



# Información importante

acerca de cambios en su plan de salud  
y medicamentos de Medicare

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

# Aviso anual de cambios para 2026

## 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 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*, disponible en nuestra página web en [blueshieldca.com/DSNPdocuments2026](https://blueshieldca.com/DSNPdocuments2026). 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), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Pacífico, los siete días de la semana. Esta llamada es gratuita.
  - Si desea acceder a los materiales de su plan en línea, inicie sesión en su cuenta en [blueshieldca.com/login](https://blueshieldca.com/login), haga clic en My profile (Mi perfil) en la esquina superior derecha, justo debajo de sus iniciales, vaya a Communication preferences (Preferencias de comunicación) y seleccione "Electronic Delivery" (Entrega electrónica) como su método de entrega de preferencia. Si no tiene una cuenta, ingrese a [blueshieldca.com/login](https://blueshieldca.com/login), haga clic en Create Account (Crear una cuenta) y podrá seleccionar su método de entrega de preferencia una vez que haya creado su cuenta.
  - Puede realizar una solicitud permanente para acceder a este documento y futuras comunicaciones obligatorias en un idioma que no sea el inglés o en un formato alternativo (en letra grande, braille, audio, etc.). Puede comunicarse con Servicio al Cliente de Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Pacífico, los siete días de la semana. Servicio al Cliente dejará registrados su idioma y su formato preferidos, y puede cambiarlos cuando quiera.

---

Aprobación de OMB 0938-1444 (vencimiento: 30 de junio de 2026)



**Si tiene alguna pregunta**, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Pacífico, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.blueshieldca.com/medicare](https://www.blueshieldca.com/medicare)

- Para hacer un cambio a una solicitud permanente para recibir las comunicaciones obligatorias en determinado idioma o en un formato alternativo, comuníquese con Servicio al Cliente de Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Pacífico, los siete días de la semana.

Aviso de disponibilidad de servicios de asistencia lingüística 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: Զանգահարեք 1-800-452-4413 (TTY:711): Այդ ծառայություններն անվճար են:

---

**Si tiene alguna pregunta,** llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Pacífico, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [www.blueshieldca.com/medicare](http://www.blueshieldca.com/medicare)



## **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 नि: 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). ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນແລະມີໂຕພິມໃຫຍ່ ໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-800-452-4413 (TTY: 711). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.



**Mien Tagline (Mien)**

LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih qiemx 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 ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរផុស 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.



### **Русский слоган (Russian)**

**ВНИМАНИЕ!** Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру 1-800-452-4413 (линия ТТУ: 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 ТТУ: 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.



**Si tiene alguna pregunta,** llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Pacífico, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [www.blueshieldca.com/medicare](http://www.blueshieldca.com/medicare)

### **แท็กไลน์ภาษาไทย (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 TotalDual Plan .....	10
B2. Cosas importantes que debe hacer .....	10
C. Cambios en los proveedores y las farmacias de nuestra red .....	11
D. Cambios en los beneficios y costos para el próximo año .....	12
D1. Cambios en los beneficios y costos de servicios médicos .....	12
D2. Cambios en la cobertura de medicamentos .....	20
D3. Etapa 1: “Etapa de cobertura inicial” .....	22
D4. Etapa 2: “Etapa de cobertura de gastos excedentes” .....	24
E. Cambios administrativos .....	25
F. Elegir un plan .....	25
F1. Permanecer en nuestro plan.....	25
F2. Cambiar de plan.....	25
G. Cómo solicitar ayuda.....	31
G1. Nuestro plan .....	31
G2. Programa de Asesoramiento y Defensa de Seguros de Salud (HICAP).....	31
G3. Programa del Defensor de los Derechos del Paciente.....	31
G4. Medicare.....	32
G5. Departamento de Atención Médica Administrada de California .....	32
G6. Plan de Pago para Recetas Médicas de Medicare .....	33



## 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 TotalDual Plan.

El beneficio de alimentos y productos agrícolas mencionado en la **Sección D1** es un beneficio complementario especial para enfermos crónicos (Special Supplemental Benefit for de Chronically Ill, 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 que cumplen con los requisitos 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 que cumplen con los requisitos, y los requisitos de elegibilidad.

