



# información importante

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



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

### Notificación Anual de Cambios para el año 2027

Usted está inscrito como miembro de Blue Shield 65 Plus.

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

- **Tiene tiempo desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre para hacer cambios en su cobertura de Medicare para el próximo año.** Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2026, se quedará en Blue Shield 65 Plus.
- Si desea cambiarse a un **plan diferente**, visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) o revise la lista que está en la parte de atrás de su folleto *Medicare & You 2027* (Medicare y usted 2027).
- Tenga en cuenta que este es solo un resumen de los cambios. Si necesita más información sobre los costos, los beneficios y las normas, consulte la *Evidencia de Cobertura*. Puede obtener una copia en [blueshieldca.com/MAPDdocuments2027](https://blueshieldca.com/MAPDdocuments2027) o llamar a Servicio al Cliente al (800) 776-4466 (los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 711) para que le envíen una copia por correo postal.

#### Más recursos

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

### Acerca de Blue Shield 65 Plus

- Blue Shield of California es un plan HMO que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en Blue Shield of California depende de la renovación del contrato.
- La red de farmacias de Blue Shield of California incluye pocas farmacias de menor costo con costo compartido preferido en ciertos condados de California. Es posible que los costos más bajos publicados en los materiales de nuestro plan para estas farmacias no estén disponibles en la farmacia que usted usa. Para obtener información actualizada sobre las farmacias de nuestra red, e incluso saber si hay alguna farmacia de menor costo con costo compartido preferido en su área, llame a Servicio al Cliente al (800) 776-4466 (TTY: 711), de 8:00 a. m a 8:00 p. m. (hora del Pacífico), los siete días de la semana, o consulte el directorio de farmacias por Internet en [blueshieldca.com/medpharmacy2027](https://blueshieldca.com/medpharmacy2027).
- En este material, los términos “nosotros”, “nos” o “nuestro/a/os/as” hacen referencia a California Physicians’ Service (que opera bajo el nombre de Blue Shield of California). Los términos “plan” o “nuestro plan” hacen referencia a Blue Shield 65 Plus.
- **Si no hace nada antes del 7 de diciembre de 2026, será inscrito automáticamente en Blue Shield 65 Plus.** A partir del 1 de enero de 2027, recibirá su cobertura médica y de medicamentos por medio de Blue Shield 65 Plus. Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre cómo cambiar de plan y cuáles son las fechas límite para hacerlo.

*H0504\_26\_122A\_MAR\_038\_M\_SP Accepted 09072026*

## Índice

|                                                                                    |           |
|------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>Resumen de costos importantes para 2027 .....</b>                               | <b>4</b>  |
| <b>SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año .....</b>      | <b>7</b>  |
| Sección 1.1 Cambios en la prima mensual del plan.....                              | 7         |
| Sección 1.2 Cambios en su cantidad máxima de gastos de bolsillo .....              | 8         |
| Sección 1.3 Cambios en la red de proveedores .....                                 | 9         |
| Sección 1.4 Cambios en la red de farmacias .....                                   | 9         |
| Sección 1.5 Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos.....       | 10        |
| Sección 1.6 Cambios en la cobertura de medicamentos de la Parte D.....             | 14        |
| Sección 1.7 Cambios en los beneficios y costos de los medicamentos recetados ..... | 15        |
| <b>SECCIÓN 2 Cambios administrativos.....</b>                                      | <b>19</b> |
| <b>SECCIÓN 3 Cómo cambiar de plan .....</b>                                        | <b>20</b> |
| Sección 3.1 Fechas límite para cambiar de plan .....                               | 20        |
| Sección 3.2 ¿Se puede hacer el cambio en otros momentos del año? .....             | 21        |
| <b>SECCIÓN 4 Ayuda para el pago de los medicamentos recetados.....</b>             | <b>21</b> |
| <b>SECCIÓN 5 ¿Preguntas? .....</b>                                                 | <b>23</b> |
| Obtenga ayuda de Blue Shield 65 Plus .....                                         | 23        |
| Obtenga asesoramiento gratis sobre Medicare .....                                  | 23        |
| Obtenga ayuda de Medicare .....                                                    | 23        |

