



información importante

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

Blue Shield Rx Enhanced (PDP) ofrecido por California Physicians' Service (que opera bajo el nombre de Blue Shield of California)

Notificación Anual de Cambios para el año 2026

Usted está inscrito como miembro de Blue Shield Rx Enhanced.

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

- **Tiene tiempo desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre para hacer cambios en su cobertura de Medicare para el próximo año.** Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2025, se quedará en Blue Shield Rx Enhanced.
- Si desea cambiarse a un **plan diferente**, visite www.Medicare.gov o revise la lista que está en la parte de atrás de su folleto *Medicare & You 2026* (Medicare y usted 2026).
- Tenga en cuenta que este es solo un resumen de los cambios. Si necesita más información sobre los costos, los beneficios y las normas, consulte la *Evidencia de Cobertura*. Puede obtener una copia en blueshieldca.com/PDPdocuments2026 o llamar a Servicio al Cliente al (888) 239-6469 (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 (888) 239-6469 (los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 711). El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico), los siete días de la semana. Esta llamada es gratis.
- Esta información puede estar disponible en otros formatos, incluso en braille, letra grande, cd de audio y cd de datos. Llame a Servicio al Cliente al número que aparece más arriba si necesita la información del plan en otro formato.
- Si desea recibir los materiales de su plan en formato digital, inicie sesión en su cuenta en blueshieldca.com/login, haga clic en el botón *My profile* (Mi perfil) que está en el encabezado, vaya a la sección Communication preferences (Preferencias de comunicación) y elija "Electronic Delivery" (Entrega de manera electrónica) para indicar que prefiere esa forma de entrega. También puede iniciar sesión en la aplicación móvil de Blue Shield of California e ir a la sección Communication preferences (Preferencias de comunicación) desde la pestaña *More* (Más). Si no tiene una cuenta, vaya a blueshieldca.com/login y haga clic en *Get started* (Empezar) para registrarse. Puede elegir sus preferencias de entrega cuando se registre.

Acerca de Blue Shield Rx Enhanced

- Blue Shield of California es un plan PDP 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 (888) 239-6469 (TTY: 711), de 8:00 a. m a 8:00 p. m. (hora del Pacífico), los siete días de la semana, o consulte el directorio de farmacias por Internet en blueshieldca.com/medpharmacy2026.
- En este material, los términos “nosotros”, “nos” o “nuestro/a/os/as” hacen referencia a California Physicians’ Service (que opera bajo el nombre de Blue Shield of California). Los términos “plan” o “nuestro plan” hacen referencia a Blue Shield Rx Enhanced.
- **Si no hace nada antes del 7 de diciembre de 2025, será inscrito automáticamente en Blue Shield Rx Enhanced.** A partir del 1 de enero de 2026, recibirá su cobertura de medicamentos por medio de Blue Shield Rx Enhanced. Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre cómo cambiar de plan y cuáles son las fechas límite para hacerlo.

Índice

Resumen de costos importantes para 2026.....	4
SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año.....	6
Sección 1.1 Cambios en la prima mensual del plan	6
Sección 1.2 Cambios en la red de farmacias.....	6
Sección 1.3 Cambios en la cobertura de medicamentos de la Parte D.....	7
Sección 1.4 Cambios en los beneficios y costos de los medicamentos recetados ..	8
SECCIÓN 2 Cambios administrativos	11
SECCIÓN 3 Cómo cambiar de plan.....	12
Sección 3.1 Fechas límite para cambiar de plan	13
Sección 3.2 ¿Se puede hacer el cambio en otros momentos del año?	14
SECCIÓN 4 Ayuda para el pago de los medicamentos recetados	14
SECCIÓN 5 ¿Preguntas?	15
Obtenga ayuda de Blue Shield Rx Enhanced	15
Obtenga asesoramiento gratis sobre Medicare	16
Obtenga ayuda de Medicare	16

