**Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2025**

# Evidencia de Cobertura:

## Su cobertura de medicamentos con receta de Medicare como miembro de BlueMedicare Complete Rx (PDP)

Este documento proporciona detalles acerca de la cobertura de medicamentos con receta de Medicare desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2025. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro**.

**Si tiene preguntas sobre este documento, comuníquese con Servicios para Miembros llamando al 1-800-926-6565. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-955-8773). El horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 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 feriados importantes. Esta llamada es gratuita.**

Este plan, BlueMedicare Complete Rx, 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 Complete Rx.)

Este documento está disponible sin cargo en *inglés*.

Esta información está disponible en formatos alternativos, como letra grande, audio y braille. Llame a Servicios para Miembros al número indicado anteriormente si necesita información del plan en otro formato.

Los beneficios, la prima, el deducible o los copagos/el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2026.

El formulario y la red de farmacias pueden cambiar en cualquier momento. Usted recibirá un aviso cuando sea necesario. Notificaremos a los inscritos afectados acerca de cambios con al menos 30 días de anticipación.

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

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

OMB Approval 0938-1051 (Expires: August 31, 2026)
Y0011_FBM2112S 2024_C

# Evidencia de Cobertura de 2025

## Índice

**CAPÍTULO 1: *Primeros pasos como miembro* ..... 5**

SECCIÓN 1 Introducción ..... 6
SECCIÓN 2 ¿Cuáles son los requisitos de elegibilidad para ser miembro del plan? ..... 7
SECCIÓN 3 Documentación importante de membresía que recibirá ..... 8
SECCIÓN 4 Sus costos mensuales por BlueMedicare Complete Rx ..... 9
SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual ..... 13
SECCIÓN 6 Mantenga actualizado su registro de membresía en el plan ..... 16
SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan ..... 17

**CAPÍTULO 2: *Números de teléfono y recursos importantes* ..... 19**

SECCIÓN 1 Contactos de BlueMedicare Complete Rx (cómo comunicarse con nosotros, incluso cómo comunicarse con Servicios para Miembros) ..... 20
SECCIÓN 2 Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal de Medicare) ..... 23
SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare) ..... 25
SECCIÓN 4 Organización para la mejora de la calidad ..... 26
SECCIÓN 5 Seguro Social ..... 27
SECCIÓN 6 Medicaid ..... 28
SECCIÓN 7 Información sobre programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos con receta ..... 29
SECCIÓN 8 Cómo puede comunicarse con la Junta de Jubilación para Ferroviarios ..... 33
SECCIÓN 9 ¿Tiene un seguro grupal u otro seguro de salud de un empleador? ..... 34

**CAPÍTULO 3: *Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D* ..... 35**

SECCIÓN 1 Introducción ..... 36

SECCIÓN 2 Obtenga su medicamento con receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan ..... 37
SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar en la Lista de medicamentos del plan ..... 41
SECCIÓN 4 Hay restricciones respecto de la cobertura de algunos medicamentos ..... 43
SECCIÓN 5 ¿Qué sucede si uno de los medicamentos no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera? ..... 45
SECCIÓN 6 ¿Qué sucede si cambia la cobertura para alguno de sus medicamentos? ..... 48
SECCIÓN 7 ¿Qué tipos de medicamentos *no* cubre el plan? ..... 51
SECCIÓN 8 Cómo obtener un medicamento con receta ..... 52
SECCIÓN 9 Cobertura para medicamentos de la Parte D en situaciones especiales ..... 53
SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad y administración de los medicamentos ..... 55

**CAPÍTULO 4: *Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D* ..... 58**

SECCIÓN 1 Introducción ..... 59
SECCIÓN 2 El precio que paga por un medicamento depende de la etapa de pago de medicamentos en la que esté al obtener el medicamento ..... 62
SECCIÓN 3 Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y la etapa de pago en la que se encuentra ..... 62
SECCIÓN 4 No existe deducible para BlueMedicare Complete Rx ..... 64
SECCIÓN 5 Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga su parte ..... 64
SECCIÓN 6 Durante la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D ..... 69
SECCIÓN 7 Vacunas de la Parte D. Lo que usted paga depende de cómo y dónde las obtiene ..... 69

**CAPÍTULO 5: *Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de los medicamentos cubiertos* ..... 72**

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de los medicamentos cubiertos ..... 73
SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos el reembolso ..... 74
SECCIÓN 3 Analizaremos su solicitud de pago y decidiremos si le pagaremos o no ..... 75

**CAPÍTULO 6: *Sus derechos y responsabilidades* ..... 76**

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales como miembro del plan ..... 77

SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan ..... 88

**CAPÍTULO 7: *Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)* ..... 90**

SECCIÓN 1 Introducción ..... 91

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada ..... 91

SECCIÓN 3 Para tratar su problema, ¿qué proceso debe utilizar? ..... 92

SECCIÓN 4 Una guía para los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones ..... 93

SECCIÓN 5 Medicamentos con receta de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación ..... 95

SECCIÓN 6 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más allá ..... 106

SECCIÓN 7 Cómo presentar un reclamo sobre la calidad de la atención, los plazos de espera, el servicio al cliente u otras preocupaciones ..... 107

**CAPÍTULO 8: *Cancelación de su membresía en el plan* ..... 112**

SECCIÓN 1 Introducción a la cancelación de su membresía en nuestro plan ..... 113

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan? ..... 113

SECCIÓN 3 ¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan? ..... 116

SECCIÓN 4 Hasta que finalice su membresía, debe seguir recibiendo sus medicamentos a través de nuestro plan ..... 117

SECCIÓN 5 BlueMedicare Complete Rx debe cancelar su membresía en el plan en ciertas situaciones ..... 117

**CAPÍTULO 9: *Avisos legales* ..... 120**

SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes vigentes ..... 121

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación ..... 121

SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare ..... 121

SECCIÓN 4 Derechos adicionales de subrogación ..... 125

SECCIÓN 5 Aviso sobre Florida Blue y Blue Cross and Blue Shield Association ..... 125

**CAPÍTULO 10: *Definiciones de términos importantes* ..... 126**

# CAPÍTULO 1:

*Primeros pasos como miembro*

# SECCIÓN 1 Introducción

## Sección 1.1 Usted está inscrito en BlueMedicare Complete Rx, que es un plan de medicamentos con receta de Medicare

Usted tiene cobertura de atención médica de Medicare Original o de otro plan de salud y ha elegido obtener su cobertura de medicamentos con receta de Medicare a través de nuestro plan, BlueMedicare Complete Rx.

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

## Sección 1.2 ¿De qué se trata el documento *Evidencia de Cobertura*?

Esta *Evidencia de Cobertura* describe cómo obtener los medicamentos con receta. Se explican sus derechos y responsabilidades, lo que está cubierto, lo que le corresponde pagar a usted como miembro del plan y cómo presentar un reclamo si no está satisfecho con una decisión o tratamiento.

Los términos *cobertura* y *medicamentos cubiertos* se refieren a la cobertura de medicamentos con receta a su disposición como miembro de BlueMedicare Complete Rx.

Es importante que sepa cuáles son las reglas del plan y cuál es la cobertura que está a su disposición. Le recomendamos que dedique tiempo a leer el documento *Evidencia de Cobertura*.

Si hay algo que le genere confusión o le preocupe, o simplemente tiene una pregunta, comuníquese con Servicios para Miembros.

## Sección 1.3 Información legal sobre la *Evidencia de Cobertura*

Esta *Evidencia de Cobertura* es parte de nuestro contrato con usted sobre cómo BlueMedicare Complete Rx 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 adicionales 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 Complete Rx, desde el 1. de enero de 2025 hasta el 31 de diciembre de 2025.

Cada año calendario, Medicare nos permite hacer cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios del plan BlueMedicare Complete Rx después del 31 de diciembre de 2025. También podemos decidir dejar de ofrecer el plan en su área de servicio después del 31 de diciembre de 2025.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar el plan BlueMedicare Complete Rx todos los años. Puede seguir obteniendo la cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan siempre que decidamos continuar ofreciendo el plan y Medicare renueve la aprobación del plan.

## SECCIÓN 2 ¿Cuáles son los requisitos de elegibilidad para ser miembro del plan?

### Sección 2.1 Requisitos de elegibilidad

*Usted es elegible para ser miembro de nuestro plan siempre y cuando cumpla con los siguientes requisitos:*

- Tener la Parte A de Medicare o la Parte B de Medicare (o tiene la Parte A y la Parte B)
- -- *Y* -- ser ciudadano o residente legal de los Estados Unidos.
- -- *Y* -- vivir en nuestra área geográfica de servicio (la Sección 2.2 a continuación describe el área de servicio). Se considera que las personas encarceladas no viven en el área geográfica de servicio incluso si se encuentran físicamente en ella.

### Sección 2.2 Esta es el área de servicio del plan para BlueMedicare Complete Rx

BlueMedicare Complete Rx está disponible solo para personas que residen en el área de servicio de nuestro plan. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, debe continuar viviendo en el área de servicio del plan. El área de servicio se describe a continuación.

Nuestra área de servicio incluye este estado: Florida.

Si se muda fuera del área de servicio, no puede seguir siendo miembro de este plan. Comuníquese con Servicios para Miembros para ver si contamos con algún plan en la nueva área. Cuando se mude, tendrá un Período de inscripción especial que le permitirá cambiar a Original Medicare o inscribirse en un plan de salud o de medicamentos de Medicare que esté disponible en su nueva ubicación.

También es importante que llame al Seguro Social si se muda o si su dirección postal cambia. Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto del Seguro Social en la Sección 5 del Capítulo 2.

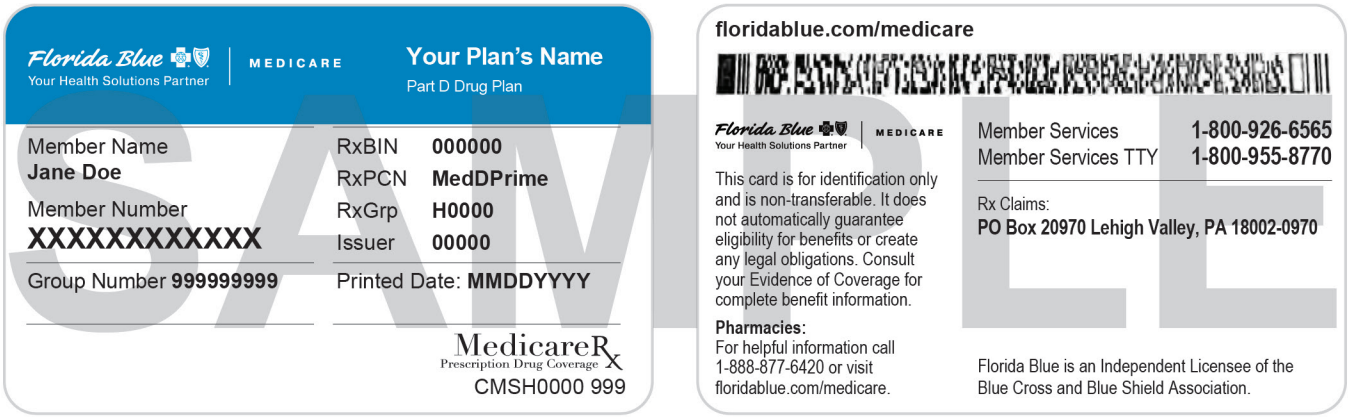
### Sección 2.3 Ciudadano o residente legal de los Estados Unidos

Un miembro del plan de salud de Medicare debe ser ciudadano o residente legal de los Estados Unidos. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificará a BlueMedicare Complete Rx en caso de que usted no sea elegible para seguir siendo miembro por este motivo. BlueMedicare Complete Rx debe cancelar su inscripción si no cumple este requisito.

# SECCIÓN 3 Documentación importante de membresía que recibirá

## Sección 3.1 Su tarjeta de membresía en el plan

Mientras sea miembro de nuestro plan, debe usar su tarjeta de membresía para obtener los medicamentos con receta en las farmacias de la red. También debe mostrarle su tarjeta de Medicaid al proveedor, si corresponde. A continuación, encontrará un modelo de la tarjeta de membresía para que tenga una idea de cómo será la suya:




Lleve la tarjeta siempre consigo y recuerde mostrarla cuando obtenga medicamentos cubiertos. Si su tarjeta de membresía del plan se daña, se le pierde o se la roban, llame de inmediato a Servicios para Miembros para que le enviemos una de reemplazo.

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 **www.floridablue.com/medicare** encontrará nuestras farmacias de la red. Las **farmacias de la red** son todas las farmacias que han aceptado surtir medicamentos con receta cubiertos para los miembros de nuestro plan. Puede utilizar el *Directorio de farmacias* para encontrar la farmacia de la red en la que desea comprar sus medicamentos. Para obtener información sobre cuándo puede utilizar las farmacias que no están dentro de la red del plan, consulte la Sección 2.5 del Capítulo 3.

Si no tiene el *Directorio de farmacias*, puede solicitar una copia a Servicios para Miembros. También puede encontrar esta información en nuestro sitio web en **www.floridablue.com/medicare**.

### Sección 3.3 La Lista de medicamentos cubiertos *(Formulario)* del plan

El plan cuenta con una *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*. Nosotros la llamamos "Lista de medicamentos" para abreviar. En esta se indica qué medicamentos con receta de la Parte D están cubiertos por el beneficio de la Parte D incluido en BlueMedicare Complete Rx. El plan, con la colaboración de un equipo de médicos y farmacéuticos, selecciona los medicamentos de la lista. La lista debe cumplir con los requisitos establecidos por Medicare. Medicare aprobó la Lista de medicamentos de BlueMedicare Complete Rx.

En la Lista de medicamentos se indica si hay reglas que restrinjan la cobertura de sus medicamentos.

