para los Miembros*).
 - Cuando obtenga un suministro temporal de un medicamento, hable con su médico sobre qué hacer cuando se le acabe su suministro temporal. Puede cambiar a un medicamento diferente que esté cubierto por nuestro plan o pedirnos que hagamos una excepción en su caso y cubramos su medicamento actual.
 - Las excepciones al formulario aprobadas tienen validez hasta el final del año del plan. Verifique el aviso de aprobación de su excepción al formulario para ver la fecha de vencimiento específica. Si su aprobación está por vencer y desea seguir recibiendo el medicamento, deberá presentar una nueva solicitud de excepción al formulario.

Cambios en los costos de los medicamentos

Como es elegible para Medi-Cal, recibe Ayuda Adicional de Medicare para pagar sus medicamentos de la Parte D de Medicare. Le hemos enviado otro documento, llamado "Cláusula de Evidencia de Cobertura para las Personas que Reciben Ayuda Adicional con el Costo de sus Medicamentos Recetados", también llamada "Cláusula del subsidio por ingresos bajos" o la "Cláusula LIS" con información sobre la cobertura de sus medicamentos. Si no tiene este documento, llame a Servicio al Cliente y solicite la "Cláusula LIS".

Hay dos etapas de pago para su cobertura de medicamentos de la Parte D de Medicare en virtud de nuestro plan. La cantidad que paga depende de su nivel de Ayuda Adicional y la etapa en la que se encuentra cuando surte o resurte un medicamento recetado. Estas son las dos etapas:

Etapa 1 Etapa de cobertura inicial	Etapa 2 Etapa de cobertura de gastos excedentes
Durante esta etapa, nuestro plan paga parte de los costos de sus medicamentos y usted paga su parte. Su parte se llama copago. Esta etapa empieza cuando surta su primera receta del año.	Durante esta etapa, el plan paga todos los costos de sus medicamentos hasta el 31 de diciembre de 2027. Esta etapa empieza después de que usted haya pagado un cierto monto de costos de bolsillo.

La etapa de cobertura inicial finaliza cuando sus costos de bolsillo totales por medicamentos alcanzan los **\$2,400**. Ahí comienza la etapa de cobertura de gastos excedentes. Nuestro plan cubre todos los costos de sus medicamentos a partir de ese momento hasta el final del año. Consulte el **Capítulo 6** de la *Guía para los Miembros* para más información sobre cuánto deberá pagar por sus medicamentos.



Si tiene preguntas, llame a Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), cualquiera de los siete días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., PT. La llamada es gratuita. **Para más información**, visite blueshieldca.com/medicare.

Con el Programa de Descuentos del Fabricante, los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total de nuestro plan por los medicamentos de marca y productos biológicos cubiertos de la Parte D durante la etapa de cobertura inicial y la etapa de cobertura de gastos excedentes. Los descuentos pagados por los fabricantes en virtud del Programa de Descuentos del Fabricante no se contabilizan para los costos de bolsillo.

E3. Etapa 1: “Etapa de cobertura inicial”

Durante la etapa de cobertura inicial, nuestro plan paga una parte del costo de sus medicamentos cubiertos y usted paga su parte. Su parte se llama copago. El copago depende del nivel de costos compartidos en que se encuentra el medicamento y dónde lo adquiere. Usted paga un copago cada vez que surte una receta. Si su medicamento cubierto cuesta menos que el copago, usted paga el precio más bajo.

Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos incluidos en la *Lista de medicamentos* a uno más bajo o más alto. Si sus medicamentos se pasan de un nivel a otro, esto podría afectar su copago. Para saber si sus medicamentos están en un nivel diferente, búsquelos en nuestra *Lista de medicamentos*.

La siguiente tabla muestra sus costos por un suministro para un mes si surte sus medicamentos en una farmacia de la red con copagos estándar en cada uno de nuestros 5 niveles de medicamentos. Estos montos aplican **solo** durante el tiempo en que se encuentre en la etapa de cobertura inicial.

La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos están cubiertas sin costo alguno para usted. Para información sobre los costos de un suministro a largo plazo; o sobre el servicio de entrega a domicilio de medicamentos recetados, consulte la **Sección D del Capítulo 6** de la *Guía para los Miembros*.