Resumen de costos importantes para 2026

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Prima mensual del plan* *Su prima puede ser mayor o menor que esta cantidad. Consulte la Sección 1.1 para obtener más información.	\$183.50	\$227.80
Deducible por la cobertura de medicamentos de la Parte D (Consulte la Sección 1.4 para obtener más información).	\$0	\$0
Cobertura de medicamentos de la Parte D (Consulte la Sección 1.4 para obtener más información, incluida la Etapa de Deducible Anual, la Etapa de Cobertura Inicial y la Etapa de Cobertura para Catástrofes).	Copago/coseguro durante la Etapa de Cobertura Inicial: Nivel 1 de medicamentos: \$2 o \$11* Nivel 2 de medicamentos: \$7 o \$14* Nivel 3 de medicamentos: \$43 o \$47* Usted paga \$35 por suministro mensual de cada insulina cubierta en este nivel. Nivel 4 de medicamentos: 47 % o 50 %* del costo total	Copago/coseguro durante la Etapa de Cobertura Inicial: Nivel 1 de medicamentos: \$0 o \$11* Nivel 2 de medicamentos: \$7 o \$14* Nivel 3 de medicamentos: 19 % del costo total Usted paga \$35 o el 19 % del costo total, la cantidad que sea menor, por suministro mensual de cada insulina cubierta en este nivel. Nivel 4 de medicamentos: 37 % del costo total

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Cobertura de medicamentos de la Parte D (continuación)	Usted paga \$35 por suministro mensual de cada insulina cubierta en este nivel. Nivel 5 de medicamentos: 33 % del costo total *La primera cantidad indicada es lo que usted pagará si usa una farmacia de la red con costo compartido preferido. La segunda cantidad indicada es lo que usted pagará si usa una farmacia de la red con costo compartido estándar. Consulte la Sección 1 a continuación para obtener más información. Etapas de Cobertura para Catástrofes: Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.	Usted paga \$35 o el 25 % del costo total, la cantidad que sea menor, por suministro mensual de cada insulina cubierta en este nivel. Nivel 5 de medicamentos: 33 % del costo total *La primera cantidad indicada es lo que usted pagará si usa una farmacia de la red con costo compartido preferido. La segunda cantidad indicada es lo que usted pagará si usa una farmacia de la red con costo compartido estándar. Consulte la Sección 1 a continuación para obtener más información. Etapas de Cobertura para Catástrofes: Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

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

Sección 1.1 Cambios en la prima mensual del plan

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Prima mensual del plan (También debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare, a menos que Medicaid la pague por usted).	\$183.50	\$227.80

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

- **Multa por inscripción tardía:** Su prima mensual del plan será *mayor* si debe pagar una multa vitalicia por inscripción tardía de la Parte D por haber estado sin otra cobertura de medicamentos que fuera, como mínimo, equivalente a la cobertura de medicamentos de Medicare (lo que también se llama “cobertura acreditable”) durante 63 días o más.
- **Recargo por ingreso más alto:** Si tiene un ingreso más alto, es posible que deba pagar una cantidad adicional por mes directamente al Gobierno por la cobertura de medicamentos de Medicare.
- **Ayuda del programa Extra Help (Ayuda Adicional):** Su prima mensual del plan será *menor* si recibe ayuda adicional para pagar los costos de sus medicamentos. Para obtener más información sobre la ayuda adicional de Medicare, consulte la Sección 4.

Sección 1.2 Cambios en la red de farmacias

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

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

- Visite nuestro sitio web en blueshieldca.com/medpharmacy2026.
- Llame a Servicio al Cliente al (888) 239-6469 (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 (888) 239-6469 (los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 711) para que podamos ayudarlo.

Sección 1.3 Cambios en la cobertura de medicamentos de la Parte D

Cambios en nuestra Lista de Medicamentos

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

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

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

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

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura de medicamentos al comienzo del año o durante el año, consulte el Capítulo 9 de su *Evidencia de Cobertura* y hable con el profesional que le extiende las recetas para conocer sus opciones, como pedir un suministro temporal o una excepción o buscar un medicamento nuevo. Para obtener más información, llame a Servicio al Cliente al (888) 239-6469 (los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 711).