Le brindaremos una copia de la Lista de medicamentos. Para obtener la información más completa y actualizada sobre los medicamentos cubiertos, puede visitar el sitio web del plan www.floridablue.com/medicare/forms o llamar a Servicios para Miembros.

## SECCIÓN 4 Sus costos mensuales por BlueMedicare Complete Rx

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 Medicare Prescription Payment (Sección 4.5)

### En algunas situaciones, la prima de su plan podría ser menor

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

Si *ya está inscrito* y recibe ayuda de este programa, la **información sobre las primas de esta *Evidencia de Cobertura* no se aplica a usted**. Le enviamos un inserto separado, que se denomina *Evidence of Coverage Rider for People Who Get "Extra Help" Paying for Prescription Drugs* (Cláusula adicional a la Evidencia de Cobertura para las personas que reciben "Ayuda Adicional" para pagar los medicamentos con receta), también conocida como *Low Income Subsidy Rider* o *LIS Rider* (Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS), que le informa sobre la cobertura para sus medicamentos. Si no posee este inserto, póngase en contacto con Servicios para Miembros y solicite 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 su copia del manual *Medicare & You 2025* (Medicare y usted 2025), la sección titulada "Costos de Medicare para 2025". Si necesita una copia, puede descargarla desde el sitio web de Medicare (www.medicare.gov/medicare-and-you). O bien, puede solicitar una copia

impresa por teléfono al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

## Sección 4.1 Prima del plan

Como miembro de nuestro plan, usted paga una prima mensual del plan. Para 2025, la prima mensual de BlueMedicare Complete Rx es de $167.00.

## Sección 4.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare

### Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare

**Además de pagar la prima mensual del plan, usted debe continuar pagando las primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan.** Esto incluye su prima de la Parte B. También puede incluir una prima para la Parte A que afecta a los miembros que no son elegibles para la Parte A sin pagar la prima.

## 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, hay 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 para medicamentos con receta acreditable 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 con receta de Medicare. El costo de la multa por inscripción tardía dependerá de cuánto tiempo estuvo sin la Parte D o sin otra cobertura para medicamentos con receta acreditable. 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 Complete Rx, 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 deberá** pagarla en los siguientes casos:

- Recibe “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar los medicamentos con receta.
- Han transcurrido menos de 63 días consecutivos sin cobertura acreditable.
- Ha tenido cobertura para medicamentos acreditable a través de otra fuente, como un empleador, sindicato, TRICARE o la Administración de salud para veteranos (VA). Su aseguradora o el departamento de recursos humanos le avisarán cada año si su cobertura para medicamentos

es una cobertura acreditable. Esta información se le enviará por carta o se incluirá en un boletín informativo del plan. Conserve esta información, ya que puede necesitarla si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

- **Nota:** Cualquier 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 con receta de Medicare.
- **Nota:** Las siguientes *no* son una cobertura para medicamentos con receta acreditable: tarjetas de descuento para medicamentos con receta, clínicas gratis y sitios web de descuentos en medicamentos.

**Medicare determina el monto de la multa**. Funciona de la siguiente manera:

- Si estuvo 63 días o más sin una cobertura para medicamentos con receta acreditable 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, el plan computará el número de meses completos en los que no tuvo cobertura. La multa es del 1% por cada mes que no tuvo cobertura acreditable. Por ejemplo, si pasa 14 meses sin cobertura, la multa será del 14%.
- Luego, Medicare determina el monto de la prima mensual promedio para los planes de medicamentos de Medicare en la nación desde el año anterior. Para 2025, el monto promedio de la prima es de $36.78.
- Para calcular su multa mensual, se multiplica el porcentaje de la multa y la prima mensual promedio y luego se redondea el resultado a los 10 centavos más cercanos. En este ejemplo sería 14% por $36.78, lo que es igual a $5.14. Que se redondea en $5.10. Esta suma se agregará **a la prima mensual de una persona que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D**.

Hay tres aspectos importantes que se deben tener en cuenta con respecto a esta multa mensual por inscripción tardía de la Parte D:

- Primero, **la multa puede cambiar cada año**, ya que la prima mensual promedio puede cambiar cada año.
- Segundo, **seguirá pagando una multa** cada mes durante el tiempo que esté inscrito en un plan que incluya los beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare, incluso si cambia de plan.
- Tercero, si tiene <u>menos</u> de 65 años y actualmente recibe los beneficios de Medicare, la multa por inscripción tardía de la Parte D se reanudará cuando cumpla 65. 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 está en desacuerdo con su multa por inscripción tardía de la Parte D, usted o su representante pueden solicitar una revisión**. Por lo general, debe solicitar la revisión **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, es posible que no tenga otra oportunidad de solicitar una revisión de esa multa por inscripción tardía.

**Importante:** No deje de pagar su multa por inscripción tardía de la Parte D mientras espera que revisemos la decisión sobre su multa por inscripción tardía. Si lo hace, es posible que se cancele su inscripción por no pagar las primas del 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 dos 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 el sitio web https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans.

Si debe pagar un monto 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 siempre su prima del 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 cubre el monto adicional, recibirá una factura de Medicare. **Le debe pagar el monto adicional al Gobierno. No se puede pagar con su prima mensual del plan. Si usted no paga el monto adicional, su inscripción en el plan se cancelará y perderá la cobertura para medicamentos con receta.**

Si está en desacuerdo con pagar un monto adicional, puede solicitarle al Seguro Social que revise la decisión. Para obtener más información al respecto, comuníquese con el Seguro Social al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

## Sección 4.5 Monto del Plan Medicare Prescription Payment

Si participa en el Plan Medicare Prescription Payment, todos los meses deberá pagar la prima de su plan (si tiene una) y recibirá una factura del plan de salud o medicamentos por sus medicamentos con receta (en lugar de pagar en la farmacia). La factura mensual se basa en lo que debe por cualquier medicamento con 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 Medicare Prescription Payment. 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 Hay varias maneras de pagar la prima de su plan

Hay seis maneras de pagar la prima de su 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 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 de padres de los CMS ni al Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS).

#### Opción 2: Pedir que la prima se descuente de su cheque mensual del Seguro Social

Puede pedir que la prima del plan se descuente de su cheque mensual del Seguro Social. Para obtener más información sobre cómo pagar la prima mensual del plan de esta forma, comuníquese con Servicios para Miembros. Con gusto lo ayudaremos con este asunto. (En la contraportada de este folleto encontrará impresos los números de teléfono de Servicios para Miembros).

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

Puede pedir que la prima del plan se descuente de su cheque mensual de la Junta de Jubilación para Ferroviarios (RRB). Para obtener más información sobre cómo pagar la prima del plan de esta forma, comuníquese con Servicios para Miembros. Con gusto lo ayudaremos con este asunto. (En la contraportada de este folleto encontrará impresos los números de teléfono de Servicios para Miembros).

#### 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 (en la contraportada de este folleto encontrará impresos los números de teléfono).

3. Envíenos un formulario de autorización 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]). La retención de una cuenta corriente/de ahorros requerirá un cheque anulado adjunto al formulario.

Si tiene preguntas sobre la APO o si desea un formulario de autorización, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en el dorso de este folleto) o visite el sitio web de nuestro plan: **www.floridablue.com/medicare/forms**. Tenga en cuenta que su inscripción puede tomar hasta cuatro semanas. Puede revocar la APO al informárnoslo 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 las primas en línea, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en el dorso de este documento) 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 la prima por teléfono, llame a Servicios para Miembros.

**Cambiar el modo en que paga su prima.** Si decide cambiar la forma de pagar su prima del plan, el nuevo método de pago puede tardar hasta tres meses en entrar en vigencia. Mientras procesamos su solicitud para un nuevo método de pago, usted es responsable de asegurarse de que la prima del plan se pague a tiempo.

## Qué puede hacer si tiene problemas para pagar la prima del plan

La prima del plan debe llegar a nuestra oficina antes del primero de cada mes. Si no hemos recibido su prima para el primer día del mes, le enviaremos un aviso en el que se le indicará que su membresía del plan finalizará si no recibimos el pago de su prima en el plazo de seis meses después de la fecha de vencimiento.

Si tiene problemas para pagar la prima a tiempo, comuníquese con Servicios para Miembros para ver si podemos referirlo a programas que lo ayudarán con la prima de su plan.

Si cancelamos su membresía porque usted no pagó sus primas, seguirá teniendo una cobertura de salud según Medicare Original. Además, posiblemente no podrá recibir la cobertura de la Parte D hasta el año siguiente si se inscribe en un nuevo plan durante el período de inscripción anual. (Si supera los 63 días sin cobertura para medicamentos acreditable, 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. En el futuro, si desea volver a inscribirse en nuestro plan (o en otro plan que ofrecemos), deberá pagar el monto que nos debe antes de poder inscribirse.

Si usted considera que hemos cancelado su membresía por error, puede presentar un reclamo (también llamado queja); consulte el Capítulo 7 para ver cómo presentar un reclamo. Si tuvo una situación de emergencia fuera de su control y, a causa de ello, no puede pagarnos la prima del plan, si debía hacerlo, durante nuestro período de gracia, puede presentar un reclamo. En el caso de reclamos, volveremos a revisar nuestra decisión. En la Sección 7 del Capítulo 7 de este documento, se indica cómo presentar un reclamo. También puede comunicarse con nosotros 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 feriados importantes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-955-8773. Debe realizar la solicitud antes de los 60 días calendario posteriores a la fecha en que se finaliza su membresía.

### Sección 5.2 ¿Podemos modificar la prima mensual de su plan durante el año?

**No.** No se nos permite cambiar el monto que cobramos por la prima mensual del plan durante el año. Si la prima mensual del plan llegara a cambiar el próximo año, se lo informaremos en septiembre y la modificación entrará en vigencia el 1 de enero.

Sin embargo, en algunos casos, la parte de la prima que debe pagar puede cambiar durante el año. Esto ocurre si resulta ser elegible para el programa de "Ayuda Adicional" o si pierde su elegibilidad para el programa de "Ayuda Adicional" durante el año. Si un miembro califica para obtener "Ayuda Adicional" con los costos de sus medicamentos con receta, el programa de "Ayuda Adicional" pagará una parte de la prima mensual del plan del miembro. Si un miembro pierde su elegibilidad durante el año, deberá comenzar a pagar la totalidad de la prima mensual. En la Sección 7 del Capítulo 2, encontrará más información sobre el programa de "Ayuda Adicional".

## SECCIÓN 6 Mantenga actualizado su registro de membresía en el plan

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

Los farmacéuticos de la red del plan deben tener la información correcta sobre usted. **Estos proveedores de la red utilizan su registro de membresía para saber cuáles son los medicamentos que están cubiertos y los montos de costo compartido.** Por eso es muy importante que nos ayude a mantener actualizada su información.

### Infórmenos sobre las siguientes modificaciones:

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono.
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro médico o para medicamentos que tenga (por ejemplo, de su empleador, del empleador de su cónyuge o pareja doméstica, compensación laboral o Medicaid).
- Si existe alguna reclamación de responsabilidad civil, por ejemplo, por un accidente automovilístico.
- Si fue ingresado en un hogar de convalecencia.
- Si cambia la parte responsable designada por usted (como un cuidador).

Si cualquiera de esta información cambia, llame a Servicios para Miembros y díganoslo. También puede actualizar su información a través del sitio web **www.floridablue.com/medicare/member. Haga clic en el botón "Log In" (Iniciar sesión) para acceder a su cuenta de miembro en línea** y luego seleccione "My Account" (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 su dirección postal. Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto del Seguro Social en la Sección 5 del Capítulo 2.

## SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

### Otro seguro

Medicare nos exige que le pidamos información sobre cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos que tenga. Esto se debe a que tenemos que coordinar las demás coberturas que tenga con los beneficios que obtiene de nuestro plan. Esto se llama **coordinación de beneficios**.

