

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2027

Evidencia de Cobertura para 2027:

Su cobertura de medicamentos de Medicare como miembro de BlueMedicare Premier Rx (PDP)

Este documento brinda información sobre su cobertura de medicamentos de Medicare del 1 de enero al 31 de diciembre de 2027. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

Este documento explica sus beneficios y derechos. Utilice este documento para comprender lo siguiente:

- La prima y el costo compartido de nuestro plan.
- Sus beneficios de medicamentos
- Cómo presentar un reclamo si no está conforme con un servicio o un tratamiento.
- Cómo comunicarse con nosotros.
- Otras protecciones requeridas por la ley de Medicare.

Si tiene preguntas sobre este documento, llame a Servicios para Miembros al 1-800-926-6565. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, nuestro horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, nuestro horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, de lunes a viernes, excepto los días feriados importantes. Esta llamada es gratuita.

Este plan, BlueMedicare Premier Rx (PDP), es ofrecido por Florida Blue. (Cuando esta *Evidencia de Cobertura* dice “nosotros”, “nos” o “nuestro/a”, hace referencia a Florida Blue. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a BlueMedicare Premier Rx [PDP]).

Este documento está disponible sin cargo en *inglés*.

Esta información está disponible en formatos alternativos, como letra grande, audio y braille.

Los beneficios, las primas, los deducibles o los copagos y coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2028.

El Formulario y la red de farmacias pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso sobre cualquier cambio que pueda afectarle con al menos 30 días de antelación.

OMB Approval 0938-1051 (Expires: July 31, 2029)
Y0011_FBM2779S 2026_C

Tabla de contenidos

CAPÍTULO 1: Primeros pasos como miembro	5
SECCIÓN 1 Es miembro de BlueMedicare Premier Rx (PDP).....	5
SECCIÓN 2 Requisitos de elegibilidad del plan.....	6
SECCIÓN 3 Materiales importantes relacionados con la membresía	7
SECCIÓN 4 Resumen de costos importantes para 2027	8
SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual	13
SECCIÓN 6 Mantenga actualizado el registro de membresía del plan	17
SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan	17
CAPÍTULO 2: Números de teléfono y recursos	19
SECCIÓN 1 Contactos de BlueMedicare Premier Rx (PDP)	19
SECCIÓN 2 Cómo obtener ayuda de Medicare	23
SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud (SHIP).....	24
SECCIÓN 4 Organizaciones de Mejora de la Calidad (QIO)	25
SECCIÓN 5 Seguro Social	26
SECCIÓN 6 Medicaid	27
SECCIÓN 7 Programas para ayudar a las personas a pagar sus medicamentos con receta	28
SECCIÓN 8 Junta de Jubilación para Ferroviarios (RRB)	32
SECCIÓN 9 Si tiene un seguro grupal u otro seguro de salud de un empleador	33
CAPÍTULO 3: Uso de la cobertura del plan para los medicamentos de la Parte D	34
SECCIÓN 1 Reglas básicas de la cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan	34
SECCIÓN 2 Surta su receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedidos por correo de nuestro plan.....	35
SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar en la Lista de Medicamentos de nuestro plan	39
SECCIÓN 4 Medicamentos con restricciones de cobertura.....	42

SECCIÓN 5	Qué puede hacer si uno de sus medicamentos no está cubierto como le gustaría	43
SECCIÓN 6	Nuestra Lista de medicamentos puede cambiar durante el año	46
SECCIÓN 7	Tipos de medicamentos que no cubrimos	48
SECCIÓN 8	Cómo surtir una receta.....	50
SECCIÓN 9	Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales.....	50
SECCIÓN 10	Programas sobre la seguridad y el manejo de los medicamentos.....	52
CAPÍTULO 4: Lo que usted paga por los medicamentos de la Parte D.....		56
SECCIÓN 1	Lo que usted paga por los medicamentos de la Parte D	56
SECCIÓN 2	Etapas de pago de medicamentos para miembros de BlueMedicare Premier Rx (PDP)	58
SECCIÓN 3	Su Explicación de Beneficios (EOB) de la Parte D explica en qué etapa de pago se encuentra	59
SECCIÓN 4	La Etapa del deducible.....	61
SECCIÓN 5	La Etapa de cobertura inicial	61
SECCIÓN 6	La Etapa de cobertura en situaciones catastróficas	66
SECCIÓN 7	Lo que usted paga por las vacunas de la Parte D	66
CAPÍTULO 5: Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de los medicamentos cubiertos.....		69
SECCIÓN 1	Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos nuestra parte por medicamentos cubiertos.....	69
SECCIÓN 2	Cómo solicitarnos el reembolso.....	71
SECCIÓN 3	Analizaremos su solicitud de pago y le informaremos sobre nuestra decisión	71
CAPÍTULO 6: Sus derechos y responsabilidades.....		73
SECCIÓN 1	Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales	73
SECCIÓN 2	Sus responsabilidades como miembro de nuestro plan	85
CAPÍTULO 7: Si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones o reclamos)		87
SECCIÓN 1	Lo que debe hacer si tiene un problema o una preocupación	87
SECCIÓN 2	Dónde obtener más información y ayuda personalizada	88

SECCIÓN 3	Qué proceso utilizar para su problema.....	88
SECCIÓN 4	Una guía para las decisiones de cobertura y las apelaciones.....	89
SECCIÓN 5	Medicamentos de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación	91
SECCIÓN 6	Cómo elevar su apelación a los Niveles 3, 4 y 5	103
SECCIÓN 7	Cómo presentar un reclamo sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio de atención al cliente u otras preocupaciones	104
CAPÍTULO 8: Cancelación de su membresía en nuestro plan.....		109
SECCIÓN 1	Cancelación de su membresía en nuestro plan.....	109
SECCIÓN 2	¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan?.....	109
SECCIÓN 3	Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan	112
SECCIÓN 4	Hasta que finalice su membresía, debe seguir recibiendo sus medicamentos a través de nuestro plan	113
SECCIÓN 5	BlueMedicare Premier Rx (PDP) debe cancelar su membresía en el plan en ciertas situaciones	113
CAPÍTULO 9: Avisos legales		116
SECCIÓN 1	Aviso sobre leyes vigentes.....	116
SECCIÓN 2	Aviso sobre no discriminación	116
SECCIÓN 3	Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare	116
SECCIÓN 4	Derechos adicionales de subrogación.....	119
SECCIÓN 5	Aviso sobre Florida Blue y Blue Cross and Blue Shield Association	120
CAPÍTULO 10: Definiciones		121

CAPÍTULO 1:

Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 1 Es miembro de BlueMedicare Premier Rx (PDP)

Sección 1.1 Usted está inscrito en BlueMedicare Premier Rx (PDP), que es un plan de medicamentos de Medicare

Usted tiene cobertura de Medicare Original u otro plan de salud para su cobertura de atención médica y ha elegido obtener su cobertura de medicamentos de Medicare a través de nuestro plan, BlueMedicare Premier Rx (PDP).

BlueMedicare Premier Rx (PDP) es un plan de medicamentos de Medicare (PDP). Al igual que todos los planes de Medicare, este plan de medicamentos de Medicare está aprobado por Medicare y administrado por una compañía privada.

Sección 1.2 Información legal sobre la *Evidencia de Cobertura*

Esta *Evidencia de Cobertura* es parte de nuestro contrato con usted sobre cómo BlueMedicare Premier Rx (PDP) cubre su atención. Las otras partes de este contrato incluyen el formulario de inscripción, la *Lista de medicamentos cubiertos* (Formulario) y cualquier aviso que reciba de nuestra parte sobre cambios en su cobertura o condiciones que la afectan. En ocasiones, estos avisos se llaman *cláusulas adicionales* o *enmiendas*.

El contrato estará vigente durante los meses en los que esté inscrito en BlueMedicare Premier Rx (PDP), entre el 1 de enero de 2027 y el 31 de diciembre de 2027.

Medicare nos permite hacer cambios en los planes que ofrecemos cada año calendario. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios del plan BlueMedicare Premier Rx (PDP) después del 31 de diciembre de 2027. También podemos decidir dejar de ofrecer nuestro plan en su área de servicio después del 31 de diciembre de 2027.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar el plan BlueMedicare Premier Rx (PDP) todos los años. Puede seguir recibiendo la cobertura de Medicare como miembro de nuestro

plan solo si decidimos continuar ofreciendo nuestro plan y Medicare renueva la aprobación de nuestro plan.

SECCIÓN 2 Requisitos de elegibilidad del plan

Sección 2.1 Requisitos de elegibilidad

Usted es elegible para ser miembro de nuestro plan siempre y cuando cumpla con todas estas condiciones:

- Tiene la Parte A o la Parte B de Medicare (o tiene la Parte A y la Parte B).
- Vivir en nuestra área geográfica de servicio (descrita en la Sección 2.2). No se considera que las personas encarceladas vivan en el área de servicio geográfico, incluso si se encuentran físicamente en ella.
- Ser ciudadano o nacional de los Estados Unidos, o no ciudadano elegible.

Sección 2.2 Área de servicio del plan para BlueMedicare Premier Rx (PDP)

BlueMedicare Premier Rx (PDP) solo está disponible para las personas que viven en el área de servicio de nuestro plan. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, debe seguir viviendo en nuestra área de servicio. El área de servicio se describe a continuación.

Nuestra área de servicio incluye este estado: Florida.

Si se muda fuera del área de servicio de nuestro plan, no puede seguir siendo miembro de este plan. Llame a Servicios para Miembros al 1-800-926-6565 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para averiguar si tenemos un plan en su nueva área. Cuando se mude, tendrá un período de inscripción especial para cambiarse a Medicare Original o inscribirse en un plan de salud o de medicamentos de Medicare en su nueva localidad.

Si se muda o cambia de dirección postal, también es importante que llame al Seguro Social. Llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778).

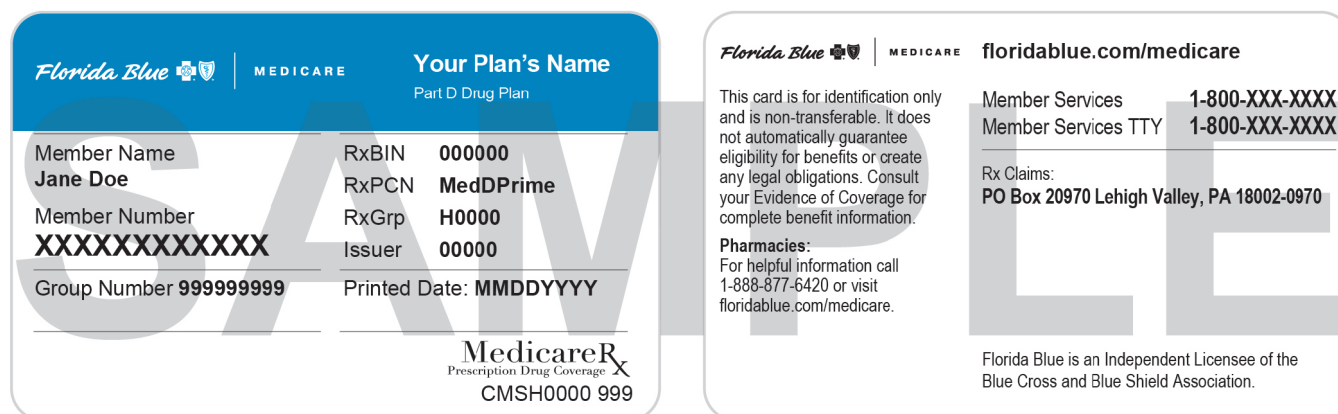
Sección 2.3 Ciudadano o nacional de los EE. UU., o no ciudadano elegible

Para ser miembro de un plan de salud de Medicare, debe ser ciudadano o nacional de los EE. UU., o no ciudadano elegible. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificará a BlueMedicare Premier Rx (PDP) en caso de que usted no sea elegible para seguir siendo miembro de nuestro plan. BlueMedicare Premier Rx (PDP) debe cancelar su inscripción si no cumple con este requisito.

SECCIÓN 3 Materiales importantes relacionados con la membresía

Sección 3.1 Nuestra tarjeta de membresía del plan

Use su tarjeta de membresía para recibir los medicamentos con receta que obtenga en las farmacias de la red. También debe mostrarle su tarjeta de Medicaid al proveedor, si tiene una. Ejemplo de tarjeta de membresía:



Lleve la tarjeta siempre consigo y recuerde mostrarla cuando obtenga medicamentos cubiertos. Si se daña o pierde nuestra tarjeta de membresía o se la roban, llame a Servicios para Miembros al 1-800-926-6565 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) de inmediato y le enviaremos una nueva tarjeta.

Es posible que deba usar su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para obtener atención médica cubierta y servicios en virtud de Medicare Original.

Sección 3.2 Directorio de farmacias

En el *Directorio de farmacias* en <https://providersearch.floridablue.com/> encontrará las farmacias de nuestra red. Las **farmacias de la red** son farmacias que aceptan surtir medicamentos con receta cubiertos para los miembros de nuestro plan. Utilice el Directorio de farmacias para encontrar la farmacia de la red que desea utilizar. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 3 para obtener información sobre cuándo puede utilizar farmacias que no están en la red de nuestro plan.

Si no tiene un *Directorio de farmacias*, puede solicitar una copia a Servicios para Miembros al 1-800-926-6565 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). También puede encontrar esta información en nuestro sitio web en www.floridablue.com/medicare.

Sección 3.3 Lista de medicamentos (*formulario*)

Nuestro plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos* (también llamada Lista de medicamentos o *Formulario*). En esta se indica qué medicamentos con receta están cubiertos por el beneficio de la Parte D incluido en BlueMedicare Premier Rx (PDP). Nuestro plan selecciona los medicamentos de esta lista con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La Lista de medicamentos cumple con todos los requisitos de Medicare. Los medicamentos incluidos en los precios negociados según el Programa de Negociación de Precios de Medicamentos de Medicare se incluirán en su Lista de Medicamentos, a menos que hayan sido eliminados o reemplazados, como se describe en la Sección 6 del Capítulo 3. Medicare aprobó la Lista de medicamentos de BlueMedicare Premier Rx (PDP).

La Lista de medicamentos también indica si hay alguna regla que restrinja la cobertura de un medicamento.

Le entregaremos una copia de la Lista de medicamentos. Para obtener información completa y actualizada sobre los medicamentos cubiertos, visite www.floridablue.com/medicare/forms/formulary o llame a Servicios para Miembros al 1-800-926-6565 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

SECCIÓN 4 Resumen de costos importantes para 2027

	Sus costos para 2027
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser mayor o menor que este monto. Consulte la Sección 4.1 para obtener más información.	\$164.60
Cobertura de medicamentos de la Parte D (Consulte el Capítulo 4 para obtener detalles, incluidas las etapas de deducible anual, de cobertura inicial y de cobertura en situaciones catastróficas).	Deducible de la cobertura de medicamentos de la Parte D \$700 se aplican al Nivel 1 (genéricos preferidos), al Nivel 2 (genéricos), al Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos), al Nivel 4 (medicamentos no preferidos) y al Nivel 5 (nivel especializado), excepto para los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas para adultos de la parte D.

	Sus costos para 2027
	Copago/coseguro durante la Etapa de cobertura inicial: Medicamentos de Nivel 1: \$4 Medicamentos de Nivel 2: \$8 Medicamentos de Nivel 3: 19% Paga un máximo de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Medicamentos de Nivel 4: 32% Paga un máximo de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Medicamentos de Nivel 5: 25% Paga un máximo de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Medicamentos de Nivel 6: \$4 Etapa de cobertura en situaciones catastróficas: Durante esta etapa de pago, no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

- Prima del plan (Sección 4.1)
- Prima mensual de la Parte B de Medicare (Sección 4.2)
- Multa por inscripción tardía de la Parte D (Sección 4.3)
- Monto mensual ajustado relacionado con el ingreso (Sección 4.4)
- Monto del Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare (Sección 4.5)

Sección 4.1 Prima del plan

Como miembro de nuestro plan, usted paga una prima mensual de nuestro plan. Para 2027, la prima mensual de BlueMedicare Premier Rx (PDP) es de \$164.60.

En algunas situaciones, la prima de nuestro plan podría ser inferior

El programa de Ayuda Adicional asiste a las personas con recursos limitados con respecto al pago de sus medicamentos. Obtenga más información sobre este programa en la Sección 7 del Capítulo 2. Si califica, inscribirse en este programa podría disminuir la prima mensual del plan.

Si ya recibe ayuda de uno de estos programas, es posible que **la información sobre las primas de esta Evidencia de Cobertura no se aplique a su caso**. Le enviamos un anexo por separado, llamado *Cláusula adicional a la Evidencia de Cobertura para las personas que reciben Ayuda Adicional para pagar los medicamentos con receta* (también conocida como *Cláusula adicional al subsidio para personas de bajos ingresos* o *Cláusula adicional LIS*), que le informa sobre la cobertura para sus medicamentos. Si no tiene este anexo, llame a Servicios para Miembros al 1-800-926-6565 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y pregunte por la *Cláusula adicional LIS*.

Las primas de la Parte B y la Parte D de Medicare difieren para las personas con distintos ingresos. Si tiene preguntas sobre estas primas, revise en su copia de la guía *Medicare y Usted 2027* en la sección denominada *Costos de Medicare de 2027*. Descargue una copia del sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov/medicare-and-you>) o solicite una copia impresa por teléfono al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 4.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare

Algunos miembros deben pagar otras primas de Medicare

Debe tener la Parte A o la Parte B para estar inscrito en un plan de la Parte D. Aunque la mayoría de las personas no tienen que pagar por la Parte A, algunas sí lo hacen. Si tiene que pagar por la Parte A, también debe tener la Parte B. Además de pagar la prima mensual del plan, usted debe continuar pagando las primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan.

Sección 4.3 Multa por inscripción tardía de la Parte D

Algunos miembros deben pagar una **multa por inscripción tardía** de la Parte D. La multa por inscripción tardía de la Parte D es una prima adicional que debe pagarse por la cobertura de la Parte D si en algún momento después de que termine su período de inscripción inicial, hubo un período de 63 días consecutivos o más en los que usted no tuvo la Parte D o cualquier otra cobertura acreditable para medicamentos con receta. La cobertura acreditable para medicamentos con receta es la cobertura que cumple con los estándares mínimos de Medicare, ya que se espera que cubra, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura estándar para medicamentos de Medicare. El costo de la multa por

inscripción tardía dependerá de cuánto tiempo estuvo sin la Parte D o sin otra cobertura acreditable para medicamentos con receta. Por lo general, tendrá que pagar esta multa mientras tenga la cobertura de la Parte D.

La multa por inscripción tardía de la Parte D se suma a la prima mensual o trimestral del plan. Cuando se inscriba por primera vez en BlueMedicare Premier Rx (PDP), le haremos saber el monto de la multa. Si no paga la multa por inscripción tardía de la Parte D, es posible que pierda sus beneficios de medicamentos con receta.

No tiene que pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D en los siguientes casos:

- Recibe Ayuda Adicional de Medicare para ayudar a pagar los costos de sus medicamentos.
- Estuvo menos de 63 días consecutivos sin cobertura de la Parte D u otra cobertura acreditable.
- Tenía cobertura acreditable de medicamentos a través de otra fuente (como un antiguo empleador, un sindicato, TRICARE o la Administración de Salud de los Veteranos [VA]). Su aseguradora o el Departamento de Recursos Humanos le informarán cada año si su cobertura de medicamentos es una cobertura acreditable. Puede obtener esta información en una carta o en un boletín de ese plan. Conserve esta información, ya que puede necesitarla si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.
 - **Nota:** Cualquier carta o aviso debe indicar que tenía una cobertura para medicamentos con receta acreditable que se espera que pague el mismo monto que paga el plan estándar de medicamentos de Medicare.
 - **Nota:** Las tarjetas de descuento de medicamentos con receta, las clínicas gratuitas y los sitios web de descuentos de medicamentos no son una cobertura de medicamentos con receta acreditable.

Medicare determina el monto de la multa por inscripción tardía de la Parte D. Así es como funciona:

- Si estuvo 63 días o más sin la cobertura de la Parte D u otra cobertura para medicamentos con receta acreditable después de haber sido elegible por primera vez para inscribirse en la Parte D, nuestro plan computará la cantidad de meses completos en los que no tuvo cobertura.
- Luego, Medicare determina el monto de la prima mensual promedio de los planes de medicamentos de Medicare de la nación desde el año anterior (prima base nacional del beneficiario). Para 2027, este monto de la prima promedio es de \$41.33.
- Para calcular su multa mensual, Medicare multiplica la cantidad de meses no cubiertos (porcentaje de multa) por el 1% de la prima base nacional del beneficiario y luego redondea ese monto a los 10 centavos más cercanos. Por ejemplo, si pasa 14 meses sin la cobertura de la Parte D u otra cobertura acreditable, la multa sería del 14% de \$41.33, lo que equivale a \$5.7862. Este monto se redondea a \$5.79. Esta suma se agregará **a la prima mensual para una persona que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D.**

Estas son tres cosas importantes que debe saber sobre la multa mensual por inscripción tardía de la Parte D:

- **La multa puede cambiar cada año**, ya que la prima base nacional para el beneficiario puede cambiar todos los años.
- **Seguirá pagando una multa** cada mes durante el tiempo que esté inscrito en un plan que tenga beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare, incluso si cambia de plan.
- Si tiene *menos* de 65 años y está inscrito en Medicare, la multa por inscripción tardía de la Parte D se restablecerá cuando cumpla los 65 años. Después de los 65 años, la multa por inscripción tardía de la Parte D se basará solo en los meses en los que no tenga cobertura después del período de inscripción inicial para envejecer en Medicare.

Si no está de acuerdo con la multa por inscripción tardía de la Parte D, usted o su representante pueden solicitar una reconsideración (apelación) de la multa. La reconsideración se lleva a cabo por parte de una organización de revisión independiente que no está relacionada con nosotros. Por lo general, debe solicitar la reconsideración **dentro de los 60 días** a partir de la fecha de la primera carta que recibió en la que se le informa que debe pagar una multa por inscripción tardía. Sin embargo, si pagaba una multa antes de inscribirse en nuestro plan, no tendrá otra oportunidad de solicitar una reconsideración de esa multa por inscripción tardía.

Importante: No deje de pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D mientras espera que reevaluemos la decisión sobre la multa por inscripción tardía. Si lo hace, es posible que se cancele su inscripción por no pagar las primas de su plan.

Sección 4.4 Monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso

Algunos miembros posiblemente deban pagar un cargo adicional, conocido como Monto de Ajuste Mensual Relacionado con el Ingreso (IRMAA) de la Parte D. El cargo adicional se calcula usando su ingreso bruto ajustado modificado, como se informó en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años. Si este monto está por encima de cierta cantidad, pagará el monto estándar de la prima y el IRMAA adicional. Para obtener más información sobre el monto adicional que posiblemente deba pagar conforme a sus ingresos, visite [Medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-Medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans](https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-Medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans).

Si usted tiene que pagar un IRMAA adicional, el Seguro Social, no su plan de Medicare, le enviará una carta en la que se le indicará cuál será ese monto adicional. El monto adicional será retenido de su cheque de beneficios del Seguro Social, de la Junta de Jubilación para Ferroviarios o de la Oficina de Administración de Personal, independientemente de cómo pague generalmente la prima de su plan, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir el monto adicional adeudado. Si el monto de su cheque de beneficios no es suficiente para cubrir el monto adicional, recibirá una factura de Medicare. **Le debe pagar el IRMAA adicional al Gobierno. No se puede pagar con la prima mensual**

del plan. Si no paga el IRMAA adicional, se cancelará su inscripción en nuestro plan y perderá la cobertura de medicamentos con receta.

Si está en desacuerdo con pagar un IRMAA adicional, puede solicitarle al Seguro Social que revise la decisión. Para saber cómo hacerlo, llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778).

Sección 4.5 Monto del Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare

Si participa en el Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare, todos los meses pagará la prima de su plan (si tiene una) y recibirá una factura de su plan de medicamentos por los medicamentos con receta (en lugar de pagar a la farmacia). La factura mensual se basa en lo que usted debe por cualquier receta que reciba, más el saldo del mes anterior, dividido por la cantidad de meses restantes en el año.

En la Sección 7 del Capítulo 2, se brinda más información sobre el Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare. Si no está de acuerdo con el monto facturado como parte de esta opción de pago, puede seguir los pasos del Capítulo 7 para presentar un reclamo o una apelación.

SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual

Sección 5.1 Cómo pagar la prima del plan

Hay seis maneras de pagar la prima del plan.

Opción 1: Pagar con cheque

Si elige esta opción, se le facturará la prima todos los meses. Su pago mensual de la prima vence el primer día de cada mes. Puede enviar sus pagos mensuales de la prima por cheque mediante correo postal a la siguiente dirección: Florida Blue Medicare, PO Box 660289, Dallas, TX 75266-0289. Puede hacer pagos mediante el servicio de correo postal nocturno a Florida Blue Medicare, Attn: CCR, Bldg. 100, 3rd Floor, 4800 Deerwood Campus Pkwy, Jacksonville, FL 32246-6498. También puede hacer pagos en persona con cheques en cualquiera de nuestros centros de Florida Blue. Visite el sitio web www.floridablue.com/center para encontrar el centro más cercano a usted. Asegúrese de presentar cheques pagaderos a Florida Blue, no a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), la agencia federal a cargo de Medicare, ni a la agencia matriz de los CMS ni al Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS).

Opción 2: Que las primas del plan se deduzcan de su cheque mensual del Seguro Social

Puede pedir que la prima de nuestro plan se descuente de su cheque mensual del Seguro Social. Llame a Servicios para Miembros al 1-800-926-6565 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más

información sobre cómo pagar la prima mensual de su plan de esta manera. Con gusto le brindaremos ayuda con este asunto. (En la contraportada de este documento encontrará impresos los números de teléfono de Servicios para Miembros: 1-800-926-6565 [los usuarios de TTY deben llamar al 711]).

Opción 3: Puede pedir que la prima del plan se descuenta de su cheque mensual de la Junta de Jubilación para Ferroviarios

Puede pedir que la prima de nuestro plan se descuenta de su cheque mensual de la Junta de Jubilación para Ferroviarios (RRB). Llame a Servicios para Miembros al 1-800-926-6565 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información sobre cómo pagar la prima de su plan de esta manera. Con gusto le brindaremos ayuda con este asunto. (En la contraportada de este documento encontrará impresos los números de teléfono de Servicios para Miembros: 1-800-926-6565 [los usuarios de TTY deben llamar al 711]).

Opción 4: Opción de pago automático (APO)

Puede pagar la prima mensual del plan mediante su cuenta corriente o de ahorros. Sus pagos se retirarán mensualmente. Las deducciones se hacen el tercer día del mes.

Puede inscribirse en la opción de pago automático (APO) de alguna de estas tres formas:

1. Visite el sitio web **www.floridablue.com/medicare/member** y haga clic en el botón “Log in” (Iniciar sesión) para acceder a su cuenta de miembro en My Health Link™. Una vez que inicie sesión, seleccione “My plan” (Mi plan) y luego “Pay my Bill” (Pagar mi factura).
2. Llame a Servicios para Miembros al 1-800-926-6565 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). (En la contraportada de este documento encontrará impresos los números de teléfono).
3. Envíenos un formulario de autorización completado por correo postal. Visite el sitio web **www.floridablue.com/medicare/forms**, haga clic en “Medicare Advantage Plans (Part C)” (Planes Medicare Advantage [Parte C]) y luego desplácese hacia abajo hasta “Automatic Payment Option (APO)” (Opción de pago automático [APO]). Para hacer una retención de una cuenta corriente o de una cuenta de ahorros, se deberá adjuntar un cheque anulado al formulario.

Si tiene preguntas sobre la APO o desea un formulario de autorización, llame a Servicios para Miembros al 1-800-926-6565 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) (en la contraportada de este documento encontrará impresos los números de teléfono) o visite el sitio web de nuestro plan en **www.floridablue.com/medicare/forms**. Tenga en cuenta que la inscripción puede demorar hasta cuatro semanas en procesarse. Puede revocar la APO al informarnoslo y a su institución financiera 15 días antes del pago de la prima.

Opción 5: Puede pagar en línea

También puede pagar la prima mensual del plan en el sitio web de nuestro plan.

1. Visite el sitio web **www.floridablue.com/medicare/member** y haga clic en el botón “Log In” (Iniciar sesión) para acceder a su cuenta de miembro en línea.
2. Haga clic en “Login” (Iniciar sesión).
3. Haga clic en “Pay Your Bill” (Pagar su factura).
4. Haga clic en “Pay Now” (Pagar ahora).

Los pagos en línea se realizan mediante una tarjeta de débito sin PIN que forme parte de las redes PULSE, STAR o NYCE. Los pagos realizados con estas tarjetas de débito no se consideran pagos con tarjeta de crédito. Estos pagos vencen el primer día de cada mes. Para obtener más información sobre cómo pagar sus primas en línea, llame a Servicios para Miembros al 1-800-926-6565 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) (en la contraportada de este documento encontrará impresos los números de teléfono) o visite el sitio web **www.floridablue.com/medicare** y haga clic en el botón “Log In” (Iniciar sesión) para acceder a su cuenta de miembro en línea.

Opción 6: Puede pagar por teléfono

Puede pagar la factura de su prima mensual por teléfono usando el número de su cuenta corriente o de ahorros, junto con el número de enrutamiento de nueve dígitos de su institución financiera. Al igual que los pagos por cheque, estos pagos vencen el primer día de cada mes. Para obtener más información sobre cómo pagar su prima por teléfono, llame a Servicios para Miembros al 1-800-926-6565 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Puede cambiar el modo en que paga su prima. Si decide cambiar la forma de pagar la prima de su plan, el nuevo método de pago puede tardar hasta 3 meses en entrar en vigencia. Mientras procesamos el nuevo método de pago, usted sigue siendo responsable de asegurarse de pagar la prima del plan a tiempo. Para cambiar el método de pago, comuníquese con Servicios para Miembros al 1-800-926-6565 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Si tiene problemas para pagar la prima de su plan

La prima de nuestro plan debe llegar a nuestra oficina antes del primer día de cada mes. Si no recibimos su pago antes del primer día del mes, le enviaremos un aviso informándole que la membresía en el plan finalizará si no recibimos la prima del plan dentro de los seis meses posteriores a la fecha de pago. Si debe una multa por inscripción tardía de la Parte D, debe pagarla para mantener su cobertura de medicamentos.