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Medicamentos en el Nivel 1 <i>(Medicamentos genéricos preferidos)</i> Costo de un suministro para un mes de un medicamento del Nivel 1 que se surte en una farmacia de la red	Su copago por un suministro para un mes (30 días) es de \$0 .	Su copago por un suministro para un mes (30 días) es de \$0 .
Medicamentos en el Nivel 2 <i>(Medicamentos genéricos)</i> Costo de un suministro para un mes de un medicamento del Nivel 2 que se surte en una farmacia de la red	Su copago por un suministro para un mes (30 días) es de \$0 .	Su copago por un suministro para un mes (30 días) es de \$0 .

Si tiene preguntas, llame a Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), cualquiera de los siete días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., PT. La llamada es gratuita. **Para más información**, visite blueshieldca.com/medicare.



	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Medicamentos en el Nivel 3 (<i>Medicamentos de marca preferidos</i>) Costo de un suministro para un mes de un medicamento del Nivel 3 que se surte en una farmacia de la red	Su copago por el suministro para un mes (30 días) es de \$0, \$5.10 o \$12.65.	Si recibe Ayuda Adicional, usted paga: Para medicamentos genéricos cubiertos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos): • \$0.00 o • \$1.65 o • \$5.80 Para todos los demás medicamentos cubiertos: • \$0.00 o • \$5.00 o • \$14.40 Si recibe Ayuda Adicional, usted paga \$0.00 a \$14.40 por cada suministro mensual de cada producto de insulina cubierto de este nivel. Si no cumple con los requisitos para Ayuda Adicional, usted no pagará más de \$35.00 por cada suministro mensual, \$70 por cada suministro para 2 meses, o \$105 por cada suministro para 3 meses de cada producto de insulina cubierto de este nivel, o 17% de coseguro por cada producto cubierto que no sea insulina de este nivel. Los copagos por medicamentos pueden variar según el nivel de Ayuda Adicional que usted reciba. Para conocer más detalles, comuníquese con el plan.

Si tiene preguntas, llame a Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan al 1-800-452-4413

(TTY: 711), cualquiera de los siete días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., PT.

La llamada es gratuita. **Para más información**, visite blueshieldca.com/medicare.



	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Medicamentos en el Nivel 4 (<i>Medicamentos no preferidos</i>) Costo de un suministro para un mes de un medicamento del Nivel 4 que se surte en una farmacia de la red	Su copago por el suministro para un mes (30 días) es de \$0, \$5.10 o \$12.65.	Si recibe Ayuda Adicional, usted paga: Para medicamentos genéricos cubiertos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos): • \$0.00 o • \$1.65 o • \$5.80 Para todos los demás medicamentos cubiertos: • \$0.00 o • \$5.00 o • \$14.40 Si recibe Ayuda Adicional, usted paga \$0.00 a \$14.40 por cada suministro mensual de cada producto de insulina cubierto de este nivel. Si no cumple con los requisitos para Ayuda Adicional, usted no pagará más de \$35.00 por cada suministro mensual, \$70 por cada suministro para 2 meses, o \$105 por cada suministro para 3 meses de cada producto de insulina cubierto de este nivel, o 17% de coseguro por cada producto cubierto que no sea insulina de este nivel. Los copagos por medicamentos pueden variar según el nivel de Ayuda Adicional que usted reciba. Para conocer más detalles, comuníquese con el plan.

Si tiene preguntas, llame a Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), cualquiera de los siete días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., PT. La llamada es gratuita. **Para más información**, visite blueshieldca.com/medicare.



	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Medicamentos en el Nivel 5 (<i>Medicamentos de nivel especializado</i>) Costo de un suministro para un mes de un medicamento del Nivel 5 que se surte en una farmacia de la red	Su copago por el suministro para un mes (30 días) es de \$0, \$5.10 o \$12.65.	Si recibe Ayuda Adicional, usted paga: Para medicamentos genéricos cubiertos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos): • \$0.00 o • \$1.65 o • \$5.80 Para todos los demás medicamentos cubiertos: • \$0.00 o • \$5.00 o • \$14.40 Si no cumple con los requisitos para Ayuda Adicional, usted no pagará más del 25% de coseguro por cada producto cubierto de este nivel. Los copagos por medicamentos pueden variar según el nivel de Ayuda Adicional que usted reciba. Para conocer más detalles, comuníquese con el plan.