Una vez al año le enviaremos una carta con una lista de otras coberturas médicas o de medicamentos de las que tengamos conocimiento. Lea atentamente esta información. Si es correcta, no será necesario que haga nada. Si la información es incorrecta o si tiene alguna otra cobertura que no está incluida en la lista, llame a Servicios para Miembros. Es posible que sus otras aseguradoras le pidan el número de identificación de miembro del 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), hay reglas establecidas por Medicare que determinan si nuestro plan o su otro seguro paga primero. El seguro que primero paga se denomina pagador principal y paga hasta el máximo de su cobertura. El que paga en segundo término, denominado pagador secundario, solo paga si quedaron costos sin cubrir de la cobertura principal. El pagador secundario puede no pagar todos 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 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 o más empleados 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 enfermedad renal terminal (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
- Compensación 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 importantes*

## SECCIÓN 1 Contactos de BlueMedicare Complete Rx (cómo comunicarse con nosotros, incluso cómo comunicarse con Servicios para Miembros)

### Cómo puede comunicarse con Servicios para Miembros de nuestro plan

Para obtener ayuda con las reclamaciones o la facturación, o si tiene alguna pregunta sobre la tarjeta de miembro, llame o escriba a Servicios para Miembros de BlueMedicare Complete Rx. Con gusto lo ayudaremos.

| Método | Información de contacto de Servicios para Miembros |
|---|---|
| **TELÉFONO** | **1-800-926-6565**<br><br>Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 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 feriados importantes.<br><br>Servicios para Miembros también ofrece servicios de interpretación de idiomas sin costo para las personas que no hablan inglés. |
| **TTY** | **1-877-955-8773**<br><br>Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.<br><br>Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 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 feriados importantes. |
| **FAX** | **1-305-716-9333** |
| **CORREO POSTAL** | Florida Blue Medicare Member Services<br>P.O. Box 45296<br>Jacksonville, FL 32232-5296 |
| **SITIO WEB** | **www.floridablue.com/medicare/member** |

### Cómo puede ponerse en contacto con nosotros para solicitar una decisión de cobertura o apelación

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre su cobertura o sobre el monto que pagaremos por sus medicamentos con receta de la Parte D. Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos y modifiquemos una decisión de cobertura que hayamos tomado. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura o apelaciones sobre medicamentos con receta de la Parte D, consulte el Capítulo 7 *(Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos])*.

| Método | Información de contacto para decisiones y apelaciones de cobertura sobre los medicamentos con receta de la Parte D |
|---|---|
| **TELÉFONO** | **1-800-926-6565**<br><br>Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 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 feriados importantes.<br><br>Servicios para Miembros también ofrece servicios de interpretación de idiomas sin costo para las personas que no hablan inglés. |
| **TTY** | **1-877-955-8773**<br><br>Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.<br><br>Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 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 feriados importantes. |
| **FAX** | **1-800-693-6703**<br><br>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<br>2900 Ames Crossing Road<br>Eagan, MN 55121 |

| Método | Información de contacto para decisiones y apelaciones de cobertura sobre los medicamentos con receta de la Parte D |
|---|---|
| **SITIO WEB** | www.MyPrime.com |

### Cómo puede comunicarse con nosotros para presentar un reclamo

Puede presentar un reclamo sobre nosotros o sobre alguna de nuestras farmacias de la red, incluso respecto de 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 *(Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos])*.

| Método | Información de contacto para reclamos |
|---|---|
| **TELÉFONO** | **1-800-926-6565**<br><br>Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 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 feriados importantes.<br><br>Servicios para Miembros también ofrece servicios de interpretación de idiomas sin costo para las personas que no hablan inglés. |
| **TTY** | **1-877-955-8773**<br><br>Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.<br><br>Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 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 feriados importantes. |
| **FAX** | **1-888-285-2242**<br><br>Puede enviar por fax las solicitudes de reclamos estándar y rápidos (acelerados). |

| Método | Información de contacto para reclamos |
|---|---|
| **CORREO POSTAL** | Florida Blue Medicare Attention: Grievances<br>10826 Farnam Drive<br>Omaha, NE 68154 |
| **SITIO WEB** | Puede presentar un reclamo sobre BlueMedicare Complete Rx directamente ante Medicare. Para presentar un reclamo ante Medicare, ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. |

### Dónde puede enviar una solicitud para pedirnos que paguemos la parte que nos corresponde del costo de un medicamento que recibió

El proceso de determinación de cobertura incluye la determinación de solicitudes para pagar la parte que nos corresponde del costo del medicamento que recibió. Si recibió una factura o pagó por los medicamentos (como una factura de una farmacia) que cree que deberíamos pagar, es posible que deba solicitarle al plan que le reembolse o pague la factura de la farmacia; consulte el Capítulo 5 *(Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de los medicamentos cubiertos)*.

Tenga en cuenta lo siguiente: si nos envía una solicitud de pago y le denegamos alguna parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Para obtener más información, consulte el Capítulo 7 *(Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos])*.

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

## SECCIÓN 2 Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal 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 (a veces denominados CMS). Esta agencia tiene contratos con planes de medicamentos con receta de Medicare, incluido el nuestro.

| Método | Información de contacto de Medicare |
|---|---|
| **TELÉFONO** | 1-800-MEDICARE o 1-800-633-4227<br>Las llamadas a este número son gratuitas.<br>Atienden las 24 horas, los 7 días de la semana. |
| **TTY** | 1-877-486-2048<br>Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.<br>Las llamadas a este número son gratuitas. |
| **SITIO WEB** | www.Medicare.gov<br>Este es el sitio web gubernamental oficial de Medicare. Proporciona información actualizada sobre Medicare y cuestiones actuales relacionadas con Medicare. También contiene información sobre hospitales, hogares de convalecencia, médicos, agencias de atención médica en el hogar y centros de diálisis. Incluye documentos que se pueden imprimir directamente de su computadora. También puede encontrar la información de contacto de Medicare en su estado.<br><br>El sitio web de Medicare también tiene información detallada sobre las opciones de elegibilidad e inscripción con las siguientes herramientas:<br>• **Herramienta de elegibilidad de Medicare**: brinda información sobre el estado de elegibilidad de Medicare.<br>• **Buscador de planes de Medicare**: brinda información personalizada sobre los planes de medicamentos con receta de Medicare, los planes de salud de Medicare y las pólizas Medigap (seguro complementario de Medicare) disponibles en su área. Estas herramientas brindan un *valor estimativo* de los costos que podría pagar de su bolsillo en diferentes planes de Medicare. |

| Método | Información de contacto de Medicare |
|---|---|
| | También puede utilizar el sitio web para informarle a Medicare sobre cualquier reclamo que tenga sobre BlueMedicare Complete Rx:<br>• **Infórmele a Medicare sobre su reclamo**: Puede presentar un reclamo sobre BlueMedicare Complete Rx directamente ante Medicare. Para presentar un reclamo ante Medicare, ingrese en **www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx**. Medicare toma sus reclamos seriamente y utilizará esta información para mejorar la calidad del programa de Medicare.<br><br>Si no tiene una computadora, la biblioteca o el centro para personas mayores locales pueden ayudarlo a ingresar en el sitio web con sus computadoras. O bien, puede llamar a Medicare para pedirles la información que está buscando. Ellos buscarán la información en el sitio web y revisarán la información con usted. (Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE [1-800-633-4227], durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). |

## SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) es un programa gubernamental que cuenta con asesores capacitados en todos los estados. En Florida, el SHIP se denomina Serving Health Insurance Needs of Elders (SHINE).

El SHINE es un programa estatal independiente (no relacionado con ninguna compañía aseguradora 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 programa Atender las Necesidades de Seguro de Salud de las Personas Mayores (SHINE) pueden ayudarlo a que comprenda sus derechos de Medicare, a presentar reclamos sobre la atención o el tratamiento médicos y a solucionar problemas con las facturas de Medicare. Los asesores de SHINE también pueden ayudarlo si tiene preguntas o problemas sobre Medicare, a que comprenda las opciones de los planes de Medicare y a responder preguntas sobre cómo cambiar de plan.

| MÉTODO PARA ACCEDER AL SHIP y a OTROS RECURSOS: |
|---|
| • Visite el sitio web https://www.shiphelp.org (Haga clic en "SHIP LOCATOR" [Localizador del SHIP] en el centro de la página).<br>• Seleccione su **ESTADO** de la lista. Accederá a una página con números de teléfono y recursos específicos de su estado. |

| Método | Información de contacto de SHINE (Programa SHIP de Florida) |
|---|---|
| **TELÉFONO** | **1-800-963-5337** |
| **TTY** | **1-877-955-8773**<br>Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. |
| **CORREO POSTAL** | SHINE<br>Department of Elder Affairs<br>4040 Esplanade Way, Suite 270<br>Tallahassee, FL 32399-7000 |
| **SITIO WEB** | **www.FLORIDASHINE.org** |

## SECCIÓN 4 Organización para la mejora de la calidad

Esta es una Organización para la mejora de la calidad designada para atender a los beneficiarios de Medicare en cada estado. En Florida, la Organización para la mejora de la calidad se llama ACENTRA HEALTH.

ACENTRA HEALTH está integrado 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.

Debe ponerse en contacto con ACENTRA HEALTH si tiene un 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.

| Método | Información de contacto de ACENTRA HEALTH (Organización para la mejora de la calidad de Florida) |
|---|---|
| **TELÉFONO** | **Número gratuito**<br>1-888-317-0751<br><br>Horario de atención de la línea de ayuda:<br>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 Hawái-Aleutian.<br>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**<br>Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. |
| **CORREO POSTAL** | ACENTRA HEALTH<br>5201 West Kennedy Boulevard<br>Suite 900<br>Tampa, FL 33609 |
| **FAX** | **1-844-878-7921** |
| **SITIO WEB** | **www.acentraqio.com** |

## SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social es responsable de determinar la elegibilidad y manejar las inscripciones en Medicare. Los ciudadanos estadounidenses y los residentes legales permanentes mayores de 65 años, o que tienen una discapacidad o padecen enfermedad renal terminal (ESRD) y cumplen determinadas condiciones, son elegibles para recibir Medicare. Si ya está recibiendo cheques del Seguro Social, la inscripción en Medicare es automática. Si no está recibiendo cheques del Seguro Social, debe inscribirse en Medicare. Para solicitar la cobertura de Medicare, puede llamar al Seguro Social o dirigirse a su oficina local.

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, es importante que se comunique con el Seguro Social para informar de dichos cambios.

| Método | Información de contacto del Seguro Social |
|---|---|
| **TELÉFONO** | 1-800-772-1213<br><br>Las llamadas a este número son gratuitas.<br><br>Estamos disponibles de 8:00 a.m. a 7:00 p.m., de lunes a viernes.<br><br>Puede utilizar los servicios telefónicos automáticos del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunas gestiones durante las 24 horas. |
| **TTY** | 1-800-325-0778<br><br>Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.<br><br>Las llamadas a este número son gratuitas.<br><br>Estamos disponibles de 8:00 a.m. a 7:00 p.m., de lunes a viernes. |
| **SITIO WEB** | **www.ssa.gov/** |

## SECCIÓN 6 Medicaid

Medicaid es un programa conjunto del estado y del Gobierno federal 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. Los programas que se ofrecen a través de Medicaid ayudan a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare, como las primas de Medicare. Estos **Programas de Ahorros 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.
- **Doble Elegibilidad con Beneficios Completos (FBDE):** Medicaid puede cubrir parte de los costos compartidos de Medicare para servicios médicos, según el programa Medicaid de su estado. Usted es elegible para recibir la cobertura total de Medicaid.

Para obtener más información sobre Medicaid y sus programas, comuníquese con la Agencia de Administración de Atención Médica de Florida.

| Método | Información de contacto de la Agencia para la Administración de Atención Médica (programa Medicaid de Florida) |
|---|---|
| **TELÉFONO** | **1-888-419-3456**<br>El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. |
| **TTY** | **1-877-955-8773**<br>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<br>2727 Mahan Drive<br>Tallahassee, FL 32308 |
| **SITIO WEB** | ahca.myflorida.com/Medicaid/ |

## SECCIÓN 7 Información sobre programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos con receta

El sitio web Medicare.gov (https://www.medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs) proporciona información sobre cómo disminuir los costos de los medicamentos con receta. Para las personas con ingresos limitados, también hay otros programas que se describen a continuación.

### Programa de “Ayuda Adicional” de Medicare

Medicare ofrece “Ayuda Adicional” para pagar los costos de los medicamentos con receta a personas que tienen ingresos y recursos limitados. Los recursos incluyen sus ahorros y acciones, pero no su casa ni su auto. Si reúne los requisitos, obtendrá ayuda para pagar la prima mensual del plan de medicamentos de Medicare, el deducible anual y los copagos y los coseguros de los medicamentos con receta. Esta “Ayuda Adicional” también cuenta para los costos que paga de su bolsillo.

Si califica automáticamente para recibir “Ayuda Adicional”, Medicare le enviará una carta por correo postal. No tiene que presentar una solicitud. Si califica automáticamente, puede obtener “Ayuda

Adicional" para pagar las primas y los costos de los medicamentos con receta. Para saber si califica para recibir "Ayuda Adicional", llame a alguna de estas opciones:

- Al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas, los 7 días de la semana.
- A la oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.
- A la oficina de Medicaid de su estado. (Consulte la Sección 6 de este capítulo para obtener la información de contacto).

Si considera que ha calificado para recibir la "Ayuda Adicional" y considera que está pagando un monto de costo compartido incorrecto cuando obtiene un medicamento con receta en una farmacia, nuestro plan ha establecido un proceso que le permite solicitar ayuda para conseguir las pruebas que demuestren cuál es su nivel de copago adecuado, o bien, que le permite entregarnos estas pruebas si es que ya cuenta con ellas.

- **Si no puede brindar evidencia de elegibilidad para la "Ayuda Adicional":**
    - Le solicitaremos a usted o a su representante (por ejemplo, su farmacéutico) cierta información, lo que incluye cuándo se quedará sin sus 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 de haberla recibido. Los CMS se comunicarán con la oficina estatal de Medicaid para determinar su estado y no informarán los resultados antes de la fecha en la que usted indicó que se quedará sin medicamentos o en un plazo de diez días, lo que sea 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 a partir de su recepción. Si no logramos comunicarnos con usted la primera vez que lo intentamos, haremos hasta tres intentos por brindarle la información. 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 costo compartido tan pronto como nos enteremos de que es elegible para recibir "Ayuda Adicional" con sus costos de medicamentos con receta.
- **Si tiene evidencia de elegibilidad para la "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 durante un mes 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 del estado 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 del estado que confirme su estado de Medicaid activo e indique 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; o bien,
- Una carta de información importante de la Administración del Seguro Social (SSA) en la que se confirma que usted es “automáticamente elegible” para recibir “Ayuda Adicional”.

- Cuando recibamos las pruebas que demuestren su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que pueda abonar el copago correcto cuando obtenga su próximo medicamento con receta en la farmacia. Si el copago que abona es superior a lo que le correspondería pagar, le reembolsaremos la diferencia. Para ello, le enviaremos un cheque por la diferencia o haremos una compensación en los futuros copagos. Si la farmacia no le ha cobrado el copago y lo tiene registrado como un monto que usted le adeuda, es posible que efectuemos el pago directamente a la farmacia. Si el estado pagó en su nombre, tal vez le paguemos directamente al estado. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con Servicios para Miembros.