## Resumen de costos importantes para 2027

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 2026<br>(este año)                                                                                                                                                              | 2027<br>(próximo año)                                                                                                                                                                                |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Prima mensual del plan*</b><br>* Su prima puede ser más alta que esta cantidad. Consulte la Sección 1.1 para obtener más información.                                                                                                                                                                                                                                                        | \$0                                                                                                                                                                             | \$0                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Cantidad máxima de gastos de bolsillo</b><br>Esta es la <u>cantidad máxima</u> de gastos de bolsillo que deberá pagar por sus servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B. (Consulte la Sección 1.2 para obtener más información).                                                                                                                                                     | \$2,300                                                                                                                                                                         | \$2,750                                                                                                                                                                                              |
| <b>Visitas al consultorio de atención primaria</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | \$0 de copago por visita                                                                                                                                                        | \$0 de copago por visita                                                                                                                                                                             |
| <b>Visitas al consultorio de un especialista</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | \$0 de copago por visita                                                                                                                                                        | \$0 de copago por visita                                                                                                                                                                             |
| <b>Hospitalizaciones para pacientes internados</b><br>Se incluyen varios tipos de hospitalizaciones para pacientes internados, como atención de enfermedades agudas, servicios de rehabilitación y atención a largo plazo. La hospitalización para pacientes internados empieza el día en que es admitido formalmente con la orden de un médico y termina el día anterior a que le den el alta. | Por cada estadía cubierta por Medicare en un hospital de la red, usted paga:<br><br>\$200 de copago por día para los días 1 a 5<br><br>\$0 de copago por día a partir del día 6 | <b>Por cada estadía cubierta por Medicare en un hospital de la red, usted paga:</b><br><br><b>\$250 de copago por día para los días 1 a 5</b><br><br><b>\$0 de copago por día a partir del día 6</b> |

|                                                                                                                                                                                                                         | 2026<br>(este año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 2027<br>(próximo año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Cobertura de medicamentos de la Parte D</b><br>(Consulte la Sección 1.7 para obtener más información, incluida la Etapa de Deducible Anual, la Etapa de Cobertura Inicial y la Etapa de Cobertura para Catástrofes). | <p>Deducible por la cobertura de medicamentos de la Parte D</p> <p>\$425, excepto para el Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos) y el Nivel 2 (medicamentos genéricos, insulinas cubiertas y la mayoría de las vacunas de la Parte D para personas adultas)</p> <p>Copago/coseguro durante la Etapa de Cobertura Inicial:</p> <p>Nivel 1 de medicamentos: \$0 o \$5*</p> <p>Nivel 2 de medicamentos: \$5 o \$12*</p> <p>Nivel 3 de medicamentos: 25 % del costo total</p> <p>Usted no paga más que \$35 o el 25 % del costo total, la cantidad que sea menor, por suministro mensual de cada insulina cubierta en este nivel.</p> <p>Nivel 4 de medicamentos: 30 % del costo total</p> <p>Usted no paga más que \$35 o el 25 % del costo total, la cantidad que sea menor, por suministro mensual de cada insulina cubierta en este nivel.</p> | <p>Deducible por la cobertura de medicamentos de la Parte D</p> <p><b>\$475, excepto para el Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos) y el Nivel 2 (medicamentos genéricos, insulinas cubiertas y la mayoría de las vacunas de la Parte D para personas adultas)</b></p> <p><b>Copago/coseguro durante la Etapa de Cobertura Inicial:</b></p> <p><b>Nivel 1 de medicamentos: \$0 o \$5*</b></p> <p><b>Nivel 2 de medicamentos: \$5 o \$12*</b></p> <p><b>Nivel 3 de medicamentos: 21 % del costo total</b></p> <p><b>Usted no paga más que \$35 o el 21 % del costo total, la cantidad que sea menor, por suministro mensual de cada insulina cubierta en este nivel.</b></p> <p><b>Nivel 4 de medicamentos: 26 % del costo total</b></p> <p><b>Usted no paga más que \$35 o el 25 % del costo total, la cantidad que sea menor, por suministro mensual de cada insulina cubierta en este nivel.</b></p> |

|                                                               | 2026<br>(este año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 2027<br>(próximo año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|---------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Cobertura de medicamentos de la Parte D (continuación)</b> | <p>Nivel 5 de medicamentos:<br/>28 % del costo total</p> <p>*La primera cantidad indicada es lo que usted pagará si usa una farmacia de la red con costo compartido preferido.</p> <p>La segunda cantidad indicada es lo que usted pagará si usa una farmacia de la red con costo compartido estándar. Consulte la Sección 1 a continuación para obtener más información.</p> <p>Etapas de Cobertura para Catástrofes:</p> <p>Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.</p> | <p><b>Nivel 5 de medicamentos:<br/>28 % del costo total</b></p> <p><b>*La primera cantidad indicada es lo que usted pagará si usa una farmacia de la red con costo compartido preferido.</b></p> <p><b>La segunda cantidad indicada es lo que usted pagará si usa una farmacia de la red con costo compartido estándar. Consulte la Sección 1 a continuación para obtener más información.</b></p> <p><b>Etapas de Cobertura para Catástrofes:</b></p> <p><b>Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.</b></p> |