Amazon Pharmacy es independiente de Blue Shield of California y tiene contrato con Blue Shield para prestar el servicio de entrega a domicilio de medicamentos recetados a los miembros de Blue Shield.

---

## 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 cancelar su suscripción a nuestro plan. Consulte la **Sección D** para ver más información sobre los cambios a sus beneficios para el próximo año.

**Miembros nuevos de Blue Shield TotalDual Plan:** En la mayoría de los casos, su inscripción en Blue Shield TotalDual Plan para acceder a sus beneficios de Medicare comienza el primer día del mes posterior a su solicitud de inscripción en Blue Shield TotalDual Plan. Aún puede recibir los servicios de Medi-Cal de su plan de salud de Medi-Cal anterior durante un mes adicional. Después de eso, recibirá sus servicios de Medi-Cal a través de Blue Shield TotalDual Plan. No habrá ninguna interrupción en su cobertura de Medi-Cal. Si tiene alguna pregunta, llámenos al número que figura al pie de la página.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Pacífico, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.blueshieldca.com/medicare](http://www.blueshieldca.com/medicare)



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 deja nuestro plan, puede obtener información sobre sus:

- Opciones de Medicare en el cuadro de la **Sección F2**.
- Opciones y servicios de Medi-Cal en la **Sección F2**.

## **B1. Información sobre Blue Shield TotalDual Plan**

- Blue Shield TotalDual 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 Plan Medicare Medi-Cal.

## **B2. Cosas importantes que debe hacer**

- **Consulte si habrá algún cambio en nuestros beneficios y costos que le pudieran afectar.**
  - ¿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.
  - En la **Sección D1** puede ver 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.
  - En la **Sección D2** puede ver información sobre los cambios en nuestra cobertura de medicamentos.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Pacífico, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.blueshieldca.com/medicare](http://www.blueshieldca.com/medicare)



- 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?
  - En la **Sección C** puede ver 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 TotalDual Plan:**

Si desea quedarse con nosotros el próximo año, es fácil: no necesita hacer nada. Si no realiza ningún cambio, su inscripción en Blue Shield TotalDual Plan se renovará automáticamente.

### **Si decide cambiar de plan:**

Si decide que otra cobertura se adaptará mejor a sus necesidades, quizás pueda cambiar de plan (consulte más información en la **Sección F2**). 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 los proveedores y las farmacias de nuestra red**

Los importes 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 2026.



**Si tiene alguna pregunta**, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Pacífico, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.blueshieldca.com/medicare](http://www.blueshieldca.com/medicare)

**Consulte el *Directorio de proveedores y farmacias de 2026*** 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, [blueshieldca.com/DSNPdocuments2026](http://blueshieldca.com/DSNPdocuments2026). También puede llamar a Servicio al Cliente a los números que figuran al pie de la página para obtener información actualizada sobre proveedores o para pedirnos que le enviemos por correo un *Directorio de proveedores y farmacias*.

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

---

## D. Cambios en los beneficios y costos para el próximo año

### D1. Cambios en los beneficios y costos de 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.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
<b>Artículos de venta sin receta (Over-the-Counter, OTC)</b>	<p>Tiene una <b>asignación de \$70</b> por mes para artículos cubiertos.</p> <p>Puede hacer un pedido por mes y no puede traspasar su asignación no utilizada al mes siguiente.</p>	<p>Recibirá una <b>asignación de \$120</b> por trimestre para artículos cubiertos.</p> <p>Puede hacer dos pedidos por trimestre y no puede traspasar su asignación no utilizada al siguiente trimestre.</p>

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Pacífico, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.blueshieldca.com/medicare](http://www.blueshieldca.com/medicare)