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

## ¿Qué es el Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP)?

El Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP) ayuda a las personas elegibles para el ADAP que viven con VIH/sida a acceder a medicamentos para el VIH esenciales para salvar la vida. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también se encuentran en el formulario del ADAP califican para la asistencia de costo compartido de recetas a través del Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA de Florida. **Nota**: Para ser elegible para el ADAP que funciona en su estado, las personas deben cumplir con ciertos criterios, como comprobante de residencia en el estado y estado del VIH, comprobante de bajos ingresos según lo establece el estado y estado de no asegurado/con seguro insuficiente. Si cambia de plan, notifíquele al encargado de inscripción del ADAP para que pueda continuar recibiendo asistencia. 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.

### El Plan Medicare Prescription Payment

El Plan Medicare Prescription Payment es una nueva opción de pago que funciona con su cobertura actual para medicamentos y puede ayudarle a administrar los costos de sus medicamentos al distribuirlos en **pagos mensuales que varían a lo largo del año** (de enero a diciembre). **Esta opción de pago puede ayudarle a administrar sus gastos, pero no le permite ahorrar dinero ni reducir sus costos de medicamentos.** La “Ayuda Adicional” de Medicare y la asistencia de los programas SPAP y ADAP, para las personas que califican, es más beneficiosa que la participación en el Plan Medicare Prescription Payment. Todos los miembros son elegibles para participar en esta opción de pago, independientemente de su nivel de ingresos, y todos los planes de medicamentos y de salud de Medicare con cobertura para medicamentos deben ofrecer esta opción de pago. Póngase en contacto con nosotros o visite Medicare.gov para averiguar si esta opción de pago es adecuada para usted.

| Método | Información de contacto del Plan Medicare Prescription Payment |
|---|---|
| **TELÉFONO** | **1-800-926-6565**<br><br>Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 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 feriados importantes.<br><br>Servicios para Miembros también ofrece servicios de interpretación de idiomas sin costo para las personas que no hablan inglés. |

| Método | Información de contacto del Plan Medicare Prescription Payment |
|---|---|
| **TTY** | **1-877-955-8773**<br><br>Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.<br><br>Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 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 feriados importantes. |
| **FAX** | **1-305-716-9333** |
| **CORREO POSTAL** | Florida Blue Medicare Member Services<br>P.O. Box 45296<br>Jacksonville, FL 32232-5296 |
| **SITIO WEB** | **www.floridablue.com/medicare/member** |

## SECCIÓN 8 Cómo puede comunicarse con la Junta de Jubilación para Ferroviarios

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 sus beneficios de Medicare a través de la Junta de Jubilación para Ferroviarios, es importante que les comunique si se muda o cambia su dirección postal. Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios de la Junta de Jubilación para Ferroviarios, comuníquese con la agencia.

| Método | Información de contacto de la Junta de Jubilación para Ferroviarios |
|---|---|
| **TELÉFONO** | 1-877-772-5772<br>Las llamadas a este número son gratuitas.<br>Si presiona “0”, puede hablar con un representante de la RRB de 9:00 a.m. a 3:30 p.m. los lunes, martes, jueves y viernes, y de 9:00 a.m. a 12:00 p.m. los miércoles.<br>Si presiona “1”, puede acceder a la Línea de ayuda automática de la RRB y a la información grabada durante las 24 horas, incluso los fines de semana y días feriados. |

| Método | Información de contacto de la Junta de Jubilación para Ferroviarios |
|---|---|
| **TTY** | 1-312-751-4701<br>Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.<br>Las llamadas a este número *no* son gratuitas. |
| **SITIO WEB** | **rrb.gov/** |

## SECCIÓN 9 ¿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 el de su cónyuge o pareja de hecho) o grupo de jubilados como parte de este plan, debe llamar al administrador de beneficios de su empleador o sindicato o a Servicios para Miembros si tiene alguna pregunta. Puede preguntar acerca de los beneficios de salud, las primas o el período de inscripción de su empleador o grupo de jubilados (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). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048) si tiene preguntas relacionadas con su cobertura de Medicare en virtud de este plan.

Si tiene otra cobertura para medicamentos con receta a través de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge o pareja de hecho), comuníquese con **el administrador de beneficios de ese grupo**. El administrador de beneficios puede ayudarlo a determinar cómo funcionará su cobertura actual para medicamentos con receta en relación con nuestro plan.

# CAPÍTULO 3:

*Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D*

## SECCIÓN 1 Introducción

En este capítulo, **se explican las reglas para utilizar la cobertura para los medicamentos de la Parte D**.

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 estadías cubiertas por Medicare en el hospital o en un centro de atención 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 su manual *Medicare & You 2025* [Medicare y usted 2025]). Nuestro plan cubre sus medicamentos con receta de la Parte D.

### Sección 1.1 Reglas básicas para la cobertura del plan de los medicamentos de la Parte D

Generalmente, el plan le cubrirá los medicamentos siempre y cuando siga estas reglas básicas:

- Debe pedirle a un proveedor (médico, dentista u otra persona autorizada a dar recetas) que le emita una receta por un medicamento que debe ser válida en virtud de la ley estatal aplicable.
- La persona autorizada a dar 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. (Consulte la Sección 2 de este capítulo. *O bien, puede surtir su receta a través del servicio de pedidos por correo del plan*).
- Su medicamento debe estar en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan (la denominamos “Lista de medicamentos” para abreviarla). (Consulte la Sección 3 de este capítulo).
- 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 o avalado por ciertas referencias. (Para obtener más información sobre cómo obtener una indicación médicamente aceptada, consulte la Sección 3 de este capítulo).

- Es posible que su medicamento deba ser aprobado antes de que lo cubramos. (Para obtener más información sobre las restricciones en su cobertura, consulte la Sección 4 de este capítulo).

## SECCIÓN 2 Obtenga su medicamento con receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan

### Sección 2.1 Use una farmacia de la red

En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta están cubiertos *solo* si los obtiene en las farmacias de la red del plan. (Para obtener más información sobre cuándo cubriríamos los medicamentos con receta que obtiene en farmacias fuera de la red, consulte la Sección 2.5).

Una farmacia de la red es aquella que ha celebrado un contrato con el plan para proporcionar los medicamentos con receta cubiertos. El término *medicamentos cubiertos* hace referencia a todos los medicamentos con receta de la Parte D que se encuentran en la Lista de medicamentos del plan.

### Sección 2.2 Farmacias de la red

#### ¿Cómo encuentra una farmacia de la red en su área?

Para encontrar una farmacia de la red, puede buscar en el *Directorio de farmacias*, visitar nuestro sitio web **www.floridablue.com/medicare** o llamar a Servicios para Miembros.

Puede ir a cualquiera de las farmacias de la red.

#### ¿Qué sucede si la farmacia que estaba usando deja de formar parte de la red?

Si la farmacia que estaba usando deja de formar parte de la red del plan, deberá buscar una nueva farmacia dentro de la red. Para encontrar otra farmacia en su área, puede obtener ayuda a través de Servicios para Miembros o buscar en el *Directorio de farmacias*. También puede encontrar esta información en nuestro sitio web **www.floridablue.com/medicare**.

#### ¿Y si necesita una farmacia especializada?

Algunos medicamentos con receta deben obtenerse 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 dificultad para acceder a sus beneficios de la Parte D en un centro de LTC, póngase en contacto con Servicios para Miembros.

- Farmacias que brinden servicios al Programa de Salud para la Población India Estadounidense Urbana o Tribal, del Servicio de Salud Indígena (no está disponible en Puerto Rico). Salvo en caso de emergencia, solo los indios estadounidenses o los nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias dentro de la red.
- Farmacias que proveen medicamentos que están limitados por la FDA para ciertos lugares o que requieren un manejo especial, la coordinación del proveedor o el aprendizaje sobre su uso. Para encontrar una farmacia especializada, busque en el Directorio de farmacias en **www.floridablue.com/medicare** o llame a Servicios para Miembros.

## Sección 2.3 Cómo utilizar el servicio de pedido por correo del plan

Para utilizar el servicio de pedido por correo del plan, debe solicitar ***al menos* un suministro del medicamento para 31 días y *para no más de* 90 días.**

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

- Walgreens Mail Service Pharmacy, las 24 horas, los 7 días de la semana; llame al 1-877-787-3047 o visite su sitio web: www.WalgreensMailService.com.
- Express Scripts Pharmacy, las 24 horas del día, los 7 días de la semana; llame al 1-877-277-7914 o visite su sitio web www.express-scripts.com.
- Entrega a domicilio de Amazon, llame al a atención al cliente las 24 horas del día, los 7 días de la semana. También puede hablar con un farmacéutico las 24 horas, 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 la red del plan, su medicamento con receta no estará cubierto.

Por lo general, el pedido a la farmacia que brinda el servicio de pedido por correo le llegará en 14 días, como máximo. 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 la red del plan, su receta no estará cubierta.

De conformidad con las leyes estatales y federales, algunos medicamentos con receta clasificados como sustancias controladas requieren una revisión detallada antes de ser suministrados. 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 notificará después de que se complete la revisión.

**Nuevas recetas que la farmacia recibe directamente del consultorio de su médico.** Después de que la farmacia recibe una receta de un proveedor de atención médica, se pondrá en contacto con usted para determinar si desea que le proporcionen el medicamento de inmediato o más adelante. Es importante que responda cada vez que la farmacia lo contacte para informar si esta debe enviar, retrasar o detener el nuevo medicamento con receta.

**Resurtidos de recetas médicas de pedidos por correo.** En relación con los resurtidos, comuníquese con su farmacia 15 días antes de que los medicamentos que tiene disponibles se le acaben, para asegurarse de que el próximo pedido sea enviado a tiempo.

## Sección 2.4 ¿Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo?

El plan cuenta con dos formas 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 afección 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* www.floridablue.com/medicare se detallan las farmacias de la red que pueden proporcionar suministros a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar a Servicios para Miembros para obtener más información.

2. También puede recibir medicamentos de mantenimiento a través de nuestro programa de pedido por correo. Consulte la Sección 2.3 para obtener más información.

## Sección 2.5 Cuándo utilizar una farmacia que no esté dentro de la red del plan

### En determinadas circunstancias, su medicamento con receta puede estar cubierto

Por lo general, cubrimos los medicamentos que se obtienen en una farmacia fuera de la red *solo* si no puede utilizar una farmacia de la red. Para brindarle ayuda, contamos con farmacias de la red fuera del área de servicio, en las que puede obtener los medicamentos con receta como miembro de nuestro plan.

**Consulte primero con Servicios para Miembros** para ver si hay alguna farmacia de la red cerca. Es posible que se le solicite pagar la diferencia entre lo que usted paga por el medicamento en una farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia dentro de la red.

A continuación, se detallan las circunstancias en las que cubriríamos los medicamentos con receta obtenidos en una farmacia fuera de la red:

- Si está viajando dentro de los EE. UU. y se enferma o se le acaban los medicamentos con receta o los pierde, cubriremos los que obtenga en una farmacia fuera de la red si sigue todas las demás reglas de cobertura. 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 los medicamentos con receta que obtenga en una farmacia fuera de la red si están relacionados con la atención de una emergencia médica o atención de urgencia.
- Cubriremos su receta en una farmacia fuera de la red si se da al menos una de las siguientes condiciones:
    - Si no puede obtener un medicamento cubierto de forma oportuna dentro del área de servicio porque no hay ninguna farmacia de la red que atienda las 24 horas dentro de una distancia razonable en automóvil.
    - Si intenta obtener un medicamento con receta que habitualmente no está en el inventario de una farmacia minorista de la red accesible o en una farmacia que brinde servicios de pedido por correo (incluidos los 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 la consulta 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 dentro 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 del 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. La cantidad que usted paga no será parte de los costos totales que paga de su bolsillo.

### ¿Cómo solicitar un reembolso al plan?

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. (En la Sección 2 del Capítulo 5, se explica cómo puede solicitar un reembolso al plan).

## SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar en la Lista de medicamentos del plan

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

El plan cuenta con una *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario).* En esta *Evidencia de Cobertura*, **la llamamos la Lista de medicamentos para abreviarla.**

El plan, con la colaboración de un equipo de médicos y farmacéuticos, selecciona los medicamentos de la lista. La lista cumple con los requisitos de Medicare y ha sido aprobada por Medicare.

Los medicamentos que se encuentran en la Lista de medicamentos son solo los que están cubiertos por la Parte D de Medicare.

Por lo general, cubriremos los medicamentos incluidos en la Lista de medicamentos del plan, siempre y cuando usted siga las otras reglas de cobertura explicadas en este capítulo y el uso del medicamento sea una indicación médicamente aceptada. Una indicación médicamente aceptada es el uso del medicamento que cumpla con *los siguientes requisitos*:

- Esté aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos para el diagnóstico o la afección para la cual ha sido recetado.
- Esté respaldado por ciertas referencias, como la información sobre medicamentos de American Hospital Formulary Service y el Sistema de Información DRUGDEX de Micromedex.

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

Un medicamento de marca es un medicamento con receta que se vende con un nombre de marca registrada propiedad del fabricante del medicamento. 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 que se denominan 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. Algunos biosimilares son biosimilares intercambiables y, según la ley estatal, pueden sustituir al 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.

**Lo que *no* se incluye en la Lista de medicamentos**

El plan no cubre todos los medicamentos con receta.

- En algunos casos, la ley no permite que ningún plan de Medicare cubra ciertos tipos de medicamentos. (Para obtener más información, consulte la Sección 7.1 de este capítulo).
- En otros casos, hemos decidido no incluir en la Lista de medicamentos un medicamento en particular. En algunos casos, puede obtener un medicamento que no figura en la Lista de medicamentos. (Para obtener más información, consulte el Capítulo 7).

## Sección 3.2 Hay cinco niveles de costo compartido para los medicamentos incluidos en la Lista de medicamentos

Todos los medicamentos de la “Lista de medicamentos” del plan se encuentran en uno de los cinco niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el nivel de costo compartido, mayor será su costo por el medicamento.