Si tiene problemas para pagar la prima a tiempo, llame a Servicios para Miembros al 1-800-926-6565 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para ver si podemos remitirlo a programas que lo ayuden con la prima de su plan.

Si cancelamos su membresía porque no pagó las primas de su plan, aún tendrá cobertura de salud en virtud de Medicare Original. Es posible que no pueda recibir la cobertura de medicamentos de la Parte D hasta el año siguiente cuando se inscriba en un plan nuevo durante el período de inscripción abierta. (Si supera los 63 días sin cobertura acreditable para medicamentos, tal vez tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D mientras tenga la cobertura de la Parte D).

En el momento en que cancelemos su membresía, es posible que aún nos deba las primas que no haya pagado. Tenemos el derecho de intentar cobrar el monto que nos debe. Si desea volver a inscribirse en nuestro plan (o en otro plan que ofrecemos) en el futuro, deberá pagar el monto que nos debe para poder inscribirse.

Si considera que cancelamos su membresía por error, puede presentar un reclamo (también llamado queja). Si tuvo una situación de emergencia fuera de su control que le impidió pagar la prima durante el período de gracia, puede presentar un reclamo. En este caso, revisaremos nuestra decisión nuevamente. Consulte el Capítulo 7 para saber cómo presentar un reclamo o llámenos al 1-800-926-6565 entre las 8:00 a.m. y las 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, nuestro horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, de lunes a viernes, excepto los días feriados importantes. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Debe presentar su reclamo antes de los 60 días calendario posteriores a la fecha en que se finaliza su membresía.

Sección 5.2 La prima mensual de nuestro plan no cambiará durante el año

No tenemos permitido modificar el monto de la prima mensual de nuestro plan durante el año. Si la prima mensual del plan cambia para el próximo año, se lo informaremos en septiembre, y la nueva prima entrará en vigencia el 1 de enero.

Si se vuelve elegible para recibir Ayuda Adicional o pierde su elegibilidad para recibir Ayuda Adicional durante el año, la parte de la prima de su plan que debe pagar puede cambiar. Si reúne los requisitos para recibir Ayuda Adicional con los costos de cobertura de sus medicamentos, la Ayuda Adicional paga parte de las primas mensuales de su plan. Si pierde su elegibilidad para recibir Ayuda Adicional durante el año, deberá comenzar a pagar la prima mensual completa. Obtenga más información sobre la Ayuda Adicional en la Sección 7 del Capítulo 2.

SECCIÓN 6 Mantenga actualizado el registro de membresía del plan

Su registro de membresía tiene información de su formulario de inscripción, lo que incluye su dirección y su número de teléfono. Le indica su cobertura específica del plan.

Los farmacéuticos de la red de nuestro plan **usan su registro de membresía para saber qué medicamentos están cubiertos y los montos del costo compartido**. Por eso, es muy importante que nos ayude a mantener su información actualizada.

Si tiene alguno de estos cambios, infórmenos:

- Si cambia su nombre, dirección o número de teléfono.
- Si cambia cualquier otra cobertura de salud que tenga (como la de su empleador, la del empleador de su cónyuge o pareja de hecho, indemnización laboral o Medicaid).
- Cualquier reclamación de responsabilidad civil, por ejemplo, por un accidente automovilístico.
- Si lo admiten en un hogar de convalecencia.
- Si cambia la parte responsable designada por usted (como un cuidador).

Si algo de esto cambia, llame a Servicios para Miembros al 1-800-926-6565 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para informárnoslo. También puede actualizar su información a través del sitio web **www.floridablue.com/medicare/member**. Haga clic en el botón “Iniciar sesión” para acceder a su cuenta de miembro en línea y luego seleccione “Mi cuenta”. Podrá editar su perfil de miembro y enviarnos mensajes para informarnos sobre los cambios en su información.

También es importante que se comunique con el Seguro Social si se muda o cambia de dirección postal. Llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778).

SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Medicare requiere que recopilemos información sobre cualquier otra cobertura de salud o de medicamentos que usted tenga para que podamos coordinar cualquier otra cobertura con sus beneficios de nuestro plan. Esto se llama **coordinación de beneficios**.

Una vez al año, le enviaremos una carta con una lista de otras coberturas de salud o de medicamentos de las que tengamos conocimiento. Lea esta información con atención. Si es correcta, no es necesario que haga nada. Si la información no es correcta o si tiene otra cobertura que no figura en la lista, llame a Servicios para Miembros al 1-800-926-6565 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Es posible que sus otras aseguradoras le pidan el número de identificación de miembro de nuestro plan (una vez que haya confirmado su identidad) para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

Cuando tiene otro seguro (como una cobertura de salud grupal del empleador), las normas de Medicare deciden si nuestro plan o su otro seguro paga primero. El seguro que paga primero (el “pagador principal”) paga hasta los límites de su cobertura. El seguro que paga en segundo lugar (el “pagador secundario”) solo paga si hay costos que no cubre la cobertura principal. El pagador secundario puede no pagar los costos sin cubrir. Si usted tiene otro seguro, dígaselo a su médico, a su hospital y a su farmacia.

Estas reglas se aplican para la cobertura del plan de salud grupal de un sindicato o empleador:

- Si tiene una cobertura de jubilados, Medicare paga primero.
- Si la cobertura de su plan de salud grupal se basa en su empleo actual o el de un miembro de su familia, el pagador primario dependerá de su edad, la cantidad de trabajadores del empleador y si usted tiene Medicare debido a su edad, una discapacidad o enfermedad renal terminal (ESRD):
 - Si es menor de 65 años y tiene una discapacidad, y usted (o un miembro de su familia) todavía trabajan, su plan de salud grupal paga en primer lugar si el empleador tiene 100 empleados o más, o si este es parte de un plan de empleadores múltiples en el cual, al menos, uno de ellos tiene más de 100 empleados.
 - Si es mayor de 65 años y usted (o su cónyuge o pareja de hecho) todavía trabajan, su plan de salud grupal paga en primer lugar si el empleador tiene 20 empleados o más, o si este es parte de un plan de empleadores múltiples en el cual, al menos, uno de ellos tiene más de 20 empleados.
- Si usted tiene Medicare debido a una ESRD, su plan de salud grupal pagará primero durante los primeros 30 meses luego de haber sido elegible para Medicare.

Estos tipos de cobertura, generalmente, pagan primero por servicios relacionados con cada tipo:

- Seguro sin culpa (incluido el seguro automovilístico)
- Responsabilidad (incluido el seguro automovilístico)
- Beneficios de pulmón negro
- Indemnización laboral

Medicaid y TRICARE nunca pagan primero por servicios cubiertos por Medicare. Solo pagan después de que Medicare, los planes de salud grupales del empleador o Medigap hayan pagado.

CAPÍTULO 2:

Números de teléfono y recursos

SECCIÓN 1 Contactos de BlueMedicare Premier Rx (PDP)

Para obtener ayuda con las reclamaciones, la facturación o las preguntas sobre su tarjeta de miembro, llame o escriba a Servicios para Miembros de BlueMedicare Premier Rx (PDP) al 1-800-926-6565 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Con gusto lo ayudaremos.

Información de contacto de Servicios para Miembros	
TELÉFONO	1-800-926-6565 Las llamadas a este número son gratuitas. Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, nuestro horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, nuestro horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, de lunes a viernes, excepto los días feriados importantes. Servicios para Miembros, cuyo número de teléfono es 1-800-926-6565 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), también tiene servicios de interpretación gratuitos para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, nuestro horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, nuestro horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, de lunes a viernes, excepto los días feriados importantes.

Información de contacto de Servicios para Miembros	
FAX	1-305-716-9333
CORREO POSTAL	Florida Blue Medicare Member Services P.O. Box 45296 Jacksonville, FL 32232-5296
SITIO WEB	<u>www.floridablue.com/medicare/member</u>

Cómo solicitar una decisión de cobertura o apelación

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre su cobertura o sobre el monto que pagamos por sus medicamentos de la Parte D. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y modifiquemos una decisión de cobertura. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura o apelaciones sobre los medicamentos de la Parte D, consulte el Capítulo 7.

Información de contacto para decisiones de cobertura y apelaciones sobre atención médica o medicamentos de la Parte D	
TELÉFONO	1-800-926-6565 Las llamadas a este número son gratuitas. Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, nuestro horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, nuestro horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, de lunes a viernes, excepto los días feriados importantes. Servicios para Miembros también tiene servicios de interpretación gratuitos disponibles para las personas que no hablan inglés.

Información de contacto para decisiones de cobertura y apelaciones sobre atención médica o medicamentos de la Parte D	
TTY	711 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, nuestro horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, nuestro horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, de lunes a viernes, excepto los días feriados importantes.
FAX	1-800-693-6703 Puede solicitar las decisiones y apelaciones de cobertura estándar y rápidas (aceleradas) de la Parte D por fax.
CORREO POSTAL	Prime Therapeutics, LLC Attention: Medicare D Clinical Review 2900 Ames Crossing Road Eagan, MN 55121
SITIO WEB	www.MyPrime.com

Cómo presentar un reclamo

Puede presentar un reclamo sobre nosotros o sobre alguna de nuestras farmacias de la red, incluso sobre la calidad de su atención. Este tipo de reclamo no está relacionado con disputas de cobertura ni de pago. Para obtener más información sobre cómo presentar un reclamo, consulte el Capítulo 7.

Información de contacto para reclamos	
TELÉFONO	1-800-926-6565 Las llamadas a este número son gratuitas. Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, nuestro horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, nuestro horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, de lunes a viernes, excepto los días feriados importantes. Servicios para Miembros también tiene servicios de interpretación gratuitos disponibles para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, nuestro horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, nuestro horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, de lunes a viernes, excepto los días feriados importantes.
FAX	1-888-285-2242 Puede enviar por fax las solicitudes de reclamos estándar y rápidos (acelerados).
CORREO POSTAL	Florida Blue Medicare Attn: Medicare Grievance Dept P.O. Box 64813 St. Paul, MN 55164
MEDICARE SITIO WEB	Para presentar un reclamo sobre BlueMedicare Premier Rx (PDP) directamente ante Medicare, visite Medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

Cómo solicitar que paguemos nuestra parte del costo de un medicamento que obtuvo

Si recibió una factura o pagó por medicamentos (como una factura de farmacia) que cree que deberíamos pagar nosotros, es posible que deba solicitar a nuestro plan el reembolso o el pago de la factura de la farmacia. Consulte el Capítulo 5 para obtener más información.

Si nos envía una solicitud de pago y le denegamos alguna parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Consulte el Capítulo 7 para obtener más información.

Información de contacto para solicitudes de pago	
CORREO POSTAL	Prime Therapeutics (Med-D) P.O. Box 20970 Lehigh Valley, PA 18002-0970
SITIO WEB	www.MyPrime.com

SECCIÓN 2 Cómo obtener ayuda de Medicare

Medicare es el programa federal de seguros de salud destinado a personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con discapacidades y personas que padecen enfermedad renal terminal (insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante de riñón).

La agencia federal a cargo de Medicare son los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Esta agencia tiene contratos con planes de medicamentos con receta de Medicare, incluido nuestro plan.

Información de contacto de Medicare	
TELÉFONO	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Las llamadas a este número son gratuitas. Atienden las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.
Chat en vivo	Chatee en vivo en Medicare.gov/talk-to-someone .

Información de contacto de Medicare	
Correo postal	Escriba a Medicare a PO Box 1270, Lawrence, KS 66044.
Sitio web	Medicare.gov • Obtenga información sobre los planes de salud y de medicamentos de Medicare en su área, incluido su costo y los servicios que prestan. • Encuentre médicos participantes de Medicare u otros proveedores de atención médica. • Averigüe qué cubre Medicare, incluidos los servicios preventivos (como exámenes de detección, inyecciones o vacunas y visitas anuales de “bienestar”). • Obtenga información y formularios de apelaciones de Medicare. • Obtenga información sobre la calidad de la atención que brindan los planes, los hogares de convalecencia, los hospitales, los médicos, las agencias de atención médica a domicilio, los centros de diálisis, los centros de cuidados paliativos, los centros de rehabilitación para pacientes internados y los hospitales de atención a largo plazo. • Busque sitios web y números de teléfono útiles. También puede visitar Medicare.gov para informar a Medicare los reclamos que tenga sobre BlueMedicare Premier Rx (PDP). Para presentar un reclamo ante Medicare, visite Medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma sus reclamos seriamente y utilizará esta información para mejorar la calidad del programa de Medicare.

SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud (SHIP)

El Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud (SHIP) es un programa del Gobierno que cuenta con asesores capacitados en todos los estados y que ofrece ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare. En Florida, el SHIP se denomina Atendiendo las Necesidades de Seguros de Salud de las Personas Mayores (SHINE).

El SHINE es un programa estatal independiente (no relacionado con ninguna compañía de seguros ni plan de salud) que recibe fondos del Gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros de salud a nivel local y de forma gratuita a las personas que tienen Medicare.

Los asesores del SHINE pueden ayudarlo a comprender sus derechos de Medicare, a presentar reclamos sobre su atención o tratamiento médico, y a resolver problemas con sus facturas de Medicare. Los asesores del SHINE también pueden brindarle ayuda con las preguntas o los problemas que tenga en relación con Medicare, explicarle las opciones de los planes de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan.

Información de contacto del SHINE (Programa SHIP de Florida)	
TELÉFONO	1-800-963-5337
TTY	711 Este número requiere un aparato telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
CORREO POSTAL	SHINE Department of Elder Affairs 4040 Esplanade Way, Suite 270 Tallahassee, FL 32399-7000
SITIO WEB	www.FLORIDASHINE.org

SECCIÓN 4 Organizaciones de Mejora de la Calidad (QIO)

Una Organización para la Mejora de la Calidad (QIO) designada atiende a las personas con Medicare en cada estado. En Florida, la Organización para la Mejora de la Calidad se llama ACENTRA HEALTH.

ACENTRA HEALTH está integrada por un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica a los que Medicare les paga por evaluar y ayudar a mejorar la calidad de la atención que se brinda a las personas que tienen Medicare. ACENTRA HEALTH es una organización independiente. No tiene ninguna relación con nuestro plan.

Comuníquese con ACENTRA HEALTH si tiene algún reclamo sobre la calidad de la atención que recibió. Por ejemplo, puede comunicarse con ACENTRA HEALTH si le indicaron los medicamentos equivocados o si le recetaron medicamentos que interactúan de manera negativa.

Información de contacto de ACENTRA HEALTH (Organización para la Mejora de la Calidad de Florida)	
Teléfono	Número gratuito 1-888-317-0751 Horario de atención de la línea de ayuda: Días entre semana: de 9:00 a.m. a 5:00 p.m., hora del este, central, de la montaña, del Pacífico, de Alaska y de Hawaii-Aleutian. Fines de semana y feriados: de 10:00 a.m. a 4:00 p.m., hora del este, central, de la montaña, del Pacífico, de Alaska y de Hawaii-Aleutian.
TTY	711 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
Correo postal	ACENTRA HEALTH 1650 Summit Lake Dr., Suite 102 Tallahassee, FL 32317
Fax	1-844-878-7921
Sitio web	www.acentraqio.com

SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social determina la elegibilidad para Medicare y gestiona la inscripción en Medicare. El Seguro Social también es responsable de determinar quién debe pagar un monto adicional por la cobertura de medicamentos de la Parte D debido a que tiene un ingreso mayor. Si recibió una carta de parte del Seguro Social en la que se indica que debe pagar el monto adicional y tiene preguntas sobre el monto, o si sus ingresos disminuyeron a causa de un evento que le cambió la vida, puede llamar al Seguro Social para solicitar una reconsideración.

Si se muda o cambia su dirección postal, comuníquese con el Seguro Social para hacérselo saber.

Información de contacto del Seguro Social	
Teléfono	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m. Utilice los servicios telefónicos automatizados del Seguro Social para obtener información grabada y hacer algunos trámites las 24 horas del día.
TTY	1-800-325-0778 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m.
Sitio web	<u>SSA.gov/</u>

SECCIÓN 6 Medicaid

Medicaid es un programa conjunto del Gobierno federal y estatal que brinda ayuda con los costos médicos a determinadas personas con ingresos y recursos limitados. Algunas personas que tienen Medicare también son elegibles para Medicaid. Medicaid ofrece programas para ayudar a las personas que tienen Medicare a pagar los costos de Medicare, como sus primas de Medicare. Estos **Programas de Ahorro de Medicare** incluyen lo siguiente:

- **Beneficiario Calificado de Medicare (QMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare, y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos). (Algunas personas que son QMB también son elegibles para beneficios completos de Medicaid [QMB+]).
- **Beneficiario de Medicare con ingresos bajos especificados (SLMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunas personas que son SLMB también son elegibles para beneficios completos de Medicaid [SLMB+]).
- **Persona que califica (QI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Trabajadores con discapacidad calificados (QDWI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Para obtener más información sobre los Programas de Ahorro de Medicaid y Medicare, comuníquese con la Agencia para la Administración de la Atención Médica (AHCA) de Florida.

Información de contacto de la Agencia para la Administración de la Atención Médica (programa Medicaid de Florida)	
TELÉFONO	1-888-419-3456 El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., hora del este.
TTY	1-800-955-8771 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
CORREO POSTAL	Agency for Health Care Administration 2727 Mahan Drive Tallahassee, FL 32308
SITIO WEB	https://ahca.myflorida.com/medicaid.html

SECCIÓN 7 Programas para ayudar a las personas a pagar sus medicamentos con receta

El sitio web de Medicare ([Medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs](https://www.medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs)) tiene información sobre maneras de reducir los costos de sus medicamentos con receta. Los siguientes programas pueden ayudar a las personas con ingresos limitados.

Ayuda Adicional de Medicare

Medicare y el Seguro Social tienen un programa llamado Ayuda Adicional que puede ayudar a pagar los costos de los medicamentos para las personas con ingresos y recursos limitados. Si califica, recibirá ayuda para pagar la prima mensual de su plan de medicamentos de Medicare, el deducible anual, y los copagos y coseguros. La Ayuda Adicional también cuenta para los costos que paga de su bolsillo.

Si califica automáticamente para recibir Ayuda Adicional, Medicare le enviará una carta morada para informárselo. Si no califica automáticamente, puede presentar su solicitud en cualquier momento. Para saber si califica para recibir Ayuda Adicional:

- Visite secure.ssa.gov/i1020/start para presentar su solicitud en línea.
- Llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

Cuando solicita Ayuda Adicional, también puede iniciar el proceso de solicitud para un Programa de Ahorro de Medicare (MSP). Estos programas estatales brindan ayuda con otros costos de Medicare. El Seguro Social enviará información a su estado para iniciar una solicitud de MSP, a menos que usted les indique que no lo hagan en la solicitud de Ayuda Adicional.

Si califica para recibir Ayuda Adicional y considera que está pagando un monto incorrecto por sus medicamentos con receta en la farmacia, nuestro plan cuenta con un proceso para ayudarle a obtener pruebas del monto correcto del copago. Si ya tiene pruebas del monto correcto, podemos ayudarle a compartirlas con nosotros.

- **Si no puede proporcionar evidencia de la elegibilidad para recibir Ayuda Adicional:**

- Le solicitaremos a usted o a su representante (por ejemplo, su farmacéutico) cierta información, por ejemplo, cuándo se le terminarán los medicamentos.
- Enviaremos su solicitud a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), la agencia federal que administra Medicare, en un plazo de un día hábil luego de haberla recibido. Los CMS se comunicarán con la oficina estatal de Medicaid para determinar su estado y nos informarán los resultados antes de la fecha en la que usted indicó que se le terminarían los medicamentos o en un plazo de diez días, lo que suceda primero.
- Si le quedan menos de tres días de medicamento, los CMS se comunicarán con la oficina estatal de Medicaid en un plazo de un día después de recibir la solicitud que presentamos en su nombre y nos informarán los resultados en un plazo de un día hábil a partir de la fecha en que recibamos una respuesta del estado.
- Intentaremos notificarle los resultados de la consulta de los CMS en un plazo de un día hábil luego de haberlos recibido. Si no logramos comunicarnos con usted la primera vez que lo intentamos, haremos hasta tres intentos. Nuestro cuarto intento será por escrito. Nuestro aviso incluirá la información de contacto de los CMS en caso de que no esté de acuerdo con los resultados de la consulta.
- Le proporcionaremos sus medicamentos a un nivel reducido de costos compartidos tan pronto como nos enteremos de que es elegible para recibir “Ayuda Adicional” con los costos de los medicamentos con receta.

- **Si tiene evidencia de elegibilidad para Ayuda Adicional:**

- Debemos aceptar cualquiera de los siguientes tipos de evidencia como prueba de que usted es elegible para recibir “Ayuda Adicional”. Puede presentar evidencia usted o su farmacéutico, su defensor, su representante, un familiar u otra persona que actúe en su nombre. Cada artículo que se menciona a continuación debe indicar que usted fue elegible para Medicaid durante un mes después de junio del año calendario anterior:
 - Una copia de su tarjeta de Medicaid que incluya su nombre y una fecha de elegibilidad.
 - Una copia de un documento del estado que confirme el estado activo de Medicaid.

- Una impresión de su expediente de inscripción electrónica de su estado donde se indique el estado de Medicaid.
- Impresión de la pantalla de los sistemas de Medicaid del estado en la que se muestre su estado en Medicaid después de junio del año calendario anterior.
- Otra documentación brindada por el estado que indique el estado de Medicaid.
- Un informe de contacto que incluya la fecha en que se realizó una llamada de verificación a la agencia estatal de Medicaid y el nombre, el cargo y el número de teléfono del miembro del personal del estado que verificó el estado de Medicaid.
- Una remesa de un centro de atención a largo plazo que muestre el pago de Medicaid para usted por un mes calendario completo.
- Una copia de un documento estatal que confirme el pago de Medicaid a un centro de atención a largo plazo por un año calendario completo en su nombre.
- Una impresión de pantalla de los sistemas de Medicaid de su estado donde se indique su estado institucional de acuerdo con una estadía de, al menos, un mes calendario completo para propósitos de pago de Medicaid.
- Una copia de un documento estatal que confirme su estado activo de Medicaid y muestre que está recibiendo servicios en el hogar y en la comunidad.
- Un aviso de adjudicación de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) con una fecha de entrada en vigencia.
- Una carta de información importante de la Administración del Seguro Social (SSA) que confirme que usted es “elegible automáticamente para recibir ‘Ayuda Adicional’”.
- Cuando tengamos las pruebas que demuestren el nivel de copago correcto, actualizaremos nuestro sistema para que pueda pagar el copago correcto cuando reciba su próximo medicamento con receta. Si paga de más por el copago, se lo reembolsaremos, ya sea mediante un cheque o con un crédito de copago futuro. Si la farmacia no cobró su copago y usted tiene una deuda, podemos realizar el pago directamente a la farmacia. Si el estado pagó en su nombre, tal vez le paguemos directamente al estado. Llame a Servicios para Miembros al 1-800-926-6565 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) si tiene preguntas.

¿Qué ocurre si tiene Ayuda Adicional y cobertura del Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP)?

El Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP) ayuda a las personas que viven con VIH/SIDA a acceder a medicamentos necesarios para el VIH. Los medicamentos de la Parte D de Medicare que también están en el formulario del ADAP califican para recibir ayuda con el costo compartido de los medicamentos con receta a través del Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA de Florida.

Nota: Para ser elegible para el ADAP en su estado, las personas deben cumplir determinados criterios, que incluyen presentar evidencia de que residen en el estado y del estadio del VIH, tener bajos ingresos (según lo definido por el estado) y no tener seguro o tener un seguro insuficiente. Si cambia de plan, notifique a su trabajador local de inscripciones del ADAP para que pueda seguir recibiendo ayuda. Para

obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al 1-800-352-2437 en inglés o al 1-800-545-SIDA (7432) en español.

Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare

El Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare es una opción de pago que funciona con su cobertura de medicamentos actual para ayudarle a administrar los costos que paga de su bolsillo por los medicamentos que cubre nuestro plan, distribuyéndolos a lo largo **del año calendario** (de enero a diciembre). Cualquier 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. **Esta opción de pago puede ayudarle a administrar sus gastos, pero no le permite ahorrar dinero ni reducir los costos de sus medicamentos. Si participa en el Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare y permanece en el mismo plan de la Parte D, su participación se renovará automáticamente para 2027. No necesita presentar una nueva solicitud de elección para continuar participando en 2027.** Para obtener más información sobre esta opción de pago, llame a Servicios para Miembros al 1-800-926-6565 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov).

Información de contacto del Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare	
TELÉFONO	1-800-926-6565 Las llamadas a este número son gratuitas. Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, nuestro horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, nuestro horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, de lunes a viernes, excepto los días feriados importantes. Servicios para Miembros, cuyo número de teléfono es 1-800-926-6565 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), también tiene servicios de interpretación gratuitos para las personas que no hablan inglés.

Información de contacto del Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare	
TTY	711 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, nuestro horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, nuestro horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, de lunes a viernes, excepto los días feriados importantes.
FAX	1-305-716-9333
CORREO POSTAL	Florida Blue Medicare Member Services P.O. Box 45296 Jacksonville, FL 32232-5296
SITIO WEB	<u>www.floridablue.com/medicare/member</u>

SECCIÓN 8 Junta de Jubilación para Ferroviarios (RRB)

La Junta de Jubilación para Ferroviarios es una agencia federal independiente que administra los programas integrales de beneficios destinados a los trabajadores ferroviarios del país y a sus familias. Si recibe Medicare a través de la Junta de Jubilación para Ferroviarios, infórmeles si se muda o cambia su dirección postal. Si tiene preguntas sobre sus beneficios de la Junta de Jubilación para Ferroviarios, comuníquese con la agencia.

Información de contacto de la Junta de Jubilación para Ferroviarios (RRB)	
TELÉFONO	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Pulse “0” para hablar con un representante de la RRB los lunes, martes, jueves y viernes, de 9:00 a.m. a 3:30 p.m., y los miércoles, de 9:00 a.m. a 12:00 p.m. Pulse “1” para acceder a la Línea de Ayuda automatizada de la RRB y obtener información grabada las 24 horas del día, incluidos los fines de semana y los días festivos.
TTY	1-312-751-4701 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número no son gratuitas.
SITIO WEB	<u>RRB.gov</u>

SECCIÓN 9 Si tiene un seguro grupal u otro seguro de salud de un empleador

Si usted (o su cónyuge o pareja de hecho) recibe beneficios de su empleador o grupo de jubilación (o del empleador o grupo de jubilación de su cónyuge o pareja de hecho) como parte de este plan, llame al administrador de beneficios del empleador o del sindicato, o a Servicios para Miembros al 1-800-926-6565 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) si tiene preguntas. Puede preguntar acerca de los beneficios de salud, las primas o el período de inscripción de su empleador o grupo de jubilación (o el de su cónyuge o pareja de hecho). (En la contraportada de este documento, encontrará impresos los números de teléfono de Servicios para Miembros). Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) si tiene preguntas sobre su cobertura de Medicare según este plan. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si tiene otra cobertura de medicamentos a través de su empleador (o el de su cónyuge o pareja de hecho) o de un grupo de jubilación, póngase en contacto con el **administrador de beneficios de ese grupo**. El administrador de beneficios puede ayudarle a comprender cómo funcionará su cobertura de medicamentos actual con nuestro plan.

CAPÍTULO 3:

Uso de la cobertura del plan para los medicamentos de la Parte D

SECCIÓN 1 Reglas básicas de la cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan

Además de la cobertura de los medicamentos de la Parte D a través de nuestro plan, Medicare Original (Parte A y Parte B de Medicare) también cubre algunos medicamentos:

- La Parte A de Medicare cubre los medicamentos que le dan durante las estadias cubiertas por Medicare en el hospital o en un centro de enfermería especializada.
- La Parte B de Medicare también brinda beneficios para algunos medicamentos. Los medicamentos de la Parte B incluyen determinados medicamentos para quimioterapia, ciertos medicamentos inyectables que se aplican en la visita al consultorio y medicamentos que se administran en un centro de diálisis.

Los dos ejemplos de medicamentos descritos anteriormente están cubiertos por Medicare Original. (Para obtener más información sobre esta cobertura, consulte la guía *Medicare y Usted 2027*). Nuestro plan cubre sus medicamentos con receta de la Parte D.

Nuestro plan generalmente cubrirá sus medicamentos siempre y cuando siga estas reglas:

- Debe pedirle a un proveedor (médico, dentista u otro profesional autorizado a emitir recetas) que le emita una receta por un medicamento que debe ser válida en virtud de la ley estatal aplicable.
- El profesional autorizado a emitir recetas no debe estar en las Listas de exclusión o preclusión de Medicare.
- Por lo general, debe utilizar una farmacia de la red para obtener sus medicamentos con receta (vaya a la Sección 2) o puede surtir su receta a través del servicio de pedidos por correo de nuestro plan.

- Su medicamento debe estar en la Lista de medicamentos de nuestro plan (consulte la Sección 3).
- El medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. Una “indicación médicamente aceptada” es un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o respaldado por alguna referencia. (Consulte la Sección 3 de este capítulo para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada).
- Es posible que su medicamento requiera la aprobación de nuestro plan en función de algunos criterios antes de que aceptemos cubrirlo. (Consulte la Sección 4 para obtener más información).

SECCIÓN 2 Surta su receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedidos por correo de nuestro plan

En la mayoría de los casos, sus recetas se cubren *solo* si se surten en las farmacias de la red de nuestro plan. (Consulte la Sección 2.5 para obtener información sobre cuándo cubrimos las recetas surtidas en farmacias fuera de la red).

Una farmacia de la red es una farmacia que tiene un contrato con nuestro plan para proveer sus medicamentos cubiertos. El término “medicamentos cubiertos” significa todos los medicamentos de la Parte D que figuran en la Lista de medicamentos de nuestro plan.