	2025 (este año)	2026 (próximo año)
<b>Atención de la vista, no cubierta por Medicare (recibida a través de un proveedor de la red)*</b>	<p><b>Copago de \$0</b> por marcos de anteojos (con un precio minorista regular de hasta <b>\$200</b>) cada 12 meses al usar un proveedor de la red. Si elige monturas de anteojos con un precio superior a \$200, deberá abonar la diferencia.</p> <p><b>Copago de \$0</b> por un par de lentes para anteojos recetados (independientemente del tamaño o la graduación) O por lentes de contacto (con un precio de hasta <b>\$200</b> por servicios y materiales de lentes de contacto) cada 12 meses al usar un proveedor de la red. Si el precio del servicio y los materiales supera los <b>\$200</b>, deberá abonar la diferencia.</p>	<p><b>Copago de \$0</b> por marcos de anteojos (con un precio minorista regular de hasta <b>\$365</b>) cada 12 meses al usar un proveedor de la red. Si elige marcos de anteojos con un precio superior a <b>\$365</b>, deberá abonar la diferencia.</p> <p><b>Copago de \$0</b> por un par de lentes para anteojos recetados (independientemente del tamaño o la graduación) O por lentes de contacto (con un precio de hasta <b>\$365</b> por servicios y materiales de lentes de contacto) cada 12 meses al usar un proveedor de la red. Si el precio del servicio y los materiales supera los <b>\$365</b>, deberá abonar la diferencia.</p>



**Si tiene alguna pregunta**, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Pacífico, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.blueshieldca.com/medicare](http://www.blueshieldca.com/medicare)

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
<b>Ayuda con ciertas condiciones crónicas</b>	Los alimentos y productos agrícolas <b>no</b> están cubiertos.	<p>Alimentos y productos agrícolas:</p> <p>Tiene una <b>asignación de \$60</b> al mes para la compra de alimentos saludables y nutritivos, y productos agrícolas. Esta asignación no se puede traspasar de un mes al siguiente.</p> <p>Se trata de un beneficio complementario especial para personas con enfermedades crónicas (SSBCI) que requiere una determinación de elegibilidad. No todos los miembros del plan cumplen con los requisitos. Debe tener una o más condiciones crónicas que le otorguen elegibilidad para recibir este beneficio.</p> <p>El plan averiguará si usted es elegible para el beneficio de alimentos y productos agrícolas con la información de su médico o comunicándose con su médico para solicitarle una declaración firmada que acredite su condición crónica elegible.</p> <p>Consulte la <i>Guía para los Miembros del Plan</i> para conocer más detalles.</p>



**Si tiene alguna pregunta**, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Pacífico, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.blueshieldca.com/medicare](http://www.blueshieldca.com/medicare)

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
<b>Entrega de comidas a domicilio</b>	<p><b>Copago de \$0.</b></p> <p>Al alta de un hospital o centro de enfermería especializada, cubrimos 22 comidas y 10 refrigerios por alta.</p> <p>Las comidas y los refrigerios se dividirán en hasta <b>tres</b> entregas separadas según sea necesario.</p> <p>La cobertura se limita a dos altas por año.</p>	<p><b>Copago de \$0.</b></p> <p>Al alta de un hospital o centro de enfermería especializada, cubrimos 22 comidas y 10 refrigerios por alta.</p> <p>Las comidas y los refrigerios se dividirán en hasta <b>dos</b> entregas separadas según sea necesario.</p> <p>La cobertura se limita a dos altas por año.</p>
<b>Máximo anual de gastos de bolsillo</b>	<p>\$9,350</p> <p>Una vez que haya pagado \$9,350 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.</p> <p>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.</p>	<p>\$9,250</p> <p>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.</p> <p>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.</p>



**Si tiene alguna pregunta**, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Pacífico, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.blueshieldca.com/medicare](http://www.blueshieldca.com/medicare)

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
<b>Modelo de Diseño de Seguro Basado en el Valor (VBID)</b>	<p>El modelo VBID tiene dos beneficios:</p> <p><b>Comidas saludables:</b> Tiene una <b>asignación de \$50</b> al mes para la compra de alimentos saludables y nutritivos, y productos agrícolas. Los artículos aprobados pueden comprarse en tiendas minoristas locales aprobadas. Esta asignación no se puede traspasar de un mes al siguiente.</p> <p><b>Transporte:</b> <b>Copago de \$0</b> por un límite combinado de 48 viajes en total (ida y vuelta cuenta por dos) por año para transporte no médico y transporte no médico VBID. El transporte puede usarse para acceder a beneficios no cubiertos por Medicare ofrecidos por el plan, como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Gimnasios de la red SilverSneakers</li> <li>○ Tiendas de comestibles saludables aprobadas</li> <li>○ Audífonos del proveedor de audífonos que usted prefiera</li> <li>○ Servicios de quiropraxia en la red aprobada por el plan de salud</li> <li>○ Servicios dentales y de la vista en la red aprobada por el plan de salud</li> </ul>	<p>Los siguientes beneficios del modelo VBID <b>no</b> están cubiertos:</p> <p>La comida saludable <b>no</b> está cubierta.</p> <p>El transporte no médico <b>no</b> está cubierto con el modelo VBID.</p>