- Nivel 1, nuestro nivel de costos compartidos más bajo, incluye medicamentos genéricos preferidos.
- Nivel 2, el próximo nivel, incluye medicamentos genéricos. El monto de costos compartidos es mayor que para los medicamentos del Nivel 1.
- 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.
- 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.
- Nivel 5, el último 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.

Para saber en qué nivel de costo compartido está su medicamento, búsquelo en la Lista de medicamentos del plan.

El monto que paga por los medicamentos en cada nivel de costo compartido se muestra en el Capítulo 4 (*Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D*).

### Sección 3.3 ¿Cómo puede averiguar si un medicamento específico está en la Lista de medicamentos?

Hay cuatro formas de averiguarlo:

1. Consulte la Lista de medicamentos más reciente que le enviamos de forma electrónica.
2. Visite el sitio web del plan (https://www.floridablue.com/medicare/forms). La Lista de medicamentos en el sitio web siempre es la más actualizada.
3. Llame a Servicios para Miembros para saber si un medicamento en particular está incluido en la Lista de medicamentos o para pedir una copia de la lista.
4. Utilice la "Herramienta de beneficios en tiempo real" del plan (visite **https://www.myprime.com/** o llame a Servicios para Miembros). Con esta herramienta puede buscar medicamentos en la Lista de medicamentos para ver un valor estimativo de lo que pagará y si hay medicamentos alternativos en la Lista de medicamentos que podrían tratar la misma afección.

## SECCIÓN 4 Hay restricciones respecto de la cobertura de algunos medicamentos

### Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?

Para ciertos medicamentos con receta, existen reglas especiales que restringen cómo y cuándo el plan los cubre. 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.

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 con receta 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 dos por día; comprimido en comparación con líquido).

## Sección 4.2 ¿Qué tipos de restricciones?

Las secciones siguientes le brindan más información acerca de los tipos de restricciones que usamos para ciertos medicamentos.

**Si hay una restricción para su medicamento, por lo general significa que usted o su proveedor deberán seguir pasos adicionales para que nosotros cubramos el medicamento**. Comuníquese con Servicios para Miembros para obtener información sobre lo que usted o su proveedor deberán hacer para obtener cobertura para el medicamento. **Si desea pedirnos que eliminemos la restricción, tendrá que usar el proceso de decisiones de cobertura para solicitarnos 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 determinados medicamentos, usted o su proveedor deben obtener la autorización del plan, según criterios específicos, antes de que aceptemos cubrir el medicamento. Esto se denomina **autorización previa**. Se pone en marcha para garantizar la seguridad para los medicamentos y ayudar a guiar el uso adecuado de ciertos medicamentos. Si no obtiene esta aprobación, es posible que el plan no cubra el medicamento.

### Cómo probar un medicamento diferente primero

Este requisito hace que usted trate de utilizar medicamentos menos costosos, pero generalmente igual de eficaces, antes de que el plan le brinde cobertura para otro medicamento. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma afección médica, el plan puede requerir que pruebe el medicamento A primero. Si el medicamento A no le da ningún resultado, el plan cubrirá el medicamento B. Este requisito de probar primero con otro medicamento se denomina **tratamiento escalonado**.

### Límites de cantidad

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

## SECCIÓN 5 ¿Qué sucede si uno de los medicamentos no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera?

### Sección 5.1 Hay algunas cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera

Hay situaciones en las que hay un medicamento con receta que está tomando, o uno que usted y su proveedor piensan que debería estar tomando, que no está en nuestro formulario o que está en nuestro formulario con restricciones. Por ejemplo:

- El medicamento puede no estar cubierto en absoluto. O tal vez una versión genérica del medicamento tenga cobertura, pero la versión de marca que desea tomar no está cubierta.
- El medicamento está cubierto, pero se aplican reglas o restricciones adicionales respecto de la cobertura de ese medicamento, como se explica en la Sección 4.
- El medicamento está cubierto, pero está en un nivel de costo compartido que eleva el costo compartido más de lo que usted considera que debería ser.
- Hay algunas cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera. **Si el medicamento no está en la Lista de medicamentos o si está restringido, consulte la Sección 5.2 para obtener información sobre lo que puede hacer.**
- **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 5.3 para obtener información sobre lo que puede hacer.**

### Sección 5.2 ¿Qué puede hacer si su medicamento no figura en la Lista de medicamentos o si el medicamento tiene algún tipo de restricción?

Si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o está restringido, hay opciones:

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

## Puede obtener un suministro temporal

En determinadas circunstancias, el plan debe proporcionarle 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 nuevo miembro,** cubriremos un suministro temporal del medicamento durante los primeros **90 días** de su membresía en el plan.
- **Si usted estuvo en el plan el año pasado,** cubriremos un suministro temporal del 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 sido parte del plan durante más de 90 días, son residentes en un centro de atención a largo plazo y necesitan un suministro de inmediato:**

  Cubriremos un suministro de emergencia para 31 días de un medicamento particular, o menos si su receta está indicada para 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 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.

**Durante el tiempo en el que está usando un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se termine este suministro temporal. Tiene dos opciones:**

### 1) Puede cambiar a otro medicamento

Consulte con su proveedor para determinar si hay un medicamento diferente cubierto por el plan que puede funcionar igual de bien para usted. Puede llamar a Servicios para Miembros y pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que funcione para usted.

### 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 dice que usted tiene razones médicas que justifican que nos pida 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 del plan. O puede pedirle al plan que haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

Si es un 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 de la persona autorizada a dar recetas). Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura antes de que el cambio entre en vigencia.

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

## Sección 5.3 ¿Qué puede 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. Puede llamar a Servicios para Miembros y pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección 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 para que pague menos por el medicamento.** Si su proveedor dice que usted tiene razones médicas que justifican que nos pida una excepción, su proveedor puede ayudarlo a solicitar una excepción a la regla.

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

Los medicamentos de Nivel 5 (medicamentos especializados) no son elegibles para este tipo de excepción. No bajamos el monto de costo compartido para los medicamentos en este nivel.

## SECCIÓN 6 ¿Qué sucede si cambia la cobertura para alguno de sus medicamentos?

### Sección 6.1 La Lista de medicamentos puede sufrir modificaciones 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, el plan puede hacer algunos cambios en la Lista de medicamentos. Por ejemplo, el 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 del plan.

Consulte el Capítulo 10 para conocer las definiciones de los tipos de medicamentos que se analizan en este capítulo.

## Sección 6.2 ¿Qué sucede si hay modificaciones en la cobertura para un medicamento que estoy tomando?

### 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. Esta sección describe los tipos de cambios que podemos hacer en la Lista de medicamentos y cuándo recibirá un aviso directo si se realizan cambios para un medicamento que está tomando.

### Cambios que podemos hacer en la Lista de medicamentos que le afectan durante el año del plan actual

- **Agregar nuevos medicamentos a la Lista de medicamentos y eliminar o hacer cambios <u>inmediatamente</u> a un medicamento similar de la Lista de medicamentos.**
    - Cuando agregamos una nueva versión de un medicamento a la Lista de medicamentos, podemos eliminar inmediatamente un medicamento similar de la Lista de medicamentos, mover el medicamento similar a un nivel de costo compartido diferente, agregar nuevas restricciones o ambas opciones. 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 inmediatos solo si agregamos una nueva versión genérica de un medicamento de marca o si agregamos 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 adelante, incluso si está tomando el medicamento que eliminamos o en el que hacemos los cambios. Si está tomando el medicamento similar en el momento del 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**
    - Cuando agregamos otra versión de un medicamento a la Lista de medicamentos, podemos eliminar un medicamento similar de la Lista de medicamentos, moverlo a un nivel de costo compartido diferente, agregar nuevas restricciones o ambas opciones. 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 si agregamos 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 surtido para 31 días de la versión del medicamento que está tomando.

- **Eliminar 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 está tomando ese medicamento, le informaremos después de que hagamos 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 está tomando. Por ejemplo, nos basamos en las advertencias de la FDA o en las 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 los medicamentos que está tomando, hable con la persona autorizada a dar recetas sobre las opciones que funcionarían mejor para usted, que incluye cambiar a un medicamento diferente para tratar su afección o solicitar una decisión de cobertura para cumplir con las restricciones nuevas sobre el medicamento que está tomando. Usted o la persona autorizada a dar recetas pueden solicitarnos una excepción para continuar 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 lo afectan durante el año de plan actual

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 tiene lugar alguno de estos cambios con respecto a un medicamento que usted toma (excepto por el retiro del mercado, al reemplazo de un medicamento de marca por un medicamento genérico u otros

cambios indicados en las secciones anteriores), el cambio no afectará su uso o lo que usted paga como la parte del costo que le corresponde hasta el 1 de enero del próximo año.

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 está 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 de plan.

## SECCIÓN 7 ¿Qué tipos de medicamentos *no* cubre el plan?

### Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos

En esta sección se describen los tipos de medicamentos con receta que se *excluyen*. Esto significa que Medicare no paga estos medicamentos.

Si recibe algún medicamento que esté excluido, deberá pagarlo usted mismo. Si usted apela 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 tres reglas generales sobre medicamentos que el plan de medicamentos con receta 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 Parte B de Medicare.
- Nuestro plan no cubre un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos o sus territorios.
- Nuestro plan no puede cubrir una indicación no autorizada de un medicamento 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 Micromedix. El uso *fuera de lo indicado* 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 pretenda exigir como condición de venta que los exámenes asociados o servicios de supervisión se compren exclusivamente al fabricante.

Si está **recibiendo "Ayuda Adicional"** para pagar sus medicamentos con receta, el programa de "Ayuda Adicional" no pagará los medicamentos que, por lo general, no cubre. Sin embargo, si cuenta con cobertura para medicamentos a través de Medicaid, el programa 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 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 el Capítulo 2, Sección 6).

## SECCIÓN 8 Cómo obtener un medicamento con receta

### Sección 8.1 Proporcione su información de membresía

Para obtener su medicamento con receta, proporcione su información de miembro del plan, que puede encontrar en su tarjeta de miembro, a la farmacia de la red que usted 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 en el momento de retirar su medicamento con receta.

### Sección 8.2 ¿Qué sucede si usted no tiene su información de membresía?

Si usted no tiene su información de membresía del plan en el momento de obtener su medicamento con receta, usted o la farmacia pueden llamar al plan para obtener la información necesaria o puede pedirle a la farmacia que busque la información de inscripción del 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 para medicamentos de la Parte D en situaciones especiales

## Sección 9.1 ¿Qué sucede si está en un hospital o centro de atención de enfermería especializada?

Si se lo 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 B, si corresponde) generalmente cubrirá el costo de sus medicamentos con receta durante su estadía. Una vez que salga del hospital o centro de atención 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 ¿Qué sucede si reside en un centro de atención a largo plazo (LTC)?

Normalmente, un 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 www.floridablue.com/medicare para saber si la farmacia del centro de LTC o aquella que utiliza es parte de nuestra red. Si no forma parte, o si usted necesita más información o asistencia, comuníquese con Servicios para Miembros. 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.

**¿Qué sucede si usted reside en un centro LTC y necesita un medicamento que no figura en la Lista de medicamentos o que tiene algún tipo de restricción?**

Consulte la Sección 5.2 sobre un suministro temporal o de emergencia.

## Sección 9.3 ¿Qué sucede si está tomando medicamentos cubiertos por Medicare Original?

Su inscripción en BlueMedicare Complete Rx no afecta su cobertura de medicamentos cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare. Si cumple con los requisitos de cobertura de Medicare, su medicamento seguirá estando cubierto por la Parte A o la Parte B de Medicare, a pesar de que esté inscrito en este plan. Además, 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 Complete Rx en otras situaciones. Pero los medicamentos nunca están

cubiertos al mismo tiempo por la Parte B y por nuestro plan. En general, su farmacéutico o proveedor determinará si debe facturar el medicamento a la Parte B de Medicare o a BlueMedicare Complete Rx.

## Sección 9.4 ¿Qué sucede si tiene una póliza Medigap (Seguro complementario de Medicare) con cobertura para medicamentos con receta?

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 en el que se le informe si su cobertura para medicamentos con receta es acreditable y las opciones que tiene para la cobertura para medicamentos. (Si la cobertura de la póliza Medigap es acreditable, significa 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 ¿Qué sucede si también tiene cobertura para medicamentos del plan de un empleador o grupo de jubilados?

Si actualmente tiene otra cobertura para medicamentos con receta a través de su empleador (o el de su cónyuge o pareja de hecho) o grupo de jubilados, comuníquese con **el administrador de beneficios de ese grupo**. Esta persona puede ayudarlo a determinar cómo funcionará su cobertura actual para medicamentos con receta en relación con nuestro plan.

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

**Nota especial sobre la cobertura acreditable:**

Cada año, su empleador o grupo de jubilados 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 del grupo es acreditable, quiere decir que incluye una cobertura para medicamentos que, en promedio, paga al menos lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare.

**Guarde este aviso sobre la cobertura acreditable**, ya que es posible que lo necesite más adelante. Si se inscribe en un plan de Medicare que incluye cobertura para medicamentos de la Parte D, es posible que necesite estos avisos para demostrar que usted ha mantenido la cobertura acreditable. Si no recibió

el aviso de cobertura acreditable, solicite una copia del administrador de beneficios de su empleador o plan de jubilados o del empleador o sindicato.