La etapa de cobertura inicial finaliza cuando sus costos de bolsillo totales por medicamentos alcanzan los **\$2,400**. Ahí comienza la etapa de cobertura de gastos excedentes. El plan cubre todos los costos de sus medicamentos a partir de ese momento hasta el final del año. El plan cubre todos sus medicamentos de la Parte D hasta el final del año. Consulte el **Capítulo 6** de la *Guía para los Miembros* para más información sobre cuánto deberá pagar por sus medicamentos.



E4. Etapa 2: “Etapa de cobertura de gastos excedentes”

Cuando usted llega al límite de gastos de bolsillo de **\$2,400** para sus medicamentos, comienza la etapa de cobertura de gastos excedentes y usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Permanece en la etapa de cobertura de gastos excedentes hasta el final del año calendario.

Para más información sobre sus costos en la etapa de cobertura de gastos excedentes, consulte el **Capítulo 6**.

F. Cambios administrativos

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Cambiará la forma en que usted usa su tarjeta Flex para obtener los siguientes beneficios: • Artículos de venta sin receta (OTC), • Servicios para la audición (no cubiertos por Medicare), y • Alimentos y productos agrícolas SSBCI (si cumple con las condiciones de elegibilidad)	El beneficio de artículos OTC es administrado por CVS. Puede hacer pedidos de artículos OTC cubiertos a través del Catálogo de artículos OTC. El beneficio de servicios para la audición no cubiertos por Medicare y de alimentos y productos agrícolas SSBCI (si cumple con las condiciones de elegibilidad) es administrado por Optum Financial, Inc.	Su tarjeta Flex y los beneficios de servicios para la audición no cubiertos por Medicare, de artículos OTC y de alimentos y productos agrícolas SSBCI (si cumple con las condiciones de elegibilidad) serán administrados por PayForward. Recibirá la Guía para los Miembros junto con el catálogo que contiene instrucciones sobre cómo obtener los artículos OTC. La Guía para los Miembros también proporciona instrucciones sobre cómo obtener servicios para la audición no cubiertos por Medicare y el beneficio de alimentos y productos agrícolas SSBCI (si cumple con las condiciones de elegibilidad).

Si tiene preguntas, llame a Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), cualquiera de los siete días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., PT. La llamada es gratuita. **Para más información**, visite blueshieldca.com/medicare.



G. Elegir un plan

G1. Permanecer en nuestro plan

Esperamos que su deseo sea seguir siendo miembro del plan. No tiene que hacer nada para permanecer en nuestro plan. A menos que se inscriba en un plan Medicare diferente o se cambie a Medicare Original, permanecerá inscrito automáticamente como miembro de nuestro plan para 2027.

G2. Cambiar de plan

La mayoría de las personas con Medicare pueden cancelar su membresía durante ciertas épocas del año.

Además, puede cancelar su membresía en nuestro plan durante los siguientes períodos:

- El **período de inscripción abierta**, que se extiende del 15 de octubre al 7 de diciembre. Si elige un nuevo plan durante este período, su membresía en nuestro plan finaliza el 31 de diciembre y su membresía en el nuevo plan comienza el 1 de enero.
- El **período de inscripción abierta de Medicare Advantage (MA)**, que se extiende del 1 de enero al 31 de marzo. Si elige un nuevo plan durante este período, su membresía en el nuevo plan comienza el primer día del mes siguiente.
- Dado que usted tiene Medi-Cal, tiene algunas opciones para finalizar su membresía en nuestro plan, incluso en cualquier mes del año.

Puede haber otras situaciones que lo hacen elegible para hacer cambios en su inscripción. Por ejemplo, si:

- se mudó fuera de nuestra área de servicio,
- su elegibilidad para Medi-Cal o Ayuda Adicional cambió o
- se mudó recientemente a una institución o está recibiendo atención en una institución (como un centro de enfermería especializada o un hospital de atención médica a largo plazo). Si se mudó recientemente de una institución, puede cambiar de plan o cambiar a Medicare Original durante dos meses completos después del mes en que se mudó.