**Si tiene alguna pregunta**, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Pacífico, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.blueshieldca.com/medicare](http://www.blueshieldca.com/medicare)

<p><b>Servicios dentales, de rutina (no cubiertos por Medicare) (Esta sección continúa en la página siguiente)</b></p>	<p>La evaluación dental limitada por problema específico con el código D0140 de la ADA <b>no</b> está cubierta.</p> <p>La evaluación de un paciente con el código D0190 de la ADA <b>no</b> está cubierta.</p> <p>La evaluación de un paciente con el código D0191 de la ADA <b>no</b> está cubierta.</p> <p>El procedimiento del colgajo gingival con el código D4240 de la ADA, incluido el alisado radicular, de cuatro o más dientes contiguos o espacios delimitados por dientes por cuadrante <b>no</b> está cubierto.</p> <p>El procedimiento del colgajo gingival con el código D4241 de la ADA, incluido el alisado radicular, de uno a tres dientes contiguos o espacios delimitados por dientes por cuadrante <b>no</b> está cubierto.</p> <p>El procedimiento de regeneración de tejido, dientes naturales, con barrera reabsorbible, por sitio, con el código D4266 de la ADA <b>no</b> está cubierto.</p>	<p><b>Copago de \$0</b> por la evaluación dental limitada por problema específico con el código D0140 de la ADA.</p> <p><b>Copago de \$0</b> por la evaluación de un paciente con el código D0190 de la ADA.</p> <p><b>Copago de \$0</b> por la evaluación de un paciente con el código D0191 de la ADA.</p> <p><b>Copago de \$0</b> por el procedimiento del colgajo gingival con el código D4240 de la ADA, incluido el alisado radicular, de cuatro o más dientes contiguos o espacios delimitados por dientes por cuadrante.</p> <p><b>Copago de \$0</b> por el procedimiento del colgajo gingival con el código D4241 de la ADA, incluido el alisado radicular, de uno a tres dientes contiguos o espacios delimitados por dientes por cuadrante.</p> <p><b>Copago de \$0</b> por el procedimiento de regeneración de tejido, dientes naturales, con barrera reabsorbible, por sitio, con el código D4266 de la ADA.</p>
--	---	---



**Si tiene alguna pregunta,** llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Pacífico, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [www.blueshieldca.com/medicare](http://www.blueshieldca.com/medicare)

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
<p><b>Servicios dentales, de rutina (no cubiertos por Medicare) (Esta sección continúa en la página siguiente)</b></p>	<p>El procedimiento de regeneración de tejido, dientes naturales, con barrera no reabsorbible, por sitio, con el código D4267 de la ADA <b>no</b> está cubierto.</p>	<p><b>Copago de \$0</b> por el procedimiento de regeneración de tejido, dientes naturales, con barrera no reabsorbible, por sitio, con el código D4267 de la ADA.</p>
	<p>La dentadura parcial maxilar inmediata – base de resina (incluidos materiales de retención/sujeción, apoyos y dientes) con el código D5221 de la ADA <b>no</b> está cubierta.</p>	<p><b>Copago de \$0</b> por una dentadura parcial maxilar inmediata – base de resina (incluidos materiales de retención/sujeción, apoyos y dientes), con el código D5221 de la ADA.</p>
	<p>La dentadura parcial mandibular inmediata – base de resina (incluidos materiales de retención/sujeción, apoyos y dientes) con el código D5222 de la ADA <b>no</b> está cubierta.</p>	<p><b>Copago de \$0</b> por una dentadura parcial mandibular inmediata – base de resina (incluidos materiales de retención/sujeción, apoyos y dientes), con el código D5222 de la ADA.</p>
	<p>La dentadura parcial maxilar inmediata – estructura de metal fundido con base de resina (incluidos materiales de retención/sujeción, apoyos y dientes) con el código D5223 de la ADA <b>no</b> está cubierta.</p>	<p><b>Copago de \$0</b> por una dentadura parcial maxilar inmediata – estructura de metal fundido con base de resina (incluidos materiales de retención/sujeción, apoyos y dientes), con el código D5223 de la ADA.</p>
	<p>La dentadura parcial mandibular inmediata – estructura de metal fundido con base de resina (incluidos materiales de retención/sujeción, apoyos y dientes) con el código D5224 de la ADA <b>no</b> está cubierta.</p>	<p><b>Copago de \$0</b> por una dentadura parcial mandibular inmediata – estructura de metal fundido con base de resina (incluidos materiales de retención/sujeción, apoyos y dientes), con el código D5224 de la ADA.</p>