Sección 2.1 Farmacias de la red

Encuentre una farmacia de la red en su área

Para encontrar una farmacia de la red, vaya a su *Directorio de farmacias*, visite nuestro sitio web (<https://providersearch.floridablue.com/>) o llame a Servicios para Miembros al 1-800-926-6565 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Puede ir a cualquiera de las farmacias de la red.

Si su farmacia deja de formar parte de la red

Si la farmacia que utiliza deja de pertenecer a la red de nuestro plan, tendrá que buscar una nueva farmacia dentro de la red. Para encontrar otra farmacia en su área, llame a Servicios para Miembros al 1-800-926-6565 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o use el *Directorio de farmacias*. También puede encontrar información en nuestro sitio web en <https://providersearch.floridablue.com/>.

Farmacias especializadas

Algunos medicamentos con receta deben surtirse en una farmacia especializada. Entre las farmacias especializadas, se incluyen las siguientes:

- Farmacias que proveen medicamentos para tratamientos de infusión en el hogar.
- Farmacias que proveen medicamentos para las personas que residen en un centro de atención a largo plazo (LTC). Generalmente, un centro de LTC (como un hogar de convalecencia) tiene su propia farmacia. Si tiene dificultades para obtener los medicamentos de la Parte D en un centro de LTC, llame a Servicios para Miembros al 1-800-926-6565 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).
- Farmacias que brinden servicios al Programa de Salud para la Población Indígena Estadounidense Urbana o Tribal, del Servicio de Salud Indígena (no está disponible en Puerto Rico). Salvo en caso de emergencia, solo los indígenas estadounidenses o los nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias dentro de la red.
- Farmacias que dispensan medicamentos restringidos por la FDA en algunos lugares o que requieren un manejo especial, coordinación de proveedores o educación sobre su uso. Para encontrar una farmacia especializada, vaya al *Directorio de farmacias* en <https://providersearch.floridablue.com/> o llame a Servicios para Miembros al 1-800-926-6565 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Sección 2.2 Servicio de pedidos por correo de nuestro plan

El servicio de pedidos por correo de nuestro plan requiere que pida un suministro de **al menos 31 días del medicamento y no más de un suministro de 90 días solo para los Niveles 1, 2, 3, 4 y 6.**

Para obtener los formularios de pedido y la información sobre cómo obtener sus medicamentos con receta por correo postal, llame a una de nuestras farmacias de servicio de pedidos por correo.

- Walgreens Mail Service Pharmacy, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, al 1-888-849-7845, o en su sitio web: www.WalgreensMailService.com.
- Express Scripts Pharmacy, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, al 1-877-277-7914 o en su sitio web: www.express-scripts.com.
- Entrega a domicilio de Amazon, llame a Atención al Cliente las 24 horas del día, los 7 días de la semana. También puede hablar con un farmacéutico las 24 horas del día, los 7 días de la semana; llame al 1-855-745-5725 o visite su sitio web pharmacy.amazon.com.

Si utiliza una farmacia de pedidos por correo que no pertenece a nuestra red del plan, su medicamento con receta no estará cubierto.

Por lo general, los productos de una farmacia de pedidos por correo llegarán en no más de 14 días hábiles. Las recetas para sustancias controladas pueden demorar más porque nuestra farmacia de

pedidos por correo tiene que tomar medidas adicionales para revisar la receta. Esto puede incluir ponerse en contacto con su médico antes de surtir dichas recetas.

Si experimenta una demora en la recepción de su pedido y corre el peligro de que se le acaben los medicamentos, puede solicitar una anulación para que le surtan la receta en una farmacia minorista local llamando al número que figura en el dorso de su tarjeta de identificación. Una vez que se obtenga la aprobación, nuestra farmacia de pedidos por correo puede transferir su receta a la farmacia que usted elija o solicitarle a su médico que llame por teléfono para que le proporcionen una receta a corto plazo directamente a su farmacia. Si utiliza una farmacia de pedidos por correo que no pertenece a nuestra red del plan, sus medicamentos con receta no estarán cubiertos.

De conformidad con las leyes estatales y federales, algunos medicamentos con receta clasificados como sustancias controladas requieren una revisión detallada antes de ser suministradas. Esta revisión puede tardar de 7 a 10 días, además del tiempo de envío. Enviar una receta a una farmacia de pedidos por correo de la red o transferirla a una farmacia de la red local no garantiza que se surta la receta; los farmacéuticos surten recetas sujetos al ejercicio de su discreción profesional.

Tenga en cuenta lo siguiente: Puede haber algunas ocasiones en las que una farmacia de pedidos por correo en nuestra red no pueda surtir su receta. En esos casos, se le avisará una vez que se complete la revisión.

Recetas nuevas que la farmacia recibe directamente del consultorio de su médico.

Después de que la farmacia reciba una receta de un proveedor de atención médica, se comunicará con usted para ver si desea que el medicamento se surta de inmediato o en un momento posterior. Es importante responder cada vez que la farmacia lo contacta para informarles si deben enviar, retrasar o detener la receta nueva.

Resurtidos de recetas médicas de pedidos por correo. Para resurtir, comuníquese con su farmacia 15 días antes de que se le acabe su receta actual para asegurarse de que su próximo pedido se le envíe a tiempo.

Sección 2.3 Cómo conseguir un suministro de medicamentos a largo plazo

Nuestro plan ofrece 2 maneras de obtener un suministro a largo plazo (también denominado suministro extendido) de medicamentos de mantenimiento en la Lista de medicamentos de nuestro plan. (Los medicamentos de mantenimiento son aquellos que toma con regularidad para una condición médica crónica o prolongada).

1. Algunas farmacias minoristas de nuestra red le permitirán obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. En su *Directorio de farmacias* en <https://providersearch.floridablue.com/> se detallan las farmacias de la red que pueden proporcionar un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede

llamar a Servicios para Miembros al 1-800-926-6565 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información.

2. También puede obtener medicamentos de mantenimiento a través de nuestro programa de pedidos por correo. Consulte la Sección 2.2 para obtener más información.

Sección 2.4 Usar una farmacia que no esté dentro de la red de nuestro plan

Generalmente, cubrimos los medicamentos que se surten en una farmacia fuera de la red *únicamente* cuando usted no puede utilizar una farmacia de la red. También tenemos farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio donde puede surtir recetas como miembro de nuestro plan. **Consulte primero a Servicios para Miembros al 1-800-926-6565 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)** para ver si hay una farmacia de la red cercana.

Solo cubrimos las recetas surtidas en una farmacia fuera de la red en las siguientes circunstancias:

- Si viaja dentro de los Estados Unidos y sus territorios y se enferma, pierde o se le acaban los medicamentos con receta, cubriremos las recetas que se surtan en una farmacia fuera de la red. La cobertura en esta situación será para un suministro temporal de medicamentos para 31 días, o menos si su receta es para menos días.
- Cubriremos las recetas surtidas en una farmacia fuera de la red si las recetas están relacionadas con la atención de una emergencia médica o atención de urgencia.
- Cubriremos las recetas en una farmacia fuera de la red si se cumple al menos una de las siguientes condiciones:
 - Si no puede obtener un medicamento cubierto de manera oportuna dentro de nuestra área de servicio porque no hay una farmacia de la red a una distancia razonable que ofrezca servicio las 24 horas.
 - Si intenta surtir un medicamento con receta que no se encuentra disponible regularmente en una farmacia minorista de la red accesible o en una farmacia de pedidos por correo (incluidos medicamentos únicos y de alto costo).
 - Si recibe una vacuna que es médicamente necesaria, pero que no está cubierta por la Parte B de Medicare, así como algunos medicamentos cubiertos que se administran en el consultorio de su médico.

Tenga en cuenta lo siguiente: Si compra un medicamento en una farmacia fuera de la red, y una de las situaciones que se explicaron anteriormente se aplica a usted, es posible que le hagan un reembolso según la tarifa estándar de una farmacia de la red de nuestro plan y no por el precio total que pagó por el medicamento. Además, la diferencia en el monto de reembolso de nuestro plan y

el monto total que usted pagó por el medicamento se incluirá en los costos totales que paga de su bolsillo.

Cuando ninguna de las situaciones antes mencionadas se aplica y usted paga de su bolsillo voluntariamente un medicamento, usted será responsable de pagar el precio total del medicamento en efectivo y nuestro plan no le reembolsará el dinero. El monto que usted paga no será parte de los costos totales que paga de su bolsillo.

Generalmente, si debe usar una farmacia fuera de la red, deberá pagar el costo total (y no su costo compartido normal) en el momento en que surta la receta. Puede solicitarnos que le reembolsemos la parte que nos corresponde pagar del costo del medicamento. (Consulte la Sección 2 del Capítulo 5 para obtener información sobre cómo pedirle a nuestro plan que le pague). Es posible que se le solicite que pague la diferencia que haya entre lo que paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia de la red.

SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar en la Lista de Medicamentos de nuestro plan

Sección 3.1 La Lista de medicamentos indica qué medicamentos de la Parte D están cubiertos
--

Nuestro plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos* (Formulario). En esta *Evidencia de Cobertura*, **la llamamos Lista de medicamentos**.

Nuestro plan selecciona los medicamentos de esta lista con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La lista cumple con los requisitos de Medicare y ha sido aprobada por Medicare. La Lista de medicamentos solo muestra los medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare.

Por lo general, cubrimos un medicamento de la Lista de medicamentos de nuestro plan siempre que siga las demás reglas de cobertura que se explican en este capítulo y el uso del medicamento para una indicación médicamente aceptada. Una indicación médicamente aceptada es el uso del medicamento que cumpla con alguno de los siguientes *requisitos*:

- Está aprobado por la FDA para el diagnóstico o la condición para la que está recetando, o
- Está respaldado por ciertas referencias, como la información sobre medicamentos de American Hospital Formulary Service y el Sistema de Información Micromedex DRUGDEX.

La Lista de medicamentos incluye medicamentos de marca, medicamentos genéricos y productos biológicos (que pueden incluir biosimilares).

Un medicamento de marca es un medicamento con receta que se vende con un nombre comercial propiedad del fabricante de medicamentos. Los productos biológicos son medicamentos que son más complejos que los medicamentos típicos. En la Lista de medicamentos, cuando nos referimos a medicamentos, puede tratarse de un medicamento o de un producto biológico.

Un medicamento genérico es un medicamento con receta que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Los productos biológicos tienen alternativas denominadas biosimilares. Por lo general, los medicamentos genéricos y los biosimilares funcionan tan bien como el medicamento de marca o el producto biológico original, pero suelen ser más económicos. Hay medicamentos genéricos sustitutos disponibles para muchos medicamentos de marca y alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son biosimilares intercambiables y, según la ley estatal, pueden sustituirse por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una receta nueva, al igual que los medicamentos genéricos pueden sustituirse por medicamentos de marca.

Consulte el Capítulo 10 para conocer las definiciones de los tipos de medicamentos que pueden estar en la Lista de medicamentos.

Medicamentos que no están en la Lista de medicamentos

Nuestro plan no cubre todos los medicamentos con receta.

- En algunos casos, la ley no permite que ningún plan de Medicare cubra algunos tipos de medicamentos. (Para obtener más información, consulte la Sección 7).
- En otros casos, decidimos no incluir un medicamento en particular en la Lista de medicamentos.
- En algunos casos, es posible que pueda obtener un medicamento que no está en la Lista de medicamentos. (Para obtener más información, consulte el Capítulo 7).

Sección 3.2 Seis niveles de costo compartido para los medicamentos de la Lista de Medicamentos

Cada medicamento de la Lista de medicamentos de nuestro plan se encuentra en uno de los seis niveles de costo compartido. En general, cuanto más alto sea el nivel, más deberá pagar por el medicamento:

- El Nivel 1, nuestro nivel de costos compartidos más bajo, incluye medicamentos genéricos preferidos.
- El Nivel 2, el próximo nivel, incluye medicamentos genéricos. El monto de costos compartidos es mayor que para los medicamentos del Nivel 1.

- El Nivel 3, el próximo nivel, incluye medicamentos de marca preferidos y algunos medicamentos genéricos. El monto de costos compartidos para los medicamentos de este nivel es mayor que para los medicamentos del Nivel 2.
- El Nivel 4, el próximo nivel, incluye medicamentos no preferidos y algunos medicamentos genéricos. El monto de costos compartidos para los medicamentos de este nivel es mayor que para los medicamentos del Nivel 3.
- El Nivel 5, el próximo nivel, incluye medicamentos genéricos y de marca especializados. Los medicamentos especializados son medicamentos de muy alto costo. Los medicamentos de Nivel 5 tienen el mayor monto de costos compartidos.
- El Nivel 6, el último nivel, incluye medicamentos de atención selecta. Los medicamentos de atención selecta son ciertos medicamentos genéricos utilizados para tratar la diabetes, la hipertensión y el colesterol alto. No hay costos compartidos para los medicamentos de este nivel en la Etapa de cobertura inicial.

Para saber en qué nivel de costo compartido se encuentra su medicamento, búsquelo en la Lista de medicamentos de nuestro plan. En el Capítulo 4 se muestra el monto que paga por los medicamentos en cada nivel de costo compartido.

Sección 3.3 Cómo saber si un medicamento específico está en la Lista de medicamentos

Para saber si un medicamento está en nuestra Lista de medicamentos, tiene estas opciones:

- Consulte la Lista de medicamentos más reciente que le enviamos de forma electrónica.
- Visite el sitio web de nuestro plan (www.floridablue.com/medicare/forms/formulary). La Lista de medicamentos en el sitio web siempre es la más actualizada.
- Llame a Servicios para Miembros al 1-800-926-6565 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para averiguar si un medicamento en particular está en la Lista de medicamentos de nuestro plan o para solicitar una copia de la lista.
- Use la herramienta “Real-Time Benefit Tool” (Herramienta de beneficios en tiempo real) (<https://www.myprime.com/>) de nuestro plan para buscar medicamentos en la Lista de medicamentos para obtener un cálculo aproximado de lo que pagará y saber si hay medicamentos alternativos en dicha lista que podrían tratar la misma condición. También puede llamar a Servicios para Miembros al 1-800-926-6565 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

SECCIÓN 4 Medicamentos con restricciones de cobertura

Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?

Para algunos medicamentos con receta, existen reglas especiales que restringen cómo y cuándo los cubre nuestro plan. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrollaron estas reglas para alentarlos a usted y a su proveedor a utilizar los medicamentos de la forma más eficaz. Para averiguar si alguna de estas restricciones se aplica a un medicamento que está tomando o desea tomar, consulte la Lista de medicamentos.

Siempre que un medicamento seguro y de bajo costo funcione con la misma eficacia médica que uno de mayor costo, las reglas de nuestro plan están diseñadas para alentarlo a usted y a su proveedor a usar esa opción de menor costo.

Tenga en cuenta que a veces un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra Lista de medicamentos. Esto se debe a que los mismos medicamentos pueden variar en función de la concentración, la cantidad o la forma del medicamento recetado por su proveedor de atención médica, y es posible que se apliquen diferentes restricciones o costos compartidos a las diferentes versiones del medicamento (por ejemplo, 10 mg en comparación con 100 mg, uno por día en comparación con 2 por día, comprimido en comparación con líquido).

Sección 4.2 Tipos de restricciones

Si hay una restricción para su medicamento, por lo general, usted o su proveedor tienen que tomar medidas adicionales para que podamos cubrir el medicamento. Llame a Servicios para Miembros al 1-800-926-6565 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para saber qué pueden hacer usted o su proveedor para obtener cobertura del medicamento. **Si quiere que eliminemos la restricción por usted, debe utilizar el proceso de decisión de cobertura y solicitarnos que hagamos una excepción.** Podemos estar o no de acuerdo en eliminar la restricción. (Consulte el Capítulo 7).

Cómo obtener la aprobación del plan por adelantado

Para algunos medicamentos, usted o su proveedor debe obtener la aprobación de nuestro plan en función de criterios específicos antes de que aceptemos cubrir el medicamento. Esto se denomina **autorización previa**. Esto se pone en práctica para garantizar la seguridad de los medicamentos y para guiar el uso adecuado de ciertos medicamentos. Si no obtiene esta aprobación, es posible que su medicamento no esté cubierto por nuestro plan. Puede obtener los criterios de autorización previa de nuestro plan llamando a Servicios para Miembros al 1-800-926-6565 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o en nuestro sitio web <https://www.myprime.com/en/forms/coverage-determination/prior-authorization.html>.

Límites de cantidad

En el caso de ciertos medicamentos, limitamos la cantidad que usted puede recibir cada vez que obtiene un medicamento con receta. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro tomar solo una pastilla por día de un determinado medicamento, podemos limitar la cobertura a no más de una pastilla por día.

SECCIÓN 5 Qué puede hacer si uno de sus medicamentos no está cubierto como le gustaría

Existen casos en los que un medicamento con receta que usted toma, o que usted y su proveedor consideran que debe tomar, no está en nuestra Lista de medicamentos o tiene restricciones. Por ejemplo:

- El medicamento puede no estar cubierto en absoluto. También puede cubrir una versión genérica del medicamento, pero no la presentación de la marca que desea tomar.
- El medicamento está cubierto, pero hay reglas o restricciones adicionales para la cobertura.
- El medicamento está cubierto, pero en un nivel de costos compartidos que hace que sus costos compartidos sean más caros de lo que cree que deberían ser.

Si el medicamento está en un nivel de costo compartido que eleva el costo más de lo que usted considera que debería ser, vaya a la Sección 5.1 para obtener información sobre lo que puede hacer.

Si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o está restringido, estas son algunas opciones de lo que puede hacer:

- Puede obtener un suministro temporal del medicamento.
- Puede cambiar a otro medicamento.
- Puede solicitar una **excepción** y pedirle a nuestro plan que cubra el medicamento o elimine las restricciones para dicho medicamento.

Puede obtener un suministro temporal

En determinadas circunstancias, nuestro plan debe proporcionar un suministro temporal de un medicamento que ya está tomando. Este suministro temporal le da tiempo para consultar con su proveedor acerca del cambio.

Para ser elegible para un suministro temporal, el medicamento que ha estado tomando ya **no debe estar en la Lista de medicamentos del plan O debe tener ahora algún tipo de restricción.**

- **Si es un miembro nuevo**, cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros **90 días** de su membresía en nuestro plan.
- **Si estuvo en nuestro plan el año pasado**, cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros **90 días** del año calendario.
- Este suministro temporal será para un máximo de 31 días. Si su medicamento con receta está indicado para menos días, permitiremos obtener varias veces los medicamentos hasta llegar a un suministro máximo de 31 días de medicamento. El medicamento con receta debe obtenerse en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo puede proporcionarle el medicamento en menores cantidades por vez para evitar el desperdicio).
- **Para los miembros que han estado en nuestro plan durante más de 90 días y viven en un centro de atención a largo plazo y necesitan un suministro de inmediato:**

Cubriremos un suministro de emergencia de 31 días de un medicamento en particular, o menos si su receta indica menos días. Esto es complementario al suministro temporal mencionado anteriormente.

- **Para los miembros que tienen cambios en la configuración de la atención:**

Durante un cambio en el nivel de atención, es posible que se le receten medicamentos que no están cubiertos por nuestro plan. Si esto ocurre, usted y su médico deben utilizar el proceso de solicitud de determinación de cobertura de nuestro plan.

Para evitar una interrupción en la atención cuando le den el alta, puede obtener un suministro completo para pacientes ambulatorios que le permita continuar el tratamiento una vez que se haya agotado el suministro limitado del alta. Este suministro para pacientes ambulatorios está disponible antes del alta de una hospitalización cubierta por la Parte A de Medicare. Cuando sea admitido o dado de alta de un entorno de atención a largo plazo (LTC), es posible que no tenga acceso a los medicamentos que le dieron anteriormente. Sin embargo, es posible que obtenga una reposición luego de la admisión o el alta.

Si tiene preguntas sobre un suministro temporal, llame a Servicios para Miembros al 1-800-926-6565 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Mientras esté usando un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se termine este suministro temporal. Tiene 2 opciones:

Opción 1. Puede cambiar a otro medicamento

Consulte con su proveedor para determinar si hay un medicamento diferente cubierto por nuestro plan que puede funcionar igual de bien para usted. Llame a Servicios para Miembros al 1-800-926-6565 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para solicitar una lista de los medicamentos cubiertos que se

utilizan para tratar la misma condición médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que funcione para usted.

Opción 2. Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitarle al plan que haga una excepción y cubra el medicamento en la forma en que desearía que estuviera cubierto. Si su proveedor afirma que tiene razones médicas que justifican la solicitud de una excepción, su proveedor puede ayudarlo a solicitar una excepción. Por ejemplo, usted puede pedirle al plan que cubra un medicamento, aunque no esté en la Lista de medicamentos de nuestro plan. O puede pedirle al plan que haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

Si es miembro actual y uno de los medicamentos que toma se eliminará del Formulario o tendrá algún tipo de restricción para el próximo año, le informaremos cualquier cambio antes del año nuevo. Puede solicitar una excepción antes del próximo año y le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibir su solicitud (o la declaración que respalda su solicitud por parte del profesional autorizado a emitir recetas). Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura del medicamento antes de que el cambio entre en vigencia.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, consulte la Sección 5.4 del Capítulo 7 para saber qué hacer. Allí se explican los procedimientos y los plazos que Medicare ha fijado para asegurar que su solicitud se tramite de forma oportuna y justa.

Sección 5.1	Qué hacer si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera demasiado elevado
--------------------	---

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera demasiado elevado, estas son algunas medidas que puede tomar:

Puede cambiar a otro medicamento

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera muy alto, hable con su proveedor. Tal vez haya un medicamento diferente en un nivel de costo compartido inferior que podría funcionar igual de bien para usted. Llame a Servicios para Miembros al 1-800-926-6565 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para solicitar una lista de los medicamentos cubiertos que se utilizan para tratar la misma condición médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que funcione para usted.

Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitarle al plan que haga una excepción en el nivel de costo compartido del medicamento para que pague menos por el medicamento. Si su proveedor afirma

que tiene razones médicas que justifican la solicitud de una excepción, su proveedor puede ayudarlo a solicitar una excepción a la regla.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, consulte la Sección 5.4 del Capítulo 7 para saber qué hacer. Allí se explican los procedimientos y los plazos que Medicare ha fijado para asegurar que su solicitud se tramite de forma oportuna y justa.

Los medicamentos de Nivel 5 (nivel especializado) no son elegibles para este tipo de excepción. No bajamos el monto de los costos compartidos para los medicamentos de este nivel.

SECCIÓN 6 Nuestra Lista de medicamentos puede cambiar durante el año

La mayoría de los cambios en la cobertura para medicamentos tienen lugar al comienzo de cada año (1 de enero). Sin embargo, durante el año, nuestro plan puede hacer algunos cambios en la Lista de medicamentos. Por ejemplo, nuestro plan podría realizar lo siguiente:

- **Agregar o quitar medicamentos de la Lista de medicamentos**
- **Trasladar un medicamento a un nivel de costo compartido más alto o más bajo**
- **Agregar o quitar una restricción respecto de la cobertura de un medicamento**
- **Sustituir un medicamento de marca por una versión genérica del medicamento**
- **Sustituir un producto biológico original por una versión biosimilar intercambiable del producto biológico**

Debemos cumplir con los requisitos de Medicare antes de cambiar la Lista de medicamentos de nuestro plan.

Información sobre los cambios en la cobertura de medicamentos

Cuando se producen cambios en la Lista de medicamentos, publicamos la información en nuestro sitio web sobre dichos cambios. También actualizamos nuestra Lista de medicamentos en línea con regularidad. A veces, recibirá un aviso directo si se realizan cambios en un medicamento que toma.

Cambios en la cobertura de medicamentos que le afectan durante este año del plan

- **Agregar nuevos medicamentos a la Lista de medicamentos y eliminar o hacer cambios inmediatamente a un medicamento similar de la Lista de medicamentos.**

- Al agregar una nueva versión de un medicamento a la Lista de medicamentos, es posible que eliminemos inmediatamente un medicamento similar de la Lista de medicamentos, lo pasemos a otro nivel de costo compartido, agregamos nuevas restricciones, o ambos. La nueva versión del medicamento estará en el mismo nivel de costo compartido o uno más bajo y con las mismas restricciones o menos.
- Realizaremos estos cambios de inmediato solo si agregamos una nueva versión genérica de un medicamento de marca o ciertas versiones biosimilares nuevas de un producto biológico original que ya estaba en la Lista de medicamentos.
- Podemos hacer estos cambios de inmediato y avisarle más tarde, incluso si toma el medicamento que eliminamos o cambiamos. Si toma el medicamento similar en el momento en que hagamos el cambio, le informaremos sobre cualquier cambio específico que hayamos realizado.
- **Agregar medicamentos a la Lista de medicamentos y eliminar o hacer cambios a un medicamento similar de la Lista de medicamentos.**
 - Al agregar otra versión de un medicamento a la Lista de medicamentos, es posible que eliminemos un medicamento similar de la Lista de medicamentos, lo pasemos a otro nivel de costo compartido, agregamos nuevas restricciones, o ambos. La versión del medicamento que agreguemos estará en el mismo nivel de costo compartido o uno más bajo y con las mismas restricciones o menos.
 - Realizaremos estos cambios solo si agregamos una nueva versión genérica de un medicamento de marca o ciertas versiones biosimilares nuevas de un producto biológico original que ya estaba en la Lista de medicamentos.
 - Le informaremos al menos 30 días antes de realizar el cambio, o le informaremos sobre el cambio y cubriremos un suministro para 31 días de la versión del medicamento que está tomando.
- **Eliminar los medicamentos no seguros y otros medicamentos en la Lista de medicamentos que se retiran del mercado.**
 - A veces, un medicamento puede considerarse inseguro o retirarse del mercado por otro motivo. Si esto ocurre, podemos eliminar inmediatamente el medicamento de la Lista de medicamentos. Si toma ese medicamento, le avisaremos después de realizar el cambio.
- **Hacer otros cambios a los medicamentos en la Lista de medicamentos.**
 - Una vez que el año haya comenzado, es posible que hagamos otros cambios que afecten los medicamentos que usted toma. Por ejemplo, nos basamos en las advertencias de la FDA o nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare.

- Le informaremos al menos 30 días antes de realizar estos cambios, o le informaremos sobre el cambio y cubriremos un surtido adicional para 31 días del medicamento que está tomando.

Si realizamos alguno de estos cambios en cualquiera de los medicamentos que toma, hable con el profesional autorizado a emitir recetas sobre las opciones que funcionarían mejor para usted, incluido el cambio a un medicamento diferente para tratar su condición o solicitar una decisión de cobertura para cumplir con las restricciones nuevas del medicamento que está tomando. Usted o el profesional autorizado a emitir recetas pueden solicitarnos una excepción para seguir cubriendo el medicamento o la versión del medicamento que ha estado tomando. Para obtener más información sobre cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción, consulte el Capítulo 7.

Cambios en la Lista de medicamentos que no le afectan durante este año del plan

Es posible que realicemos ciertos cambios en la Lista de medicamentos que no se describen anteriormente. En estos casos, el cambio no se aplicará a su caso si está tomando el medicamento cuando se realice el cambio; sin embargo, estos cambios probablemente lo afectarán a partir del 1 de enero del próximo año del plan si permanece en el mismo plan.

En general, los cambios que no lo afectarán durante el año actual del plan son los siguientes:

- Trasladamos su medicamento a un nivel de costo compartido más alto.
- Imponemos una nueva restricción respecto del uso de su medicamento.
- Eliminamos su medicamento de la Lista de medicamentos.

Si cualquiera de estos cambios afecta a un medicamento que usted toma (excepto un retiro del mercado, un medicamento genérico que reemplaza a un medicamento de marca u otros cambios indicados en las secciones anteriores), el cambio no afectará su uso ni el monto de su parte del costo hasta el 1 de enero del año siguiente.

No le informaremos sobre estos tipos de cambios directamente durante el año actual del plan. Deberá consultar la Lista de medicamentos para el próximo año del plan (cuando la lista esté disponible durante el período de inscripción abierta) para ver si hay cambios en los medicamentos que está tomando que lo afectarán durante el próximo año del plan.

SECCIÓN 7 Tipos de medicamentos que no cubrimos

Se *excluyen* algunos tipos de medicamentos con receta. Esto significa que Medicare no paga estos medicamentos.

Si recibe algún medicamento que esté excluido, deberá pagarlo usted. Si usted presenta una apelación y se considera que el medicamento solicitado no está excluido de la Parte D, lo pagaremos o lo cubriremos. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión, consulte el Capítulo 7).

A continuación, se presentan 3 reglas generales sobre medicamentos que el plan de medicamentos de Medicare no cubre en la Parte D:

- La cobertura para medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto en la Parte A o la Parte B de Medicare.
- Nuestro plan no cubre un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos o sus territorios.
- Nuestro plan no puede cubrir el uso de un medicamento para una *indicación no autorizada* cuando dicho uso no está respaldado por ciertas referencias, como la información sobre medicamentos de American Hospital Formulary Service y el Sistema de Información DRUGDEX de Micromedex. El uso para una *indicación no autorizada* es cualquier uso distinto al indicado en la etiqueta de un medicamento aprobado por la FDA.

Además, por ley, las siguientes categorías de medicamentos no están cubiertas por los planes de medicamentos de Medicare:

- Medicamentos sin receta (también denominados medicamentos de venta libre).
- Medicamentos utilizados para estimular la fertilidad.
- Medicamentos utilizados para el alivio de la tos o los síntomas del resfriado.
- Medicamentos para fines estéticos o para promover el crecimiento del cabello.
- Vitaminas con receta y productos minerales, salvo las vitaminas prenatales y preparaciones de flúor.
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil.
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la anorexia, la pérdida de peso o el aumento de peso.
- Medicamentos para pacientes ambulatorios cuyo fabricante exige como condición de venta que los exámenes asociados o los servicios de supervisión se compren únicamente al fabricante.