Sus servicios de Medicare

Tiene tres opciones para recibir los siguientes servicios de Medicare en cualquier mes del año. Tiene una opción adicional que se indica a continuación durante ciertas épocas del año, incluido el **período de inscripción abierta** y el **período de inscripción abierta de Medicare Advantage**, u otras situaciones descritas en la **Sección G2**. Al elegir una de estas opciones, cancela automáticamente su membresía en nuestro plan.

Si tiene preguntas, llame a Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), cualquiera de los siete días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., PT. La llamada es gratuita. **Para más información**, visite blueshieldca.com/medicare.



1. Se puede cambiar a: Un Plan Medi-Medi, que es un tipo de plan Medicare Advantage. Es para personas que tienen tanto Medicare como Medi-Cal y combina los beneficios de Medicare y Medi-Cal en un mismo plan. Los Planes Medi-Medi coordinan todos los beneficios y servicios de ambos programas, incluyendo todos los servicios cubiertos por Medicare y Medi-Cal o un plan del Programa de Cobertura Médica Total para Personas de la Tercera Edad (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE), si cumple con los requisitos. Nota: El término Plan Medi-Medi es el nombre para los planes integrados de necesidades especiales para personas con doble elegibilidad (D-SNP) en California.	Esto es lo que debe hacer: Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Para consultas sobre el Programa de Cobertura Médica Total para Personas de la Tercera Edad (PACE), llame al 1-855-921-PACE (7223). Si necesita ayuda o más información: • Llame al Programa de Asesoramiento y Defensa de Seguros de Salud de California (California Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) al 1-800-434-0222, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. Para más información o para encontrar una oficina local del HICAP en su área, visite www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/. O Inscríbase en un nuevo Plan Medi-Medi. Su membresía quedará cancelada automáticamente cuando comience la cobertura de su nuevo plan. Su plan Medi-Cal cambiará para que coincida con su Plan Medi-Medi.
---	--



2. Se puede cambiar a: Medicare Original con un plan separado de medicamentos de Medicare	Esto es lo que debe hacer: Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si necesita ayuda o más información: • Llame al Programa de Asesoramiento y Defensa de Seguros de Salud de California (HICAP) al 1-800-434-0222, de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. Para más información o para encontrar una oficina local del HICAP en su área, visite www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/. O Inscríbase en un nuevo plan de medicamentos recetados de Medicare. Su membresía quedará cancelada automáticamente cuando comience su cobertura de Medicare Original. Su plan Medi-Cal no cambiará a menos que usted solicite un cambio.
---	--



3. Se puede cambiar a: Medicare Original sin un plan separado de medicamentos de Medicare si tiene un motivo válido para cancelar su membresía NOTA: Si se cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare aparte, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que le indique a Medicare que no desea inscribirse. Solo es recomendable cancelar la cobertura de medicamentos si tiene esa cobertura a través de otro plan, como el patrocinado por un empleador o sindicato. Si tiene preguntas acerca de si necesita cobertura de medicamentos, llame al Programa de Asesoramiento y Defensa de Seguros de Salud de California (HICAP) al 1-800-434-0222, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. Para más información o para encontrar una oficina local del HICAP en su área, visite www.aging.ca.gov/Programs and Services/Medicare Counseling/.	Esto es lo que debe hacer: Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si necesita ayuda o más información: • Llame al Programa de Asesoramiento y Defensa de Seguros de Salud de California (HICAP) al 1-800-434-0222, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. Para más información o para encontrar una oficina local del HICAP en su área, visite www.aging.ca.gov/Programs and Services/Medicare Counseling/. Su membresía quedará cancelada automáticamente cuando comience su cobertura de Medicare Original. Su plan Medi-Cal no cambiará a menos que usted solicite un cambio.
--	---