**Si tiene alguna pregunta,** llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Pacífico, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [www.blueshieldca.com/medicare](http://www.blueshieldca.com/medicare)

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
<p><b>Servicios dentales, de rutina (no cubiertos por Medicare) (continuación)</b></p>	<p>La dentadura parcial maxilar – base flexible (incluidos materiales de retención/ sujeción, apoyos y dientes) con el código D5225 de la ADA <b>no</b> está cubierta.</p>	<p><b>Copago de \$0</b> por una dentadura parcial maxilar – base flexible (incluidos materiales de retención/ sujeción, apoyos y dientes), con el código D5225 de la ADA.</p>
	<p>La dentadura parcial mandibular – base flexible (incluidos los materiales de retención/sujeción, apoyos y dientes) con el código de D5226 de la ADA <b>no</b> está cubierta.</p>	<p><b>Copago de \$0</b> por una dentadura parcial mandibular – base flexible (incluidos los materiales de retención/sujeción, apoyos y dientes), con el código D5226 de la ADA.</p>
	<p>La dentadura parcial maxilar inmediata – base flexible (incluidos los materiales de retención/apoyo y dientes) con el código D5227 de la ADA <b>no</b> está cubierta.</p>	<p><b>Copago de \$0</b> por una dentadura parcial maxilar inmediata – base flexible (incluidos los materiales de retención/apoyo y dientes), con el código D5227 de la ADA.</p>
	<p>La dentadura parcial mandibular inmediata – base flexible (incluidos los materiales de retención/apoyo y dientes) con el código D5228 de la ADA <b>no</b> está cubierta.</p>	<p><b>Copago de \$0</b> por una dentadura parcial mandibular inmediata – base flexible (incluidos los materiales de retención/apoyo y dientes), con el código D5228 de la ADA.</p>
		<p>Esta no es una lista completa de los servicios dentales cubiertos. Consulte el Capítulo 4 de su <i>Guía para los Miembros</i> para ver una lista completa de los servicios dentales cubiertos.</p>



**Si tiene alguna pregunta**, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Pacífico, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.blueshieldca.com/medicare](http://www.blueshieldca.com/medicare)

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
<b>Sistema personal de respuesta a emergencias (Personal Emergency Response System, PERS)</b>	<b>Copago de \$0.</b>	El PERS <b>no</b> está cubierto.
<b>Transporte: Transporte no médico</b>	<b>Copago de \$0</b> por un límite combinado de 48 viajes en total (ida y vuelta cuenta por dos) al año para transporte no médico y transporte no médico del Diseño de Seguro Basado en el Valor (Value Based Insurance Design, VBID).	<b>Copago de \$0</b> por un límite combinado de 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.

## D2. Cambios en la cobertura de medicamentos

### Cambios en nuestra *Lista de medicamentos*

Puede consultar una *Lista de medicamentos cubiertos* actualizada en nuestra página web, [blueshieldca.com/medpharmacy2026](https://blueshieldca.com/medpharmacy2026). También puede llamar a Servicio al Cliente a los números que figuran al pie de la página para obtener información actualizada sobre medicamentos, o para pedirnos que le enviemos por correo una *Lista de medicamentos cubiertos*.

La *Lista de medicamentos cubiertos* también se denomina “*Lista de medicamentos*”.

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:

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Pacífico, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.blueshieldca.com/medicare](https://www.blueshieldca.com/medicare)



- 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 a los números que figuran al pie de la página o comunicarse con su coordinador de atención para solicitar una *Lista de medicamentos cubiertos* que se usan para tratar la misma condición.
  - Esta lista puede ayudarle 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 su *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 de atención. Consulte los **Capítulos 2 y 3** de su *Guía para los Miembros* para obtener más información sobre cómo comunicarse con su coordinador de atención.
- Pedirnos 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 obtener más información sobre cuándo puede obtener un suministro temporal y cómo solicitarlo, consulte el **Capítulo 5** de su *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.