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

### Sección 1.1 Cambios en la prima mensual del plan

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 2026<br>(este año)                                                   | 2027<br>(próximo año)                                                |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| <b>Prima mensual del plan</b><br>(También debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare).                                                                                                                                                                                                                  | \$0                                                                  | \$0                                                                  |
| <b>Prima adicional para el plan dental HMO suplementario opcional</b><br>Si se inscribió en un paquete de beneficios suplementario opcional, pagará esta prima además de la prima mensual del plan que aparece arriba.<br>(También debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare).                         | \$16                                                                 | \$16.20                                                              |
| <b>Prima adicional para el plan dental PPO suplementario opcional</b><br>Si se inscribió en un paquete de beneficios suplementario opcional, pagará esta prima además de la prima mensual del plan que aparece arriba.<br>(También debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare).                         | \$49                                                                 | El plan dental PPO suplementario opcional <b>no</b> está disponible. |
| <b>Prima adicional para el plan dental suplementario opcional “solo dentro de la red” (INO, por sus siglas en inglés)</b><br>Si se inscribió en un paquete de beneficios suplementario opcional, pagará esta prima además de la prima mensual del plan que aparece arriba.<br>(También debe seguir pagando la prima | El plan dental INO suplementario opcional <u>no</u> está disponible. | \$49                                                                 |

|                             | 2026<br>(este año) | 2027<br>(próximo año) |
|-----------------------------|--------------------|-----------------------|
| de la Parte B de Medicare). |                    |                       |

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

- **Multa por inscripción tardía:** Su prima mensual del plan será *mayor* si debe pagar una multa vitalicia por inscripción tardía de la Parte D por haber estado sin cobertura de medicamentos de la Parte D o sin otra cobertura de medicamentos que fuera, como mínimo, equivalente a la cobertura de medicamentos de Medicare (lo que también se llama “cobertura acreditable”) durante 63 días o más.
- **Recargo por ingreso más alto:** Si tiene un ingreso más alto, es posible que deba pagar una cantidad adicional por mes directamente al Gobierno por la cobertura de medicamentos de Medicare.

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

Medicare les exige a todos los planes de salud que limiten la cantidad de gastos de bolsillo que usted paga durante el año. Este límite se llama “cantidad máxima de gastos de bolsillo”. Una vez que haya pagado esta cantidad, generalmente no pagará nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año calendario.

|                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 2026<br>(este año) | 2027<br>(próximo año)                                                                                                                                                                                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Cantidad máxima de gastos de bolsillo</b><br>Sus costos por servicios médicos cubiertos (como copagos) <b>cuentan</b> para su cantidad máxima de gastos de bolsillo.<br>Sus costos por medicamentos recetados <b>no cuentan</b> para su cantidad máxima de gastos de bolsillo. | \$2,300            | <b>\$2,750</b><br><b>Una vez que haya pagado \$2,750 de gastos de bolsillo por servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no pagará nada por sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año calendario.</b> |

### Sección 1.3 Cambios en la red de proveedores

Se han hecho cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. Consulte el *Directorio de Proveedores 2027* en [blueshieldca.com/medicare/providerdirectory](https://blueshieldca.com/medicare/providerdirectory) para averiguar si sus proveedores (médico de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red. Para obtener acceso al *Directorio de Proveedores* actualizado puede hacer lo siguiente:

- Visite nuestro sitio web en [blueshieldca.com/medicare/providerdirectory](https://blueshieldca.com/medicare/providerdirectory).
- Llame a Servicio al Cliente al (800) 776-4466 (los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 711) para pedir información actualizada sobre los proveedores o pedirnos que le enviemos un *Directorio de Proveedores* por correo postal.

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

### Sección 1.4 Cambios en la red de farmacias

Las cantidades que usted paga por sus medicamentos recetados pueden depender de la farmacia que use. Los planes de medicamentos de Medicare cuentan con una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus medicamentos recetados están cubiertos *solo* si la receta se surte en alguna de nuestras farmacias de la red. Nuestra red incluye farmacias con costo compartido preferido, que pueden ofrecerle un costo compartido menor que el costo compartido estándar que ofrecen las otras farmacias de la red para algunos medicamentos.