4. Se puede cambiar a: Cualquier plan de salud de Medicare durante ciertas épocas del año incluyendo el período de inscripción abierta y el período de inscripción abierta de Medicare Advantage u otras situaciones descritas en la Sección G2.	Esto es lo que debe hacer: Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Para consultas sobre el Programa de Cobertura Médica Total para Personas de la Tercera Edad (PACE), llame al 1-855-921-PACE (7223). Si necesita ayuda o más información: • Llame al Programa de Asesoramiento y Defensa de Seguros de Salud de California (HICAP) al 1-800-434-0222, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. Para más información o para encontrar una oficina local del HICAP en su área, visite www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/. O Inscríbase en un nuevo plan Medicare. Su membresía en nuestro plan Medicare se cancela automáticamente cuando comienza la cobertura de su nuevo plan. Su plan Medi-Cal podría cambiar.
---	---

Sus servicios de Medi-Cal

Si tiene alguna pregunta sobre cómo elegir un plan Medi-Cal u obtener sus servicios de Medi-Cal después de dejar nuestro plan, llame a Opciones de Atención Médica al 1-800-430-4263, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-430-7077. Pregunte cómo se verá afectada su cobertura de Medi-Cal si se inscribe en otro plan o regresa a Medicare Original.

Si tiene preguntas, llame a Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), cualquiera de los siete días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., PT. La llamada es gratuita. **Para más información**, visite blueshieldca.com/medicare.



H. Cómo solicitar ayuda

H1. Nuestro plan

Estamos aquí para ayudarle si tiene alguna pregunta. Llame a Servicio al Cliente a los números que figuran al pie de la página durante los días y horarios de atención indicados. Estas llamadas son gratuitas.

Lea su *Guía para los Miembros*

Su *Guía para los Miembros* es una descripción legal y detallada de los beneficios de nuestro plan. Contiene los detalles sobre beneficios y costos para el 2027. Explica sus derechos y las reglas que debe seguir para acceder a los servicios y medicamentos que cubrimos.

La *Guía para los Miembros* de 2027 estará disponible a partir del 15 de octubre. Puede acceder a una copia actualizada de la *Guía para los Miembros* en nuestra página web en blueshieldca.com/DSNPdocuments2027. También puede llamar a Servicio al Cliente a los números que figuran al pie de la página para solicitarnos que le enviemos por correo una *Guía para los Miembros* de 2027.

Nuestra página web

Puede visitar nuestra página web en blueshieldca.com/DSNP2027. Le recordamos que en nuestra página web puede acceder a la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores y farmacias (*Directorio de proveedores y farmacias*) y nuestra *Lista de medicamentos* (*Lista de medicamentos cubiertos*).

H2. Programa de Asesoramiento y Defensa de Seguros de Salud (HICAP)

También puede llamar al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (State Health Insurance Assistance Program, SHIP). En California, el SHIP se llama Programa de Asesoramiento y Defensa de Seguros de Salud (HICAP). Los asesores del HICAP pueden ayudarle a comprender sus opciones de planes y responder preguntas sobre cómo cambiarse a otro plan. El HICAP no tiene ninguna relación con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. El HICAP cuenta con asesores capacitados en todos los condados y los servicios son gratuitos. El número de teléfono del HICAP es 1-800-434-0222. Para más información o para buscar una oficina local del HICAP en su área, visite www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/.

H3. Programa del Defensor de los derechos del paciente

El Programa del Defensor de los derechos del paciente de Medi-Cal y Medicare puede ayudarle si tiene un problema con nuestro plan. Los servicios del Defensor de los derechos del paciente son gratuitos y están disponibles en todos los idiomas. El Programa del Defensor de los derechos del paciente de Medi-Cal y Medicare:

Si tiene preguntas, llame a Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), cualquiera de los siete días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., PT. La llamada es gratuita. **Para más información**, visite blueshieldca.com/medicare.



- cuenta con personal que puede responder sus preguntas si tiene un problema o una queja, y pueden ayudarlo a entender qué hacer.
- se asegura de que tenga información relacionada con sus derechos y protecciones e instrucciones sobre cómo puede resolver sus inquietudes.
- no tiene ninguna relación con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. El número de teléfono del Programa del Defensor de los derechos del paciente de Medi-Cal y Medicare es 1-855-501-3077.