### **Cambios en los costos de los medicamentos**

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 la etapa en la que se encuentra cuando surte o resurte un medicamento recetado. Estas son las dos etapas:



**Si tiene alguna pregunta**, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Pacífico, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.blueshieldca.com/medicare](http://www.blueshieldca.com/medicare)

<p style="text-align: center;"><b>Etapa 1</b> <b>Etapa de cobertura inicial</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>Etapa 2</b> <b>Etapa de cobertura de gastos excedentes</b></p>
<p>Durante esta etapa, nuestro plan paga parte de los costos de sus medicamentos y usted paga su parte. Su parte se llama copago.</p> <p>Esta etapa empieza cuando adquiera su primer medicamento recetado del año.</p>	<p>Durante esta etapa, el plan paga todos los costos de sus medicamentos hasta el 31 de diciembre de 2026.</p> <p>Esta etapa empieza después de que ha pagado una cierta cantidad de costos de bolsillo.</p>

La etapa de cobertura inicial finaliza cuando sus costos de bolsillo totales por medicamentos alcanzan los **\$2,100**. 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 su *Guía para los Miembros* para obtener más información sobre cuánto deberá pagar por sus medicamentos.

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.

### **D3. 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 de 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, búselos 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. Estas cantidades se 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 obtener información sobre los costos de las vacunas, sobre cómo surtir un suministro a largo plazo o en una farmacia de la red que ofrece costos compartidos preferidos, o sobre el



**Si tiene alguna pregunta**, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Pacífico, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.blueshieldca.com/medicare](http://www.blueshieldca.com/medicare)

servicio de entrega a domicilio de medicamentos recetados, consulte el **Capítulo 6, Sección D** de su *Guía para los Miembros*.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
<p><b>Medicamentos en el Nivel 1</b> <i>(Medicamentos genéricos preferidos)</i></p> <p>Costo de un suministro para un mes de un medicamento del Nivel 1 que se surte en una farmacia de la red</p>	Su copago por un suministro para un mes (30 días) es de <b>\$0.</b>	Su copago por un suministro para un mes (30 días) es de <b>\$0.</b>
<p><b>Medicamentos en el Nivel 2</b> <i>(Medicamentos genéricos)</i></p> <p>Costo de un suministro para un mes de un medicamento del Nivel 2 que se surte en una farmacia de la red</p>	Su copago por un suministro para un mes (30 días) es de <b>\$0.</b>	Su copago por un suministro para un mes (30 días) es de <b>\$0.</b>
<p><b>Medicamentos en el Nivel 3</b> <i>(Medicamentos de marca preferidos)</i></p> <p>Costo de un suministro para un mes de un medicamento del Nivel 3 que se surte en una farmacia de la red</p>	Su copago por un suministro para un mes (30 días) es de <b>\$0.</b>	Su copago por un suministro para un mes (30 días) es de <b>\$0, \$5.10 o \$12.65.</b>
<p><b>Medicamentos en el Nivel 4</b> <i>(Medicamentos no preferidos)</i></p> <p>Costo de un suministro para un mes de un medicamento del Nivel 4 que se surte en una farmacia de la red</p>	Su copago por un suministro para un mes (30 días) es de <b>\$0.</b>	Su copago por un suministro para un mes (30 días) es de <b>\$0, \$5.10 o \$12.65.</b>



**Si tiene alguna pregunta**, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Pacífico, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.blueshieldca.com/medicare](http://www.blueshieldca.com/medicare)

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
<p><b>Medicamentos en el Nivel 5</b> (<i>Medicamentos de nivel especializado</i>)</p> <p>Costo de un suministro para un mes de un medicamento del Nivel 3 que se surte en una farmacia de la red</p>	<p>Su copago por un suministro para un mes (30 días) es de <b>\$0</b>.</p>	<p>Su copago por un suministro para un mes (30 días) es de <b>\$0, \$5.10 o \$12.65</b>.</p>

La etapa de cobertura inicial finaliza cuando sus costos de bolsillo totales alcanzan los **\$2,100**. 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. En el **Capítulo 6** de su *Guía para los Miembros* puede ver más información sobre cuánto deberá pagar por sus medicamentos.