Se han hecho cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. Consulte el *Directorio de Farmacias 2027* en [blueshieldca.com/medpharmacy2027](https://blueshieldca.com/medpharmacy2027) para averiguar qué farmacias están en nuestra red. Para obtener acceso al *Directorio de Farmacias* actualizado puede hacer lo siguiente:

- Visite nuestro sitio web en [blueshieldca.com/medpharmacy2027](https://blueshieldca.com/medpharmacy2027).
- Llame a Servicio al Cliente al (800) 776-4466 (los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 711) para pedir información actualizada sobre las farmacias o pedirnos que le enviemos un *Directorio de Farmacias* por correo postal.

Durante el año, podemos cambiar las farmacias que forman parte de nuestro plan. Si un

cambio de mitad de año en nuestras farmacias le afecta, llame a Servicio al Cliente al (800) 776-4466 (los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 711) para que podamos ayudarlo.

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

|                                                                          | 2026<br>(este año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 2027<br>(próximo año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|--------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Artículos de venta sin receta<br/>(OTC, por sus siglas en inglés)</b> | Usted tiene una asignación de \$60 por trimestre para artículos cubiertos. Podrá hacer dos pedidos por trimestre y no podrá transferir la asignación que no haya usado al siguiente trimestre. Es posible que se apliquen algunas limitaciones. Consulte el catálogo de artículos de venta sin receta para obtener más información. | <b>Usted tiene una asignación de \$50 por trimestre para artículos cubiertos. Podrá hacer dos pedidos por trimestre y no podrá transferir la asignación que no haya usado al siguiente trimestre. Es posible que se apliquen algunas limitaciones. Consulte el catálogo de artículos de venta sin receta para obtener más información.</b> |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 2026<br>(este año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 2027<br>(próximo año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Atención de la vista no cubierta por Medicare (obtenida de un proveedor de la red)</b></p> <p><b>Armazones para anteojos</b></p> <p><b>Lentes para anteojos o lentes de contacto. En el caso de los lentes para anteojos, puede elegir lentes monofocales, bifocales con línea divisoria, trifocales con línea divisoria o lenticulares. Si elige un tipo de lentes que no aparece en la lista o tratamientos complementarios, será responsable de pagar los costos adicionales, incluso si los costos totales siguen estando dentro de la asignación.</b></p> | <p>\$20 de copago por un par de armazones para anteojos (cuyo valor sea de hasta una cantidad máxima de cobertura del beneficio del plan de \$220) cada 2 años cuando va a un proveedor de la red. Si los armazones para anteojos cuestan más de \$220, usted es responsable de pagar la diferencia.</p> <p>\$20 de copago <u>ya sea</u> por un par de lentes para anteojos recetados (independientemente del aumento o del tamaño) O por lentes de contacto (cuyo valor sea de hasta \$220, incluidos los servicios y los materiales) cada año cuando va a un proveedor de la red. Si los servicios y los materiales cuestan más de \$220, usted es responsable de pagar la diferencia.</p> | <p><b>\$20 de copago por un par de armazones para anteojos (cuyo valor sea de hasta una cantidad máxima de cobertura del beneficio del plan de \$175) cada 2 años cuando va a un proveedor de la red. Si los armazones para anteojos cuestan más de \$175, usted es responsable de pagar la diferencia.</b></p> <p><b>\$20 de copago <u>ya sea</u> por un par de lentes para anteojos recetados (independientemente del aumento o del tamaño) O por lentes de contacto (cuyo valor sea de hasta \$175, incluidos los servicios y los materiales) cada año cuando va a un proveedor de la red. Si los servicios y los materiales cuestan más de \$175, usted es responsable de pagar la diferencia.</b></p> |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 2026<br>(este año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 2027<br>(próximo año)                                                                                                   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Atención de la vista no cubierta por Medicare (obtenida de un proveedor fuera de la red)</b></p> <p><b>Examen de la vista de rutina, refracción y receta de los lentes para anteojos</b></p> <p><b>Armazones para anteojos</b></p> <p><b>Lentes para anteojos o lentes de contacto. En el caso de los lentes para anteojos, puede elegir lentes monofocales, bifocales con línea divisoria, trifocales con línea divisoria o lenticulares. Si elige un tipo de lentes que no aparece en la lista o tratamientos complementarios, será responsable de pagar los costos adicionales, incluso si los costos totales siguen estando dentro de la asignación.</b></p> | <p>Usted recibe un reembolso de hasta \$30 por un examen cada año.</p> <p>Usted recibe un reembolso de hasta \$35 por un par de armazones para anteojos cada dos años.</p> <p>Usted recibe un reembolso de hasta \$35 ya sea por un par de lentes para anteojos recetados (independientemente del aumento o del tamaño) o por lentes de contacto cada año.</p> | <p><b>Los servicios de atención de la vista obtenidos de proveedores fuera de la red <u>no</u> están cubiertos.</b></p> |

