



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

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

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

## Información que debo saber antes de participar

### ¿Cómo funciona?

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

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

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

### ¿Cómo se calcula mi factura mensual?

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

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

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

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

- La cantidad que habría pagado de su bolsillo a la farmacia si no participara de esta opción de pago.
- La cantidad máxima anual de costos de bolsillo de la cobertura de medicamentos de Medicare (\$2,000 en 2025). La legislación de medicamentos de venta con receta pone un límite de \$2,000 a sus costos de bolsillo para el año 2025. **Esto se aplica a toda persona que tenga una cobertura de medicamentos de Medicare, incluso si no participa en el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare.**

### ¿Esta opción de pago me beneficiará?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## ¿Quién puede ayudarme a decidir si me conviene participar?

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

## ¿Cómo me inscribo?

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

- **En 2024 para participar en 2025:** Si desea participar en el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare en el año 2025, comuníquese ahora con Blue Shield of California. Su participación iniciará el 1 de enero de 2025.
- **Durante 2025:** A partir del 1 de enero de 2025, puede comunicarse con Blue Shield of California para empezar a participar en el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare en cualquier momento durante el año calendario.

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

## Información que debo saber si participo

### ¿Qué pasa después de inscribirme?

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

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

### ¿Cómo pago mi factura?

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

### **¿Qué pasa si no pago mi factura?**

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

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

### **¿Cómo puedo dejar el plan?**

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

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

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

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

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

### **¿Qué programas pueden ayudarme a bajar mis costos?**

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

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

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

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

### ¿Dónde puedo obtener más información?

- **Su plan de salud o de medicamentos:** Para recibir más información, visite el sitio web de Blue Shield of California o llame al (833) 696-2087 (TTY: 711).
- **Medicare:** Visite [Medicare.gov/prescription-payment-plan](http://Medicare.gov/prescription-payment-plan) o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) durante las 24 horas, los siete días de la semana. Los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

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

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

## Ejemplos de cómo se calcula una factura mensual

### Ejemplo 1:

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

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

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

$$\begin{array}{r} \$2,000 \text{ [cantidad máxima anual de costos de bolsillo]} \\ - \$0 \text{ [no hubo costos de bolsillo antes de usar} \\ \text{esta opción de pago]} \\ \hline = \$2,000 \end{array} \qquad = \$166.67 \text{ [su "pago} \\ \text{máximo posible" para el} \\ \text{primer mes]}$$

12 [meses restantes del año]

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

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

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

$$\begin{array}{r} \$333.33 \text{ [saldo restante]} + \$500 \text{ [nuevos costos]} \\ = \$833.33 \\ \hline 11 \text{ [meses restantes del año]} \end{array} \qquad = \$75.76 \text{ [su pago para} \\ \text{febrero]}$$

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

$$\begin{array}{r} \$757.57 \text{ [saldo restante]} + \$500 \text{ [nuevos costos]} \\ = \$1,257.57 \\ \hline 10 \text{ [meses restantes del año]} \end{array} \qquad = \$125.76 \text{ [su pago para marzo]}$$

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

$$\begin{aligned} & \$1,131.81 \text{ [saldo restante]} + \$500 \text{ [nuevos costos]} \\ & = \$1631.81 \end{aligned} \qquad = \$181.31 \text{ [su pago para abril y todos los meses restantes del año]} \qquad \frac{\quad}{9 \text{ [meses restantes del año]}}$$

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

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

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

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

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

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

## Ejemplo 2:

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

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

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

$$\begin{array}{r} \$2,000 \text{ [cantidad máxima anual de costos de bolsillo]} \\ - \$0 \text{ [no hubo costos de bolsillo antes de usar} \\ \text{esta opción de pago]} \\ \hline = \$2,000 \end{array} \qquad = \$166.67 \text{ [su "pago} \\ \text{máximo posible" para el} \\ \text{primer mes]}$$

12 [meses restantes del año]

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

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

$$\begin{array}{r} \$0 \text{ [saldo restante]} + \$80 \text{ [nuevos costos]} = \$80 \\ \hline 11 \text{ [meses restantes del año]} \end{array} \qquad = \$7.27 \text{ [su pago para} \\ \text{febrero]}$$

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

$$\begin{array}{r} \$7.27 \text{ [saldo restante]} + \$80 \text{ [nuevos costos]} = \$152.73 \\ \hline 10 \text{ [meses restantes del año]} \end{array} \qquad = \$15.27 \text{ [su pago} \\ \text{para marzo]}$$

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

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

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



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

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

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

### Ejemplo 3:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



## AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN

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

Blue Shield of California da lo siguiente:

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

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

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

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

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

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

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

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

**Multi-Language Insert**  
**Multi-Language Interpreter Services**

**English** We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-800-776-4466. Someone who speaks English can help you. This is a free service.