**D4. Etapa 2: “Etapa de cobertura de gastos excedentes”**

Cuando alcanza el límite de gastos de bolsillo de **\$2,100** 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 obtener más información sobre sus costos en la etapa de cobertura de gastos excedentes, consulte el **Capítulo 6**.



**Si tiene alguna pregunta**, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Pacífico, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.blueshieldca.com/medicare](http://www.blueshieldca.com/medicare)

## E. Cambios administrativos

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
<b>Servicios adicionales de telesalud: Cambio del nombre y la URL del proveedor</b>	Teladoc blueshieldca.com/teladoc	Teladoc Health blueshieldca.com/teladochealth
<b>Plan de Pago para Recetas Médicas de Medicare</b>	El Plan de Pago para Recetas Médicas de Medicare es una opción de pago que comenzó este año y 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).	Si participa del Plan de Pago para Recetas Médicas de Medicare y permanece en el mismo plan, no necesita hacer nada para mantener su Plan de Pago para Recetas Médicas de Medicare.
<b>Cambio de nombre de la Organización de Mejora de la Calidad (Quality Improvement Organization, QIO)</b>	Livanta	Commence Health

## F. Elegir un plan

### F1. 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 2026.

### F2. Cambiar de plan

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

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Pacífico, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.blueshieldca.com/medicare](http://www.blueshieldca.com/medicare)



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.
- Como tiene Medi-Cal, puede cancelar su membresía en nuestro plan 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 F2**. Al elegir una de estas opciones, cancela automáticamente su membresía en nuestro plan.



---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Pacífico, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.blueshieldca.com/medicare](http://www.blueshieldca.com/medicare)

<p><b>1. Se puede cambiar a:</b></p> <p><b>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 e incluyen 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.</b></p> <p><b>Nota:</b> El término Plan Medi-Medi es el nombre para los planes integrados de necesidades especiales para personas con doble elegibilidad (Dual Eligible Special Needs Plans, D-SNP) en California.</p>	<p><b>Esto es lo que debe hacer:</b></p> <p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Para consultas sobre el Programa de Cobertura Médica Total para Personas de la Tercera Edad (PACE), llame al 1-855-921-PACE (7223).</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• 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 obtener más información o buscar una oficina local del HICAP en su área, visite <a href="http://www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/">www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/</a>.</li></ul> <p><b>O</b></p> <p>Inscríbase en un nuevo plan Medi-Medi.</p> <p>Su inscripción en nuestro plan se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su nuevo plan. Su plan Medi-Cal cambiará para que coincida con su plan Medi-Medi.</p>
--	--



**Si tiene alguna pregunta,** llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Pacífico, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [www.blueshieldca.com/medicare](http://www.blueshieldca.com/medicare)

<p><b>2. Se puede cambiar a:</b></p> <p><b>Medicare Original con un plan separado de medicamentos de Medicare</b></p>	<p><b>Esto es lo que debe hacer:</b></p> <p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• 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 obtener más información o buscar una oficina local del HICAP en su área, visite <a href="http://www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/">www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/</a>.</li></ul> <p><b>O</b></p> <p>Inscríbese en un nuevo plan de medicamentos recetados de Medicare.</p> <p>Su membresía en nuestro plan se cancelará automáticamente cuando comience su cobertura de Medicare Original.</p> <p>Su plan Medi-Cal no cambiará a menos que usted solicite un cambio.</p>
---	---



**Si tiene alguna pregunta**, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Pacífico, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.blueshieldca.com/medicare](http://www.blueshieldca.com/medicare)

<p><b>3. Se puede cambiar a:</b></p> <p><b>Medicare Original sin un plan separado de medicamentos de Medicare</b></p> <p><b>NOTA:</b> 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.</p> <p>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 alguna pregunta sobre 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 obtener más información o buscar una oficina local del HICAP en su área, visite <a href="http://www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/">www.aging.ca.gov/Programs and Services/Medicare Counseling/</a>.</p>	<p><b>Esto es lo que debe hacer:</b></p> <p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• 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 obtener más información o buscar una oficina local del HICAP en su área, visite <a href="http://www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/">www.aging.ca.gov/Programs and Services/Medicare Counseling/</a></li></ul> <p>Su membresía en nuestro plan se cancelará automáticamente cuando comience su cobertura de Medicare Original.</p> <p>Su plan Medi-Cal no cambiará a menos que usted solicite un cambio.</p>
--	--