Sección 1.4 Cambios en los beneficios y costos de los medicamentos recetados

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

Si está inscrito en un programa que le ayuda a pagar sus medicamentos (ayuda adicional), **es posible que la información sobre los costos de los medicamentos de la Parte D no se aplique a su caso.** Le hemos enviado un material aparte que se llama “*Cláusula Adicional a la Evidencia de Cobertura para las Personas que Reciben Ayuda Adicional para Pagar sus Medicamentos Recetados*”, que le brinda información acerca de sus costos de medicamentos. Si usted recibe ayuda adicional y no ha recibido este material antes del 30 de septiembre de 2025, debe comunicarse con Servicio al Cliente al (888) 239-6469 (los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 711) y pedir la *Cláusula Adicional de LIS* (Cláusula Adicional sobre Subsidios para Personas de Bajos Ingresos).

Etapas de pago de medicamentos

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

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

Como no tenemos deducibles, esta etapa de pago no se aplica a su caso.

- ***Etapa 2: 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 de bolsillo anuales hasta la fecha alcancen los \$2,100.

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

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

El Programa de Descuentos durante la Brecha de Cobertura ha sido reemplazado por el Programa de Descuentos del Fabricante. En el Programa de Descuentos del Fabricante, los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total de nuestro plan por los medicamentos biológicos y los medicamentos de marca cubiertos de la Parte D durante la Etapa de Cobertura Inicial y la Etapa de Cobertura para Catástrofes. Los descuentos que

pagan los fabricantes en el Programa de Descuentos del Fabricante no cuentan para los costos de bolsillo.

Costos de los medicamentos en la Etapa 1: Deducible Anual

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

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Deducible Anual	Como no tenemos deducibles, esta etapa de pago no se aplica en su caso.	Como no tenemos deducibles, esta etapa de pago no se aplica en su caso.

Costos de los medicamentos en la Etapa 2: Cobertura Inicial

Para los medicamentos del Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos), su costo compartido de la Etapa de Cobertura Inicial pasa de ser un copago a ser un coseguro. En el siguiente cuadro, podrá ver los cambios del 2025 al 2026.

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

Hemos cambiado el nivel de ciertos medicamentos de nuestra Lista de Medicamentos. Para averiguar si los medicamentos que usted toma estarán en otro nivel, búselos en la Lista de Medicamentos. La mayoría de las vacunas de la Parte D para personas adultas están cubiertas sin ningún costo para usted. Para obtener más información acerca de los costos de las vacunas, de un suministro a largo plazo o del envío a domicilio de medicamentos recetados, consulte el Capítulo 6 de la *Evidencia de Cobertura*.

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

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Medicamentos genéricos preferidos, Nivel 1:	<i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$11 <i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$2	<i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$11 <i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$0

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Medicamentos genéricos, Nivel 2:	<i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$14 <i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$7	<i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$14 <i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$7
Medicamentos de marca preferidos, Nivel 3:	<i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$47 Usted paga \$35 por suministro mensual de cada insulina cubierta en este nivel. <i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$43 Usted paga \$35 por suministro mensual de cada insulina cubierta en este nivel.	<i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga el 19 % del costo total Usted paga \$35 o el 19 % del costo total, la cantidad que sea menor, por suministro mensual de cada insulina cubierta en este nivel. <i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga el 19 % del costo total Usted paga \$35 o el 19 % del costo total, la cantidad que sea menor, por suministro mensual de cada insulina cubierta en este nivel.
Medicamentos no preferidos, Nivel 4:	<i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga el 50 % del costo total Usted paga \$35 por suministro mensual de cada insulina cubierta en este nivel.	<i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga el 37 % del costo total Usted paga \$35 o el 25 % del costo total, la cantidad que sea menor, por suministro mensual de cada insulina cubierta en este nivel.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Medicamentos no preferidos, Nivel 4: (continuación)	<i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga el 47 % del costo total Usted paga \$35 por suministro mensual de cada insulina cubierta en este nivel.	<i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga el 37 % del costo total Usted paga \$35 o el 25 % del costo total, la cantidad que sea menor, por suministro mensual de cada insulina cubierta en este nivel.
Medicamentos de nivel especializado, Nivel 5:	<i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga el 33 % del costo total <i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga el 33 % del costo total	<i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga el 33 % del costo total <i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga el 33 % del costo total

Cambios en la Etapa de Cobertura para Catástrofes

Si alcanza la Etapa de Cobertura para Catástrofes, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

Para obtener información específica acerca de los costos en la Etapa de Cobertura para Catástrofes, consulte la Sección 6 del Capítulo 4 de la *Evidencia de Cobertura*.