Si recibe Ayuda Adicional para pagar sus medicamentos con receta, dicha ayuda no cubrirá los medicamentos que normalmente no están cubiertos. Si cuenta con cobertura de medicamentos a través de Medicaid, el programa de Medicaid de su estado puede cubrir algunos medicamentos con receta que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare. Comuníquese con el programa de Medicaid de su estado para determinar la cobertura para medicamentos disponible para usted. (Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto de Medicaid en la Sección 6 del Capítulo 2).

SECCIÓN 8 Cómo surtir una receta

Para obtener su medicamento con receta, proporcione su información de membresía de nuestro plan (que puede encontrar en su tarjeta de membresía) a la farmacia de la red que elija. La farmacia de la red facturará al plan de forma automática la parte que nos corresponde del costo de su medicamento. Usted deberá pagarle a la farmacia su parte del costo cuando retire su medicamento con receta.

Si no tiene consigo la información de membresía de nuestro plan, usted o la farmacia pueden llamar a nuestro plan para obtener la información, o puede pedirle a la farmacia que busque la información de inscripción de nuestro plan.

Si la farmacia no recibe la información necesaria, **es posible que usted deba pagar el costo total del medicamento con receta cuando lo retire**. Puede **solicitarnos que le reembolsemos** la parte que nos corresponde. Consulte la Sección 2 del Capítulo 5 para obtener información sobre cómo solicitar el reembolso al plan.

SECCIÓN 9 Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales

Sección 9.1 En un hospital o en un centro de enfermería especializada para una estadía cubierta por nuestro plan

Si ingresa en un hospital o en un centro de enfermería especializada, Medicare Original (o su plan de salud de Medicare con cobertura de la Parte A y la Parte B, si corresponde) generalmente cubrirá el costo de sus medicamentos con receta durante su estadía. Una vez que salga del hospital o centro de enfermería especializada, nuestro plan cubrirá sus medicamentos con receta, siempre y cuando estos cumplan todas nuestras reglas para la cobertura descrita en este capítulo.

Sección 9.2 Como residente en un centro de atención a largo plazo (LTC)

Normalmente, un centro de atención a largo plazo (LTC) (como un hogar de convalecencia) tiene su propia farmacia o utiliza una farmacia que suministra medicamentos para todos sus residentes. Si usted reside en un centro de LTC, puede obtener sus medicamentos con receta a través de la farmacia del centro o de la que utiliza, siempre y cuando sea parte de nuestra red.

Consulte el *Directorio de farmacias* en <https://providersearch.floridablue.com/> para saber si la farmacia del centro de LTC o aquella que utiliza es parte de nuestra red. Si no lo es, o si necesita más información o ayuda, llame a Servicios para Miembros al 1-800-926-6565 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Si usted está en un centro de LTC, debemos asegurarnos de que pueda recibir de manera rutinaria sus beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias de LTC.

Si es residente de un centro de LTC y necesita un medicamento que no figura en nuestra Lista de medicamentos o que está restringido de alguna manera, consulte la Sección 5 para obtener información sobre un suministro temporal o de emergencia.

Sección 9.3 Si está tomando medicamentos cubiertos por Medicare Original

Su inscripción en BlueMedicare Premier Rx (PDP) no afecta su cobertura de medicamentos cubiertos por la Parte A o la Parte B Medicare. Si cumple con los requisitos de cobertura de Medicare, su medicamento seguirá estando cubierto por la Parte A o la Parte B Medicare, a pesar de que esté inscrito en nuestro plan. Si su medicamento estará cubierto por la Parte A o la Parte B de Medicare, nuestro plan no puede cubrirlo, incluso si usted elige no inscribirse en la Parte A o la Parte B.

Es posible que algunos medicamentos estén cubiertos por la Parte B de Medicare en algunas situaciones y a través de BlueMedicare Premier Rx (PDP) en otras situaciones. Los medicamentos nunca están cubiertos por la Parte B y nuestro plan al mismo tiempo. En general, su farmacéutico o proveedor determinará si debe facturar el medicamento a la Parte B de Medicare o a BlueMedicare Premier Rx (PDP).

Sección 9.4 Si tiene una póliza Medigap (seguro complementario de Medicare) concobertura de medicamentos

Si actualmente tiene una póliza Medigap con cobertura para medicamentos con receta, debe ponerse en contacto con su emisor de Medigap y decirle que se inscribió en nuestro plan. Si decide conservar su póliza Medigap actual, el emisor de Medigap quitará la parte de la cobertura para medicamentos con receta de su póliza Medigap y reducirá su prima.

Cada año, su compañía de seguros de Medigap debe enviarle un aviso que le indique si su cobertura de medicamentos con receta es acreditable y las opciones que tiene para la cobertura de medicamentos. (Si la cobertura de la póliza de Medigap es acreditable, quiere decir que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare). El aviso también explicará cuánto se reduciría su prima si elimina la parte de cobertura para medicamentos con receta de su póliza Medigap. Si no recibió este aviso o si no lo encuentra, comuníquese con su compañía de seguros Medigap y pida otra copia.

Sección 9.5 Si también recibe cobertura de medicamentos del plan de un empleador o de un grupo de jubilación

Si tiene otra cobertura de medicamentos a través de su empleador (o el de su cónyuge o pareja de hecho) o de un grupo de jubilación, póngase en contacto con el **administrador de beneficios de ese grupo**. Ellos pueden ayudarlo a comprender cómo funcionará su cobertura actual para medicamentos en relación con nuestro plan.

En general, si tiene cobertura de empleado o grupo de jubilación, la cobertura para medicamentos que le brindemos será *complementaria* a la cobertura de su grupo. Eso significa que la cobertura de su grupo paga primero.

Nota especial sobre la cobertura acreditable:

Cada año, su empleador o grupo de jubilación le debe enviar un aviso en el que se le informe si su cobertura para medicamentos con receta para el año calendario siguiente es acreditable.

Si la cobertura del plan grupal es acreditable, significa que su plan tiene una cobertura de medicamentos que se espera que pague, en promedio, por lo menos lo mismo que la cobertura de medicamentos estándar de Medicare.

Guarde los avisos sobre la cobertura acreditable porque es posible que los necesite más adelante para demostrar que mantuvo la cobertura acreditable. Si no recibió un aviso de cobertura acreditable, solicite una copia del administrador de beneficios de su empleador o grupo de jubilación, o al empleador o sindicato.

Sección 9.6 Si se encuentra en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare

El centro de cuidados paliativos y nuestro plan no cubren el mismo medicamento al mismo tiempo. Si usted está inscrito en un centro de cuidados paliativos de Medicare y requiere ciertos medicamentos (por ejemplo, medicamentos contra las náuseas, laxantes, analgésicos o ansiolíticos) que no están cubiertos por el centro de cuidados paliativos porque no están relacionados con su enfermedad terminal o sus condiciones relacionadas, nuestro plan debe ser notificado por el profesional autorizado a emitir recetas o por su proveedor de cuidados paliativos de que el medicamento no está relacionado antes de que el plan pueda cubrir el medicamento. Para evitar demoras en la obtención de estos medicamentos que deberían ser cubiertos por nuestro plan, pídale a su proveedor de cuidados paliativos o al profesional autorizado a emitir recetas que lo notifiquen antes de surtir la receta.

En caso de que usted revoque su elección de centro de cuidados paliativos o que le den de alta de uno, nuestro plan debe cubrir sus medicamentos como se explica en este documento. Para evitar demoras en la farmacia cuando finaliza el beneficio de los servicios de cuidados paliativos de Medicare, lleve la documentación a la farmacia para verificar la revocación o el alta.

SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad y el manejo de los medicamentos

Realizamos revisiones del uso de medicamentos para garantizar que nuestros miembros reciban una atención segura y adecuada.

Hacemos una revisión cada vez que usted obtiene un medicamento con receta. También revisamos nuestros registros regularmente. Durante estas revisiones, buscamos problemas potenciales, como los siguientes:

- Posibles errores en los medicamentos.
- Medicamentos que pueden no ser necesarios porque toma otro medicamento similar para tratar la misma condición.
- Medicamentos que pueden no ser seguros o apropiados debido a su edad o sexo.
- Ciertas combinaciones de medicamentos que podrían hacerle daño si se toman al mismo tiempo.
- Recetas para medicamentos que tienen ingredientes a los que usted es alérgico.
- Posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que esté tomando.
- Cantidades peligrosas de medicamentos opioides para el dolor.

Si detectamos un posible problema con el uso de los medicamentos, trabajaremos con su proveedor para corregir el problema.

Sección 10.1 Programa de Administración de Medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar de forma segura medicamentos opioides

Tenemos un programa que ayuda a garantizar que los miembros usen de forma segura los opioides con receta y otros medicamentos que, con frecuencia, se usan de manera indebida. Este programa se denomina Programa de Administración de Medicamentos (DMP). Si usa medicamentos opioides que obtiene de varios profesionales autorizados a emitir recetas o de farmacias, o si recientemente tuvo una sobredosis de opioides, podemos hablar con los profesionales autorizados a emitir recetas para asegurarnos de que el uso de sus medicamentos opioides sea apropiado y médicamente necesario. Si, al trabajar con los profesionales autorizados a emitir recetas, decidimos que su uso de medicamentos opioides o benzodiazepina puede no ser seguro, podemos limitar la forma en que puede obtener esos medicamentos. Si lo asignamos a nuestro DMP, las limitaciones pueden ser las siguientes:

- Requerir que usted obtenga todas sus recetas médicas para medicamentos opioides o benzodiazepina de una farmacia en particular.
- Requerir que usted obtenga todas sus recetas médicas para medicamentos opioides o benzodiazepina de una persona en particular autorizada a emitir recetas.
- Limitar la cantidad de medicamentos opioides o benzodiazepina que cubriremos para usted.

Si planificamos limitar la forma en que obtenga estos medicamentos o cuánto puede obtener, le enviaremos una carta con anticipación. En la carta se le dirá si limitaremos la cobertura de estos

medicamentos para usted, o si deberá obtener las recetas para estos medicamentos únicamente de un profesional autorizado a emitir recetas o de una farmacia específica. Tendrá la oportunidad de decirnos qué profesionales autorizados a emitir recetas o farmacias prefiere usar y cualquier otra información que considere importante que sepamos. Después de que haya tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos, le enviaremos otra carta en la que confirmaremos la limitación. Si cree que cometimos un error o si no está de acuerdo con nuestra decisión o con la limitación, usted y el profesional autorizado a emitir recetas tienen derecho a apelar. Si apela, revisaremos su caso y le daremos una nueva decisión. Si continuamos denegándole alguna parte de su solicitud relacionada con las limitaciones que se aplican a su acceso a los medicamentos, enviaremos su caso automáticamente a un revisor independiente fuera de nuestro plan. Para obtener información sobre cómo solicitar una apelación, consulte el Capítulo 7.

No podrá formar parte del DMP si tiene ciertas condiciones médicas, como dolor relacionado con el cáncer o la anemia drepanocítica, si está recibiendo atención en un hospicio, en un centro de cuidados paliativos o en un centro de cuidados terminales, o si vive en un centro de atención a largo plazo.

Sección 10.2 Programa de Manejo del Tratamiento Farmacológico (MTM) para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos

Tenemos un programa que puede ayudar a nuestros miembros con necesidades de salud complejas. Nuestro programa se denomina Programa de Manejo del Tratamiento Farmacológico (MTM). Este programa es voluntario y gratuito. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrollaron el programa para nosotros para ayudar a garantizar que nuestros miembros aprovechen al máximo el beneficio de los medicamentos que toman.

Algunos miembros que tienen ciertas enfermedades crónicas y toman medicamentos que exceden una cantidad específica de costos de medicamentos o que están en un DMP y reciben ayuda para usar los opioides de forma segura pueden obtener los servicios de un programa de MTM. Si califica para el programa, un farmacéutico u otro profesional de la salud llevarán a cabo una revisión integral de sus medicamentos. Durante la revisión, puede hablar sobre sus medicamentos, los costos o cualquier problema o pregunta que tenga sobre sus medicamentos con receta y de venta libre. Recibirá un resumen por escrito que incluye una lista recomendada de lo que debe hacer, que incluye los pasos que debe seguir para obtener los mejores resultados de sus medicamentos. También obtendrá una lista de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que está tomando, cuánto está tomando y cuándo, y la razón por la que los está tomando. Además, los miembros en el programa de MTM reciben información sobre la eliminación segura de medicamentos con receta que son sustancias controladas.

Es buena idea hablar con su médico sobre su lista recomendada de lo que debe hacer y la lista de medicamentos. Lleve el resumen con usted a su visita o en cualquier momento que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. Mantenga actualizada su lista de medicamentos y téngala con usted (por ejemplo, con su identificación) si acude al hospital o a la sala de emergencias.

Si tenemos un programa que se adapte a sus necesidades, lo inscribiremos automáticamente en él y le enviaremos la información. Si usted decide no participar, notifíquenos y retiraremos su participación. Si tiene alguna pregunta sobre este programa, llame a Servicios para Miembros al 1-800-926-6565 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

CAPÍTULO 4:

Lo que usted paga por los medicamentos de la Parte D

SECCIÓN 1 Lo que usted paga por los medicamentos de la Parte D

Si usted participa en un programa que le brinda ayuda para pagar sus medicamentos, es posible que haya **información sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D en esta Evidencia de Cobertura que no se aplique a su caso**. Le enviamos un anexo por separado, llamado *Cláusula adicional a la Evidencia de Cobertura para las personas que reciben Ayuda Adicional para pagar los medicamentos con receta* (también conocida como *Cláusula adicional al subsidio para personas de bajos ingresos* o *Cláusula adicional LIS*), que le informa sobre la cobertura para sus medicamentos. Si no tiene este anexo, llame a Servicios para Miembros al 1-800-926-6565 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y pregunte por la *Cláusula adicional LIS*.

Usamos el término “medicamento” en el sentido de un medicamento con receta de la Parte D. No todos los medicamentos son medicamentos de la Parte D. Algunos medicamentos están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare, y otros medicamentos están excluidos de la cobertura de Medicare por ley.

Para comprender la información de pago, usted necesita saber qué medicamentos están cubiertos, dónde obtener sus medicamentos con receta y cuáles son las reglas a seguir cuando usted recibe sus medicamentos cubiertos. En el Capítulo 3 se explican estas reglas. Cuando usa la herramienta “Real-Time Benefit Tool” (Herramienta de beneficios en tiempo real) de nuestro plan para buscar cobertura de medicamentos (<https://www.myprime.com>), el costo que ve muestra una estimación de los costos que paga de su bolsillo que se espera que pague. También puede obtener información brindada por la herramienta “Real-Time Benefit Tool” (Herramienta de beneficios en tiempo real) llamando a Servicios para Miembros al 1-800-926-6565 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Sección 1.1 Tipos de costos que es posible que deba pagar de su bolsillo por los medicamentos cubiertos

Hay 3 tipos diferentes de costos que paga de su bolsillo para los medicamentos cubiertos por la Parte D que se le pueden solicitar que pague:

- **El deducible** es el monto que paga por los medicamentos antes de que nuestro plan comience a pagar la parte que nos corresponde.

- **El copago** es un monto fijo que paga cada vez que obtiene un medicamento con receta.
- **El coseguro** es un porcentaje del costo total del medicamento que paga cada vez que obtiene un medicamento con receta.

Sección 1.2 Cómo calcula Medicare los costos que paga de su bolsillo

Medicare tiene reglas acerca de lo que cuenta y lo que no cuenta para los costos que paga de su bolsillo. Estas son las reglas que debemos seguir para mantener un registro de los costos que paga de su bolsillo.

Estos pagos se incluyen en los costos que paga de su bolsillo

Los costos que paga de su bolsillo **incluyen** los pagos detallados a continuación (siempre y cuando correspondan a los medicamentos cubiertos de la Parte D y haya cumplido las reglas respecto de la cobertura para medicamentos que se explican en el Capítulo 3):

- El monto que paga por los medicamentos cuando está en una de las siguientes etapas de pago de medicamentos:
 - La Etapa del deducible
 - La Etapa de cobertura inicial
- Cualquier pago que efectuó durante este año calendario como miembro de un plan de medicamentos de Medicare diferente antes de inscribirse en nuestro plan.
- Cualquier pago por sus medicamentos realizado por familiares o amigos.
- Cualquier pago realizado por sus medicamentos por parte del programa de Ayuda Adicional de Medicare, planes de salud de empleadores o sindicatos, Servicio de Salud Indígena, programas de asistencia de medicamentos para el SIDA y la mayoría de las organizaciones benéficas.

Paso a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas:

Cuando usted (o quienes pagan en su nombre) haya pagado de su bolsillo un total de \$2,400 dentro del año calendario, pasará de la Etapa de cobertura inicial a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

Estos pagos no se incluyen en los costos que paga de su bolsillo

Los costos que paga de su bolsillo **no incluyen** ninguno de estos tipos de pagos:

- Su prima mensual.
- Medicamentos que compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Medicamentos que no están cubiertos por nuestro plan.
- Medicamentos que obtiene en una farmacia fuera de la red que no cumplen con los requisitos de nuestro plan para la cobertura fuera de la red.
- Medicamentos que no sean de la Parte D, incluidos los medicamentos con receta cubiertos por la Parte A o la Parte B y otros medicamentos excluidos de la cobertura de Medicare.
- Pagos que realiza por medicamentos que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos con receta de Medicare.
- Pagos por sus medicamentos que se realizan por determinados planes de seguro y programas de salud gubernamentales, como TRICARE y la Administración de Salud de los Veteranos (VA).
- Pagos por sus medicamentos realizados por un tercero con la obligación legal de pagar los costos de los medicamentos con receta (por ejemplo, indemnización laboral).
- Pagos realizados por los fabricantes de medicamentos en virtud del Programa de Descuentos del Fabricante.

Recordatorio: Si cualquier otra organización, como las que mencionamos más arriba, pagan parte o la totalidad de los costos que paga de su bolsillo por los medicamentos, usted debe informarlo a nuestro plan llamando a Servicios para Miembros al 1-800-926-6565 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Seguimiento de los costos totales que paga de su bolsillo

- La *Explicación de Beneficios (EOB) de la Parte D* que recibe incluye el monto actual de los costos que paga de su bolsillo. Cuando esta cantidad alcance los \$2,400, la EOB de la Parte D le indicará que ha abandonado la Etapa de cobertura inicial y ha pasado a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** Consulte la Sección 3.1 para saber qué puede hacer para asegurarse de que los registros que tengamos de lo que ha gastado estén completos y actualizados.

SECCIÓN 2 Etapas de pago de medicamentos para miembros de BlueMedicare Premier Rx (PDP)

Hay **3 etapas de pago de medicamentos** para su cobertura de medicamentos en virtud de BlueMedicare Premier Rx (PDP). El monto que paga por cada receta depende de la etapa en que se encuentre en el momento que obtenga un medicamento con receta o un resurtido. Tenga en cuenta que

usted siempre debe pagar la prima mensual de nuestro plan, independientemente de la etapa de pago de medicamentos. Los detalles de cada etapa se explican en este capítulo. Las etapas son las siguientes:

- **Etapas 1: Etapa del deducible anual**
- **Etapas 2: Etapa de cobertura inicial**
- **Etapas 3: Etapa de cobertura en situaciones catastróficas**

SECCIÓN 3 Su Explicación de Beneficios (EOB) de la Parte D explica en qué etapa de pago se encuentra

Nuestro plan lleva un registro de los costos de sus medicamentos con receta y de los pagos que realiza cuando recibe recetas en la farmacia. De esta manera, podemos decirle cuándo ha pasado de una etapa de pago de medicamentos a la siguiente etapa. Realizamos un seguimiento de 2 tipos de costos:

- **Costos que paga de su bolsillo:** este es el monto que ha pagado. Esto incluye lo que pagó cuando obtiene un medicamento cubierto de la Parte D, cualquier pago por sus medicamentos realizado por familiares o amigos, y cualquier pago realizado por sus medicamentos mediante la Ayuda Adicional de Medicare, planes de salud de empleadores o sindicatos, el Servicio de Salud Indígena, programas de asistencia de medicamentos para el SIDA, organizaciones benéficas y la mayoría de los Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica (SPAP).
- **Costos totales por medicamentos:** este es el total de todos los pagos realizados por sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Incluye lo que nuestro plan pagó, lo que usted pagó y lo que otros programas u organizaciones pagaron por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

Si surtió uno o más medicamentos con receta a través de nuestro plan durante el mes anterior, le enviaremos una *EOB de la Parte D*. La *EOB de la Parte D* incluye lo siguiente:

- **Información para ese mes.** Este informe proporciona los detalles de pago de las recetas que surtió durante el mes anterior. Muestra el total de costos de los medicamentos, lo que nuestro plan pagó y lo que usted y otros pagaron en su nombre.
- **Totales para el año desde el 1 de enero.** Esto muestra los costos totales de los medicamentos y los pagos totales por sus medicamentos desde que comenzó el año.
- **Información sobre el precio de los medicamentos.** Esto muestra el precio total del medicamento y la información sobre los cambios en el precio desde que se obtiene el primer medicamento para cada reclamación de medicamento con receta de la misma cantidad.
- **Medicamentos con receta alternativos de menor costo disponibles.** Esto muestra información sobre otros medicamentos disponibles con costos compartidos menores para cada reclamación de medicamentos con receta, si corresponde.

Sección 3.1 Ayúdenos a mantener al día nuestra información sobre sus pagos de los medicamentos

Para hacer un seguimiento de los costos de sus medicamentos y de los pagos que efectúa por estos, utilizamos los registros que recibimos de las farmacias. Puede ayudarnos a mantener su información correcta y actualizada de la siguiente manera:

- **Muestre su tarjeta de miembro cada vez que surta una receta.** Esto ayuda a garantizar que conocemos las recetas que surte y lo que paga.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** Es posible que, en ocasiones, usted deba pagar el costo total de un medicamento con receta. En estos casos, no recibiremos automáticamente la información que necesitamos para mantener un registro de los costos que paga de su bolsillo. Para ayudarnos a mantener un registro de los costos que paga de su bolsillo, proporciónenos copias de sus recibos. **Ejemplos de cuándo debe darnos copias de sus recibos de medicamentos:**
 - Cuando usted compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuento que no sea parte del beneficio de nuestro plan.
 - Cuando paga un copago por los medicamentos que se proporcionan en virtud de un programa de asistencia del fabricante del medicamento para el paciente.
 - Cada vez que compre medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red o pague el precio total de un medicamento cubierto en circunstancias especiales.
 - Si se le factura por un medicamento cubierto, puede pedirle a nuestro plan que pague la parte que nos corresponde del costo. Para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo, vaya a la Sección 2 del Capítulo 5.
- **Envíenos la información sobre los pagos que terceros realicen por usted.** Los pagos realizados por otras personas y organizaciones también se tienen en cuenta para los costos que paga de su bolsillo. Por ejemplo, en los costos que paga de su bolsillo se tienen en cuenta los pagos realizados por un Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP), por el Servicio de Salud Indígena y por las organizaciones benéficas. Lleve un registro de estos pagos y envíenoslo para que podamos hacer un seguimiento de sus costos.
- **Revise el informe que le enviamos por escrito.** Cuando reciba una *EOB de la Parte D*, analícela para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si considera que falta algo o tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Miembros al 1-800-926-6565 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Asegúrese de guardar estos informes.

SECCIÓN 4 La Etapa del deducible

La Etapa del deducible es la primera etapa de pago para su cobertura de medicamentos. Pagará un deducible anual de \$700 que se aplica a los medicamentos de Nivel 1 (genéricos preferidos), Nivel 2 (genéricos), Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos), Nivel 4 (medicamentos no preferidos) y Nivel 5 (nivel especializado). **Debe pagar el costo total de sus medicamentos de Nivel 1 (genéricos preferidos), Nivel 2 (genéricos), Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos), Nivel 4 (medicamentos no preferidos) y Nivel 5 (nivel especializado)** hasta que alcance el monto deducible de nuestro plan. Para todos los demás medicamentos, no tendrá que pagar ningún deducible. En general, el **costo completo** es menor que el precio normal del medicamento, ya que nuestro plan negoció costos menores para la mayoría de los medicamentos en farmacias de la red. El costo total no puede exceder el precio justo máximo más las tarifas de dispensación de los medicamentos con precios negociados según el Programa de Negociación de Precios de Medicamentos de Medicare.

Una vez que haya pagado \$700 por sus medicamentos de Nivel 1 (genéricos preferidos), Nivel 2 (genéricos), Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos), Nivel 4 (medicamentos no preferidos) y Nivel 5 (nivel especializado), abandona la Etapa del deducible y pasa a la Etapa de cobertura inicial.

SECCIÓN 5 La Etapa de cobertura inicial

Sección 5.1	Lo que paga por un medicamento depende del medicamento y de dónde obtiene los medicamentos con receta
--------------------	--

Durante la Etapa de cobertura inicial, nuestro plan paga su parte del costo de sus medicamentos cubiertos y usted paga su parte (su monto de copago o coseguro). La parte que le corresponde del costo varía según el medicamento y de dónde surta su receta.

Nuestro plan tiene seis niveles de costos compartidos

Cada medicamento de la Lista de medicamentos de nuestro plan se encuentra en uno de los seis niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el monto del nivel de costo compartido, mayor será el costo de su medicamento:

- El Nivel 1, nuestro nivel de costos compartidos más bajo, incluye medicamentos genéricos preferidos.
- El Nivel 2, el próximo nivel, incluye medicamentos genéricos. El monto de costos compartidos es mayor que para los medicamentos del Nivel 1.
- El Nivel 3, el próximo nivel, incluye medicamentos de marca preferidos y algunos medicamentos genéricos. El monto de costos compartidos para los medicamentos de este nivel es mayor que para los medicamentos del Nivel 2. Usted paga hasta \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.

- El Nivel 4, el próximo nivel, incluye medicamentos no preferidos y algunos medicamentos genéricos. El monto de costos compartidos para los medicamentos de este nivel es mayor que para los medicamentos del Nivel 3. Usted paga hasta \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.
- El Nivel 5, el próximo nivel, incluye medicamentos genéricos y de marca especializados. Los medicamentos especializados son medicamentos de muy alto costo. Los medicamentos de Nivel 5 tienen el mayor monto de costos compartidos. Usted paga hasta \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.
- El Nivel 6, el último nivel, incluye medicamentos de atención selecta. Los medicamentos de atención selecta son ciertos medicamentos genéricos utilizados para tratar la diabetes, la hipertensión y el colesterol alto. No hay costos compartidos para los medicamentos de este nivel en la Etapa de cobertura inicial.

Para saber en qué nivel de costo compartido se encuentra su medicamento, búsquelo en la Lista de medicamentos de nuestro plan.

Sus opciones de farmacia

El monto que usted paga por un medicamento depende de dónde lo obtiene:

- Una farmacia minorista de la red.
- Una farmacia fuera de la red de nuestro plan. Cubrimos medicamentos con receta obtenidos en farmacias fuera de la red solamente en situaciones limitadas. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 3 para averiguar cuándo cubriremos un medicamento con receta obtenido en una farmacia fuera de la red.
- La farmacia de pedidos por correo de nuestro plan.

Para obtener más información sobre las opciones de farmacias y cómo obtener sus medicamentos con receta, consulte el Capítulo 3 y el *Directorio de farmacias* del plan en <https://providersearch.floridablue.com/>.

Sección 5.2 Sus costos por un suministro de *un mes* de un medicamento cubierto

Durante la Etapa de cobertura inicial, su parte del costo de un medicamento cubierto será un copago o un coseguro.

El importe del copago o del coseguro depende del nivel de participación en los gastos. A veces, el costo del medicamento es menor que su copago. En estos casos, usted paga el precio más bajo del medicamento en lugar del copago.

Sus costos por el suministro de *un mes* de un medicamento cubierto por la Parte D

	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (un suministro para 31 días como máximo)	Costo compartido para pedidos por correo (un suministro para 31 días como máximo)	Costo compartido de atención a largo plazo (LTC) (un suministro para 31 días como máximo)	Costos compartidos fuera de la red (La cobertura se limita a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 3 para obtener más detalles) (hasta un suministro de 31 días).
Nivel				
Nivel 1 de costo compartido (Medicamentos genéricos preferidos)	Copago de \$4	Copago de \$4	Copago de \$4	Copago de \$4
Nivel 2 de costo compartido (Medicamentos genéricos)	Copago de \$8	Copago de \$8	Copago de \$8	Copago de \$8
Nivel 3 de costo compartido (Medicamentos de marca preferidos)	Coseguro del 19%	Coseguro del 19%	Coseguro del 19%	Coseguro del 19%
Nivel 4 de costo compartido (medicamentos no preferidos)	Coseguro del 32%	Coseguro del 32%	Coseguro del 32%	Coseguro del 32%
Nivel 5 de costo compartido (Nivel especializado)	Coseguro del 25%	Coseguro del 25%	Coseguro del 25%	Coseguro del 25%

	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (un suministro para 31 días como máximo)	Costo compartido para pedidos por correo (un suministro para 31 días como máximo)	Costo compartido de atención a largo plazo (LTC) (un suministro para 31 días como máximo)	Costos compartidos fuera de la red (La cobertura se limita a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 3 para obtener más detalles) (hasta un suministro de 31 días).
Nivel				
Nivel 6 de costo compartido (Medicamentos de atención selecta)	Copago de \$4	Copago de \$4	Copago de \$4	Copago de \$4

No pagará más de \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de gastos compartidos, aunque no haya pagado el deducible.

Consulte la Sección 7 de este capítulo para obtener más información sobre los costos compartidos de las vacunas de la Parte D.

Sección 5.3

Si su médico le receta un suministro para menos de un mes completo, es posible que no deba pagar el costo del suministro del mes completo

Por lo general, el monto que paga por un medicamento con receta cubre el suministro para un mes completo. Es posible que, en ocasiones, a usted o a su médico les gustaría tener un suministro de un medicamento para menos de un mes (por ejemplo, cuando prueba por primera vez un medicamento). También puede pedirle a su médico que le recete y a su farmacéutico que le entregue un suministro para menos de un mes completo de sus medicamentos, si esto lo ayuda a planificar mejor las fechas de resurtido.

Si recibe un suministro para menos de un mes completo de ciertos medicamentos, usted no tendrá que pagar el suministro del mes completo.