|                                                                                          | 2026<br>(este año)                                                                                                                                                                                                                                              | 2027<br>(próximo año)                                                                                                                                                                                                                                                                |
|------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Atención en un centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés)</b> | <p>Por cada estadía en un centro de enfermería especializada certificado por Medicare, usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago por día para los días 1 a 20</li> <li>• \$125 de copago por día para los días 21 a 100</li> </ul> | <p><b>Por cada estadía en un centro de enfermería especializada certificado por Medicare, usted paga:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>\$0 de copago por día para los días 1 a 20</b></li> <li>• <b>\$220 de copago por día para los días 21 a 100</b></li> </ul> |
| <b>Atención hospitalaria para pacientes internados</b>                                   | <p>Por cada estadía cubierta por Medicare en un hospital de la red, usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$200 de copago por día para los días 1 a 5</li> <li>• \$0 de copago por día a partir del día 6</li> </ul>                         | <p><b>Por cada estadía cubierta por Medicare en un hospital de la red, usted paga:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>\$250 de copago por día para los días 1 a 5</b></li> <li>• <b>\$0 de copago por día a partir del día 6</b></li> </ul>                         |
| <b>Examen físico anual</b>                                                               | \$0 de copago                                                                                                                                                                                                                                                   | <b>El examen físico anual <u>no</u> está cubierto.</b>                                                                                                                                                                                                                               |

|                                                                         | 2026<br>(este año)                                                                                     | 2027<br>(próximo año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Plan dental PPO suplementario opcional</b>                           | Blue Shield ofrece un plan dental PPO suplementario opcional por una prima mensual del plan adicional. | <p><b>El plan dental PPO suplementario opcional <u>no</u> está disponible.</b></p> <p><b>Los miembros que actualmente están inscritos en el plan dental PPO suplementario opcional pasarán al plan dental suplementario opcional “solo dentro de la red” (INO).</b></p>                                                   |
| <b>Plan dental suplementario opcional “solo dentro de la red” (INO)</b> | El plan dental INO suplementario opcional <u>no</u> está disponible.                                   | <p><b>El plan dental INO suplementario opcional tiene una prima mensual del plan de \$49.00 y solo cubre los servicios dentales que recibe de proveedores dentales dentro de la red. Los servicios dentales fuera de la red no están cubiertos. Para obtener más información, consulte la Evidencia de Cobertura.</b></p> |

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

### Cambios en nuestra Lista de Medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se llama “Formulario” o “Lista de Medicamentos”. Se brinda una copia de nuestra Lista de Medicamentos de manera electrónica, además de estar publicada en Internet en [blueshieldca.com/medformulary2027](https://blueshieldca.com/medformulary2027).

Hemos hecho cambios en nuestra Lista de Medicamentos, lo que puede incluir quitar o

agregar medicamentos, cambiar las restricciones que se aplican a nuestra cobertura de ciertos medicamentos o cambiar los medicamentos a otro nivel de costo compartido.

**Consulte la Lista de Medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos el próximo año y para saber si habrá alguna restricción o si su medicamento ha cambiado a otro nivel de costo compartido.**

La mayoría de los cambios en la Lista de Medicamentos se aplica al comienzo de cada año. Sin embargo, es posible que, durante el año calendario, hagamos otros cambios permitidos por las normas de Medicare que le afecten. Actualizamos nuestra Lista de Medicamentos en Internet al menos una vez al mes para ofrecer la lista de medicamentos más actualizada. Si hacemos un cambio que afectará el acceso a un medicamento que usted toma, le enviaremos un aviso para informarle del cambio.

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura de medicamentos al comienzo del año o durante el año, consulte el Capítulo 9 de su *Evidencia de Cobertura* y hable con el profesional que le extiende las recetas para conocer sus opciones, como pedir un suministro temporal o una excepción o buscar un medicamento nuevo. Para obtener más información, llame a Servicio al Cliente al (800) 776-4466 (los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 711).