### Sección 9.6 ¿Qué sucede si se encuentra en un hospicio certificado por Medicare?

El hospicio y nuestro plan no cubren el mismo medicamento al mismo tiempo. Si usted está inscrito en un hospicio de Medicare y requiere ciertos medicamentos (por ejemplo, medicamentos contra las náuseas, laxantes, analgésicos o ansiolíticos) que no están cubiertos por su hospicio porque no está relacionado con su enfermedad terminal o sus afecciones relacionadas, nuestro plan debe ser notificado por la persona que le emite la receta o por su hospicio de que el medicamento no está relacionado antes de que el plan pueda cubrir el medicamento. Para evitar demoras en la recepción de estos medicamentos que deberían ser cubiertos por nuestro plan, pídale a su proveedor de hospicio o a la persona autorizada a emitir recetas que lo notifiquen antes de que se obtenga el medicamento con receta.

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

## SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad y administración de los medicamentos

### Sección 10.1 Programas para ayudar a los miembros a utilizar los medicamentos en forma segura

Llevamos a cabo revisiones sobre los usos de medicamentos para nuestros miembros para ayudarles a asegurarse de que estén recibiendo 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, tales como los siguientes:

- Posibles errores en los medicamentos
- Medicamentos que pueden no ser necesarios porque está tomando otro medicamento similar para tratar la misma afección
- 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 en su uso de los medicamentos, colaboraremos con su proveedor para corregir el problema.

## Sección 10.2 Programa de Administración de Medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar de forma segura sus 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 varias personas autorizadas a dar recetas o farmacias, o si recientemente tuvo una sobredosis de opioides, podemos hablar con las personas autorizadas a dar recetas para asegurarnos de que el uso de sus medicamentos opioides sea apropiado y médicamente necesario. Si, al trabajar con las personas autorizadas a dar recetas, decidimos que su uso de medicamentos opioides 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:

- Que se le exija obtener todas las recetas de medicamentos opioides en determinadas farmacias
- Requerir que usted obtenga todas sus recetas médicas para medicamentos opioides o benzodiazepinas de una persona autorizada a dar recetas en particular
- Que se limite la cantidad de medicamentos opiáceos que le cubriremos

Si decidimos limitar la forma en que puede obtener estos medicamentos o cuánto puede obtener, le enviaremos una carta por adelantado. 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 una persona autorizada a dar recetas o una farmacia específica. Tendrá la oportunidad de decirnos qué personas autorizadas a dar 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 la persona autorizada a dar 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 se le aplicará nuestro DMP si tiene ciertas afecciones médicas, como dolor relacionado con el cáncer o anemia drepanocítica, si está recibiendo atención en un hospicio, cuidados paliativos, atención para el fin de la vida o si vive en un centro de atención a largo plazo.

## Sección 10.3 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 superan un monto específico o están en un DMP para ayudarlos a 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 recibirán 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. También 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 preguntas sobre este programa, póngase en contacto con Servicios para Miembros.

# CAPÍTULO 4:

*Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D*

### ¿Recibe ayuda actualmente para pagar sus medicamentos?

Si usted participa en un programa que lo ayuda a 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 inserto separado, que se denomina *Evidence of Coverage Rider for People Who Get "Extra Help" Paying for Prescription Drugs* (Cláusula adicional a la Evidencia de Cobertura para las personas que reciben "Ayuda Adicional" para pagar los medicamentos con receta), también conocida como *Low Income Subsidy Rider* o *LIS Rider* (Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS), que le informa sobre la cobertura para sus medicamentos. Si no posee este inserto, póngase en contacto con Servicios para Miembros y solicite la *Cláusula adicional LIS*.

## SECCIÓN 1 Introducción

### Sección 1.1 Utilice este capítulo junto con la demás documentación que explica la cobertura para medicamentos

Este capítulo se centra en lo que usted paga por los medicamentos con receta de la Parte D. Para simplificar las cosas, en este capítulo usamos el término *medicamento* en el sentido de un medicamento con receta de la Parte D. Como se explica en el Capítulo 3, 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. Las Secciones 1 a 4 del Capítulo 3 explican estas reglas. Cuando utiliza la "Herramienta de beneficios en tiempo real" del plan para buscar la cobertura de medicamentos (consulte la Sección 3.3 del Capítulo 3), el costo que se muestra se proporciona en "tiempo real", lo que significa que el costo que ve en la herramienta refleja un momento en el tiempo para proporcionar una estimación de los costos de bolsillo que se espera que pague. También puede obtener información brindada por la "Herramienta de beneficios en tiempo real" llamando a Servicios para Miembros.

### Sección 1.2 Tipos de costos que es posible que deba pagar de su bolsillo por los medicamentos cubiertos

Existen distintos tipos de costos que paga de su bolsillo para los medicamentos de la Parte D. El monto que usted paga por un medicamento se denomina *costo compartido*; hay tres maneras en las que se le puede solicitar que pague.

- **El deducible** es el monto que paga por los medicamentos antes de que nuestro plan comience a pagar la parte que le 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 1.3 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 las siguientes etapas de pago de medicamentos:
  - La Etapa de cobertura inicial
- Cualquier pago que efectuó durante este año calendario como miembro de un plan de medicamentos con receta de Medicare diferente antes de inscribirse en nuestro plan.

**Es importante quién paga:**

- Si efectúa estos pagos **usted mismo**, se incluyen en los costos que paga de su bolsillo.
- Estos pagos *también se incluyen* en los costos que paga de su bolsillo si **otras personas u organizaciones** los efectúan en su nombre. Esto incluye los pagos por sus medicamentos realizados por un amigo o familiar, por la mayoría de las organizaciones benéficas, por programas de asistencia de medicamentos para el SIDA, por planes de salud de empleadores o sindicatos, o por el Servicio de Salud Indígena. También se incluyen los pagos hechos por el programa de "Ayuda Adicional" de Medicare.

**Paso a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas:**

Cuando usted (o los que pagan en su nombre) haya pagado de su bolsillo un total de $2,000 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 nuestro plan no cubre.
- Medicamentos que obtiene en una farmacia fuera de la red que no cumplen con los requisitos del plan para la cobertura fuera de la red.
- Los medicamentos que no sean de la Parte D, incluidos los medicamentos con receta cubiertos por las Parte A y B, y otros medicamentos excluidos de la cobertura de Medicare.
- Pagos que realiza para los medicamentos con receta que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos con receta de Medicare.
- Pagos de sus medicamentos realizados por la Administración de atención médica para 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.

---

**¿Cómo se puede llevar un registro de los costos que paga de su bolsillo?**

- Nosotros lo ayudaremos. El informe de la *Explicación de beneficios (EOB) de la Parte D* que usted recibe incluye el monto actual de los costos que paga de su bolsillo. Cuando este monto alcance los $2,000, este informe le indicará que ha pasado de la Etapa de cobertura inicial a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

- Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos. En la Sección 3.2 se describe lo que usted puede hacer para asegurarse de que los registros que tengamos de lo que ha gastado estén completos y actualizados.

## SECCIÓN 2 El precio que paga por un medicamento depende de la etapa de pago de medicamentos en la que esté al obtener el medicamento

### Sección 2.1 ¿Cuáles son las etapas de pago de medicamentos para los miembros de BlueMedicare Complete Rx?

Hay tres **etapas de pago de medicamentos** para su cobertura de medicamentos con receta de BlueMedicare Complete Rx. El monto que paga 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 del plan, independientemente de la etapa de pago de medicamentos. Puede ver los detalles de cada etapa en las Secciones 4 a 6 de este capítulo. Las etapas son las siguientes:

**Etapa 1: Etapa del deducible anual**

**Etapa 2: Etapa de cobertura inicial**

**Etapa 3: Etapa de cobertura en situaciones catastróficas**

## SECCIÓN 3 Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y la etapa de pago en la que se encuentra

### Sección 3.1 Le enviamos un resumen mensual llamado Explicación de beneficios de la Parte D (EOB de la Parte D)

Nuestro plan hace un seguimiento de los costos de sus medicamentos con receta y de los pagos que ha efectuado cuando obtiene sus medicamentos con receta o un resurtido en la farmacia. De esta manera, podemos decirle cuándo ha pasado de una etapa de pago de medicamentos a la siguiente etapa. En particular, hay dos tipos de costos de los que hacemos un seguimiento:

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

Si ha obtenido uno o más medicamentos con receta a través del 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 sobre los medicamentos con receta que obtuvo el mes anterior. Muestra el total de costos de los medicamentos, lo que el plan pagó y lo que usted y otros pagaron en su nombre.
- **Totales para el año desde el 1 de enero.** A esto se lo denomina información del *año hasta la fecha*. Muestra los costos totales de los medicamentos y los pagos totales por sus medicamentos desde el inicio del año.
- **Información sobre el precio de los medicamentos.** En esta información, se mostrará el precio total del medicamento e información sobre los aumentos 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 incluirá información sobre otros medicamentos disponibles con costos compartidos menores para cada reclamación de medicamentos con receta, si corresponde.

## Sección 3.2 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 obtenga medicamentos con receta.** Esto nos brinda información confiable acerca de los medicamentos con receta que obtiene y lo que está pagando.

- **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. **Estos son ejemplos de cuándo debe darnos copias de sus recibos de medicamentos:**

    - Cuando usted compra un medicamento cubierto en una farmacia dentro de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuento que no sea parte del beneficio de nuestro plan.
    - Cuando realiza 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 una farmacia fuera de la red u otras veces que 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 hayan realizado 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 de medicamentos para 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 si tiene alguna pregunta, llámenos a Servicios para Miembros. Asegúrese de guardar estos informes.

## SECCIÓN 4 No existe deducible para BlueMedicare Complete Rx

No existe deducible para BlueMedicare Complete Rx. Usted comienza en la etapa de cobertura inicial cuando presenta la primera receta del año. Consulte la Sección 5 para obtener información sobre su cobertura en la etapa de cobertura inicial.

## SECCIÓN 5 Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga su parte

### Sección 5.1 Lo que paga por un medicamento depende del medicamento en sí y de dónde lo obtiene

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

#### El plan tiene cinco niveles de costos compartidos

Todos los medicamentos de la Lista de medicamentos del plan se encuentran en uno de los cinco niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el monto del nivel de costos compartidos, mayor será el costo de su medicamento:

- Nivel 1, nuestro nivel de costos compartidos más bajo, incluye medicamentos genéricos preferidos.

- Nivel 2, el próximo nivel, incluye medicamentos genéricos. El monto de costos compartidos es mayor que para los medicamentos del Nivel 1.
- 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 un suministro de $35 por mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.
- 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.
- Nivel 5, el último 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.

Para saber en qué nivel de costo compartido está su medicamento, búsquelo en la Lista de medicamentos del plan.

### Sus opciones de farmacia

El monto que usted paga por un medicamento depende de si lo obtiene de las siguientes farmacias:

- Una farmacia minorista de la red.
- Una farmacia que no está en la red del 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 del 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 www.floridablue.com/medicare.

## Sección 5.2 Una tabla que muestra sus costos por un suministro para *un mes* de un medicamento

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

Como se muestra en la siguiente tabla, el monto del copago o del coseguro depende del nivel de costos compartidos en el que está su medicamento. 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.

**Su parte del costo cuando recibe un suministro para *un mes* de un medicamento con receta cubierto de la Parte D es de la siguiente manera:**

| Nivel | **Costo compartido minorista estándar (dentro de la red)** (un suministro para 31 días como máximo) | **Costo compartido para pedido por correo** (un suministro para 31 días como máximo) | **Costo compartido de atención a largo plazo (LTC)** (un suministro para 31 días como máximo) | **Costo compartido fuera de la red** (la cobertura se limita a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 3 para obtener más detalles) (un suministro para 31 días como máximo) |
|---|---|---|---|---|
| **Nivel 1 de costo compartido** (medicamentos genéricos preferidos) | Copago de $3 | Copago de $3 | Copago de $3 | Copago de $3 |
| **Nivel 2 de costo compartido** (medicamentos genéricos) | Copago de $10 | Copago de $10 | Copago de $10 | Copago de $10 |
| **Nivel 3 de costo compartido** (medicamentos de marca preferidos) | Copago de 25% | Copago de 25% | Copago de 25% | Copago de 25% |
| **Nivel 4 de costo compartido** (medicamentos no preferidos) | Copago de 25% | Copago de 25% | Copago de 25% | Copago de 25% |
| **Nivel 5 de costo compartido** (nivel de especialidad) | Coseguro del 33% | Coseguro del 33% | Coseguro del 33% | Coseguro del 33% |

No pagará más de $35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de costos compartidos.

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 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 de diferentes medicamentos con receta.

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 *costo compartido diario*) y lo multiplicaremos por la cantidad de días del medicamento que recibe.

## Sección 5.4 Una tabla que muestra sus costos por un suministro de un medicamento a largo plazo (para 90 días como máximo)

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

La siguiente tabla muestra lo que usted paga cuando recibe el suministro a largo plazo de un medicamento.

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.

**Su parte del costo cuando recibe un suministro *a largo plazo* de un medicamento con receta cubierto de la Parte D es de la siguiente manera:**

| Nivel | **Costo compartido minorista estándar (dentro de la red)** (un suministro para 90 días como máximo) | **Costo compartido para pedido por correo** (un suministro para 90 días como máximo) |
|---|---|---|
| **Nivel 1 de costo compartido** (medicamentos genéricos preferidos) | Copago de $9 | Copago de $9 |
| **Nivel 2 de costo compartido** (medicamentos genéricos) | Copago de $30 | Copago de $30 |
| **Nivel 3 de costo compartido** (medicamentos de marca preferidos) | Copago de 25% | Copago de 25% |
| **Nivel 4 de costo compartido** (medicamentos no preferidos) | Copago de 25% | Copago de 25% |
| **Nivel 5 de costo compartido** (nivel de especialidad) | 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. |

No pagará más de $70 por un suministro de hasta dos meses o $105 por un suministro de hasta tres meses de cada producto de insulina cubierto independientemente del nivel de costos compartidos.