- Si usted es responsable de pagar un coseguro, paga un *porcentaje* del costo total del medicamento. Dado que el coseguro se basa en el costo total del medicamento, el costo será menor ya que el costo total del medicamento será menor.

- Si usted es responsable de pagar un copago por el medicamento, solo pagará por la cantidad de días del medicamento que recibe en lugar de un mes completo. Calcularemos la cantidad que paga por día por su medicamento (*el porcentaje de costo compartido diario*) y lo multiplicaremos por la cantidad de días del medicamento que recibe.

Sección 5.4 Sus costos por un suministro a largo plazo (hasta 90 días) de un medicamento cubierto por la Parte D

Para algunos medicamentos, puede obtener un suministro a largo plazo (también denominado *suministro extendido*). Un suministro a largo plazo es de hasta 90 días.

A veces, el costo del medicamento es menor que su copago. En estos casos, usted paga el precio más bajo del medicamento en lugar del copago.

Sus costos por un suministro a largo plazo de un medicamento cubierto por la Parte D:

Nivel	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (un suministro para 90 días como máximo)	Costo compartido para pedidos por correo (un suministro para 90 días como máximo)
Nivel 1 de costo compartido (Medicamentos genéricos preferidos)	Copago de \$12	Copago de \$12
Nivel 2 de costo compartido (Medicamentos genéricos)	Copago de \$24	Copago de \$24
Nivel 3 de costo compartido (Medicamentos de marca preferidos)	Coseguro del 19%	Coseguro del 19%
Nivel 4 de costo compartido (medicamentos no preferidos)	Coseguro del 32%	Coseguro del 32%
Nivel 5 de costo compartido (Nivel especializado)	El suministro a largo plazo no se encuentra disponible para los medicamentos del Nivel 5.	El suministro a largo plazo no se encuentra disponible para los medicamentos del Nivel 5.
Nivel 6 de costo compartido (Medicamentos de atención selecta)	Copago de \$12	Copago de \$12

No pagará más de \$105 por un suministro de hasta 3 meses de cada producto de insulina cubierto independientemente del nivel de costo compartido, incluso si no ha pagado su deducible.

Sección 5.5 Permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que los costos que paga de su bolsillo para el año alcancen los \$2,400

Permanecerá en la Etapa de cobertura inicial hasta que los costos que paga de su bolsillo alcancen los \$2,400. Luego pasa a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

La *EOB de la Parte D* que recibe le ayudará a hacer un seguimiento de lo que usted, nuestro plan y cualquier tercero han gastado en su nombre durante el año. No todos los miembros alcanzarán el límite de costos que paga de su bolsillo de \$2,400 en un año.

Le informaremos cuando alcance este monto. Consulte la Sección 1.3 para obtener más información sobre cómo calcula Medicare los costos que paga de su bolsillo.

SECCIÓN 6 La Etapa de cobertura en situaciones catastróficas

En la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D. Entra en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas cuando los costos que paga de su bolsillo alcanzan el límite de \$2,400 para el año calendario. Una vez que está en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, permanecerá en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.

- Durante esta etapa de pago, no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

SECCIÓN 7 Lo que usted paga por las vacunas de la Parte D

Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas: algunas vacunas se consideran beneficios médicos y están cubiertas por la Parte B. Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas enumeradas en la Lista de medicamentos de nuestro plan. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo para usted, incluso si no ha pagado su deducible. Consulte la Lista de medicamentos de su plan o comuníquese con Servicios para Miembros al 1-800-926-6565 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener detalles sobre la cobertura y los costos compartidos de vacunas específicas.

Existen 2 partes de nuestra cobertura de vacunas de la Parte D:

- La primera parte es el costo de **la vacuna en sí**.
- La segunda parte es el costo de **poner la vacuna**. (A veces, a esto también se lo denomina administración de la vacuna).

Sus costos para la vacuna de la Parte D dependen de 3 cosas:

1. **Si la vacuna está recomendada para adultos por una organización llamada Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación (ACIP).**

- El ACIP recomienda la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, sin ningún costo para usted.

2. **Dónde obtener la vacuna.**

- La vacuna en sí puede ser suministrada por una farmacia o brindada por el consultorio del médico.

3. **Quién le administra la vacuna.**

- Un farmacéutico u otro proveedor puede administrar la vacuna en la farmacia. O bien, un proveedor puede administrarla en el consultorio del médico.

Lo que usted paga en el momento en que se le administra la vacuna de la Parte D puede variar según las circunstancias y cuál es la **etapa de pago de medicamentos** en la que se encuentra.

- Cuando reciba una vacuna, es posible que deba pagar el costo total por la vacuna en sí y por el proveedor que se la administra. Puede solicitarle a nuestro plan que le devuelva la parte que le corresponde pagar del costo. Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, esto significa que se le reembolsará el costo total que pagó.
- En otras ocasiones, cuando reciba una vacuna, solo pagará la parte del costo que le corresponde según su beneficio de la Parte D. La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos no tienen ningún costo para usted.

A continuación, se muestran 3 ejemplos de maneras en que podría adquirir una vacuna de la Parte D.

Situación 1: Recibe la vacuna de la Parte D en una farmacia de la red. (Tener esta opción o no depende de dónde usted viva. Algunos estados no permiten que las farmacias administren determinadas vacunas).

- La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos no tienen ningún costo para usted.
- Para otras vacunas de la Parte D, usted le paga a la farmacia su coseguro O copago por la vacuna en sí, que incluye el costo de su administración.
- Nuestro plan paga el resto de los costos.

Situación 2: Recibe la vacuna de la Parte D en el consultorio de su médico.

- Cuando reciba la vacuna, es posible que deba pagar el costo total por la vacuna en sí y por el proveedor que se la administra.
- Podrá pedirle a nuestro plan que le pague la parte que le corresponde del costo mediante los procedimientos descritos en el Capítulo 5.
- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, se le reembolsará el monto total que pagó. Para otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará el monto que pagó, menos el coseguro O copago por la vacuna (incluida la administración) y menos la diferencia que exista entre el monto que cobre el médico y lo que normalmente pagamos. (Si recibe Ayuda Adicional, le reembolsaremos esta diferencia).

Situación 3: Compra la vacuna de la Parte D en la farmacia de la red y la lleva al consultorio de su médico, donde se la administrará.

- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, no paga nada por la vacuna en sí.
- Para otras vacunas de la Parte D, usted le paga a la farmacia su coseguro O copago por la vacuna en sí.
- Cuando su médico le administre la vacuna, es posible que deba pagar el costo total por este servicio.
- Podrá pedirle a nuestro plan que le pague la parte que le corresponde del costo mediante los procedimientos descritos en el Capítulo 5.
- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, se le reembolsará el monto total que pagó. Para otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará el monto que pagó, menos el coseguro para la administración de la vacuna.
- Se le reembolsará el monto que le cobra el médico por administrar la vacuna menos cualquier diferencia entre el monto que cobra el médico y lo que pagamos normalmente. (Si recibe Ayuda Adicional, le reembolsaremos esta diferencia).

CAPÍTULO 5:

Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de los medicamentos cubiertos

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos nuestra parte por medicamentos cubiertos

A veces, cuando recibe un medicamento con receta, es posible que deba pagar el costo total. Otras veces, puede encontrar que paga más de lo que esperaba según las reglas de cobertura de nuestro plan o que puede recibir una factura de un proveedor. En estos casos, puede pedir a nuestro plan que le devuelva el dinero (reembolse). Tiene derecho a que nuestro plan le devuelva el dinero siempre que haya pagado más de lo que le corresponde del costo por los medicamentos cubiertos por nuestro plan. Es posible que haya plazos que deberá cumplir para obtener el reembolso. Consulte la Sección 2 de este capítulo.

Ejemplos de situaciones en las que puede necesitar pedirle a nuestro plan que le devuelva el dinero o que pague una factura que recibió:

1. Cuando utiliza una farmacia fuera de la red para surtir una receta

Si acude a una farmacia fuera de la red, es posible que la farmacia no pueda presentarnos la reclamación directamente. Cuando eso sucede, usted tiene que pagar el costo total de su receta.

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso de la parte que nos corresponde del costo. Recuerde que solo cubrimos farmacias fuera de la red en circunstancias limitadas. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 3 para conocer estas circunstancias. Es posible que no le reembolsemos la diferencia entre lo que pagó por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el monto que pagaríamos en una farmacia de la red.

2. Cuando usted paga el costo total de un medicamento con receta porque no tiene a mano su tarjeta de membresía del plan

Si no tiene a mano la tarjeta de membresía de nuestro plan, puede solicitar a la farmacia que llame a nuestro plan o que busque su información de inscripción. Sin embargo, si la farmacia no puede obtener la información de inscripción que necesita de inmediato, es posible que usted tenga que pagar el costo total de la receta.

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso de la parte que nos corresponde del costo. Es posible que no le reembolsemos el costo total que pagó si el precio en efectivo que pagó es mayor que nuestro precio negociado por la receta.

3. Cuando usted paga el costo total de un medicamento con receta en otras situaciones

Usted puede pagar el costo total del medicamento con receta porque se da cuenta de que el medicamento no está cubierto por alguna razón.

- Por ejemplo, es posible que el medicamento no esté en la Lista de medicamentos de nuestro plan, o podría tener un requisito o una restricción que usted no sabía o no cree que deba aplicarse a su caso. Si usted decide obtener el medicamento de inmediato, es posible que deba pagar su costo total.
- Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso. En algunas situaciones, es posible que necesitemos obtener más información de su médico para devolverle nuestra parte del costo. Es posible que no le reembolsemos el costo total que pagó si el precio en efectivo que pagó es mayor que nuestro precio negociado por la receta.

4. Si se inscribió retroactivamente en nuestro plan

A veces, la inscripción de una persona en nuestro plan es retroactiva. (Esto significa que el primer día de la inscripción ya había pasado. La fecha de inscripción pudo incluso haber sido el año anterior).

Si se inscribió retroactivamente en nuestro plan y pagó de su bolsillo por sus medicamentos después de la fecha de inscripción, puede solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde. Deberá enviarnos la documentación correspondiente para que administremos el reembolso.

5. Cuando pague el costo total de una vacuna cubierta por su beneficio de la Parte D

Si va al consultorio de su médico para obtener una vacuna cubierta en virtud de su beneficio de farmacia, es posible que deba pagar el costo total de la vacuna y la tarifa que le cobra su médico para colocarle la vacuna. Puede solicitarnos que le devolvamos la parte que nos corresponde pagar del costo.

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso. En algunas situaciones, puede ser necesario obtener más información de su médico para reembolsarle nuestra parte del costo.

Cuando nos envíe una solicitud de pago, la revisaremos y decidiremos si el medicamento está cubierto. Esto se denomina tomar una **decisión de cobertura**. Si decidimos que debe estar cubierto, pagaremos nuestra parte del costo del medicamento. Si denegamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión. En el Capítulo 7, hay información sobre cómo presentar una apelación.

SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos el reembolso

Puede solicitarnos que le reembolsemos *llamándonos por teléfono o enviándonos una solicitud por escrito*. Si envía una solicitud por escrito, envíe el recibo para documentar el pago que ha realizado. Es buena idea hacer una copia de los recibos para sus registros. **Debe presentarnos su reclamación en un plazo de 36 meses** a partir de la fecha en que recibió el artículo o el medicamento.

Para asegurarse de que nos está entregando toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede completar nuestro formulario de reclamaciones para realizar su solicitud de pago.

- No es necesario que utilice el formulario, pero nos ayudará a procesar la información más rápido.
- Descargue una copia del formulario de nuestro sitio web en www.floridablue.com/medicare o llame a Servicios para Miembros al 1-800-926-6565 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y pida el formulario.

Envíenos por correo su solicitud de pago junto con cualquier factura o recibo pagado a esta dirección:

Prime Therapeutics (Med-D)
P.O. Box 20970
Lehigh Valley, PA 18002-0970

SECCIÓN 3 Analizaremos su solicitud de pago y le informaremos sobre nuestra decisión

Cuando recibamos su solicitud de pago, le informaremos si necesitamos que nos proporcione información adicional. De lo contrario, consideraremos su solicitud y tomaremos una decisión de cobertura.

- Si decidimos que el medicamento está cubierto y que usted ha cumplido todas las reglas, pagaremos nuestra parte del costo. Es posible que nuestra parte del costo no sea el monto total que pagó (por ejemplo, si obtuvo un medicamento en una farmacia fuera de la red o si el precio

en efectivo que pagó por un medicamento es mayor que nuestro precio negociado). Si ya pagó por el medicamento, le enviaremos por correo el reembolso de nuestra parte del costo.

- Si decidimos que el medicamento *no* está cubierto, o que usted *no* siguió todas las reglas, no pagaremos nuestra parte del costo. Le enviaremos una carta en la que se le explican las razones por las que no le estamos enviando el pago y su derecho a apelar esa decisión.

Sección 3.1	Si le informamos que no pagaremos la totalidad o parte de la atención médica o medicamento, puede presentar una apelación
--------------------	--

Si cree que cometimos un error al rechazar su solicitud de pago o el monto que pagamos, puede presentar una apelación. Si usted presenta una apelación, significa que nos está pidiendo que cambiemos la decisión que tomamos al rechazar su solicitud de pago. El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Para obtener detalles sobre cómo presentar esta apelación, consulte el Capítulo 7.

CAPÍTULO 6:

Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1 **Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales**

Sección 1.1	Debemos proporcionarle información de una manera adecuada y de acuerdo con su idiosincrasia cultural (en idiomas diferentes al inglés, en Braille, en letra grande, en otros formatos alternativos, etc.)
--------------------	--

Nuestro plan tiene la obligación de garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se presten de forma culturalmente competente y sean accesibles a todos los inscritos, incluidos los que tienen un dominio limitado del inglés, una capacidad limitada de lectura, una incapacidad auditiva o un origen cultural y étnico diverso. Ejemplos de cómo nuestro plan puede cumplir con estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros, suministro de servicios del traductor, servicios de interpretación, teletipos o TTY (teléfono para mensajes o teléfono de teletipo).

Nuestro plan cuenta con servicios de interpretación gratuitos disponibles para responder las preguntas de los miembros que no hablan inglés. También podemos brindarle información en otros idiomas además del inglés, incluidos español y braille, letra grande u otros formatos alternativos sin costo si los necesita. Tenemos la obligación de brindarle información sobre los beneficios de nuestro plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted. Para obtener información sobre nosotros de una manera que sea conveniente para usted, llame a Servicios para Miembros al 1-800-926-6565 (usuarios de TTY al 711).

Si tiene alguna dificultad para obtener información sobre nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, llámenos para presentar una queja ante el Departamento de Apelaciones y Quejas de Florida Blue al 1-800-926-6565. También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

Section 1.1 We must provide information in a way that works for you and consistent with your cultural sensitivities (in languages other than English, braille, large print, or other alternate formats, etc.)

Our plan is required to ensure that all services, both clinical and non-clinical, are provided in a culturally competent manner and are accessible to all enrollees, including those with limited English proficiency, limited reading skills, hearing incapacity, or those with diverse cultural and ethnic backgrounds. Examples of how our plan may meet these accessibility requirements include, but aren't limited to, provision of translator services, interpreter services, teletypewriters, or TTY (text telephone or teletypewriter phone) connection.

Our plan has free interpreter services available to answer questions from non-English speaking members. We can also give you information in languages other than English including Spanish and braille, large print, or other alternate formats at no cost if you need it. We're required to give you information about our plan's benefits in a format that's accessible and appropriate for you. To get information from us in a way that works for you, call Member Services at 1-800-926-6565 (TTY users call 711).

If you have any trouble getting information from our plan in a format that's accessible and appropriate for you, call to file a grievance with Florida Blue Appeals and Grievance Department at 1-800-926-6565. You can also file a complaint with Medicare by calling 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) or directly with the Office for Civil Rights at 1-800-368-1019 or TTY 1-800-537-7697.

Sección 1.2 Debemos asegurarnos de que tiene acceso oportuno a los medicamentos cubiertos

Tiene derecho a obtener sus medicamentos con receta o a resurtirlos en cualquiera de las farmacias de nuestra red, sin demoras prolongadas. Si considera que no está recibiendo sus medicamentos de la Parte D en un plazo de tiempo razonable, en el Capítulo 7 se le informa qué puede hacer.

Sección 1.3 Debemos proteger la privacidad de su información personal de salud

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de su historia clínica y su información personal de salud. Protegemos su información personal de salud según lo exigido por estas leyes.

- Su información personal de salud incluye la información personal que nos suministró cuando se inscribió en este plan, así como su historia clínica y otra información médica y de salud.
- Usted tiene derechos relacionados con su información y la forma en que se utiliza su información de salud. Le enviamos un aviso por escrito, que se denomina *Aviso sobre prácticas de privacidad*, en el que se le informa sobre estos derechos y se le explica cómo protegemos la privacidad de la información de salud.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información de salud?

- Nos aseguramos de que personas no autorizadas no vean ni cambien sus registros.
- Excepto por las circunstancias indicadas a continuación, si nuestra intención es proporcionarle su información de salud a otra persona que no le brinda atención ni paga por ella, *tenemos la obligación de pedirle su autorización por escrito a usted o a alguien a quien usted le haya dado el poder legal de tomar decisiones por usted primero.*
- Hay ciertas excepciones que no nos obligan a obtener antes su permiso por escrito. Estas excepciones las permite o exige la ley.
 - Se nos exige dar a conocer información de salud a agencias gubernamentales que controlan la calidad de la atención.
 - Dado que usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, se nos exige proporcionarle a Medicare su información de salud, incluida la información acerca de sus medicamentos de la Parte D. Si Medicare publica su información para investigación u otros usos, esto se hará de acuerdo con los estatutos y las reglamentaciones federales; por lo general, esto requiere que la información que lo identifica de manera única no sea compartida.

Usted puede ver la información en sus registros y saber cómo ha sido compartida con otros

Usted tiene derecho a ver su historia clínica, guardada en nuestro plan, y a obtener una copia de sus registros. Tenemos permitido cobrarle una tarifa por hacer copias. También tiene derecho a pedirnos que agreguemos información o corrijamos su historia clínica. Si nos solicita que lo hagamos, trabajaremos con su proveedor de atención médica para decidir si se deben hacer los cambios.

Usted tiene derecho a saber cómo se ha compartido su información de salud con otros para fines que no son de rutina.

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su información personal de salud, llame a Servicios para Miembros al 1-800-926-6565 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

AVISO SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

EN ESTE AVISO, SE DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. REVÍSELO DETENIDAMENTE.

Este Aviso tiene vigencia desde el 1 de febrero de 2026.

Entendemos la importancia de mantener la privacidad de su información de salud protegida (PHI) y estamos comprometidos con ello. La PHI es información financiera, privada, de salud y personal que puede utilizarse razonablemente para identificarlo y que mantenemos en el curso normal de administrar el plan de salud del grupo autoasegurado de su empleador o de brindarle cobertura de atención médica asegurada y otros servicios. La PHI también incluye su información de identificación personal que podemos recopilar de usted en relación con el proceso de solicitud e inscripción para la cobertura del seguro de salud.

Las leyes federales y estatales aplicables nos exigen que mantengamos la privacidad de su PHI. También tenemos la obligación de brindarle este aviso en el que se describen nuestras prácticas de privacidad, nuestros deberes legales y sus derechos relativos a su PHI. Debemos seguir las prácticas de privacidad que se describen en este Aviso mientras esté en vigencia.

Nos reservamos el derecho a modificar en cualquier momento nuestras prácticas de privacidad y los términos de este Aviso, y a hacer que los términos de nuestro Aviso revisado sean efectivos para toda su PHI que mantengamos actualmente o que podamos mantener en el futuro. Si hacemos un cambio significativo en nuestras prácticas de privacidad, publicaremos un Aviso revisado en nuestro sitio web antes de la fecha de entrada en vigencia, y proporcionaremos el Aviso revisado, o información sobre el cambio y cómo obtener el Aviso revisado, a las personas cubiertas en nuestra próxima correspondencia anual.

Cómo protegemos su PHI:

- Nuestros empleados están capacitados en nuestras políticas y procedimientos de privacidad y protección de datos.
- Usamos medidas de seguridad administrativas, físicas y técnicas para ayudar a mantener la privacidad y la seguridad de su PHI.
- Tenemos políticas y procedimientos en curso para restringir el uso de su PHI por parte de nuestros empleados a aquellos que están autorizados a acceder a esta información con fines de tratamiento o pago, o para realizar ciertas operaciones de atención de la salud.
- Nuestra división de Ética Empresarial, Integridad y Cumplimiento monitorea cómo seguimos nuestras políticas y procedimientos de privacidad.

Cómo debemos divulgar su PHI:

- **A usted:** Le daremos a conocer su PHI a usted o a alguien que tenga el derecho legal para actuar en su nombre (su representante personal) a fin de administrar sus “Derechos individuales” en virtud de este Aviso.
- **A la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS):** De ser necesario, divulgaremos su PHI al HHS para garantizar que se protejan sus derechos de privacidad.
- **Según lo exija la ley:** Divulgaremos su PHI cuando así lo exija la ley.

Cómo podemos usar y divulgar su PHI sin su autorización por escrito:

Podemos utilizar y divulgar su PHI sin su autorización por escrito de varias maneras diferentes en relación con su tratamiento, el pago de su atención médica y nuestras operaciones de atención médica. Cuando utilicemos o divulguemos su PHI, o solicitemos su PHI a otra entidad, haremos todos los esfuerzos razonables para limitar dicho uso, divulgación o solicitud, en la medida de lo posible, al mínimo necesario para lograr la finalidad prevista de dicho uso, divulgación o solicitud. Los siguientes son solo unos pocos ejemplos de los tipos de usos y divulgaciones de su PHI que podemos hacer sin su autorización por escrito.

- **Para tratamientos:** Podemos utilizar y divulgar su PHI, según sea necesario, para ayudar en su tratamiento o la coordinación de su atención. Por ejemplo, podemos divulgar su PHI a médicos, dentistas, hospitales u otros proveedores de atención médica para que puedan brindarle tratamiento.
- **Para pagos:** Podemos utilizar y divulgar su PHI para administrar su contrato o la política de beneficios de salud. Por ejemplo, es posible que utilicemos y divulguemos su PHI para pagar las reclamaciones por los servicios prestados a usted por médicos, dentistas u hospitales. Podemos divulgar su PHI a un proveedor de atención médica u otro plan de salud para que el proveedor o plan pueda obtener el pago de una reclamación o realizar otras actividades de pago.
- **A la familia, los amigos y otros para el tratamiento o el pago:** Nuestra divulgación de su PHI para los fines de tratamiento y pago antes descritos puede incluir su divulgación a otras personas que estén involucradas en su atención o la administración de su política o contrato de beneficios de la salud. Por ejemplo, podemos divulgar su PHI a sus familiares, amigos o cuidadores si usted nos indica que lo hagamos o si ejercemos juicio profesional y determinamos que están involucrados en su atención o en la administración de su política de beneficios de salud. Podemos enviar una explicación de beneficios al titular de la póliza, que puede incluir las reclamaciones pagadas y otra información. Podemos determinar que las personas están involucradas en su atención o en la administración de su política de beneficios de salud si usted está de acuerdo o no objeta la divulgación de su PHI a dichas personas cuando se le brinda una oportunidad. En una emergencia o en situaciones en las que usted está incapacitado o no presente de otra forma, podemos divulgar su PHI a sus familiares, amigos, cuidadores u otros, cuando las circunstancias indiquen que dicha divulgación está autorizada por usted y le conviene. En estas situaciones, solo divulgaremos su PHI relevante a la participación de la otra persona en su atención o en la administración de su política de beneficios de salud.
- **Para operaciones de atención médica:** Podemos utilizar y divulgar su PHI para respaldar otras actividades comerciales. Por ejemplo, podemos utilizar o divulgar su PHI para llevar a cabo actividades de evaluación y mejora de la calidad, para llevar a cabo investigaciones de fraude y abuso, para coordinar la atención o administrar casos, o para comunicarnos con usted acerca de beneficios, productos o servicios relacionados con la salud o alternativas de tratamiento que puedan ser de su interés. También podemos divulgar su PHI a otra entidad sujeta a las leyes federales de privacidad, siempre que la entidad tenga o haya tenido una relación con usted y la PHI se divulgue únicamente para determinadas operaciones de atención médica de ese proveedor, plan u otra entidad. Podemos utilizar y divulgar su PHI según sea necesario para llevar a cabo o coordinar servicios legales, auditorías u otras funciones. También podemos utilizar

y revelar su PHI para realizar actividades de suscripción; sin embargo, se nos prohíbe usar o divulgar su información genética para fines de suscripción de seguros.

- **A socios comerciales para tratamiento, pago u operaciones de atención médica:** Cuando utilicemos su PHI para el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica descritas anteriormente (o para otros usos o divulgaciones descritos en este Aviso), es posible que debamos divulgar su PHI a determinadas personas o entidades con las que hayamos firmado un contrato para dar o prestar determinados servicios en nuestro nombre (socios comerciales). Podemos permitir que nuestros socios comerciales creen, reciban, mantengan o transmitan su PHI en nuestro nombre para que el socio comercial nos brinde servicios, o para la gestión y administración adecuadas del mismo, o para que cumpla con las responsabilidades legales del socio comercial. Estos asociados comerciales incluyen abogados, contadores, consultores, consorcios de reclamaciones y otros terceros. Nuestros socios comerciales pueden reenviar su PHI a subcontratistas a fin de que estos subcontratistas les presten servicios. Estos subcontratistas estarán sujetos a las mismas restricciones y condiciones que se aplican a los socios comerciales. Siempre que dicho acuerdo con un socio comercial implique el uso o la divulgación de su PHI, firmaremos un contrato con nuestro socio comercial que incluirá términos destinados a proteger la privacidad de su PHI.
- **Para salud y seguridad pública:** Podemos utilizar o divulgar su PHI en la medida necesaria para evitar una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad de usted o de otros. También podemos divulgar su PHI respecto de las actividades de negligencia de la salud pública y de atención médica del Gobierno y denunciar sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica a las autoridades gubernamentales.
- **Según lo permitido por la ley:** Es posible que usemos o divulguemos su PHI cuando la ley nos permita hacerlo.
- **Para procesos y procedimientos:** Podemos divulgar su PHI en respuesta a una orden judicial o administrativa, citación, solicitud de descubrimiento u otro proceso legal.
- **Actividad criminal o cumplimiento de la ley:** Podemos divulgar su PHI a un funcionario responsable del cumplimiento de la ley en relación con las víctimas del crimen y las actividades criminales. Podemos divulgar su PHI si creemos que el uso o la divulgación es necesario para prevenir o disminuir una amenaza grave e inminente para la salud y la seguridad de una persona o del público. También podemos divulgar su PHI si es necesario que las autoridades policiales identifiquen o detengan a una persona.
- **Funciones especiales del Gobierno:** Cuando se cumplen las condiciones adecuadas, es posible que utilicemos o divulguemos la PHI de personas que son personal de las Fuerzas Armadas (i) para actividades consideradas necesarias por las autoridades de mando militar correspondientes; (ii) para el propósito de la determinación por parte del Departamento de Asuntos de Veteranos de su elegibilidad para los beneficios; o (iii) a las autoridades militares extranjeras si usted es miembro de ese servicio militar extranjero. También podemos divulgar su PHI a funcionarios federales autorizados para realizar actividades de seguridad e inteligencia nacionales, incluida la prestación de servicios de protección al presidente u otros autorizados legalmente para recibir dicha protección gubernamental.
- **Reclusos:** Es posible que utilicemos o divulguemos su PHI si usted es un recluso de un centro de corrección y su médico creó o recibió su PHI en el curso de la prestación de atención para usted.

- **Para los patrocinadores del plan, si corresponde (incluidos los empleadores que actúan como patrocinadores del plan):** Es posible que divulguemos información de inscripción y cancelación de inscripción al patrocinador del plan de salud de su grupo. También podemos divulgar cierta PHI al patrocinador del plan para que realice las funciones de administración del plan. Podemos divulgar información de salud resumida al patrocinador del plan para que este pueda obtener las ofertas de la prima o decidir si enmienda, modifica o suspende su plan de salud grupal. Consulte los documentos de su plan, si procede, para obtener una explicación completa de los usos limitados y las divulgaciones que el patrocinador del plan puede hacer de su PHI para proporcionar las funciones de administración del plan para su plan de salud grupal.
- **Para médicos forenses, directores de funerarias y donaciones de órganos:** Podemos divulgar su PHI a un médico forense con fines de identificación, para determinar la causa de muerte o para que el médico forense realice otras tareas autorizadas por la ley. También podemos divulgar la PHI a un director de funeraria, según lo autorizado por la ley, con el fin de permitir que realice sus tareas. Podemos divulgar dicha información con una anticipación razonable de la muerte. La PHI puede usarse y divulgarse con fines de donación de tejidos, órganos, cuerpos u ojos.
- **Investigación:** Es posible que divulguemos su PHI a los investigadores cuando su investigación haya sido aprobada por una junta de revisión institucional que haya revisado los fines de la investigación y los protocolos establecidos para garantizar la privacidad de su PHI, o según lo permitido de otra manera por la ley federal de privacidad.
- **Recaudación de fondos:** Podemos usar su PHI para comunicarnos con usted con el fin de recaudar fondos para nuestro beneficio. Tiene derecho a no recibir estas comunicaciones.
- **Conjuntos de datos limitados e información anónima:** Podemos usar o divulgar su PHI para crear un conjunto de datos limitado o información anónima, y para usar y divulgar dicha información según lo permitido por la ley.
- **Para la indemnización laboral:** Podemos divulgar su PHI según lo permitido por la indemnización laboral y leyes similares.

Usos y divulgaciones de PHI permitidos solo después de recibir la autorización:

Obtendremos su autorización por escrito, como se describe a continuación, para: (i) los usos y las divulgaciones de su PHI con fines de comercialización, incluidas las comunicaciones de tratamiento subvencionado (excepto ciertas actividades permitidas por la ley federal de privacidad, como las comunicaciones cara a cara o los regalos promocionales de valor nominal); (ii) divulgaciones de su PHI que constituyan una venta de PHI según la ley federal de privacidad y que requieran su autorización; y (iii) otros usos y divulgaciones de su PHI no descritos en este Aviso.