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

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

Si está inscrito en un programa que le ayuda a pagar sus medicamentos (ayuda adicional), **es posible que la información sobre los costos de los medicamentos de la Parte D no se aplique a su caso.** Le hemos enviado un material aparte que se llama “*Cláusula Adicional a la Evidencia de Cobertura para las Personas que Reciben Ayuda Adicional para Pagar sus Medicamentos Recetados*”, que le brinda información acerca de sus costos de medicamentos. Si usted recibe ayuda adicional y no ha recibido este material antes del 30 de septiembre de 2026, debe comunicarse con Servicio al Cliente al (800) 776-4466 (los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 711) y pedir la *Cláusula Adicional de LIS* (Cláusula Adicional sobre Subsidios para Personas de Bajos Ingresos).

### **Etapas de pago de medicamentos**

Hay **3 etapas de pago de medicamentos**: la Etapa de Deducible Anual, la Etapa de Cobertura Inicial y la Etapa de Cobertura para Catástrofes.

- ***Etapas de pago de medicamentos***

Usted comienza en esta etapa de pago cada año calendario. En esta etapa, usted paga

el costo total de sus medicamentos del Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos), del Nivel 4 (medicamentos no preferidos) y del Nivel 5 (medicamentos de nivel especializado) hasta que haya alcanzado el deducible anual.

- ***Etapas 2: Cobertura Inicial***

Una vez que paga el deducible anual, pasa a la Etapa de Cobertura Inicial. En esta etapa, nuestro plan paga una porción del costo de sus medicamentos y usted paga la suya. Generalmente, usted se queda en esta etapa hasta que sus costos totales por medicamentos anuales hasta la fecha alcancen los \$2,400.

- ***Etapas 3: Cobertura para Catástrofes***

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

### **Costos de los medicamentos en la Etapa 1: Deducible Anual**

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

|                        | 2026<br>(este año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 2027<br>(próximo año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Deducible Anual</b> | <p>\$425</p> <p>En esta etapa, usted paga \$5 (costo compartido estándar) o \$0 (costo compartido preferido) para los medicamentos del Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos), \$12 (costo compartido estándar) o \$5 (costo compartido preferido) para los medicamentos del Nivel 2 (medicamentos genéricos) y el costo total de los medicamentos del Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos), del Nivel 4 (medicamentos no preferidos) y del Nivel 5 (medicamentos de nivel especializado) hasta que haya alcanzado el deducible anual.</p> | <p>\$475</p> <p><b>En esta etapa, usted paga \$5 (costo compartido estándar) o \$0 (costo compartido preferido) para los medicamentos del Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos), \$12 (costo compartido estándar) o \$5 (costo compartido preferido) para los medicamentos del Nivel 2 (medicamentos genéricos) y el costo total de los medicamentos del Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos), del Nivel 4 (medicamentos no preferidos) y del Nivel 5 (medicamentos de nivel especializado) hasta que haya alcanzado el deducible anual.</b></p> |

### Costos de los medicamentos en la Etapa 2: Cobertura Inicial

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

Hemos cambiado el nivel de ciertos medicamentos de nuestra Lista de Medicamentos. Para averiguar si los medicamentos que usted toma estarán en otro nivel, búsquelos en la Lista de Medicamentos. La mayoría de las vacunas de la Parte D para personas adultas están cubiertas sin ningún costo para usted. Para obtener más información acerca de los costos de las vacunas, de un suministro a largo plazo o del envío a domicilio de medicamentos

recetados, consulte el Capítulo 6 de la *Evidencia de Cobertura*.

Una vez que haya pagado \$2,400 de gastos de bolsillo por medicamentos cubiertos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (la Etapa de Cobertura para Catástrofes).

|                                                    | 2026<br>(este año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 2027<br>(próximo año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Medicamentos genéricos preferidos, Nivel 1:</b> | <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$5<br><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$0                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <b><i>Costo compartido estándar:</i></b> Usted paga \$5<br><b><i>Costo compartido preferido:</i></b> Usted paga \$0                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Medicamentos genéricos, Nivel 2:</b>            | <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$12<br><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$5                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <b><i>Costo compartido estándar:</i></b> Usted paga \$12<br><b><i>Costo compartido preferido:</i></b> Usted paga \$5                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Medicamentos de marca preferidos, Nivel 3:</b>  | <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga el 25 % del costo total<br>Usted paga \$35 o el 25 % del costo total, la cantidad que sea menor, por suministro mensual de cada insulina cubierta en este nivel.<br><br><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga el 25 % del costo total<br>Usted paga \$35 o el 25 % del costo total, la cantidad que sea menor, por suministro mensual de cada insulina cubierta en este nivel. | <b><i>Costo compartido estándar:</i></b> Usted paga el 21 % del costo total<br><b>Usted paga \$35 o el 21 % del costo total, la cantidad que sea menor, por suministro mensual de cada insulina cubierta en este nivel.</b><br><br><b><i>Costo compartido preferido:</i></b> Usted paga el 21 % del costo total<br><b>Usted paga \$35 o el 21 % del costo total, la cantidad que sea menor, por suministro mensual de cada insulina cubierta en este nivel.</b> |