## Sección 5.5 Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que los costos que paga de su bolsillo durante el año alcancen los $2,000

Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que el total de los costos que paga de su bolsillo alcancen los $2,000. Luego, pasa a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

La *EOB de la Parte D* que recibe le ayudará a llevar un registro de lo que usted, el plan y cualquier tercero han gastado en su nombre durante el año. No todos los miembros alcanzarán el límite de gastos de bolsillo de $2,000 en un año.

Le informaremos cuando alcance este monto. Si usted alcanza este monto, saldrá de la Etapa de cobertura inicial y pasará a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas. Consulte la Sección 1.3 sobre cómo Medicare calcula los costos que paga de su bolsillo.

## SECCIÓN 6 Durante la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D

Usted ingresa a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas cuando los costos que paga de su bolsillo hayan alcanzado el límite de $2,000 para el año calendario. Una vez que está en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, se quedará 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 Vacunas de la Parte D. Lo que usted paga depende de cómo y dónde las obtiene

**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 en la Lista de medicamentos del plan. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D sin costo para usted. Consulte la Lista de medicamentos de su plan o comuníquese con Servicios para Miembros para obtener detalles sobre la cobertura y los costos compartidos de vacunas específicas.

Hay dos partes de nuestra cobertura de vacunas de la Parte D:

- La primera parte de la cobertura cubre el costo de **la vacuna en sí**.
- La segunda parte de la cobertura cubre el costo de **colocarle la vacuna**. (A veces se le denomina administración de la vacuna).

Sus costos de vacunas de la Parte D dependen de tres aspectos:

1. **Si la vacuna está recomendada para adultos por una organización llamada Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación (ACIP).**
    - La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos son recomendadas por el ACIP y no le cuestan nada.
2. **Dónde obtiene 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. Como alternativa, un proveedor puede entregarla 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.

- A veces, cuando obtiene una vacuna, debe pagar el costo total tanto de la vacuna en sí como del costo de administración del proveedor. Puede solicitarle a nuestro plan que le devuelva la parte que le corresponde pagar del costo. Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, esto significa que se le reembolsará el costo total que pagó.
- Otras veces, cuando reciba una vacuna, solo pagará su parte del costo según el beneficio de la Parte D. Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, usted no pagará nada.

A continuación, se incluyen tres ejemplos de maneras en que puede obtener una vacuna de la Parte D.

*Situación 1:* la vacuna de la Parte D se le administra en la farmacia de la red. (Tener esta opción o no depende de dónde usted viva. En algunos estados no se permite que las farmacias le proporcionen ciertas vacunas).

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

*Situación 2:* la vacuna de la Parte D se le administra en el consultorio de su médico.

- Cuando reciba la vacuna, es posible que deba pagar por el costo total de la vacuna en sí y el costo del proveedor que se la administrará.
- Entonces podrá pedirle a nuestro plan que le pague la parte que le corresponde del costo mediante los procedimientos que se describen en el Capítulo 5.
- Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, 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:* usted compra la vacuna de la Parte D en la farmacia de la red y luego la lleva al consultorio de su médico, donde se la administrará.

- Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, usted no pagará nada por la vacuna en sí.
- Para otras vacunas de la Parte D, usted pagará 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.
- Entonces, 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 para adultos de la Parte D, 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 por la administración de la vacuna.
- Se le reembolsará el monto cobrado por el médico por la administración de la vacuna, 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).

# 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 del costo de los medicamentos cubiertos

A veces, cuando recibe un medicamento con receta, es posible que deba pagar el costo total. Otras veces, se dará cuenta de que ha pagado más de lo que pensaba que debía pagar según las reglas de cobertura del plan o puede recibir una factura de un proveedor. En estos casos, puede pedirle a nuestro plan que le devuelva el dinero (a la acción de devolver el dinero a menudo se le llama *reembolso*). Es posible que haya plazos que deberá cumplir para obtener el reembolso. Consulte la Sección 2 de este capítulo.

Estos son ejemplos de situaciones en las que puede que necesite solicitarle al plan que le reembolse. Todos estos ejemplos son tipos de decisiones de cobertura (para obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte el Capítulo 7).

1. **Cuando utiliza una farmacia fuera de la red para obtener medicamentos con receta**

   Si acude a una farmacia fuera de la red, es posible que la farmacia no pueda presentarnos la reclamación directamente. Si esto sucede, usted deberá pagar el costo total de sus medicamentos con 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. Para obtener una discusión de estas circunstancias, consulte la Sección 2.5 del Capítulo 3. 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 dentro de la red.

2. **Cuando usted paga el costo total de un medicamento con receta porque no lleva con usted su tarjeta de miembro del plan**

   Si usted no lleva con usted su tarjeta de miembro del plan, puede pedirle a la farmacia que llame al plan o busque la información de inscripción. Sin embargo, si la farmacia no puede obtener la información sobre la inscripción que necesita de inmediato, es posible que deba pagar usted mismo el costo total del medicamento con 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 si el precio en efectivo que pagó es mayor que nuestro precio negociado por el medicamento con 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 tiene cobertura por alguna razón.

   - Por ejemplo, el medicamento puede no estar en la Lista de medicamentos del plan o podría tener un requisito o una restricción que usted no conocía o que no cree que debería aplicarse a usted. 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, puede ser necesario obtener más información de su médico para reembolsarle nuestra parte del costo. Es posible que no le reembolsemos el costo total si el precio en efectivo que pagó es mayor que nuestro precio negociado por el medicamento con receta.

**4. Si se lo inscribe retroactivamente en nuestro plan**

Algunas veces, la inscripción de una persona en un 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.

Todos los ejemplos anteriores corresponden a tipos de decisiones de cobertura. Esto significa que, si denegamos su solicitud de pago, usted puede apelar nuestra decisión. En el Capítulo 7 de este documento, se incluye 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 la reclamación dentro de los 36 meses** a partir de la fecha en que recibió el servicio, artículo o 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 tiene que utilizar el formulario, pero nos será útil para procesar la información de manera más rápida.
- Descargue una copia del formulario de nuestro sitio web **www.floridablue.com/medicare** o llame a Servicios para Miembros y pida el formulario.

Envíenos 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 decidiremos si le pagaremos o no

### Sección 3.1 Comprobamos si debemos cubrir el medicamento y cuánto debemos

Cuando recibamos su solicitud de pago, le haremos saber 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). Le enviaremos por correo su reembolso de nuestra parte del costo. Le enviaremos el pago en el plazo de 30 días después de que se recibió su solicitud.
- Si tomamos la decisión de *no* cubrir el medicamento, o si usted *no* cumplió todas las reglas, no pagaremos la parte que nos corresponde 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 3.2 Si le comunicamos que no pagaremos, en su totalidad o en parte, el medicamento, puede presentar una apelación

Si usted piensa que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago o el monto que estamos pagando, 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 de este documento.

# CAPÍTULO 6:

*Sus derechos y responsabilidades*

## SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales como miembro del plan

### 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.)

Su plan debe garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se proporcionen de una manera culturalmente competente y sean accesibles para todos los afiliados, incluidos aquellos con dominio limitado del inglés, habilidades limitadas de lectura, discapacidad auditiva o aquellos que provienen de culturas y orígenes étnicos diferentes. Los ejemplos de cómo un plan puede cumplir con estos requisitos de accesibilidad incluyen, pero no se limitan a, la prestación de servicios de traducción, servicios de interpretación, teletipos o conexión TTY (teléfono de texto o teletipo).

Nuestro plan tiene servicios gratuitos de intérpretes disponibles para responder las preguntas de los miembros que no hablan inglés. También podemos brindarle información en Braille, letra grande o en otro formato alternativo sin costo, si así lo necesita. Tenemos la obligación de proporcionarle información acerca de los beneficios del plan en un formato accesible y adecuado. Para recibir información nuestra de la manera que mejor le funcione, llame a Servicios para Miembros.

Nuestro plan debe brindar a las afiliadas de sexo femenino la opción de acceso directo a un especialista en salud de la mujer dentro de la red para los servicios de atención médica preventiva y de rutina de la mujer.

Si los proveedores dentro de la red del plan para una especialidad no están disponibles, es responsabilidad del plan ubicar proveedores especializados fuera de la red que le brindarán la atención necesaria. En este caso, usted solo paga el costo compartido dentro de la red. Si se encuentra en una situación en la que no hay especialistas en la red del plan que cubran un servicio que necesita, llame al plan para obtener información sobre dónde acudir para recibir este servicio con costos compartidos dentro de la red.

Si está teniendo problemas para obtener información de nuestro plan en forma accesible y adecuada, llame para presentar una queja ante el Departamento de Apelaciones y Quejas (Appeals and Grievance Department) de Florida Blue al 1-800-926-6565. También puede presentar una queja ante Medicare. Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o comuníquese directamente con la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights).

Esta es una traducción de su original en inglés. La versión en inglés prevalecerá.

## 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, in braille, in large print, or other alternate formats, etc.)

Your 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 a plan may meet these accessibility requirements include, but are not 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 braille, in large print, or other alternate formats at no cost if you need it. We are required to give you information about the plan's benefits in a format that is accessible and appropriate for you. To get information from us in a way that works for you, please call Member Services.

If you have any trouble getting information from our plan in a format that is accessible and appropriate for you, please call to file a grievance with Florida Blue Appeals and Grievance Department at 1-800-926-6565. You may 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 cree que no está recibiendo los medicamentos de la Parte D dentro de un tiempo razonable, el Capítulo 7 le indica 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 *Notice of Privacy Practice* (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 del Gobierno que controlan la calidad de la atención.
    - Dado que usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, se nos requiere proporcionarle a Medicare su información de salud, incluida la información acerca de sus medicamentos con receta 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, mantenida en el plan, y a obtener una copia de sus registros. Tenemos permiso de cobrarle una tarifa por hacer copias. También tiene derecho a pedirnos que agreguemos información o corrijamos su historia clínica. Si usted nos pide hacer esto, trabajaremos con su proveedor de atención médica para decidir si los cambios deben realizarse.

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 preocupaciones sobre la privacidad de su información personal de salud, llame a Servicios para Miembros.

## 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 ATENTAMENTE.

**Este Aviso tiene vigencia desde el 6 de abril de 2021.**

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 vigor.

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 los individuos cubiertos en nuestra próxima correspondencia anual.

**Cómo protegemos su información de salud protegida (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:** divulgaremos su PHI a usted o a quien tenga derecho legal a actuar en su nombre (su representante personal) con el 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:** revelaremos 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 información de salud protegida (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 revelemos 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 dicha 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 revelar 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, pago u 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 la administración adecuadas del socio comercial, 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, tal como se describe a continuación, para lo siguiente: (i) usos y divulgaciones de su PHI con fines de marketing, incluidas las comunicaciones subsidiadas del tratamiento (excepto para ciertas actividades permitidas de otra manera por las leyes federales de privacidad, como comunicaciones en persona o regalos promocionales de valor nominal); (ii) divulgaciones de su PHI que constituirán una venta de PHI conforme a la ley federal de privacidad y que requieran su autorización; y (iii) otros usos y divulgaciones de su PHI que no se describen 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.

**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.

**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 periodo 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 para 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 un servicio de atención médica para el cual usted o una persona en su nombre que no sea el plan de salud ha pagado en su totalidad de su bolsillo a la entidad cubierta. 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 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 los Estados Unidos. Le proporcionaremos la dirección para el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los 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 los 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 inglés, 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 del plan, su red de farmacias y sus medicamentos cubiertos

Como miembro de BlueMedicare Complete Rx, 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:

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera del 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 con receta 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 incluye información sobre cómo solicitar una explicación por escrito sobre por qué un medicamento de la Parte D no está cubierto o si su cobertura tiene algún tipo de restricción. El Capítulo 7 también proporciona información sobre cómo solicitarnos que cambiemos una decisión, también denominada apelación.

## Sección 1.5 Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su atención

### Usted tiene derecho a dar instrucciones sobre lo que debe hacerse si está inhabilitado para 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 **alguien la autoridad legal para tomar decisiones médicas por usted,** en caso de que alguna vez no tenga la capacidad de tomar decisiones por sí mismo.
- **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 utilizar para dar sus instrucciones con anticipación para estos casos se denominan **directivas anticipadas**. Existen diferentes tipos de directivas anticipadas y tienen diferentes nombres. Los documentos denominados **testamento vital** y **poder de representación para las decisiones de atención médica** son ejemplos de directivas anticipadas.

**Si desea utilizar una directiva anticipada para dar a conocer sus instrucciones, esto es lo que debe hacer:**

- **Obtener el formulario.** Puede obtener un formulario de directivas anticipadas de su abogado, del asistente 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. También puede comunicarse con Servicios para Miembros y solicitar los formularios.

- **Completarlo y firmarlo.** Independientemente del lugar donde obtenga este formulario, tenga en cuenta que se trata de un documento legal. Considere solicitarle a un abogado que lo ayude a prepararlo.
- **Entregarles copias a las personas pertinentes.** Debe entregarles 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. Quizás desee darles copias a algunos amigos cercanos o miembros de la familia. Guarde una copia en casa.

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

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

**Recuerde que es su elección si desea llenar un formulario de directivas anticipadas** (incluso si desea firmar uno estando en el hospital). Según la ley, nadie puede negarse a brindarle atención ni puede discriminarlo por haber firmado o no directivas anticipadas.

**¿Qué pasa si sus directivas no se siguen?**

Si ha firmado directivas anticipadas 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 reconsiderar decisiones que hayamos tomado

Si tiene algún problema, preocupación o reclamo y necesita solicitar cobertura, o presentar una apelación, el Capítulo 7 de este documento le indica qué puede hacer. Independientemente de lo que haga, ya sea solicitar una decisión de cobertura, presentar una apelación o un reclamo, **estamos obligados a tratarlo con imparcialidad**.