También hay otras leyes federales y estatales que pueden restringir aún más nuestra divulgación de cierta PHI (en la medida en que mantengamos dicha información) que se considere altamente confidencial.

Nuestra intención es cumplir con los requisitos de estas leyes de privacidad más rigurosas, y solo divulgaremos este tipo de PHI especialmente protegida mediante su autorización previa por escrito, excepto cuando la divulgación de esta información de nuestra parte esté permitida o requerida por la ley.

Registros de tratamiento de trastornos por consumo de sustancias:

Según lo dispuesto en la ley federal, no usaremos ni divulgaremos el contenido de sus registros protegidos de tratamiento para el trastorno por consumo de sustancias en procedimientos civiles, penales, administrativos o legislativos en su contra sin su consentimiento por escrito o una citación u otro mandato legal que vaya acompañado de una orden judicial especial que le brinde a usted o al titular del registro la oportunidad de ser escuchado.

Autorización:

Usted puede darnos una autorización por escrito para usar su PHI o divulgarla a cualquier persona con cualquier fin no permitido o requerido por la ley. Si nos da una autorización, puede revocarla por escrito en cualquier momento. Su revocación no afectará ningún uso o divulgación permitido por su autorización mientras estaba en vigencia. En caso de que usted esté incapacitado o no pueda responder a nuestra solicitud de autorización (por ejemplo, si es o se vuelve legalmente incapaz), podemos aceptar una autorización de cualquier persona que esté legalmente autorizada para dar dicha autorización en su nombre. Si comparte su PHI con personas ajenas a nuestra compañía, es posible que su PHI no esté sujeta a las leyes de privacidad estatales o federales que restringen su uso o divulgación.

Derechos individuales:

Para ejercer cualquiera de estos derechos, llame al número de servicio de atención al cliente que figura en su tarjeta de identificación.

- **Acceso:** Salvo excepciones limitadas, usted tiene derecho a examinar u obtener copias de su PHI. Es posible que le cobremos una tarifa razonable según lo permitido por la ley. Le entregaremos una copia de su PHI en la forma y el formato solicitados, si es fácilmente posible en dicha forma o formato o, si no, en forma de copia en papel legible o en el formato que hayamos acordado con usted. Cuando su PHI esté incluida en uno o más conjuntos de registros designados electrónicamente, usted tiene derecho a obtener una copia de dicha información en la forma y el formato electrónico solicitado, si es fácilmente posible en dicha forma y formato; o si no, en una forma y un formato electrónico legible según lo acordado por usted y nosotros.
- **Enmienda:** Salvo excepciones limitadas, usted tiene derecho a solicitar que enmendemos su PHI.
- **Responsabilidad de divulgación:** Usted tiene derecho a solicitar y recibir una lista de ciertas divulgaciones realizadas de su PHI. Si solicita esta lista más de una vez en un período de 12 meses, es posible que le cobremos una tarifa razonable según lo permitido por la ley para responder a cualquier solicitud adicional.
- **Restricción de uso/divulgación:** Usted tiene derecho a solicitar que restrinjamos nuestro uso o divulgación de su PHI para determinados fines. Estamos obligados a aceptar una solicitud para restringir la divulgación de su PHI a un plan de salud si usted nos envía la solicitud y: (i) la divulgación es con el fin de llevar a cabo operaciones de pago o de atención médica y no es requerida por la ley; y (ii) la PHI se refiere únicamente a un artículo o servicio de atención médica por el que usted, o una persona en su nombre que no sea el plan de salud, ha pagado a la entidad cubierta la totalidad de sus costos que paga de su bolsillo. Es posible que no estemos de acuerdo con todas las demás solicitudes de restricción y, en ciertos casos, podemos denegar su

solicitud. Aceptaremos restringir el uso o la divulgación de su PHI siempre que la ley lo permita y que consideremos que la restricción no afecta nuestra capacidad para administrar sus beneficios. Incluso cuando aceptamos una solicitud de restricción, aún podemos divulgar su PHI en una emergencia médica y utilizar o divulgar su PHI para la salud pública y la seguridad y otros fines de beneficios públicos similares permitidos o requeridos por la ley.

- **Comunicación confidencial:** Usted tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted en confidencia respecto de su PHI a una dirección alternativa. Cuando llame al número de servicio de atención al cliente que figura en su tarjeta de identificación para solicitar comunicaciones confidenciales en una dirección alternativa, solicite una "dirección de PHI". Nota: Si elige que se le envíen comunicaciones confidenciales a una dirección de PHI, solo responderemos a sus propias consultas. Si recibe servicios de cualquier proveedor de atención médica, usted es responsable de notificar a esos proveedores directamente si desea que ellos reciban una dirección de PHI.
- **Aviso de privacidad:** Tiene derecho a solicitar y recibir una copia de este aviso en cualquier momento. Para obtener más información o si tiene alguna pregunta sobre este Aviso, comuníquese con nosotros usando la información que se indica al final de este Aviso.
- **Incumplimiento:** Usted tiene derecho a recibir una notificación por escrito que señale un incumplimiento por el acceso, uso, adquisición o divulgación de su PHI no asegurada a una persona no autorizada como consecuencia de dicho incumplimiento, lo cual pone en peligro la seguridad o la privacidad de su PHI, y nosotros tenemos la obligación de enviarle dicha notificación. A menos que usted especifique por escrito que recibirá la notificación por correo electrónico, le proporcionaremos dicha notificación por escrito por correo de primera clase o, si es necesario, por otros medios de comunicación sustitutos permitidos por la ley.
- **Copia en papel:** Usted tiene derecho a recibir una copia impresa de este Aviso, a pedido, incluso si ha acordado recibir el Aviso electrónicamente.

Reclamos

Si le preocupa que podamos haber violado sus derechos de privacidad, puede reclamar ante nosotros usando la información de contacto indicada al final de este Aviso. También puede presentar un reclamo por escrito ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. Le proporcionaremos la dirección para el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. a pedido.

Respaldamos su derecho a proteger la privacidad de su PHI. No tomaremos represalias de ninguna manera si decide presentar un reclamo ante nosotros o ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.

Contacto: **Business Ethics, Integrity & Compliance**

Florida Blue
PO Box 44283
Jacksonville, FL 32203-4283
1-888-574-2583

Si usted desea una copia de esta notificación en español, por favor comuníquese con un representante de servicio al cliente utilizando el número telefónico indicado en su tarjeta de asegurado.

Sección 1.4 Debemos proporcionarle información acerca de nuestro plan, nuestra red de farmacias y sus medicamentos cubiertos

Como miembro de BlueMedicare Premier Rx (PDP), usted tiene derecho a obtener de nosotros varios tipos de información.

Si desea obtener cualquiera de los siguientes tipos de información, llame a Servicios para Miembros al 1-800-926-6565 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la condición económica de nuestro plan.
- **Información acerca de nuestras farmacias de la red.** Usted tiene derecho a obtener información sobre las calificaciones de las farmacias de nuestra red y cómo pagamos a las farmacias de nuestra red.
- **Información acerca de su cobertura y las reglas que debe seguir para usarla.** Los Capítulos 3 y 4 proporcionan información sobre la cobertura para medicamentos de la Parte D.
- **Información sobre los motivos por los que algo no está cubierto y lo que puede hacer al respecto.** En el Capítulo 7 se proporciona información sobre cómo solicitar una explicación por escrito sobre los motivos por los que un medicamento de la Parte D no está cubierto o si su cobertura está restringida. En el Capítulo 7 también se proporciona información sobre cómo solicitarnos que cambiemos una decisión, también denominada apelación.

Sección 1.5 Usted tiene derecho a conocer sus opciones de tratamiento y participar en las decisiones sobre su atención médica

Usted tiene derecho a dar instrucciones sobre lo que debe hacerse si no puede tomar decisiones médicas por usted mismo

A veces, las personas no pueden tomar decisiones sobre su atención médica por sí solas a causa de algún accidente o enfermedad grave. Usted tiene derecho a decir lo que desea que suceda si está en esta situación. Esto significa que, *si así lo desea*, puede realizar lo siguiente:

- Llenar un formulario por escrito para otorgarle **a una persona la autoridad legal para tomar decisiones médicas por usted**, en caso de que alguna vez no tenga la capacidad de tomar sus propias decisiones.
- **Darles a sus médicos instrucciones por escrito** acerca de cómo desea que manejen su atención médica en caso de que no tenga la capacidad para tomar decisiones por sí mismo.

Los documentos legales que puede usar para dar instrucciones por adelantado en estas situaciones se denominan **directivas anticipadas**. Los documentos como el **testamento vital** y **poder de representación para las decisiones de atención médica** son ejemplos de directivas anticipadas.

Cómo programar una directiva anticipada para dar instrucciones:

- **Obtenga un formulario.** Puede obtener un formulario de directivas anticipadas de su abogado o de un trabajador social, o puede conseguir uno en algunas tiendas de artículos para oficina. A veces, se pueden obtener formularios de directivas anticipadas de organizaciones que ofrecen información sobre Medicare.
- **Complete y firme el formulario.** Independientemente de dónde obtenga este formulario, es un documento legal. Considere solicitarle a un abogado que lo ayude a prepararlo.
- **Entregue copias del formulario a las personas adecuadas.** Entregue una copia del formulario a su médico y a la persona que nombre en el formulario que puede tomar decisiones por usted si usted no puede. Se recomienda entregar copias a algunos amigos cercanos o miembros de la familia. Guarde una copia en casa.

Si sabe con anticipación que deberá hospitalizarse y firmó las directivas anticipadas, **lleve una copia cuando vaya al hospital.**

- En el hospital, se le preguntará si firmó un formulario de directivas anticipadas y si lo lleva con usted.
- Si no firmó un formulario de directivas anticipadas, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntarán si desea firmar uno.

Completar una directiva anticipada es su elección (incluso si desea firmarla cuando está en el hospital). Según la ley, nadie puede denegar su atención ni puede discriminarlo por haber firmado o no directivas anticipadas.

Si no se siguen sus instrucciones

Si firmó una directiva anticipada y cree que un médico o el hospital no han respetado las instrucciones que allí menciona, puede presentar un reclamo en Agency for Health Care Administration, Division of Health Quality Assurance, 2727 Mahan Drive, Tallahassee, FL 32308.

Sección 1.6 Usted tiene derecho a presentar reclamos y pedirnos que reconsideremos las decisiones que tomamos

Si tiene algún problema, preocupación o reclamo y necesita solicitar cobertura o presentar una apelación, en el Capítulo 7 de este documento encontrará información sobre qué puede hacer.

Independientemente de lo que haga, ya sea solicitar una decisión de cobertura, presentar una apelación o un reclamo, **tenemos la obligación de brindarle un trato justo.**

Sección 1.7 Si considera que está siendo tratado de manera injusta o que no se respetan sus derechos

Si cree que se lo ha tratado de manera injusta o que sus derechos no se han respetado debido a su raza, discapacidad, religión, sexo, salud, etnia, credo (creencias), edad o nacionalidad, llame a la **Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos** al 1-800-368-1019 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697), o llame a su Oficina local de Derechos Civiles.

Si cree que recibió un trato injusto o que sus derechos no se respetaron, y *no* se trata de un caso de discriminación, puede obtener ayuda para enfrentar el problema que tiene llamando a estos lugares:

- **Llame a Servicios para Miembros al 1-800-926-6565 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).**
- **Llame a su SHIP local** al 1-800-963-5337 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).
- **Llame a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos

Obtenga más información sobre sus derechos en estos lugares:

- **Llame a Servicios para Miembros al 1-800-926-6565 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).**
- **Llame a su SHIP local** al 1-800-963-5337 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).
- **Comuníquese con Medicare.**
 - Visite [Medicare.gov](https://www.medicare.gov) para leer la publicación *Medicare Rights & Protections* (Derechos y protecciones de Medicare) (disponible en: [Medicare Rights & Protections](#)).
 - Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

SECCIÓN 2 Sus responsabilidades como miembro de nuestro plan

Lo que tiene que hacer como miembro del plan se enumera a continuación. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Miembros al 1-800-926-6565 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

- **Familiarícese con sus medicamentos cubiertos y las reglas que debe seguir para obtenerlos.** Utilice esta *Evidencia de Cobertura* para saber qué está cubierto y las reglas que debe seguir para recibir servicios cubiertos.
 - En los Capítulos 3 y 4 se brindan detalles sobre la cobertura de medicamentos de la Parte D.
- **Si tiene otra cobertura de medicamentos además de nuestro plan, debe informárnoslo.** En el Capítulo 1, se le informa sobre la coordinación de estos beneficios.
- **Dígales a su médico y a su farmacéutico que está inscrito en nuestro plan.** Muestre nuestra tarjeta de membresía del plan cada vez que obtenga medicamentos de la Parte D.
- **Permita que sus médicos y otros proveedores le ayuden dándole información, haciendo preguntas y realizando un seguimiento de su atención médica.**
 - Para ayudar a obtener la mejor atención, infórmele a sus médicos y a otros proveedores de salud sobre sus problemas de salud. Siga las instrucciones y los planes de tratamiento que usted y sus médicos acordaron.
 - Asegúrese de que los médicos conozcan todos los medicamentos que está tomando, incluidos los medicamentos de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
 - Si tiene preguntas, asegúrese de preguntar y obtener una respuesta que pueda entender.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:
 - Usted debe pagar las primas de su plan.
 - Para la mayoría de sus medicamentos cubiertos por el plan, usted debe pagar su parte del costo al recibir el medicamento. Es posible que todos los saldos adeudados previos deban pagarse para renovar automáticamente su póliza para el próximo año calendario.
 - Si se requiere que pague una multa por inscripción tardía, debe pagarla para seguir siendo miembro de nuestro plan.
 - Si debe pagar el monto adicional por la Parte D debido a sus ingresos anuales, debe continuar pagando este monto adicional directamente al Gobierno para seguir siendo miembro del plan.

- **Si se muda *dentro* del área de servicio del plan, debemos saberlo** para mantener actualizado su registro de membresía y para saber cómo podemos ponernos en contacto con usted.
- **Si se muda *fuera* del área de servicio de nuestro plan, no podrá seguir siendo miembro de nuestro plan.**
- **Si se muda, comuníquese al Seguro Social (o a la Junta de Jubilación para Ferroviarios).**

CAPÍTULO 7:

Si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones o reclamos)

SECCIÓN 1 Lo que debe hacer si tiene un problema o una preocupación

Este capítulo explica 2 tipos de procesos para el manejo de problemas y preocupaciones, que son los siguientes:

- Para algunos problemas, debe utilizar el **proceso de decisiones de cobertura y apelaciones**.
- Para otros problemas, debe utilizar el **proceso de presentación de reclamos** (también denominados quejas).

Medicare aprobó ambos procesos. Cada proceso tiene un conjunto de reglas, procedimientos y plazos que nosotros y usted debemos cumplir.

La información de este capítulo le ayudará a identificar cuál es el proceso correcto y lo que debe hacer.

Sección 1.1 Términos legales

Existen términos legales para algunas de las reglas, los procedimientos y los tipos de plazos que se explican en este capítulo. Muchos de estos términos son desconocidos para la mayoría de las personas. Para facilitar la comprensión, en este capítulo se utilizan palabras más conocidas en el lugar de algunos términos legales.

Sin embargo, a veces es importante conocer los términos legales correctos. Para ayudarlo a conocer qué términos usar para obtener la ayuda o la información adecuada, incluimos estos términos legales cuando proporcionamos detalles para manejar situaciones específicas.

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y ayuda personalizada

Siempre estamos a su disposición para ayudarlo. Incluso si tiene un reclamo sobre nuestro tratamiento para usted, tenemos la obligación de respetar su derecho a reclamar. Siempre debe llamar a Servicios para Miembros al 1-800-926-6565. (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) para obtener ayuda. En algunas situaciones, es posible que también quiera la ayuda o la orientación de alguien que no tenga relación con nosotros. Dos organizaciones que pueden ayudar son las siguientes:

Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud (SHIP)

Cada estado tiene un programa gubernamental que cuenta con asesores capacitados. El programa no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los asesores de este programa pueden ayudarlo a comprender el proceso que debe utilizar para tratar el problema que tenga. Además, ellos también pueden responder sus preguntas, darle más información y orientarlo sobre lo que debe hacer.

Los servicios ofrecidos por los asesores del SHIP son gratuitos. Llame al **SHINE** al 1-800-963-5337 (TTY 711).

Medicare

También puede comunicarse con Medicare para obtener ayuda.

- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov).

SECCIÓN 3 Qué proceso utilizar para su problema

¿Su problema o preocupación tiene que ver con sus beneficios o cobertura?

Esto incluye los problemas sobre si los medicamentos con receta están cubiertos o no, la forma en que están cubiertos y los problemas relacionados con el pago de los medicamentos con receta.

Sí.

Consulte la **Sección 4, Guía de decisiones de cobertura y apelaciones.**

No.

Consulte la **Sección 7, Cómo presentar un reclamo sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio de atención al cliente u otras preocupaciones.**

Decisiones de cobertura y apelaciones

SECCIÓN 4 Una guía para las decisiones de cobertura y las apelaciones

Las decisiones de cobertura y las apelaciones tratan los problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura de medicamentos con receta, incluidos los pagos. Este es el proceso que usted usa para asuntos tales como determinar si un medicamento está cubierto o no y la forma en que está cubierto.

Cómo solicitar decisiones de cobertura antes de recibir beneficios

Si quiere saber si cubriremos un medicamento específico antes de recibirlo, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura para usted. Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios o su cobertura, o sobre el monto que pagaremos por sus medicamentos con receta.

En circunstancias limitadas, se rechazará una solicitud de una decisión de cobertura, que implica que no revisaremos la solicitud. Los ejemplos de cuándo se rechazará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien presenta la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo o si usted pide que se retire su solicitud. Si rechazamos una solicitud de una decisión de cobertura, le enviaremos un aviso en el que se expliquen los motivos del rechazo y cómo pedir su revisión.

Tomamos una decisión de cobertura cada vez que decidimos qué está cubierto para usted y cuánto pagamos. En algunos casos, quizás decidamos que un medicamento no está cubierto o tal vez ya no esté cubierto. Si está en desacuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura, ya sea antes o después de que reciba un beneficio, y usted no está conforme, puede **“apelar”** la decisión. Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos y modifiquemos una decisión de cobertura que hayamos tomado. En determinadas circunstancias, puede solicitar una apelación acelerada o **apelación rápida** de una decisión de cobertura. Su apelación es analizada por revisores distintos de los que tomaron la decisión original.

El hecho de apelar una decisión por primera vez se denomina apelación de Nivel 1. En este tipo de apelación, revisamos la decisión de cobertura que hemos tomado para comprobar si seguimos correctamente las reglas. Cuando hayamos completado la revisión, le comunicaremos nuestra decisión.

En circunstancias limitadas, se rechazará una solicitud de una apelación de Nivel 1, que implica que no revisaremos la solicitud. Los ejemplos de cuándo se rechazará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien presenta la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo o si usted pide que se retire su solicitud. Si rechazamos una solicitud de una apelación de Nivel 1, le enviaremos un aviso en el que se expliquen los motivos del rechazo y cómo pedir su revisión.

Si no desestimamos su caso, pero negamos la totalidad o parte de su apelación de Nivel 1, puede pasar a una apelación de Nivel 2. Una Organización de Revisión Independiente que no está relacionada con nosotros gestiona la apelación de Nivel 2. Si no está conforme con la decisión de la apelación de Nivel 2, podría continuar con otros niveles de apelación (en este capítulo se explican las apelaciones de Nivel 3, 4 y 5).

Sección 4.1 Obtenga ayuda para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Entre los recursos que puede utilizar si decide solicitar algún tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión, se encuentran los siguientes:

- **Llame a Servicios para Miembros al 1-800-926-6565 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).**
- **Obtenga ayuda gratuita** de su Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud.
- **Su médico o el profesional autorizado a emitir recetas pueden realizar la solicitud por usted.** Para los medicamentos de la Parte D, su médico u otro profesional autorizado a emitir recetas pueden solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si su apelación de Nivel 1 es denegada, su médico o el profesional autorizado a emitir recetas pueden solicitar una apelación de Nivel 2.
- **Puede solicitar que alguien actúe en su nombre.** Si así lo desea, puede designar a otra persona para que actúe en su nombre como su representante para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
 - Si quiere que un amigo, familiar u otra persona sea su representante, llame a Servicios para Miembros al 1-800-926-6565 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicite el formulario de Designación de representante. (El formulario también está disponible en [CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf](https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf)). Este formulario le otorga a esa persona la autorización para actuar en su nombre. El formulario debe estar firmado por usted y por la persona que usted quiere que actúe en su nombre. Usted debe darle al plan una copia del formulario firmado.

- Podemos aceptar una solicitud de apelación de un representante sin el formulario, pero no podemos comenzar ni completar nuestra revisión hasta que lo recibamos. Si no recibimos el formulario antes de nuestra fecha límite para tomar una decisión sobre su apelación, su solicitud de apelación será rechazada. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito en el que se explicará su derecho a solicitar que una organización de revisión independiente revise nuestra decisión de desestimar su apelación.
- **También tiene derecho a contratar a un abogado.** Puede comunicarse con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado de su colegio de abogados local, así como otro servicio de remisión. También hay grupos que le proveerán servicios legales gratuitos si usted califica. Sin embargo, **no es obligatorio que contrate a un abogado** para que pida algún tipo de decisión de cobertura o apelación de una decisión.

SECCIÓN 5 Medicamentos de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Sección 5.1	Qué hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea que lereembolsemos el costo de un medicamento de la Parte D
--------------------	--

Los beneficios incluyen la cobertura para muchos medicamentos con receta. Para estar cubierto, su medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. (Consulte el Capítulo 3 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada). Para obtener más información sobre los medicamentos de la Parte D, las reglas, las restricciones y los costos, consulte los Capítulos 3 y 4. **En esta sección, se tratan solamente sus medicamentos de la Parte D.** Para simplificar las cosas, en general, hablaremos de *medicamento* en el resto de esta sección en lugar de repetir cada vez las expresiones “*medicamento con receta cubierto para pacientes ambulatorios*” o “*medicamento de la Parte D*”. También usamos el término Lista de medicamentos en lugar de *Lista de medicamentos cubiertos* o Formulario.

- Si no sabe si un medicamento está cubierto o si cumple las reglas, puede preguntarnos. Algunos medicamentos requieren que reciba nuestra aprobación antes de que los cubramos.
- Si su farmacia le dice que su receta no puede surtirse como está escrita, la farmacia le proporcionará un aviso por escrito en el que se explica cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.

Apelaciones y decisiones de cobertura de la Parte D**Término legal:**

Una decisión de cobertura inicial sobre los medicamentos de la Parte D se denomina una **determinación de cobertura**.

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios o su cobertura, o sobre el monto que pagaremos por sus medicamentos. En esta sección se le informa qué puede hacer si se encuentra en cualquiera de las siguientes situaciones:

- Solicitar que se cubra un medicamento de la Parte D que no está en la Lista de medicamentos de nuestro plan. **Solicite una excepción. Sección 5.2**
- Solicitar que no apliquemos una restricción a la cobertura de nuestro plan en el caso de un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede obtener, criterios de autorización previa o el requisito de probar primero otro medicamento). **Solicitar una excepción. Sección 5.2**
- Solicitar la aprobación previa de un medicamento. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 5.4**
- Solicitar que paguemos por un medicamento con receta que ya compró. **Solicítenos un reembolso. Sección 5.4**

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que hayamos tomado, puede apelar nuestra decisión.

Esta sección le indica cómo pedir decisiones de cobertura y cómo solicitar una apelación.

Sección 5.2 Solicitar una excepción**Términos legales:**

Solicitar la cobertura de un medicamento que no está en la Lista de Medicamentos es una **excepción al Formulario**.

Solicitar que eliminemos una restricción de la cobertura para un medicamento es una **excepción al Formulario**.

Solicitar pagar un precio menor por un medicamento no preferido cubierto es una **excepción de nivel**.

Si un medicamento no está cubierto de la manera que quiere que se cubra, puede solicitarnos que hagamos una **excepción**. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura. Para que consideremos su solicitud de excepción, su médico o el profesional autorizado a emitir recetas tendrán que explicar las razones médicas por las que necesita que se apruebe la excepción. Estos son 3 ejemplos de excepciones que usted, su médico u otro profesional autorizado a emitir recetas pueden pedirnos que hagamos:

- 1. Cubrir un medicamento de la Parte D que no figura en nuestra Lista de medicamentos.** Si aceptamos cubrir un medicamento que no figura en la Lista de medicamentos, deberá pagar el costo compartido que se aplica a los medicamentos de Nivel 4 (medicamentos no preferidos). No puede pedir una excepción al monto de costos compartidos que requerimos que pague por el medicamento cuando aceptamos cubrir un medicamento que no está en la Lista de medicamentos.
- 2. Eliminar una restricción para un medicamento cubierto.** En el Capítulo 3, se describen las reglas o restricciones adicionales que se aplican a determinados medicamentos que figuran en nuestra Lista de medicamentos.
- 3. Cambiar la cobertura de un medicamento a un nivel de costo compartido menor.** Todos los medicamentos de nuestra Lista de medicamentos se encuentran en uno de los seis niveles de costo compartido. En general, cuanto menor sea el nivel de costo compartido, menor será el costo que le corresponde pagar por el medicamento.
 - Si nuestra Lista de medicamentos contiene medicamentos alternativos para tratar su condición médica que se encuentran en un nivel de costo compartido menor que su medicamento, puede solicitarnos que cubramos su medicamento al monto de costo compartido que se aplica a los medicamentos alternativos.
 - Si el medicamento que está tomando es un producto biológico, puede pedirnos que lo cubramos con un costo compartido más bajo. Este sería el nivel más bajo que contiene alternativas de productos biológicos para tratar su condición.

- Si el medicamento que está tomando es un medicamento de marca, puede solicitarnos que cubramos su medicamento al monto de costo compartido que se aplica al nivel más bajo que contiene alternativas de marca para tratar su condición.
- Si el medicamento que está tomando es un medicamento genérico, puede solicitarnos que cubramos su medicamento al monto de costo compartido que se aplica al nivel más bajo que contiene alternativas de marca o genéricas para tratar su condición.
- No puede pedirnos que cambiemos el nivel de costo compartido para ningún medicamento del Nivel 5 (nivel especializado).
- Si aprobamos su solicitud de excepción de nivel y hay más de un nivel de costo compartido menor con medicamentos alternativos que no puede tomar, normalmente pagará el monto más bajo.

Sección 5.3 Aspectos importantes que debe saber acerca de pedir excepciones

Su médico debe explicarnos las razones médicas

Su médico o el profesional autorizado a emitir recetas debe presentar una declaración en la que explique las razones médicas por las que solicita una excepción. Para que tomemos la decisión más rápido, incluya esta información médica de su médico o del profesional autorizado a emitir recetas cuando pida la excepción.

Por lo general, la Lista de medicamentos incluye más de un medicamento para tratar una condición en particular. Estas posibilidades diferentes se denominan medicamentos **alternativos**. Si un medicamento alternativo sería igual de eficaz que el medicamento que usted solicita y no le causaría más efectos secundarios u otros problemas de salud, por lo general no aprobaremos su solicitud de excepción. Si solicita una excepción de nivel, por lo general no aprobaremos su solicitud de una excepción, salvo que todos los medicamentos alternativos de los niveles de costo compartido más bajos no funcionen con la misma eficacia para su caso o sea probable que causen una reacción adversa u otro tipo de daño.

Podemos aceptar o rechazar su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de excepción, nuestra aprobación normalmente es válida hasta el final de nuestro año del plan. A su vez, será válida mientras su médico siga recetándole el medicamento y mientras ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su condición.
- Si rechazamos su solicitud, puede pedir otra revisión mediante la presentación de una apelación.

Sección 5.4 Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

Términos legales:

Una decisión rápida de cobertura se denomina **determinación acelerada de cobertura**.

Paso 1: Decida si necesita una decisión estándar de cobertura o una decisión rápida de cobertura.

Las decisiones estándares de cobertura se toman en un plazo de **72 horas** después de recibir su solicitud. **Las decisiones rápidas de cobertura** se toman en un plazo de **24 horas** después de recibir su solicitud.

Si su salud lo requiere, pídanos que tomemos una decisión rápida de cobertura. Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir 2 requisitos:

- Debe solicitar un medicamento que aún no ha obtenido. (No puede solicitar que se le reembolse la decisión rápida de cobertura para un medicamento que ya compró).
- Usar los plazos estándar podría poner su salud en grave peligro o dañar su habilidad para recuperar la capacidad funcional.
- **Si su médico u otra persona autorizada a emitir recetas nos indica que su salud requiere una decisión rápida de cobertura, automáticamente le daremos una decisión rápida de cobertura.**
- **Si nos pide usted mismo la decisión rápida de cobertura, sin el apoyo de su médico o un profesional autorizado a emitir recetas, decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión rápida de cobertura.** Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta en la que se explique lo siguiente:
 - Que usaremos las fechas límites estándar.
 - Que, si su médico u otro profesional autorizado a emitir recetas solicita la decisión rápida de cobertura, automáticamente le daremos una decisión rápida de cobertura.
 - Cómo presentar un reclamo rápido sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión estándar de cobertura en lugar de la decisión rápida de cobertura que solicitó. Responderemos su reclamo en un plazo de 24 horas después de recibirlo.

Paso 2: Solicite una decisión estándar de cobertura o una decisión rápida de cobertura.

Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o brindemos cobertura para el medicamento con receta que desea. También puede acceder al proceso de decisiones de cobertura a través de nuestro sitio web. Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito, incluidas las solicitudes enviadas en el Formulario de solicitud de determinación de cobertura modelo de los CMS, que está disponible en nuestro sitio web en www.floridablue.com/medicare/forms. En el Capítulo 2, se incluye la información de contacto. Para ayudarnos a procesar su solicitud, incluya su nombre, información de contacto e información que demuestre qué reclamación denegada se está apelando.