**Spanish** Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-800-776-4466. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

**Chinese Mandarin** 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-800-776-4466。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

**Chinese Cantonese** 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-800-776-4466。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

**Tagalog** Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggagamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-800-776-4466. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

**French** Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-800-776-4466. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

**Vietnamese** Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-800-776-4466 sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

**German** Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-800-776-4466. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

**Korean** 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-800-776-4466 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

**Russian** Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-800-776-4466. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

**Arabic** إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-800-776-4466. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية على مترجم فوري،

**Hindi** हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-800-776-4466 पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

**Italian** E disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-800-776-4466. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

**Portuguese** Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-800-776-4466. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

**French Creole** Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-800-776-4466. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

**Polish** Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-800-776-4466. Ta usługa jest bezpłatna.

**Japanese** 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-800-776-4466 にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。

**Hmong** Peb muaj cov kev pab cuam txhais lus pab dawb los teb tej lus nug uas koj muaj hais txog ntawm pab li kev noj qab haus huv los sis lub phiaj xwm tshuaj kho mob. Kom tau txais tus kws pab cuam txhais lus, tsuas yog hu rau pab ntawm 1-800-776-4466. Muaj cov paub lus Hmoob tuaj yeem pab tau koj. Qhov no yog pab dawb.

**Ukrainian** Ми надаємо безкоштовні послуги перекладача, щоб відповісти на будь-які запитання щодо нашого плану лікування чи надання лікарських засобів. Щоб скористатися послугами перекладача, просто зателефонуйте нам за номером 1-800-776-4466. Вам може допомогти хтось, хто розмовляє Українською. Це безкоштовна послуга.

**Navajo** Díí ats'íís baa áháyá éí doodago azee' bee aa áháyá bína'ídííkidgo éí ná ata' hodoolnihíí hóló. Ata' halne'é biniiyégo, kojí' 1-800-776-4466 béesh bee hodíílnih. Diné k'ehjí yálti'i níká adoolwoł. Díí t'áá jíík'eh bee aná'áwo.

**Punjabi** ਪੰਜਾਬੀ ਸਾਡੀ ਸਿਹਤ ਜਾਂ ਡਰੱਗ ਪਲਾਨ ਬਾਰੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਵਾਲ ਦਾ ਜਵਾਬ ਦੇਣ ਲਈ ਸਾਡੇ ਕੋਲ ਮੁਫਤ ਦੁਬਾਰੀਏ ਸੇਵਾਵਾਂ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਇੱਕ ਦੁਬਾਰੀਆ ਲੈਣ ਲਈ, ਸਾਨੂੰ 1-800-776-4466 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਣ ਵਾਲਾ ਕੋਈ ਵੀ ਵਿਅਕਤੀ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਇੱਕ ਮੁਫਤ ਸੇਵਾ ਹੈ।

**Khmer** យើងមានសេវាអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃដើម្បីឆ្លើយសំណួរនានាដែលអ្នកអាចមានអំពីសុខភាព ឬគម្រោងឱសថរបស់យើង។ ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ម្នាក់សូមទូរសព្ទទមកយើងខ្ញុំតាមលេខ 1-800-776-4466។ អ្នកណាម្នាក់ដែលនិយាយភាសាខ្មែរអាចជួយអ្នកបាន។ សេវានេះមិនគិតថ្លៃនោះទេ។

**Mien** Yie mbuo mbenc duqv maaih tengx wang-henh nzie faan waac mienh liouh dau waac bun muangx dongh nzunc baav meih maaih waac naaic taux yie mbuo gorngv taux yie nyei heng-wangc jauv-louc a'fai ndie-daan. Liouh lorx zipv longc faan waac nor, douc waac lorx taux yie mbuo yiem njiec naaiv 1-800-776-4466. Maaih mienh gorngv benx Mienh waac haih tengx nzie duqv meih. Naaiv se benx wang-henh nzie weih jauv-louc oc.

**Lao** ພວກເຮົາມີນາຍພາສາໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າເພື່ອຕອບຄໍາຖາມຕ່າງໆທີ່ທ່ານອາດຈະມີກ່ຽວກັບສຸຂະພາບ ຫຼື ແຜນການຢາຂອງພວກເຮົາ. ເພື່ອໃຫ້ໄດ້ຮັບນາຍພາສາ, ພຽງແຕ່ໂທຫາພວກເຮົາທີ່ເບີ 1-800-776-4466. ມີຜູ້ຮູ້ພາສາລາວ ສາມາດຊ່ວຍທ່ານ. ນີ້ແມ່ນບໍລິການໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ.

**Armenian** Մեզ քնն համալսելի Են անվճար թարգմանչապետն ծառայողը լսելը՝ մեր անողջամտաբանաբան Եվ Եր ցանկացած հարցին անհատաբանաբանը համար : Թարգմանիչ լսելու համար անհատաբան Եվ Եր 1-800-776-4466 հեռախոսաբանաբան : Եր Եր հարցին հարցը լսելու թարգմանիչը : Ծառայողը լսելու անվճար Ե :

**Farsi** ما خدمات مترجم شفاهی رایگان ارائه می‌دهیم تا به هر گونه سوالی که در مورد طرح سلامت یا داروی ما دارید پاسخ دهیم. برای داشتن مترجم شفاهی، کافیت با ما به شماره 1-800-776-4466 تماس بگیرید. کسی که فارسی صحبت می‌کند می‌تواند به شما کمک کند. این یک خدمت رایگان است.

**Thai** ภาษาไทย เรามีบริการล่ามฟรีเพื่อตอบคำถามของคุณเกี่ยวกับสุขภาพหรือแผนด้านยาของคุณ หากต้องการบริการล่าม โปรดโทรหาเราที่ 1-800-776-4466 มีคนที่สามารถพูดภาษาไทยได้เพื่อช่วยเหลือคุณ บริการนี้เป็นบริการฟรี