H4. Medicare

Para obtener información directamente de Medicare:

- llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Chatee en vivo en www.Medicare.gov/talk-to-someone
- Escriba a Medicare y envíe su carta a PO Box 1270, Lawrence, KS 66044.

Página web de Medicare

Puede visitar la página web de Medicare (www.medicare.gov). Si decide cancelar su membresía en nuestro plan e inscribirse en otro plan Medicare, la página web de Medicare tiene información sobre costos, cobertura y calificaciones de calidad para ayudarlo a comparar los planes.

Puede encontrar información sobre planes Medicare disponibles en su área utilizando el Buscador de planes Medicare en la página web de Medicare. (Para información sobre planes, ingrese a www.medicare.gov y haga clic en “Buscar planes”).

Medicare y Usted 2027

Puede leer el manual *Medicare y Usted 2027*. Este folleto se envía por correo a las personas con Medicare todos los años en el otoño. Tiene un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare, y respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Este manual también está disponible en español, chino y vietnamita.

Si no tiene una copia de este folleto, puede obtenerla en la página web de Medicare (www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.



H5. Departamento de Atención Médica Administrada de California

El Departamento de Atención Médica Administrada de California es la entidad responsable de regular los planes de servicios de atención médica. Si tiene una queja contra su plan de salud, primero debe llamar a su plan de salud al **1-800-452-4413 (TTY: 711)** y seguir su proceso de queja antes de comunicarse con el departamento. El uso de este procedimiento para presentar quejas no impide el ejercicio de posibles derechos o recursos legales que pueda tener a su disposición. Si necesita ayuda con una queja relativa a una emergencia, una queja que su plan de salud no haya resuelto de manera satisfactoria o una queja sin resolver en un período de 30 días, puede llamar al departamento para recibir ayuda. También es posible que sea elegible para una Revisión Médica Independiente (IMR). De ser así, durante la IMR se realizará una revisión imparcial de las decisiones médicas que tomó el plan de salud con respecto a la necesidad médica de un servicio o tratamiento propuesto, las decisiones de cobertura para tratamientos de naturaleza experimental o en investigación y los conflictos relacionados con pagos de servicios médicos de urgencia o emergencia. El departamento también tiene un número de teléfono gratuito (**1-888-466-2219**) y una línea TDD (**1-877-688-9891**) para las personas con dificultades de audición o del habla. En la página web del departamento, www.dmhca.gov, encontrará en línea formularios de quejas, formularios de solicitud de IMR e instrucciones.

Consulte la **Sección F4 del Capítulo 9** de la *Guía para los Miembros* para más información.

H6. Plan de Pago para Recetas Médicas de Medicare

El Plan de Pago para Recetas Médicas de Medicare es una opción de pago que puede ayudarle a administrar sus costos de bolsillo por los medicamentos cubiertos por nuestro plan, distribuyéndolos a lo largo del año calendario (de enero a diciembre) como pagos mensuales. Cualquier persona con 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 participa en el Plan de Pago para Recetas Médicas de Medicare y permanece en el mismo plan de la Parte D, no necesita hacer nada para continuar participando en 2027. Esta opción de pago podría ayudarle a administrar sus gastos, pero no le ahorra dinero ni reduce el costo total que usted paga de su bolsillo por los medicamentos.

La “Ayuda Adicional” de Medicare y la ayuda del Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (State Pharmaceutical Assistance Program, SPAP) correspondiente a su estado y del Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP), para aquellos que cumplen con los requisitos, tiene más ventajas que participar en el Plan de Pago de Recetas Médicas de Medicare. Para obtener más información sobre este programa, llámenos al número de teléfono que figura al pie de esta página o visite www.medicare.gov.

Si tiene preguntas, llame a Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), cualquiera de los siete días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., PT. La llamada es gratuita. **Para más información**, visite blueshieldca.com/medicare.



Aviso legal sobre la PRA: De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites (PRA) de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una solicitud de recopilación de información, a menos que esta tenga un número de control OMB válido. El número de control OMB válido para esta recopilación de información es 0938-1444. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.





blueshieldca.com/medicare

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