Usted, su médico (u otro profesional autorizado a emitir recetas) o su representante pueden hacer esto. También puede contratar a un abogado para que actúe en su nombre. La Sección 4 de este capítulo le indica cómo puede darle permiso por escrito a una persona para que actúe como su representante.

- **Si solicita una excepción, proporcione la *declaración de respaldo***, que es la razón médica de la excepción. Su médico o el profesional autorizado a emitir recetas pueden enviarnos la declaración por fax o correo. O bien, su médico o la persona autorizada a emitir recetas puede llamarnos por teléfono y hacer un seguimiento mediante el envío de la declaración escrita, ya sea por fax o por correo, si fuera necesario.

Paso 3: Consideramos su solicitud y le damos nuestra respuesta.***Plazos para una decisión rápida de cobertura***

- En general, debemos brindarle nuestra respuesta en un plazo de **24 horas** después de recibir su solicitud.
 - Para las excepciones, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas después de recibir la declaración de respaldo de su médico. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
 - Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que será revisada por una organización de revisión independiente. Le informaremos por escrito si su solicitud ha sido enviada a la organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos proporcionar la cobertura que aceptamos en un plazo de 24 horas después de recibir su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una comunicación por escrito en la que se explique el motivo del rechazo. También le indicaremos cómo puede apelar.

Plazos para una decisión estándar de cobertura sobre un medicamento que aún no ha recibido

- En general, debemos brindarle nuestra respuesta en un plazo de **72 horas** después de recibir su solicitud.
 - Para las excepciones, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibir la declaración de respaldo de su médico. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
 - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente. Le informaremos por escrito si su solicitud ha sido enviada a la organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos **proporcionar la cobertura que aceptamos en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una comunicación por escrito en la que se explique el motivo del rechazo. También le indicaremos cómo puede apelar.

Plazos para una decisión estándar de cobertura sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Debemos proporcionarle nuestra respuesta en un plazo de **14 días calendario** después de recibir su solicitud.
 - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente. Le informaremos por escrito si su solicitud ha sido enviada a la organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, también debemos pagarle en un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una comunicación por escrito en la que se explique el motivo del rechazo. También le indicaremos cómo puede apelar.

Paso 4: Si rechazamos su solicitud de cobertura, puede presentar una apelación.

- Si la rechazamos, tiene derecho a pedirnos reconsiderar esta decisión mediante la presentación de una apelación. Esto significa volver a solicitar la cobertura de medicamentos que desea. Si presenta una apelación, significa que está avanzando al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 5.5 Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales:

Una apelación a nuestro plan sobre una decisión de cobertura con respecto a un medicamento de la Parte D se denomina **redeterminación**.

Una apelación rápida se llama **redeterminación acelerada**.

Paso 1: Decida si necesita una apelación estándar o una apelación rápida.

Generalmente, se presenta una apelación estándar dentro de los 7 días. Generalmente, se presenta una apelación rápida dentro de las 72 horas. Si su salud lo requiere, pídanos una apelación rápida.

- Si va a apelar una decisión tomada por nosotros acerca de un medicamento, usted y su médico o el profesional autorizado a emitir recetas tendrá que decidir si necesita una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una *apelación rápida* son los mismos que para obtener una decisión rápida de cobertura que figuran en la Sección 5.4 de este capítulo.

Paso 2: Usted, su representante, su médico o el profesional autorizado a emitir recetas deben comunicarse con nosotros y presentar una apelación de Nivel 1. Si su salud exige una respuesta rápida, debe solicitar una apelación rápida.

- **Para las apelaciones estándar, envíe una solicitud por escrito.** En el Capítulo 2, se incluye la información de contacto.
- **Para las apelaciones rápidas, envíe su apelación por escrito o llámenos al 1-800-926-6565. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711).** En el Capítulo 2, se incluye la información de contacto.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito**, incluidas las solicitudes enviadas en el *Formulario de solicitud de redeterminación modelo de los CMS*, que está disponible en nuestro sitio web en www.floridablue.com/medicare. Incluya su nombre, información de contacto e información sobre su reclamación para ayudarnos a procesar su solicitud.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en el plazo de 65 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso por escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si se vence este plazo y tiene una razón válida para haberlo dejado vencer, explique la razón de la tardanza al presentar su apelación. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Entre los ejemplos de una causa válida se pueden incluir

una enfermedad grave que le impidió contactarnos o si le brindamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo límite para solicitar una apelación.

- **Puede pedir una copia de la información de su apelación y añadir más información.** Usted y su médico pueden agregar más información para respaldar su apelación.

Paso 3: Evaluamos su apelación y le damos una respuesta.

- Cuando revisemos su apelación, le damos un nuevo vistazo a toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificamos si seguimos todas las reglas cuando rechazamos su solicitud. Es posible que nos pongamos en contacto con usted, su médico o el profesional autorizado a emitir recetas para obtener más información.

Plazos para una apelación rápida

- Para apelaciones rápidas, debemos brindarle nuestra respuesta **en un plazo de 72 horas después de recibir su apelación.** Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
 - Si no le damos una respuesta en el plazo de 72 horas, debemos enviar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que será revisada por una organización de revisión independiente. Le informaremos por escrito si su solicitud ha sido enviada a la organización de revisión independiente. La Sección 5.6 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos proporcionar la cobertura acordada en un plazo de 72 horas después de recibir su apelación.
- **Si denegamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una comunicación por escrito en la que se explique el motivo de la denegación y se indique cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una apelación estándar para un medicamento que todavía no ha recibido

- Para las apelaciones estándar, debemos brindarle nuestra respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación. Le comunicaremos nuestra decisión antes si aún no recibió el medicamento y su condición de salud lo requiere.
 - Si no le informamos nuestra decisión en un plazo de 7 días calendario, debemos enviar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que será revisada por una organización de revisión independiente. Le informaremos por escrito si su solicitud ha sido enviada a la organización de revisión independiente. La Sección 5.6 explica el proceso de apelación de Nivel 2.

- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos brindar la cobertura tan rápido como su salud requiere, pero a más tardar **7 días calendario** después de recibir su apelación.
- **Si denegamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una comunicación por escrito en la que se explique el motivo de la denegación y se indique cómo puede apelar nuestra decisión.

Fechas límites para una apelación estándar sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Debemos proporcionarle nuestra respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de recibir su solicitud.
 - Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que será revisada por una organización de revisión independiente. Le informaremos por escrito si su solicitud ha sido enviada a la organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, también debemos pagarle en un plazo de **30 días calendario** después de recibir su solicitud.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una comunicación por escrito en la que se explique el motivo del rechazo. También le indicaremos cómo puede apelar.

Paso 4: Si rechazamos su apelación, usted decide si quiere continuar con el proceso de apelaciones y presentar *otra* apelación.

- Si decide presentar otra apelación, significa que su apelación se pasa al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Sección 5.6 Cómo presentar una apelación de Nivel 2**Término legal**

El nombre formal para la organización de revisión independiente es **entidad de revisión independiente**. A veces, se la denomina **IRE**.

La **organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare**. No está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización determina si la decisión que tomamos es correcta o si debe cambiarse. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Usted (o su representante, su médico u otro profesional autorizado a emitir recetas) debe comunicarse con la organización de revisión independiente y pedir una revisión de su caso.

- Si rechazamos su apelación de Nivel 1, el aviso por escrito que le enviaremos incluirá **las instrucciones para presentar una apelación de Nivel 2** ante la organización de revisión independiente. En estas instrucciones se indicará quién puede presentar la apelación de Nivel 2, qué plazos debe respetar y cómo comunicarse con la organización de revisión independiente.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en un plazo de 65 días calendario** a partir de la fecha del aviso por escrito.
- Si no completamos nuestra revisión dentro del plazo aplicable o tomamos una decisión desfavorable sobre una determinación **de riesgo** según nuestro programa de administración de medicamentos, enviaremos automáticamente su solicitud a la IRE. Le informaremos por escrito si su solicitud ha sido enviada a la organización de revisión independiente.
- Enviaremos la información que tengamos sobre su apelación a la organización de revisión independiente. A esta información se la denomina **expediente del caso. Tiene derecho a pedirnos una copia del expediente de su caso.**
- Usted tiene derecho a proporcionarle a la organización de revisión independiente información adicional para respaldar su apelación.

Paso 2: La organización de revisión independiente revisa su apelación.

- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

Plazos límite para una apelación rápida

- Si su salud lo requiere, solicite una apelación rápida a la organización de revisión independiente.
- Si la organización de revisión independiente acepta concederle una apelación rápida, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud de apelación.

Plazos límite para una apelación estándar

- En el caso de las apelaciones estándar, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación si solicita un medicamento que aún no recibió. Si nos pide que le devolvamos dinero por un medicamento que ya compró, la organización de revisión independiente debe darle una

respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 14 días** calendario después de recibir su solicitud.

Paso 3: La organización de revisión independiente le da su respuesta.

Para las apelaciones rápidas:

- **Si la organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos proporcionarle la cobertura de medicamentos que aprobó la organización de revisión independiente **en un plazo de 24 horas** después de recibir la decisión de la organización de revisión independiente.

Para apelaciones estándar:

- **Si la organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de su solicitud de cobertura**, debemos **proporcionarle la cobertura de medicamentos** que aprobó la organización de revisión independiente **en un plazo de 72 horas** después de recibir la decisión de la organización de revisión independiente.
- **Si la organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de su solicitud de reembolso** por un medicamento que ya compró, debemos **enviarle el pago en un plazo de 30 días calendario** después de recibir la decisión de la organización de revisión independiente.

¿Y si la organización de revisión independiente rechaza su apelación?

Si esta organización **rechaza una parte o la totalidad** de su apelación, significa que está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud (o parte de su solicitud). (Esto se denomina **confirmar la decisión**, O también, **rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta para lo siguiente:

- Explicar su decisión.
- Le permite conocer su derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que está solicitando alcanza un mínimo determinado. Si el valor en dólares de la cobertura para medicamentos que está solicitando es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación y la decisión del Nivel 2 es final.
- Le informa el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelaciones.

Paso 4: Si su caso reúne los requisitos, puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay otros 3 niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (hasta un total de 5 niveles de apelación).
- Si desea continuar con una apelación de Nivel 3, encontrará los detalles de cómo hacerlo en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de apelación de Nivel 2.
- Un juez de Derecho Administrativo o un abogado mediador gestiona las apelaciones de Nivel 3. En la Sección 6 se explica el proceso de apelación de Nivel 3, 4 y 5.

SECCIÓN 6 Cómo elevar su apelación a los Niveles 3, 4 y 5

Sección 6.1 Apelaciones de Nivel 3, 4 y 5 para solicitar medicamentos de la Parte D

Esta sección puede ser adecuada para usted si presentó una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2, y se rechazaron ambas apelaciones.

Si el valor en dólares del medicamento por el que apeló alcanza ciertos niveles mínimos, quizás pueda acceder a niveles adicionales de apelación. Si el valor en dólares es inferior al nivel mínimo, no puede seguir apelando. En la respuesta por escrito a su apelación de Nivel 2 que reciba se explicará cómo presentar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones que tienen que ver con apelaciones, los últimos 3 niveles de apelación funcionan casi de la misma manera que los primeros dos niveles. Estas son las personas que se ocupan de la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3

Un **juez de Derecho Administrativo** o un abogado mediador que trabaja para el Gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

Si la apelación se acepta, el proceso de apelaciones concluye. Debemos **autorizar o brindar la cobertura para medicamentos** que fue aprobada por el juez de Derecho Administrativo o el abogado mediador **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago, a más tardar, dentro de los 30 días calendario** después de recibir la decisión.

- **Si el juez de Derecho Administrativo o el abogado mediador rechaza su apelación, el proceso de apelaciones *puede concluir o no*.**
 - Si decide aceptar la decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación concluye.

- Si usted no quiere aceptar la decisión, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. En el aviso que recibirá se le indicará qué hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4

El **Consejo de Apelaciones** (Consejo) **de Medicare** revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del Gobierno federal.

- **Si la apelación se acepta, el proceso de apelaciones concluye.** Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos** aprobada por el Consejo **en un plazo de 72 horas (24 horas para las apelaciones aceleradas) o realizar un pago a más tardar 30 días calendario** después de recibir la decisión. **Si la respuesta es negativa o si el Consejo rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones puede concluir o no.**
 - Si decide aceptar la decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación concluye.
 - Si usted no quiere aceptar la decisión, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, en el aviso que reciba se indicará si las reglas le permiten ir a una apelación de Nivel 5 y cómo continuar con una apelación de Nivel 5.

Apelación de Nivel 5

Un juez del **Tribunal Federal de Distrito** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si *aceptar* o *rechazar* su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación después del Tribunal Federal de Distrito.

CÓMO PRESENTAR RECLAMOS

SECCIÓN 7 Cómo presentar un reclamo sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio de atención al cliente u otras preocupaciones

Sección 7.1 ¿Qué tipos de problemas se tratan en el proceso de reclamos?

El proceso de reclamos *solo* se aplica a ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio de atención al cliente. A continuación, encontrará algunos ejemplos de los tipos de problemas que pueden gestionarse a través del proceso de reclamos.

Capítulo 7. Sus derechos y responsabilidades apelaciones o reclamos)

Reclamo	Ejemplo
Calidad de su atención	¿Está insatisfecho con la calidad de la atención que recibió?
Respeto de su privacidad	¿Alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial?
Falta de respeto, servicio de atención al cliente deficiente u otro comportamiento negativo	¿Ha sido alguien descortés o le ha faltado el respeto? ¿Está insatisfecho con nuestro Servicios para Miembros? ¿Considera que lo animaron a dejar nuestro plan?
Tiempos de espera	¿Los farmacéuticos lo han hecho esperar demasiado? ¿Nuestro personal de Servicios para Miembros u otro personal de nuestro plan lo hizo esperar demasiado? - Entre los ejemplos se incluye los siguientes: esperar demasiado al teléfono, en la sala de espera o en la sala de exámenes, u obtener un medicamento con receta.
Limpieza	¿Está insatisfecho con la limpieza o el estado de una farmacia?
Información que recibe de nosotros	¿No le hemos dado un aviso obligatorio? ¿Nuestro documento por escrito es difícil de comprender?
Puntualidad (Este tipo de reclamos tienen que ver con la <i>puntualidad</i> de nuestras medidas relacionadas con las decisiones de cobertura y las apelaciones).	Si solicitó una decisión de cobertura o presentó una apelación, y considera que no respondemos lo suficientemente rápido, puede presentar un reclamo sobre nuestra demora. Estos son algunos ejemplos: - Nos solicitó una <i>decisión de cobertura rápida</i> o una <i>apelación rápida</i> y la rechazamos; puede presentar un reclamo. - Considera que no cumplimos con los plazos para responder a una decisión de cobertura o a una apelación; puede presentar un reclamo. - Considera que no cumplimos con los plazos para cubrir o reembolsarle determinados medicamentos que se aprobaron; puede presentar un reclamo. - Cree que no hemos cumplido los plazos obligatorios para enviar su caso a la organización de revisión independiente; puede presentar un reclamo.

Sección 7.2 Cómo presentar un reclamo

Términos legales:

- Un **reclamo** también se denomina **queja**.
- **Presentar un reclamo** también se denomina **interponer una queja**.
- **Usar el proceso para reclamos** también se denomina **usar el proceso para interponer una queja**.
- Un **reclamo rápido** también se denomina una **queja acelerada**.

Paso 1: Comuníquese con nosotros de inmediato, ya sea por escrito o por teléfono.

- **Por lo general, el primer paso es llamar al Servicios para Miembros al 1-800-926-6565 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).** Si necesita hacer algo más, Servicios para Miembros se lo informará.
- **Si no desea llamar (o si llamó y no quedó conforme), puede presentar su reclamo por escrito y enviárnoslo.** Si presenta un reclamo por escrito, se lo responderemos por escrito.
- **Procedimientos e instrucciones que debe seguir si desea utilizar el proceso para presentar un reclamo:**

Si nos envía su reclamo por escrito, significa que utilizaremos nuestro *procedimiento formal* para responder las quejas. Así es como funciona:

1. Envíe su reclamo a la dirección que figura en la Sección 1 del Capítulo 2, en la sección denominada Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta un reclamo sobre sus medicamentos con receta de la Parte D. Tenemos un Formulario de queja (reclamo) para que lo use al presentar un reclamo formal. No es necesario que use el formulario, pero le recomendamos que lo haga.
2. Debe presentar todas las quejas dentro de un plazo de 60 días calendario desde el evento o incidente que conduce a su reclamo. Responderemos su queja en un plazo de 30 días calendario desde que la recibamos (antes si su estado de salud lo requiere). Si necesitamos más información y un retraso lo beneficiaría o si usted solicita un retraso, podemos tardar 14 días calendario más para darle una respuesta.
3. Si nuestro plan deniega su solicitud de una decisión “rápida” sobre la cobertura o una apelación “rápida” de primer nivel sobre los medicamentos con receta y considera

que una espera de más tiempo podría poner en peligro su salud, puede presentar una solicitud de reclamo “rápido” por escrito o por teléfono. Debemos responder estas solicitudes en un plazo de 24 horas.

Si presenta un reclamo por teléfono, le indicamos cómo funciona:

1. Llame a Servicios para Miembros al 1-800-926-6565 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) al número que figura en la parte posterior de su tarjeta de identificación dentro de los 60 días calendario posteriores al momento en que se produjo el problema.

2. Tenga a disposición del representante lo siguiente:

- Su nombre
 - Su dirección
 - Su número de identificación de miembro
 - Una descripción de su reclamo/queja
- El **plazo** para presentar un reclamo es de 60 días calendario a partir del momento en que tuvo el problema sobre el que quiere reclamar.

Paso 2: Analizamos su reclamo y le damos una respuesta.

- **Si es posible, le responderemos de inmediato.** Si nos llama por un reclamo, tal vez podamos darle una respuesta durante esa misma llamada telefónica.
- **La mayoría de los reclamos se responden dentro de los 30 días calendario.** Si necesitamos más información y el retraso es para su conveniencia, o si usted solicita más tiempo, podemos demorarnos hasta 14 días calendario más (44 días calendario en total) en responder a su reclamo. Si decidimos tomarnos días adicionales, se lo informaremos por escrito.
- **Si presenta un reclamo porque denegamos su solicitud de una decisión rápida de cobertura o una apelación rápida, automáticamente le concederemos un reclamo rápido.** Si se le ha concedido un reclamo rápido, quiere decir que le daremos **una respuesta en un plazo de 24 horas.**
- **Si no estamos de acuerdo** con la totalidad o parte del reclamo, o si no nos hacemos responsables por el problema del que se está quejando, incluiremos nuestras razones en nuestra respuesta.

Sección 7.3	También puede presentar reclamos sobre la calidad de la atención a la Organización de Mejora de la Calidad
--------------------	---

Cuando su reclamo está relacionado con la *calidad de la atención*, tiene 2 opciones adicionales:

- **Puede presentar su reclamo directamente ante la Organización para la Mejora de la Calidad.** La Organización para la Mejora de la Calidad es un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica, a los cuales el Gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare. En el Capítulo 2, se incluye la información de contacto.

O

- **Puede presentar su reclamo ante la Organización para la Mejora de la Calidad y ante nosotros al mismo tiempo.**

Sección 7.4	También puede informarle a Medicare acerca de su reclamo
--------------------	---

Puede presentar un reclamo sobre BlueMedicare Premier Rx (PDP) directamente ante Medicare. Para presentar un reclamo ante Medicare, visite [Medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx](https://www.Medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 8:

Cancelación de su membresía en nuestro plan

SECCIÓN 1 Cancelación de su membresía en nuestro plan

La cancelación de su membresía en BlueMedicare Premier Rx (PDP) puede ser **voluntaria** (es su elección) o **involuntaria** (no es su decisión):

- Puede dejar nuestro plan porque decide que quiere dejarlo. Las Secciones 2 y 3 proporcionan información sobre la cancelación de su membresía de manera voluntaria.
- También hay situaciones limitadas en las que nos vemos obligados a cancelar su membresía. La Sección 5 describe situaciones en las que podemos finalizar su membresía.

Si está dejando nuestro plan, nuestro plan debe continuar brindando sus medicamentos con receta, y usted seguirá pagando su costo compartido hasta que finalice su membresía.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan?

Sección 2.1 Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción abierta

Puede cancelar su membresía en nuestro plan durante el **período de inscripción abierta cada año**. Durante este tiempo, revise su cobertura de salud y de medicamentos y decida sobre la cobertura para el próximo año.

- **El período de inscripción abierta es del** 15 de octubre al 7 de diciembre.
- **Elija mantener su cobertura actual o hacer cambios en su cobertura para el próximo año.** Si decide cambiar a un nuevo plan, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
 - Otro plan de medicamentos de Medicare
 - Medicare Original *con* un plan separado de medicamentos de Medicare,
 - Medicare Original *sin* un plan separado de medicamentos de Medicare

- Si elige esta opción y recibe Ayuda Adicional, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya decidido no participar de la inscripción automática.
- Un plan de salud de Medicare. Un plan de salud de Medicare es un plan que ofrece una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para proporcionar todos los beneficios de la Parte A de Medicare (seguro hospitalario) y la Parte B de Medicare (seguro médico). La mayoría de los planes de salud de Medicare también incluyen la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.

Si se inscribe en la mayoría de los planes de salud de Medicare, se cancelará su inscripción en BlueMedicare Premier Rx (PDP) cuando comience la cobertura de su nuevo plan. Sin embargo, si elige un plan privado de pago por servicio sin la cobertura de medicamentos de la Parte D de Medicare, un plan de cuentas de ahorros para gastos médicos de Medicare o un plan de costos de Medicare, puede inscribirse en ese nuevo plan y mantener BlueMedicare Premier Rx (PDP) para su cobertura de medicamentos. Si no desea mantener nuestro plan, puede optar por inscribirse en otro plan de medicamentos con receta de Medicare o renunciar a la cobertura de medicamentos con receta de Medicare.

Nota: Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos de Medicare y no tiene cobertura acreditable para medicamentos con receta durante 63 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía para inscribirse más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.

- **Su membresía finalizará en nuestro plan** cuando comience la cobertura de su nuevo plan, el 1 de enero.

Sección 2.2 En ciertas situaciones, puede cancelar su membresía durante un período de inscripción especial

En ciertas situaciones, los miembros de BlueMedicare Premier Rx (PDP) pueden ser elegibles para cancelar su membresía en otros momentos del año. Esto se conoce como **período de inscripción especial**.

Puede ser elegible para finalizar su membresía durante un período de inscripción especial si ocurre cualquiera de las siguientes situaciones. Estos son solo ejemplos; para obtener una lista completa, puede comunicarse con nuestro plan, llamar a Medicare o visitar **Medicare.gov**:

- En general, cuando se muda.
- Si tiene Medicaid.
- Si es elegible para recibir Ayuda Adicional para pagar la cobertura de medicamentos de Medicare.

- Si rompemos nuestro contrato con usted.
- Si está recibiendo atención en una institución, como un hogar de convalecencia o un hospital de atención a largo plazo (LTC).
- Si se inscribe en el Programa de Atención Integral para las Personas de Edad Avanzada (PACE).
- **Nota:** Si participa en un programa de administración de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de plan. Encontrará más información sobre los programas de administración de medicamentos en la Sección 10 del Capítulo 3.

Los períodos de tiempo de inscripción varían según cada caso.

Para saber si es elegible para un período de inscripción especial, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si es elegible para cancelar su membresía debido a una situación especial, puede elegir cambiar tanto su cobertura de salud como su cobertura para medicamentos de Medicare. Puede elegir lo siguiente:

- Otro plan de medicamentos de Medicare
- Medicare Original *sin* un plan separado de medicamentos de Medicare
- Un plan de salud de Medicare. Un plan de salud de Medicare es un plan que ofrece una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para proporcionar todos los beneficios de la Parte A de Medicare (seguro hospitalario) y la Parte B de Medicare (seguro médico). Algunos planes de salud de Medicare también incluyen cobertura de medicamentos de la Parte D.
 - Si se inscribe en la mayoría de los planes de salud de Medicare, automáticamente se cancelará su inscripción en BlueMedicare Premier Rx (PDP) cuando comience la cobertura de su nuevo plan. Sin embargo, si elige un plan privado de pago por servicio sin la cobertura de medicamentos de la Parte D de Medicare, un plan de cuentas de ahorros para gastos médicos de Medicare o un plan de costos de Medicare, puede inscribirse en ese nuevo plan y mantener BlueMedicare Premier Rx (PDP) para su cobertura de medicamentos. Si no desea mantener nuestro plan, puede optar por inscribirse en otro plan de medicamentos con receta de Medicare o renunciar a la cobertura de medicamentos de Medicare.

Nota: Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos de Medicare y no tiene cobertura acreditable para medicamentos con receta durante 63 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D para inscribirse más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.

Generalmente, su membresía finalizará el primer día del mes después de que recibimos su solicitud para cambiar el plan.

Si recibe Ayuda Adicional de Medicare para pagar los costos de cobertura de sus medicamentos:
Si se pasa a Medicare Original y no se inscribe en un plan separado de medicamentos de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar de la inscripción automática.

Sección 2.3 Obtenga más información sobre cuándo puede cancelar su membresía

Si tiene preguntas sobre la cancelación de su membresía, puede realizar lo siguiente:

- Llame a Servicios para Miembros al 1-800-926-6565 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).
- Encuentre la información en el manual *Medicare y Usted 2027*.
- Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

SECCIÓN 3 Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan

La siguiente tabla explica cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan.

Para cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
Un plan de salud de Medicare	• Inscribirse en el nuevo plan de salud de Medicare. • Su inscripción en BlueMedicare Premier Rx (PDP) se cancelará automáticamente cuando comience su cobertura en el plan nuevo.
Medicare Original con un plan de medicamentos de Medicare diferente	• Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos de Medicare. • Su inscripción en BlueMedicare Premier Rx (PDP) se cancelará automáticamente cuando comience su cobertura en el nuevo plan de medicamentos.

Para cambiar de nuestro plan a: **Esto es lo que debe hacer:**

Medicare Original *sin* un plan separado de medicamentos de Medicare

- **Envíenos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción.** Llame a Servicios para Miembros al 1-800-926-6565 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) si necesita más información sobre cómo hacerlo.
- También puede llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y pedir que cancelen su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Su inscripción en BlueMedicare Premier Rx (PDP) se cancelará cuando comience la cobertura de Medicare Original.

SECCIÓN 4 Hasta que finalice su membresía, debe seguir recibiendo sus medicamentos a través de nuestro plan

Hasta que finalice su membresía y comience su nueva cobertura de Medicare, debe continuar recibiendo sus medicamentos con receta a través de nuestro plan.

- **Siga usando las farmacias o el servicio de pedidos por correo de nuestra red para obtener sus medicamentos con receta.**

SECCIÓN 5 BlueMedicare Premier Rx (PDP) debe cancelar su membresía en el plan en ciertas situaciones

BlueMedicare Premier Rx (PDP) debe finalizar su membresía en nuestro plan en cualquiera de los siguientes casos:

- Si ya no tiene la Parte A o la Parte B Medicare.
- Si se muda fuera del área de servicio.
- Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio durante más de 12 meses.
 - Si se muda o realiza un viaje largo, llame a Servicios para Miembros al 1-800-926-6565 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para averiguar si el lugar al que se muda o al que viaja se encuentra en el área de nuestro plan.

- Si es encarcelado (va a prisión).
- Si ya no es ciudadano o nacional de los Estados Unidos, o no ciudadano elegible.
- Si miente o encubre información sobre otro seguro que tenga que le ofrece cobertura para medicamentos con receta.
- Si intencionalmente nos da información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
- Si permanentemente se comporta de una forma que es perturbadora y hace que sea difícil que les brindemos atención a usted y a otros miembros del plan. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
- Si deja que otra persona use su tarjeta de miembro para obtener medicamentos con receta. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
 - Si cancelamos su membresía por esta razón, es posible que Medicare haga que el inspector general investigue su caso.
- Si no paga las primas del plan.
 - Es posible que todos los saldos adeudados previos deban pagarse para renovar automáticamente su póliza para el próximo año calendario.
- Si no paga las primas del plan durante los seis meses posteriores a la fecha de pago, se cancelará su inscripción por falta de pago.
 - Debemos notificarle por escrito que tiene seis meses después de la fecha de vencimiento para pagar la prima de nuestro plan antes de que cancelemos su membresía.
- Si usted debe pagar un monto adicional para la Parte D debido a sus ingresos y no lo hace, Medicare cancelará su inscripción en el plan y usted perderá la cobertura de medicamentos.

Si tiene alguna pregunta o desea recibir más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía, llame a Servicios para Miembros al 1-800-926-6565 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Sección 5.1 No podemos pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con la salud

BlueMedicare Premier Rx (PDP) no está autorizado a pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con la salud.

¿Qué debe hacer si sucede esto?

Si considera que le están pidiendo que cancele su inscripción en nuestro plan por un motivo relacionado con la salud, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 5.2 Tiene derecho a presentar un reclamo si cancelamos su membresía en nuestro plan

Si finalizamos su membresía en nuestro plan, tenemos la obligación de darle por escrito nuestros motivos de dicha cancelación. También debemos explicarle cómo puede presentar una queja o un reclamo sobre nuestra decisión de cancelar su membresía.

CAPÍTULO 9:

Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes vigentes

La ley principal que se aplica a este documento de *Evidencia de Cobertura* es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y las reglas que los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) crearon según esta ley. Además, es posible que se apliquen otras leyes federales y, en determinadas circunstancias, las leyes del estado en el que vive. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades incluso si las leyes no están incluidas ni explicadas en este documento.

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación

No discriminamos por cuestiones de raza, origen étnico, nacionalidad, color, religión, sexo, edad, discapacidad física o mental, estado de salud, experiencia con reclamaciones, antecedentes médicos, información genética, evidencia de asegurabilidad ni ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que ofrecen planes de medicamentos con receta, como nuestro plan, deben cumplir las leyes federales contra la discriminación, incluido el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Costo, todas las demás leyes que se aplican a las organizaciones que reciben fondos federales y cualquier otra ley o regla que se aplique por cualquier otra razón.