SECCIÓN 2 Cambios administrativos

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare	El Plan de Pago de Medicamentos	Si usted ya participa del Plan de Pago de

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

SECCIÓN 3 Cómo cambiar de plan

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

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

- **Para cambiarse a otro plan de salud de Medicare**, inscríbase en el nuevo plan. De acuerdo con el tipo de plan que usted elija, es posible que su inscripción en Blue Shield Rx Enhanced se cancele automáticamente.
 - Si se inscribe en cualquier plan de salud de Medicare que incluya cobertura de medicamentos recetados de la Parte D, su inscripción en Blue Shield Rx Enhanced se cancelará automáticamente. Su inscripción también se cancelará automáticamente si se inscribe en un plan de Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO, por sus siglas en inglés) de Medicare o en un plan de Organización de Proveedores Preferidos (PPO, por sus siglas en inglés) de Medicare, incluso si ese plan no incluye cobertura de medicamentos recetados.

- Si elige un plan privado de pago por servicio sin cobertura de medicamentos de la Parte D, un plan de cuentas de ahorros médicos de Medicare o un plan de costos de Medicare, puede inscribirse en ese nuevo plan y mantener Blue Shield Rx Enhanced para su cobertura de medicamentos. La inscripción en uno de estos tipos de planes no cancelará automáticamente su inscripción en Blue Shield Rx Enhanced. Si se inscribe en este tipo de plan y quiere dejar el nuestro, deberá pedir la cancelación de su inscripción en Blue Shield Rx Enhanced. Para pedir la cancelación de la inscripción, deberá enviarnos una solicitud por escrito o comunicarse con Medicare 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).
- **Para cambiarse a Medicare Original con cobertura de medicamentos de Medicare,** inscríbase en el nuevo plan de medicamentos de Medicare. Su inscripción en Blue Shield Rx Enhanced 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 (888) 239-6469 (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 www.Medicare.gov, lea el folleto *Medicare & You 2026* (Medicare y usted 2026), comuníquese con su Programa Estatal de Asistencia para Seguros de Salud (consulte la Sección 4) 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 recetados de Medicare. Esos planes pueden diferir en cuanto a cobertura, 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 2026 y no está conforme con su elección de plan, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos de Medicare) o cambiarse a Medicare Original (con o sin cobertura de medicamentos de Medicare aparte) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2026.

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

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

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

Si hace poco se mudó a una institución o actualmente vive en una institución (como un centro de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo), puede cambiar su cobertura de Medicare **en cualquier momento**. Puede cambiarse a cualquier otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos de Medicare) 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. Cuando llame, asegúrese de indicar el nombre de su plan de la Parte D de Medicare o su número de póliza.

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

La ayuda adicional de Medicare y la ayuda del ADAP, para quienes califican, tienen más ventajas que la participación en el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare. Todos los miembros califican para participar en el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare, independientemente de su nivel de ingresos. Para obtener más información sobre esta opción de pago, llámenos al (833) 696-2087 (los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 711) o visite www.Medicare.gov.

SECCIÓN 5 ¿Preguntas?

Obtenga ayuda de Blue Shield Rx Enhanced

- **Llame a Servicio al Cliente al (888) 239-6469. (Los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 711).**

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

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

Esta *Notificación Anual de Cambios* le ofrece un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para el año 2026. Si desea obtener más información, consulte la *Evidencia de Cobertura de 2026* para Blue Shield Rx Enhanced. 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/PDPdocuments2026 o llamar a Servicio al Cliente al (888) 239-6469 (los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 711) para pedirnos que le enviemos una copia por correo postal.

- **Visite blueshieldca.com/medicare**

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

Obtenga asesoramiento gratis sobre Medicare

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

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

Obtenga ayuda de Medicare

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

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

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

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

- **Escríbale a Medicare**

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

- **Visite www.Medicare.gov**

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

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

El folleto *Medicare & You 2026* (Medicare y usted 2026) se envía todos los otoños por correo postal a las personas que tienen Medicare. Incluye un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare, como también respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Puede obtener una copia en www.Medicare.gov o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.



blueshieldca.com/medicare

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