**Si tiene alguna pregunta**, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Pacífico, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.blueshieldca.com/medicare](http://www.blueshieldca.com/medicare)

<p><b>4. Se puede cambiar a:</b></p> <p><b>Cualquier plan de salud de Medicare</b> durante ciertas épocas del año, incluido el <b>período de inscripción abierta</b> y el <b>período de inscripción abierta de Medicare Advantage</b> u otras situaciones descritas en la Sección A.</p>	<p><b>Esto es lo que debe hacer:</b></p> <p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Para consultas sobre el Programa de Cobertura Médica Total para Personas de la Tercera Edad (PACE), llame al 1-855-921-PACE (7223).</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• 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 obtener más información o buscar una oficina local del HICAP en su área, visite <a href="http://www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/">www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/</a></li></ul> <p><b>O</b></p> <p>Inscríbase en un nuevo plan Medicare.</p> <p>Su membresía en nuestro plan Medicare se cancela automáticamente cuando comienza la cobertura de su nuevo plan.</p> <p>Su plan Medi-Cal podría cambiar.</p>
--	---

### 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, comuníquese con 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 alguna pregunta**, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Pacífico, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.blueshieldca.com/medicare](http://www.blueshieldca.com/medicare)

## G. Cómo solicitar ayuda

### G1. 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 2026. Explica sus derechos y las reglas que debe seguir para acceder a los servicios y medicamentos que cubrimos.

La *Guía para los Miembros* de 2026 estará disponible antes del 15 de octubre. Puede acceder a una copia actualizada de la *Guía para los Miembros* en nuestra página web, [blueshieldca.com/DSNPdocuments2026](https://blueshieldca.com/DSNPdocuments2026). 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 2026.

#### Nuestra página web

Puede visitar nuestra página web en [blueshieldca.com/DSNP2026](https://blueshieldca.com/DSNP2026). 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)*.

### G2. 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 obtener más información o para buscar una oficina local del HICAP en su área, visite [www.aqing.ca.gov/Programs\\_and\\_Services/Medicare\\_Counseling/](https://www.aqing.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/).

### G3. 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 alguna pregunta**, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Pacífico, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.blueshieldca.com/medicare](https://www.blueshieldca.com/medicare)



- cuenta con personal que puede responder sus preguntas si tiene un problema o una queja, y pueden ayudarle 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.

#### **G4. Medicare**

Para obtener información directamente de Medicare:

- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Chatee en vivo en [www.Medicare.gov/talk-to-someone](http://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](http://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 ayudarle 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 obtener información sobre los planes, ingrese a [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) y haga clic en “Buscar planes”).

#### **Medicare y Usted 2026**

Puede leer el manual *Medicare y Usted 2026*. Este cuadernillo 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 cuadernillo, puede obtenerla en la página web de Medicare ([www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf](http://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.

#### **G5. 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,



---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Pacífico, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.blueshieldca.com/medicare](http://www.blueshieldca.com/medicare)

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 de Medi-Cal relacionada con una emergencia, una queja de Medi-Cal que su plan de salud no haya resuelto de manera satisfactoria o una queja de Medi-Cal que no haya sido resuelta 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) en relación con sus beneficios de Medi-Cal. 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 desde el punto de vista médico 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, el **1-888-466-2219**, y una línea TDD, **1-877-688-9891**, para las personas con dificultades de audición o del habla. Página web del Departamento: [www.dmhca.ca.gov](http://www.dmhca.ca.gov).

Consulte el **Capítulo 9, Sección F4** de su *Guía para los Miembros* para obtener más información.

## **G6. 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. Este programa no le ahorra dinero ni reduce los costos de sus 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 solo participar en el Plan de Pago para Recetas Médicas de Medicare. Todas las personas inscritas son elegibles para participar en este programa, independientemente de su nivel de ingresos. Para obtener más información sobre este programa, comuníquese con nosotros al número de teléfono que figura al final de esta página o visite [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov).



---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Blue Shield TotalDual Plan al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Pacífico, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.blueshieldca.com/medicare](http://www.blueshieldca.com/medicare)



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

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