Para obtener más información o si tiene inquietudes sobre discriminación o trato injusto, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a su Oficina de Derechos Civiles local. También puede revisar la información de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos en [HHS.gov/ocr/index.html](https://www.hhs.gov/ocr/index.html).

Si usted tiene una discapacidad y necesita ayuda con el acceso a la atención, llame a Servicios para Miembros al 1-800-926-6565 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Si tiene un reclamo, como un problema con el acceso a una silla de ruedas, los Servicios para Miembros pueden ayudarlo.

SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare

Tenemos el derecho y la obligación de cobrar por los medicamentos con receta cubiertos por Medicare, si Medicare no es el pagador principal. Según las regulaciones de los CMS en el Título 42, Secciones 422.108 y 423.462 del CFR, BlueMedicare Premier Rx (PDP), como patrocinador de un plan

de medicamentos con receta de Medicare, ejercerá los mismos derechos de recuperación que los que la Secretaría ejerce conforme a las regulaciones de los CMS en las subpartes B a D de la parte 411 del Título 42 del CFR, y las reglas establecidas en esta sección sustituyen cualquier legislación estatal.

Notificación de la Sección 1557: La discriminación es ilegal

Cumplimos con las leyes Federales de derechos civiles aplicables y no discriminamos por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad. No discriminamos a las personas o las tratamos de manera diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad.

Proporcionamos:

- Ayudas auxiliares gratuitas, modificaciones razonables y servicios para que las personas con discapacidades puedan comunicarse de manera eficaz con nosotros, como:
 - Intérpretes calificados en lenguaje de señas
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio y formatos electrónicos accesibles)
- Servicios gratuitos de asistencia lingüística para personas cuyo idioma principal no es el inglés, como:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con:

- Cobertura de salud y visión: 1-800-352-2583
- Cobertura dental, de vida y de discapacidad: 1-888-223-4892
- Programa para Empleados Federales (Federal Employee Program, FEP): 1-800-333-2227
- Programa para Empleados Postal (Postal Employee Program, PEP): 1-844-960-2583
- Medicare: 1-800-926-6565
- TTY 711

Si cree que no hemos proporcionado estos servicios o hemos discriminado de otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad, puede presentar una queja a:

Cobertura de salud y visión (incluidos miembros de FEP PEP):

Section 1557 Coordinator
4800 Deerwood Campus Parkway, DCC 1-7
Jacksonville, FL 32246
1-800-477-3736 ext. 29070
1-800-955-8770 (TTY)
Fax: 1-904-301-1580
Section1557Coordinator@bcbsfl.com

Cobertura dental, de vida y de discapacidad:

Civil Rights Coordinator
17500 Chenal Parkway
Little Rock, AR 72223
1-800-260-0331
1-800-955-8770 (TTY)
civilrightscordinator@fclife.com

Puede presentar una queja en persona, por correo postal, por fax o por correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, el Coordinador de la Sección 1557 o el Coordinador de Derechos Civiles están disponibles para ayudarlo. También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (U.S. Department of Health and Human Services), de manera electrónica a través del Portal para Reclamos de la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights Complaint Portal), disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, por correo postal o por teléfono en:

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue, SW

Room 509F, HHH Building

Washington, D.C. 20201

1-800-368-1019

1-800-537-7697 (TDD)

Los formularios de reclamos están disponibles en www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

Visite www.floridablue.com/disclaimer/ndnotice para ver una versión electrónica de este aviso.

87768S 0825R

Se encuentran a su disposición los servicios gratuitos de idiomas, de ayuda auxiliar y de formato alternativo. Llame al número 1-800-352-2583, a FEP al 1-800-333-2227, a PEP al 1-844-960-2583 a Medicare al 1-800-926-6565, (TTY 711).

Có sẵn dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí, thiết bị hỗ trợ và các định dạng thay thế. Vui lòng gọi 1-800-352-2583, FEP 1-800-333-2227, PEP 1-844-960-2583, Medicare 1-800-926-6565, (TTY 711).

Gen èd oksilyè pou ede w nan lòt lang ak sèvis nan lòt fòm ki disponib gratis. Rele nan 1-800-352-2583, FEP 1-800-333-2227, PEP 1-844-960-2583, oswa rele Medicare nan 1-800-926-6565 (TTY 711).

Estão disponíveis, gratuitamente, serviços de tradução, assistência e formatos alternativos. Ligue para 1-800-352-2583, FEP 1-800-333-2227, PEP 1-844-960-2583, Medicare 1-800-926-6565 (TTY 711).

免费语言服务、辅助援助及替代格式服务均已开放。欢迎致电以下号码 普通咨询1-800-352-2583 联邦雇员计划 (FEP) 1-800-333-2227 医疗保险 (Medicare) 1-800-926-6565 听障专线 (TTY) 711。联邦雇员计划 (PEP) 1-800-333-2227

Des services linguistiques, d'aide auxiliaire et de supports alternatifs vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-352-2583, le FEP au 1-800-333-2227, le PEP au 1-844-960-2583, le Medicare au 1-800-926-6565 (ATS 711).

May makukuhang mga libreng serbisyo sa wika, karagdagang tulong at mga alternatibong anyo. Tumawag sa 1-800-352-2583, FEP 1-800-333-2227, PEP 1-844-960-2583, Medicare 1-800-926-6565, (TTY 711).

Предоставляются бесплатные языковые услуги, вспомогательные материалы и услуги в альтернативных форматах. Звоните 1-800-352-2583, FEP 1-800-333-2227, PEP 1-844-960-2583, Medicare 1-800-926-6565 (номер для текст-телефонных устройств (TTY) 711).

الخدمات المجانية للغة، والمساعدة الإضافية، وتنسيقات بديلة متاحة. يرجى الاتصال على

1-800-352-2583 برنامج FEP: 1-800-333-2227 برنامج PEP: 1-844-960-2583 برنامج Medicare: 1-800-926-6565 (TTY: 711) للإعاقة السمعية)

Sono disponibili servizi gratuiti di supporto linguistico, assistenza ausiliaria e formati alternativi. Telefono: 1-800-352-2583, FEP: 1-800-333-2227, PEP: 1-844-960-2583 Medicare: 1-800-926-6565, (TTY 711).

Kostenloser Service für Sprachen, Hilfsmittel und alternative Formate verfügbar. Telefon 1-800-352-2583, FEP 1-800-333-2227, PEP 1-844-960-2583, Medicare 1-800-926-6565 (TTY 711).

무료 언어, 보조 기구 및 대체 형식 서비스를 이용할 수 있습니다. 전화 1-800-352-2583, FEP 1-800-333-2227, PEP 1-844-960-2583, 메디케어 1-800-926-6565, (TTY 711).

Bezpłatna pomoc językowa, pomoc dodatkowa oraz usługi różnego rodzaju są dostępne. Zadzwoń pod numer 1-800-352-2583, FEP 1-800-333-2227, PEP 1-844-960-2583, Medicare 1-800-926-6565, (TTY 711).

મફત ભાષા, સહાયક મદદ અને વૈકલ્પિક ફોર્મેટ સેવાઓ ઉપલબ્ધ છે.

1-800-352-2583, FEP 1-800-333-2227, PEP 1-844-960-2583, Medicare 1-800-926-6565, (TTY 711) પર કોલ કરો.

มีบริการภาษา ความช่วยเหลือเพิ่มเติม และบริการในรูปแบบอื่น ๆ ฟรี โทร 1-800-352-2583, FEP 1-800-333-2227, Medicare 1-800-926-6565 (TTY 711)

無料の言語サービス、補助サービス、代替フォーマットサービスをご利用いただけます。1-800-352-2583、FEP 1-800-333-2227、PEP 1-844-960-2583、メディケア 1-800-926-6565 (TTY 711) までお電話ください。

با (TTY: 711) خدمات رایگان زبانی، کمکهای جانبی، و قالبهای جایگزین در دسترس هستند. با شماره 1-800-352-2583 تماس بگیرید. برای تماس بگیرید (TTY: 711) با Medicare 6565-926-800-1 و برای 2227

T'áa free yíníltá'go saad bee áká anilyeedígíí, álk'ida'ánígíí, dóo t'áa ajiłii hane' bee áká anilyeedígíí t'éiyá éi hołne'. 1-800-352-2583 bich'í' náhodoonih, FEP bich'í' 1-800-333-2227 bich'í' náhodoonih, PEP bich'i' 1-844-960-2583 bich'í' náhodoonih, Medicare bich'í' 1-800-926-6565 bich'í' náhodoonih, (TTY 711).

87768S 0825R

SECCIÓN 4 Derechos adicionales de subrogación

Como parte de este Contrato, Florida Blue tiene derecho a cobrarle a cualquier tercero los montos que haya pagado por sus beneficios en su nombre en virtud de este acuerdo y que tenía la obligación de pagar. Este derecho es el derecho de subrogación de Florida Blue. En el caso de que se realice un pago, se preste un servicio o se proporcione un suministro a un miembro o en nombre de este, Florida Blue, en el grado de dicho pago, servicio o suministro proporcionado, subrogará todas las causas de acción y derechos de recuperación que dicho miembro tenga o pueda tener en contra de cualquier persona u organización como resultado de dicho pago, servicio o suministro. Tales derechos de subrogación se extenderán y aplicarán a toda solución de un reclamo, independientemente de si se ha iniciado un litigio. El miembro deberá ejecutar y proporcionar de inmediato los instrumentos y los documentos relevantes para dichos derechos de subrogación, según lo pueda solicitar Florida Blue. Además, el miembro debe notificar de inmediato a Florida Blue acerca de cualquier negociación antes de llegar a un acuerdo de conciliación que afecte algún derecho de subrogación de Florida Blue. En ningún caso el miembro podrá abstenerse de tomar medidas cuando corresponda y tampoco podrá tomar medidas que puedan perjudicar los derechos de subrogación de Florida Blue. La exención, el descargo de responsabilidad, la

conciliación u otros documentos ejecutados por un miembro sin previo aviso y la aprobación por parte de Florida Blue serán vinculantes para Florida Blue. En cualquier caso, Florida Blue se reserva el derecho de recuperar dichos pagos o el valor razonable por los servicios cubiertos prestados a cualquier persona u organización en la máxima medida en que lo permita la ley. Con respecto a los servicios cubiertos prestados, Florida Blue tendrá derecho a un reembolso por el valor razonable de dichos servicios, según se determine sobre una base de pago por servicio.

SECCIÓN 5 Aviso sobre Florida Blue y Blue Cross and Blue Shield Association

Usted, como miembro de este plan, reconoce expresamente en el presente documento que comprende que este plan constituye únicamente un contrato entre usted y Florida Blue, que es una corporación independiente que opera con una licencia de Blue Cross and Blue Shield Association, una asociación de Planes Blue Cross and Blue Shield (la "Asociación") independientes, que permite que Florida Blue use las Marcas de Servicio de Blue Cross and Blue Shield en el estado de Florida, y que Florida Blue no tiene contrato como agente de la Asociación. Además, usted reconoce y acepta que no ha decidido inscribirse en este plan por declaraciones de ninguna persona que no sea de Florida Blue, y que ninguna persona, entidad u organización que no sea Florida Blue debe ser responsable ante usted por las obligaciones que Florida Blue contrajo con usted en virtud de este plan. Este párrafo no crea obligaciones adicionales para Florida Blue que no sean las ya estipuladas en virtud de las demás disposiciones de este acuerdo.

CAPÍTULO 10:

Definiciones

Apelación: una apelación es un recurso que usted presenta si no está de acuerdo con nuestra decisión de denegarle una solicitud de cobertura para medicamentos con receta, o pagos por medicamentos que ya ha recibido.

Área de servicio: un área geográfica donde debe vivir para inscribirse en un plan de medicamentos con receta en particular. Nuestro plan puede cancelar su inscripción si se muda permanentemente fuera del área de servicio de nuestro plan.

Autorización previa: aprobación por adelantado para recibir ciertos medicamentos en función de criterios específicos. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el Formulario y nuestros criterios se publican en el sitio web.

Ayuda Adicional: un programa de asistencia económica de Medicare a personas de bajos ingresos y recursos para pagar los costos del programa de medicamentos con receta de Medicare, como primas, deducibles y coseguro.

Cancelar o cancelación de la inscripción: el proceso de cancelación de su membresía en nuestro plan.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): es la agencia federal que administra Medicare.

Cobertura acreditable para medicamentos con receta: cobertura para medicamentos con receta (por ejemplo, de un empleador o un sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura, cuando pasan a ser elegibles para Medicare, pueden normalmente mantener esa cobertura sin pagar una multa si deciden inscribirse más tarde en un plan de cobertura para medicamentos de Medicare.

Cobertura para medicamentos con receta de Medicare (Parte D de Medicare): un seguro que lo ayuda a pagar medicamentos con receta para pacientes ambulatorios, vacunas, productos biológicos y algunos suministros que no cubren ni la Parte A ni la Parte B de Medicare.

Copago: un monto que es posible que deba pagar como su parte del costo de un medicamento con receta. Un copago es un monto establecido (por ejemplo, \$10), más que un porcentaje.

Coseguro: un monto que es posible que deba pagar, expresado como un porcentaje (por ejemplo, el 20%), como la parte que le corresponde del costo de los medicamentos con receta después de pagar cualquier deducible.

Costo compartido diario: es posible que se aplique un costo compartido diario cuando su médico le recete un suministro de determinados medicamentos para menos de un mes completo y usted deba pagar un copago. El costo compartido diario es el copago dividido por la cantidad de días de un suministro para un mes. A continuación, le presentamos un ejemplo: Si su copago por un suministro de un medicamento para un mes es de \$30, y un suministro para un mes en nuestro plan tiene 30 días, su costo compartido diario es de \$1 por día.

Costo compartido: el costo compartido se refiere a los montos que un miembro tiene que pagar cuando obtiene medicamentos. (Esto es adicional a la prima mensual de nuestro plan). El costo compartido incluye cualquier combinación de los 3 siguientes tipos de pagos: 1) cualquier monto deducible que puede imponer un plan antes de cubrir los medicamentos; 2) cualquier monto fijo de *copago* que un plan exige cuando se recibe un medicamento específico; o 3) cualquier monto de *coseguro*, un porcentaje del monto total pagado por un medicamento, que un plan exige cuando se recibe un medicamento específico.

Costo compartido estándar: se refiere a aquel que no es el costo compartido preferido que se ofrece en una farmacia de la red.

Costo de suministro: una tarifa que se cobra cada vez que un medicamento cubierto se entrega para pagar el costo de surtido de un medicamento con receta, como el tiempo que le insume al farmacéutico preparar y envolver el medicamento con receta.

Costos que paga de su bolsillo: vaya a la definición de *costo compartido* que se menciona más arriba. El requisito de costo compartido de un miembro para pagar una parte de los medicamentos recibidos también se conoce como el requisito de costo que un miembro *paga de su bolsillo*.

Deducible: el monto que debe pagar por los medicamentos con receta antes de que nuestro plan comience a pagar.

Determinación de cobertura: una decisión para determinar si un medicamento que le recetaron está cubierto por nuestro plan y el monto, si lo hubiera, que deberá pagar por el medicamento con receta. En general, si lleva su receta a la farmacia y allí le indican que el medicamento con receta no está cubierto por nuestro plan, eso no es una determinación de cobertura. Debe llamar o escribirnos a nuestro plan para solicitar una decisión formal sobre la cobertura. Las determinaciones de cobertura también se llaman decisiones de cobertura en este documento.

Emergencia: una emergencia médica es cuando usted o cualquier persona prudente, con un conocimiento promedio de salud y medicina, creen que presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar perder la vida (y, si es una mujer embarazada, la pérdida de un niño no nacido), la pérdida de una extremidad o la función de una extremidad, o la pérdida o discapacidad grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una condición médica que se agrava rápidamente.

Etapas de cobertura en situaciones catastróficas: es la etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D que comienza cuando usted (u otra parte calificada en su nombre) haya gastado \$2,400 en medicamentos cubiertos de la Parte D durante el año de cobertura. Durante esta etapa de pago, no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

Etapas de cobertura inicial: etapa que transcurre desde que paga su deducible (si tiene uno) y antes de que los costos que paga de su bolsillo para el año alcancen el monto del límite de costos que paga de su bolsillo.

Evidencia de Cobertura (EOC) e información de divulgación: en este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro documento adjunto, cláusula adicional u otra cobertura opcional seleccionada, se explica su cobertura, lo que debemos hacer, sus derechos y lo que debe hacer usted como miembro de nuestro plan.

Excepción: un tipo de decisión de cobertura que, si se aprueba, le permite recibir un medicamento que no está en nuestro Formulario (una excepción al Formulario) o un medicamento no preferido a un nivel de costo compartido menor (una excepción de nivel). También puede solicitar una excepción si nuestro plan le obliga a probar otro medicamento antes de recibir el medicamento que está solicitando, si nuestro plan requiere autorización previa para un medicamento y usted quiere que eliminemos la restricción de los criterios o si nuestro plan limita la cantidad o la dosis del medicamento que está solicitando (una excepción al Formulario).

Farmacia de la red: una farmacia que tiene un contrato con nuestro plan en la que los miembros del plan pueden obtener sus beneficios de medicamentos con receta. En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta están cubiertos solo si los obtiene en una de las farmacias de nuestra red.

Farmacia fuera de la red: una farmacia que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar los medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. La mayoría de los medicamentos que obtiene en las farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que se cumplan ciertas condiciones.

Farmacia minorista estándar: una farmacia de la red que ofrece medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan a niveles de costo compartido más altos que en una farmacia minorista preferida de la red.

Herramienta “Real-Time Benefit Tool” (Herramienta de beneficios en tiempo real): un portal o una aplicación informática en la que los inscritos pueden buscar una información completa, correcta, oportunamente apropiada, clínicamente apropiada y específica del inscrito acerca de los formularios y los beneficios. Esto incluye montos de costos compartidos, medicamentos alternativos del Formulario que pueden usarse para la misma condición médica que un medicamento determinado y restricciones de cobertura (autorización previa, tratamiento escalonado, límites de cantidad) que se aplican a medicamentos alternativos.

Indicación médicamente aceptada: uso del medicamento que está aprobado por la FDA, así como respaldado por ciertas referencias, como la información sobre medicamentos de American Hospital Formulary Service y el Sistema de Información Micromedex DRUGDEX.

Ingreso complementario administrado por el Seguro Social (SSI): es un beneficio mensual que paga el Seguro Social a las personas con ingresos y recursos limitados que tienen una discapacidad, están ciegas o tienen 65 años o más. Los beneficios del SSI no son iguales a los beneficios del Seguro Social.

Límite de costos que paga de su bolsillo: el monto máximo que paga de su bolsillo por los medicamentos de la Parte D.

Límites de cantidad: una herramienta de gestión diseñada para limitar el uso de un medicamento por motivos de calidad, seguridad o utilización. Los límites también pueden ser en la cantidad de medicamento que cubrimos por receta o durante un período definido.

Lista de medicamentos cubiertos (Formulario o Lista de medicamentos): una lista de medicamentos con receta cubiertos por el plan.

Medicaid (o Medical Assistance): un programa conjunto, estatal y federal que ayuda a solventar los costos médicos de ciertas personas con bajos ingresos y recursos limitados. Los programas estatales de Medicaid varían, pero cubren la mayoría de los costos de atención médica si usted califica para Medicare y Medicaid.

Medicamento biosimilar intercambiable: un medicamento biosimilar que se puede utilizar como sustituto de un producto biosimilar original en la farmacia sin necesidad de una receta nueva, ya que cumple requisitos adicionales relacionados con la posibilidad de sustitución automática. La sustitución automática en la farmacia está sujeta a la ley estatal.

Medicamento biosimilar: un producto biológico muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Los medicamentos biosimilares son tan seguros y eficaces como el producto biológico original. Algunos medicamentos biosimilares sustituyen al producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una receta nueva (ingrese en “**Medicamento biosimilar intercambiable**”).

Medicamento de marca: medicamento con receta fabricado y vendido por la compañía farmacéutica que originalmente investigó y desarrolló dicho medicamento. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de ingredientes activos que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otros fabricantes de medicamentos y, normalmente, no están disponibles hasta que haya vencido la patente del medicamento de marca.

Medicamento genérico: un medicamento con receta que está aprobado por la FDA, dado que se considera que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Por lo general, un medicamento genérico tiene el mismo efecto que un medicamento de marca, pero suele ser más económico.

Medicamentos cubiertos: el término que se utiliza para referirse a todos los medicamentos con receta que cubre nuestro plan.

Medicamentos de la Parte D: son los medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte D. Podemos ofrecer todos los medicamentos de la Parte D o no. Algunas categorías de medicamentos han sido excluidas como medicamentos cubiertos de la Parte D por el Congreso.

Medicamento seleccionado: un medicamento cubierto por la Parte D para el cual Medicare negoció un precio justo máximo.

Medicare: el programa federal de seguros de salud destinado a personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas que tienen enfermedad renal terminal (por lo general, las que tienen insuficiencia renal permanente que requieren diálisis o trasplante de riñón).

Medicare Original (Medicare tradicional o Medicare con pago por servicio): Medicare Original es ofrecido por el Gobierno y no por planes de salud privados, como los Planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos con receta. En Medicare Original, los servicios de Medicare están cubiertos al pagarles a los médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica los montos de pago establecidos por el Congreso. Usted puede consultar con cualquier médico, hospital o proveedor de atención médica que acepte Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga lo que le corresponde del monto aprobado por Medicare, y usted paga lo que le corresponde a usted. Medicare Original tiene 2 partes: La Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico), y está disponible en todas partes en los EE. UU.

Miembro (miembro de nuestro plan o miembro del plan): una persona con Medicare que es elegible para recibir servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Monto de Ajuste Mensual Relacionado con el Ingreso (IRMAA): si su ingreso bruto ajustado modificado, como informó en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años, está por encima de cierto monto, pagará el monto estándar de la prima y un monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso, también conocido como IRMAA. El IRMAA es un cargo adicional que se agrega a su prima. Menos del 5% de las personas con Medicare se encuentran afectadas, por lo que la mayoría de las personas no pagará una prima más alta.

Multa por inscripción tardía de la Parte D: un monto que se suma a su prima mensual por la cobertura de medicamentos de Medicare si no tiene una cobertura acreditable (la cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare) durante un período continuo de 63 días o más después de que se vuelve elegible por primera vez para inscribirse en un plan de la Parte D.

Nivel de costo compartido: cada medicamento de la lista de medicamentos cubiertos está en uno de los seis niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el nivel de costo compartido, mayor será su costo del medicamento.

Organización para la Mejora de la Calidad (QIO): un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica, a los cuales el Gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare.

Parte C: vaya a la definición de Plan Medicare Advantage (MA).

Parte D: es el programa voluntario de beneficios de medicamentos con receta de Medicare.

Período de inscripción abierta: el período del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año en el que los miembros pueden cambiar de plan de salud o de medicamentos, o cambiarse a Medicare Original.

Período de inscripción especial: un tiempo determinado para que los miembros puedan cambiar sus planes de salud y de medicamentos, o volver a Medicare Original. Las situaciones en las que usted puede ser elegible para un período de inscripción especial son las siguientes: si se muda por fuera del área de servicio, si está recibiendo Ayuda Adicional con los costos de sus medicamentos con receta, si se muda a un hogar de convalecencia o si rompemos nuestro contrato con usted.

Período de inscripción inicial: el período en el que puede inscribirse en la Parte A y la Parte B de Medicare cuando es elegible por primera vez para recibir Medicare. Si es elegible para Medicare cuando cumpla 65 años, el período de inscripción inicial es el período de 7 meses, que comienza 3 meses antes del mes en el que cumple 65 años, incluye el mes en el que cumple 65 años y termina 3 meses después del mes en el que cumple 65 años.

Persona doblemente elegible: persona que es elegible para la cobertura de Medicare y de Medicaid.

Plan de costos de Medicare: un Plan de costos de Medicare es un plan operado por una Organización de Mantenimiento de la Salud (HMO) o un Plan Médico Competitivo (CMP) de acuerdo con un contrato de reembolso de costos conforme a la Sección 1876(h) de la ley.

Plan de Necesidades Especiales para Pacientes que Requieren Atención Crónica (C-SNP): son SNP que limitan la inscripción a personas elegibles para MA que tienen condiciones crónicas o graves específicas.

Plan de salud de Medicare: un plan de salud de Medicare ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindar los beneficios de la Parte A y la Parte B a personas con Medicare que se inscriben en nuestro plan. Incluye todos los Planes Medicare Advantage, los planes de costos de Medicare, los planes de necesidades especiales, los programas piloto o de demostraciones y los Programas de Atención Integral para las Personas de Edad Avanzada (PACE).

Planes de necesidades especiales de doble elegibilidad (D-SNP): estos planes abarcan a las personas que tienen derecho tanto a Medicare (Título XVIII de la Ley del Seguro Social) como a la asistencia médica

de un plan estatal en virtud de Medicaid (Título XIX). Los estados cubren algunos costos de Medicare, según el estado y la elegibilidad de la persona.

Plan Medicare Advantage (MA): a veces llamado Parte C de Medicare. Es un plan ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindarle todos sus beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare. Un Plan Medicare Advantage puede ser i) una HMO, ii) una PPO, iii) un plan privado de pago por servicio (PFFS) o iv) un plan de cuenta de ahorro para gastos médicos de Medicare (MSA). Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan Medicare Advantage HMO o PPO también puede ser un plan de necesidades especiales (SNP). En la mayoría de los casos, los Planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D de Medicare (cobertura de medicamentos con receta). Estos planes se llaman **Planes de Medicare Advantage con cobertura para medicamentos con receta**.

Plan PACE: un plan PACE (Programa de Atención Integral para las Personas de Edad Avanzada) combina servicios médicos, sociales y servicios y apoyos a largo plazo (LTSS) para personas frágiles de manera que puedan conservar su independencia y continuar viviendo en sus comunidades (en lugar de mudarse a un hogar de convalecencia) tanto tiempo como sea posible. Las personas inscritas en los planes PACE reciben los beneficios de Medicare y Medicaid a través de nuestro plan.

Póliza Medigap (seguro complementario de Medicare): el seguro complementario de Medicare vendido por una compañía de seguros privada para cubrir los *períodos sin cobertura* de Medicare Original. Las pólizas Medigap solo funcionan con Medicare Original. (Un plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

Precio justo máximo: el precio que Medicare negoció para un medicamento seleccionado.

Prima: el pago periódico a Medicare, a una compañía de seguros o a un plan de atención médica por una cobertura de salud o de medicamentos con receta.

Producto biológico original: un producto biológico que ha sido aprobado por la FDA y sirve de comparación para los fabricantes que producen una versión biosimilar. También se le llama producto de referencia.

Producto biológico: un medicamento con receta que se elabora a partir de fuentes naturales y vivas, como células animales, vegetales, bacterias o levaduras. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no se pueden copiar exactamente, por lo que las formas alternativas se llaman biosimilares. (Consulte **“Producto biológico original”** y **“Medicamento biosimilar”**).

Programa de Descuentos del Fabricante: un programa según el cual los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total de nuestro plan por los medicamentos de marca y los productos biológicos cubiertos por la Parte D. Los descuentos se basan en acuerdos entre el Gobierno federal y los fabricantes de medicamentos.

Programa de Manejo del Tratamiento Farmacológico (MTM): un programa de la Parte D de Medicare para necesidades de salud complejas proporcionado a personas que cumplen con ciertos requisitos o

forman parte de un Programa de Administración de Medicamentos. Los servicios de MTM generalmente incluyen una conversación con un farmacéutico o proveedor de atención médica para revisar los medicamentos.

Queja: un tipo de reclamo que usted presenta sobre nuestro plan, los proveedores o las farmacias, incluido un reclamo relacionado con la calidad de la atención brindada. Esto no implica disputas de pago o cobertura.

Reclamo: el nombre formal para presentar un reclamo es **interponer una queja**. El proceso de reclamos se aplica *solo* a ciertos tipos de problemas. Entre ellos se incluyen los problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. También incluye reclamos si nuestro plan no sigue los períodos del proceso de apelaciones.

Servicios cubiertos por Medicare: servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. El término “servicios cubiertos por Medicare” no incluye los beneficios adicionales, como los servicios dentales, de la vista o de la audición, que puede ofrecer un plan Medicare Advantage.

Servicios para Miembros: un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder a sus preguntas sobre su membresía, beneficios, quejas y apelaciones.

Subsidio por bajos ingresos (LIS): vaya a Ayuda Adicional.

Tratamiento escalonado: herramienta de utilización que exige que primero intente tratar su condición médica con otro medicamento antes de que cubramos el medicamento que le recetó el médico en primer lugar.

Servicios para Miembros de BlueMedicare Premier Rx (PDP)

Método	Información de contacto de Servicios para Miembros
TELÉFONO	1-800-926-6565 Las llamadas a este número son gratuitas. Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, nuestro horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, nuestro horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, de lunes a viernes, excepto los días feriados importantes. Servicios para Miembros, cuyo número de teléfono es 1-800-926-6565 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), también tiene servicios de interpretación gratuitos disponibles para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, nuestro horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, nuestro horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, de lunes a viernes, excepto los días feriados importantes.
FAX	1-305-716-9333
CORREO POSTAL	Florida Blue Medicare Member Services P.O. Box 45296 Jacksonville, FL 32232-5296
SITIO WEB	www.floridablue.com/medicare

SHINE (Programa SHIP de Florida):

El SHINE es un programa estatal que recibe fondos del Gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros de salud, a nivel local y de forma gratuita, a las personas que tienen Medicare.

Método	Información de contacto
TELÉFONO	1-800-963-5337
TTY	711 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
CORREO POSTAL	SHINE Program Department of Elder Affairs 4040 Esplanade Way, Suite 270 Tallahassee, FL 32399-7000
SITIO WEB	www.FLORIDASHINE.org

Declaración de divulgación de la PRA: de acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona tiene la obligación de responder una recopilación de información, a menos que se indique un número de control válido de la OMB. El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escribanos a la siguiente información de contacto: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.