|                                                      | 2026<br>(este año)                                                                                                                                       | 2027<br>(próximo año)                                                                                                                                                  |
|------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Medicamentos no preferidos, Nivel 4:</b>          | <p><i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga el 30 % del costo total</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga el 30 % del costo total</p> | <p><b><i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga el 26 % del costo total</b></p> <p><b><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga el 26 % del costo total</b></p> |
| <b>Medicamentos de nivel especializado, Nivel 5:</b> | <p><i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga el 28 % del costo total</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga el 28 % del costo total</p> | <p><b><i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga el 28 % del costo total</b></p> <p><b><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga el 28 % del costo total</b></p> |

## SECCIÓN 2 Cambios administrativos

|                                                                         | 2026<br>(este año)                                                                                                                                                                    | 2027<br>(próximo año)                                                                                                                                                                                 |
|-------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Cambiará la forma de obtener artículos de venta sin receta (OTC)</b> | CVS OTC Health Solutions administra su beneficio de artículos de venta sin receta (OTC). Puede pedir artículos OTC cubiertos por medio del catálogo de artículos de venta sin receta. | <b>PayForward administrará su beneficio de artículos de venta sin receta (OTC). Recibirá un catálogo de artículos de venta sin receta e instrucciones sobre cómo obtener artículos OTC cubiertos.</b> |

## SECCIÓN 3 Cómo cambiar de plan

---

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

Si desea cambiar de plan para el 2027, siga los siguientes pasos:

- **Para cambiarse a otro plan de salud de Medicare**, inscríbase en el nuevo plan. Su inscripción en Blue Shield 65 Plus se cancelará automáticamente. Recuerde que no todos los planes de salud de Medicare cubren medicamentos recetados. Además, hay muchos planes que no permiten que se inscriba en un plan de salud de Medicare y, al mismo tiempo, compre un plan de medicamentos recetados.
- **Para cambiarse a Medicare Original con cobertura de medicamentos de Medicare aparte**, puede inscribirse en un plan de la Parte D. Su inscripción en Blue Shield 65 Plus se cancelará automáticamente.
- **Para cambiarse a Medicare Original sin un plan de medicamentos**, puede enviarnos una solicitud por escrito para que cancelemos su inscripción. Para obtener más información sobre cómo hacerlo, llame a Servicio al Cliente al (800) 776-4466 (los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 711). También puede llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y pedir que se cancele su inscripción. Los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D (consulte la Sección 1).
- **Para obtener más información sobre Medicare Original y los diferentes tipos de planes de Medicare**, visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov), lea el folleto *Medicare & You 2027* (Medicare y usted 2027), comuníquese con su Programa Estatal de Asistencia para Seguros de Salud (consulte la Sección 5) o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Recuerde que California Physicians' Service (que opera bajo el nombre de Blue Shield of California) ofrece otros planes de medicamentos de Medicare. Esos planes pueden tener diferentes coberturas, primas mensuales del plan y cantidades de costo compartido.

### Sección 3.1 Fechas límite para cambiar de plan

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

Si usted se inscribió en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2027 y no está conforme con su elección de plan, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos de Medicare) o cambiarse a Medicare Original (con o sin

cobertura de medicamentos de Medicare aparte) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2027.

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

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

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

Si hace poco se mudó a una institución o actualmente vive en una institución (como un centro de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo), puede cambiar su cobertura de Medicare **en cualquier momento**. Puede cambiarse a cualquier otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos de Medicare) o cambiarse a Medicare Original (con o sin cobertura de medicamentos de Medicare aparte) en cualquier momento. Si hace poco se mudó de una institución, tiene la oportunidad de cambiarse de plan o cambiarse a Medicare Original durante dos meses completos después del mes en que se mudó.

## SECCIÓN 4 Ayuda para el pago de los medicamentos recetados

---

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

- **Ayuda adicional del programa Extra Help de Medicare.** Las personas con ingresos limitados pueden calificar para recibir ayuda adicional para pagar los costos de sus medicamentos recetados. Si usted califica, Medicare podría pagar hasta el 75 % o más de los costos de sus medicamentos, incluidas las primas mensuales del plan de medicamentos, los deducibles anuales y los coseguros. Además, las personas que califican no tendrán que pagar una multa por inscripción tardía. Para averiguar si califica, llame a alguno de los siguientes contactos:
  - Medicare, al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 1-877-486-2048 durante las 24 horas, los siete días de la semana.
  - El Seguro Social, al 1-800-772-1213, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 7:00 p. m., para hablar con un representante. Los mensajes automáticos están disponibles durante las 24 horas. Los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 1-800-325-0778.
  - La oficina de Medicaid de su estado.

- **Asistencia con el costo compartido de medicamentos recetados para personas con VIH/SIDA.** El Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a garantizar que las personas que tienen VIH/SIDA y son elegibles para participar en este programa obtengan acceso a medicamentos vitales para el tratamiento del VIH. Para ser elegible para el ADAP que funciona en su estado, las personas deben cumplir con determinados criterios: deben acreditar, mediante pruebas, que viven en ese estado y que tienen VIH, deben demostrar bajos ingresos (según la definición brindada por el estado) y deben tener un seguro insuficiente o no tener seguro. Los medicamentos de la Parte D de Medicare que también estén cubiertos por el ADAP califican para que usted pueda recibir ayuda con el costo compartido de los medicamentos recetados mediante el ADAP de California. Si desea obtener información sobre los criterios para obtener acceso al programa, sobre los medicamentos cubiertos, sobre el proceso de inscripción en el programa o, si está inscrito actualmente, sobre cómo seguir recibiendo ayuda, puede comunicarse con el centro de llamadas del ADAP de California llamando al (844) 421-7050, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. (excepto los días feriados), o puede visitar el sitio web del programa en [https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA\\_adap\\_eligibility.aspx](https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA_adap_eligibility.aspx). Cuando llame, asegúrese de indicar el nombre de su plan de la Parte D de Medicare o su número de póliza.
- **Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare.** El Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare es una opción de pago que funciona con su cobertura de medicamentos actual y que le ayuda a controlar sus costos de bolsillo para los medicamentos cubiertos por nuestro plan, ya que puede distribuirlos durante todo el año calendario (de enero a diciembre). Toda persona que tenga un plan de medicamentos de Medicare o un plan de salud de Medicare con cobertura de medicamentos (como un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos) puede usar esta opción de pago. Si usted ya participa del Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare y se queda en el mismo plan de la Parte D, su participación se renovará de manera automática para el año 2027, es decir que no tiene que presentar un nuevo pedido de elección para seguir participando en 2027. **Si bien esta opción de pago puede ayudarle a controlar sus gastos, no hará que ahorre dinero ni que los costos de sus medicamentos sean menores.**

La ayuda adicional de Medicare y la ayuda del ADAP, para quienes califican, tienen más ventajas que la participación en el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare. Para obtener más información sobre esta opción de pago, llámenos al (833) 696-2087 (los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 711) o visite [Medicare.gov](https://www.medicare.gov).

## SECCIÓN 5 ¿Preguntas?

---

### Obtenga ayuda de Blue Shield 65 Plus

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

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

- **Lea su *Evidencia de Cobertura de 2027***

Esta *Notificación Anual de Cambios* le ofrece un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para el año 2027. Si desea obtener más información, consulte la *Evidencia de Cobertura de 2027* para Blue Shield 65 Plus. La *Evidencia de Cobertura* es la descripción legal detallada de los beneficios de nuestro plan. Le explica sus derechos y las normas que debe cumplir para recibir servicios y medicamentos recetados cubiertos. Puede obtener una copia de la *Evidencia de Cobertura* en nuestro sitio web en [blueshieldca.com/MAPDdocuments2027](https://blueshieldca.com/MAPDdocuments2027) o llamar a Servicio al Cliente al (800) 776-4466 (los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 711) para pedirnos que le enviemos una copia por correo postal.

- **Visite [blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare)**

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

### Obtenga asesoramiento gratis sobre Medicare

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

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

### Obtenga ayuda de Medicare

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

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

- **Comuníquese por chat en vivo en [Medicare.gov](https://www.medicare.gov)**

Puede chatear en vivo en [Medicare.gov/talk-to-someone](https://www.medicare.gov/talk-to-someone).

- **Escríbale a Medicare**

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

- **Visite [Medicare.gov](https://www.medicare.gov)**

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

- **Lea *Medicare & You 2027* (Medicare y usted 2027)**

El folleto *Medicare & You 2027* (Medicare y usted 2027) se envía todos los otoños por correo postal a las personas que tienen Medicare. Incluye un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare, como también respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Puede obtener una copia en [Medicare.gov](https://www.medicare.gov) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.



[blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare)

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