## Sección 1.7 ¿Qué puede hacer si cree que está siendo tratado injustamente o que sus derechos no son respetados?

**Si se trata de discriminación, llame a la Oficina de Derechos Civiles**

Si siente que no se le ha tratado con imparcialidad o que no se han respetado sus derechos debido a cuestiones de raza, discapacidad, religión, sexo, salud, origen étnico, credo (creencias), edad, orientación

sexual o nacionalidad, debe llamar a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Sociales al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a su Oficina de Derechos Civiles local.

### ¿Se trata de algo diferente?

Si siente que ha sido tratado injustamente o que sus derechos no han sido respetados, *y no* se trata de discriminación, puede obtener ayuda para tratar el problema que está enfrentando, como la siguiente:

- Puede **llamar a Servicios para Miembros.**
- Puede **llamar al SHIP.** Para obtener detalles, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- O bien, **puede llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

## Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos

Hay varios lugares donde puede obtener más información sobre sus derechos:

- Puede **llamar a Servicios para Miembros.**
- Puede **llamar al SHIP**. Para obtener detalles, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- Puede comunicarse con **Medicare**.
  - Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación *Medicare Rights & Protections* (Derechos y protecciones de Medicare). (La publicación está disponible en www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf.)
  - También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

# SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan

Lo que tiene que hacer como miembro del plan se enumera a continuación. Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros.

- **Familiarícese con sus medicamentos cubiertos y las reglas que debe seguir para obtenerlos.** En esta Evidencia de Cobertura, aprenderá lo que está cubierto y las reglas que debe cumplir para obtener estos medicamentos cubiertos.
  - En los Capítulos 3 y 4 se proporcionan detalles sobre la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.

- **Si, además de nuestro plan, tiene otra cobertura para medicamentos con receta, debe comunicárnoslo.** El Capítulo 1 le informa sobre la coordinación de estos beneficios.
- **Dígales a su médico y su farmacéutico que está inscrito en nuestro plan.** Muestre la tarjeta de miembro del plan cada vez que obtenga los medicamentos con receta 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 la prima del 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 debe pagar una multa por inscripción tardía, debe pagar la multa para seguir siendo miembro del plan.
    - Si debe pagar el monto adicional por la Parte D debido a sus ingresos anuales, debe pagar este monto 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 del plan, no** puede seguir siendo miembro de nuestro plan.
- Si se muda, también es importante que se lo comunique al Seguro Social (o a la Junta de Jubilación para Ferroviarios).

# CAPÍTULO 7:

*Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)*

# SECCIÓN 1 Introducción

## Sección 1.1 Lo que debe hacer si tiene un problema o una preocupación

Este capítulo explica dos 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.

Ambos procesos han sido aprobados por Medicare. Cada proceso tiene un conjunto de reglas, procedimientos y plazos que nosotros y usted debemos cumplir.

La guía de la Sección 3 le ayudará a identificar el proceso correcto para seguir y lo que debe hacer.

## Sección 1.2 Acerca de los 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 y pueden ser difíciles de entender. Para facilitar la comprensión, en este capítulo tiene las siguientes características:

- Se usan palabras más simples, en vez de utilizar ciertos términos legales. Por ejemplo, en este capítulo aparece presentar un reclamo en lugar de interponer una queja, decisión de cobertura en lugar de determinación de cobertura o determinación de riesgo, y organización de revisión independiente en lugar de Entidad de revisión independiente.
- También se evita al máximo el uso de abreviaturas.

Sin embargo, puede ser útil, y a veces muy importante, que usted sepa los términos legales correspondientes. Saber qué términos usar lo ayudará a comunicarse con mayor precisión para obtener la ayuda o la información correctas para su situación. Para ayudarlo a saber qué términos utilizar, incluimos términos legales cuando damos los detalles para el manejo de determinados tipos de situaciones.

# SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia 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 quejarse. Por lo tanto, siempre debe comunicarse con el servicio al cliente para obtener ayuda. Sin embargo, en algunas situaciones es

posible que también quiera la ayuda o la orientación de alguien que no tenga relación con nosotros. A continuación, se muestran dos entidades que pueden ayudarle.

**Programa Estatal de Asistencia sobre 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. Encontrará los números de teléfono y las direcciones URL del sitio web en la Sección 3 del Capítulo 2 de este documento.

**Medicare**

También puede comunicarse con Medicare para obtener ayuda. Para comunicarse con Medicare:

- Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- También puede visitar el sitio web de Medicare **(www.medicare.gov)**.

## SECCIÓN 3 Para tratar su problema, ¿qué proceso debe utilizar?

Si tiene un problema o una preocupación, solo necesita leer las partes del capítulo que se aplican a su situación. La guía que sigue le será útil.

**¿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**.

Vaya a la sección siguiente de este capítulo: **Sección 4, Una guía para los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones.**

**No**.

Vaya a la **Sección 7** al final de este capítulo: **Cómo presentar un reclamo sobre la calidad de la atención, los plazos de espera, el servicio al cliente u otras preocupaciones.**

## DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES

# SECCIÓN 4 Una guía para los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones

## Sección 4.1 Cómo solicitar decisiones sobre la cobertura y presentar apelaciones: el panorama general

Las decisiones de cobertura y las apelaciones tratan los problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura de medicamentos con receta, incluido 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**

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y la cobertura, o sobre el monto que pagaremos por sus medicamentos con receta.

Tomamos una decisión de cobertura para usted cada vez que decidimos lo que está cubierto para usted y cuánto tenemos que pagar. En algunos casos, podríamos decidir que el medicamento no está cubierto o que ya no tiene cobertura de Medicare para usted. Si está en desacuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

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.

**Cómo presentar una apelación**

Si tomamos una decisión de cobertura, ya sea antes de que reciba el beneficio o después, y no está satisfecho, usted puede *apelar* la decisión. Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos y modifiquemos una decisión de cobertura que hayamos tomado. En ciertas circunstancias, que analizaremos más adelante, puede solicitar una *apelación rápida* o acelerada de una decisión de cobertura. Su apelación es analizada por revisores distintos a los que tomaron la decisión original.

Cuando apela una decisión por primera vez, esto 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 rechazamos la totalidad o parte de su apelación de Nivel 1, puede pasar a una apelación de Nivel 2. A la apelación de Nivel 2 la evalúa organización de revisión independiente que no está conectada con nuestro plan. (Las apelaciones de la Parte D se analizan más en la Sección 5 de este capítulo). Si no está satisfecho con la decisión de la apelación de Nivel 2, es posible que pueda avanzar a niveles adicionales de apelación (la Sección 6 de este capítulo explica los procesos de apelaciones de Nivel 3, 4 y 5).

## Sección 4.2 Cómo obtener ayuda cuando está pidiendo una decisión de cobertura o presentando 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:

- Puede **llamarnos a Servicios para Miembros.**
- Puede **obtener ayuda gratuita** de su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud.
- **Su médico u otra persona autorizada a dar recetas pueden realizar la solicitud por usted.** Para los medicamentos con receta de la Parte D, su médico u otra persona autorizada a dar recetas pueden solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si se deniega su apelación de Nivel 1, su médico o la persona autorizada a dar 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 desea que un amigo, familiar u otra persona sea su representante, llame a Servicios para Miembros y pida el formulario de *Designación de un representante*. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf). El formulario le otorga a esa persona la autorización de actuar en su nombre. El formulario debe estar firmado por usted y por la persona que usted desea que actúe en su nombre. Usted debe darle al plan una copia del formulario firmado.
    - Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos terminar nuestra revisión si no lo recibimos. Si no recibimos el formulario antes del plazo 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 existen grupos que le proporcionarán servicios legales gratuitos si usted reúne los requisitos. 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 con receta de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

### Sección 5.1 Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para recibir un medicamento de la Parte D o si quiere que le reembolsemos 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 información sobre cómo obtener una indicación médicamente aceptada). Para obtener más detalles 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 obtenga nuestra aprobación antes de que lo cubramos.
- Si su farmacia le dice que su receta no puede presentarse 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.

## Decisiones y apelaciones 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 con respecto a sus beneficios y la cobertura, o sobre el monto que pagaremos por sus medicamentos. Esta sección le indica lo que puede hacer si se encuentra en cualquiera de las siguientes situaciones:

- Solicita que se cubra un medicamento de la Parte D que no figura en la *Lista de medicamentos cubiertos* del plan. **Pida una excepción. Sección 5.2.**
- Solicita que no apliquemos una restricción a la cobertura del plan para un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede obtener, una autorización previa o el requisito de probar primero otro medicamento). **Pida una excepción. Sección 5.2.**
- Pedir la aprobación previa de un medicamento. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 5.4**.
- Pagar 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 ¿Qué es una excepción?

| Términos legales |
| --- |
| Pedir cobertura para un medicamento que no está en la Lista de medicamentos se denomina, en ocasiones, **excepción al formulario.** |
| Pedir la eliminación de una restricción de cobertura para un medicamento, en ocasiones, se denomina **excepción al formulario**. |
| Pedir pagar un precio inferior por un medicamento no preferido cubierto se denomina, en ocasiones, pedir una **excepción de nivel**. |

Si un medicamento no está cubierto de la forma que a usted le gustaría que estuviese cubierto, puede pedirnos que hagamos una *excepción*. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura.

Para que consideremos su solicitud de excepción, su médico o la persona autorizada a dar recetas tendrán que explicar las razones médicas por las que necesita que se apruebe la excepción. Estos son tres ejemplos de excepciones que usted, su médico u otra persona autorizada a dar recetas pueden pedirnos que hagamos:

1. **Cubrir un medicamento de la Parte D para usted 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 todos nuestros medicamentos no preferidos en el Nivel 4. No puede solicitar que hagamos una excepción al monto de costo compartido que le pediremos que pague por el medicamento.

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 cinco 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 afección 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 afección.

   - 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 afección.

   - 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 afección.

   - No puede pedirnos que cambiemos el nivel de costo compartido para ningún medicamento del Nivel 5 (medicamentos especializados).

   - Si aprobamos su solicitud de una excepción de nivel y hay más de un nivel más bajo de costo compartido con medicamentos alternativos que no puede tomar, generalmente 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 la persona autorizada a dar recetas deben darnos una declaración que explique las razones médicas para solicitar una excepción. Para que tomemos la decisión más rápido, incluya esta información médica de su médico o de la persona autorizada a dar recetas cuando pida la excepción.

Habitualmente, la Lista de medicamentos incluye más de un medicamento para tratar una afección en particular. Estas posibilidades diferentes se denominan medicamentos *alternativos*. Si un medicamento alternativo da el mismo resultado que el medicamento que está solicitando y no produce más efectos secundarios ni otros problemas de salud, en general, *no* aprobaremos su solicitud de una excepción. Si nos pide una excepción de nivel, en general, *no* la aprobaremos, a menos que todos los medicamentos alternativos en los niveles de costo compartido más bajo no funcionen igual de bien para usted o puedan causar una reacción adversa u otros daños.

### Podemos aceptar o rechazar su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de una excepción, nuestra aprobación normalmente es válida hasta el final del 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 afección.
- Si rechazamos su solicitud, puede pedir otra revisión mediante la presentación de una apelación.

## Sección 5.4 Paso a paso: cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

| Término legal |
| --- |
| Una *decisión rápida de cobertura* se denomina **determinación acelerada de cobertura.** |

**<u>Paso 1</u>: 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 la declaración de su médico. Las **decisiones rápidas de cobertura** se toman en un plazo de **24 horas** después de recibir la declaración de su médico.

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

- Pedir un *medicamento que aún no ha recibido*. (No puede solicitar que se le reembolse la decisión rápida de cobertura para un medicamento que ya compró).

- Usar las vías de plazos estándares podría *poner su salud en grave peligro o dañar su capacidad funcional*.
- **Si su médico u otra persona autorizada a dar recetas nos indican que su salud requiere una decisión rápida de cobertura, automáticamente le daremos una decisión rápida de cobertura.**
- **Si usted mismo nos pide la decisión rápida de cobertura, sin el apoyo de su médico ni de la persona autorizada a dar recetas, nosotros decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión rápida de cobertura.** Si no aprobamos una decisión rápida de cobertura, le enviaremos una carta en la que se explica lo siguiente:
    - Que usaremos los plazos estándares.
    - Que, si su médico u otra persona autorizada a dar 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 los medicamentos 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, incluida una solicitud enviada 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. En el Capítulo 2, se incluye la información de contacto. Para ayudarnos a procesar su solicitud, asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información que identifica la reclamación denegada que está siendo apelada.

Usted, su médico (u otra persona autorizada a dar 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 alguien para que actúe como su representante.

- **Si solicita que se haga una excepción, proporcione la *declaración de respaldo,*** que son los motivos médicos para la excepción. Su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden enviarnos la declaración por fax o correo. O bien, su médico o la persona autorizada a dar 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***

- Generalmente, debemos darle una 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 este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, tenemos que brindarle la cobertura que hemos aceptado brindarle en un plazo de 24 horas después de haber recibido su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito, en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

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

- Generalmente, debemos darle una 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 este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, tenemos que **brindarle la cobertura** que hemos aceptado brindarle en un **plazo de 72 horas** después de haber recibido su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito, en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

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

- Debemos darle una respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.

  - Si no cumplimos este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que la revisará una 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 haber recibido su solicitud.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito, en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

**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 pedir otra vez que obtenga la cobertura para los medicamentos que quiere. Si presenta una apelación, significa que está avanzando al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

## Sección 5.5 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1

| Términos legales |
| --- |
| Una apelación al plan sobre la decisión de cobertura de un medicamento de la Parte D se llama una **redeterminación** del plan. |
| Una *apelación rápida* también 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 calendario. 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 que aún no ha recibido, usted y su médico o la persona autorizada a dar recetas tendrán 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 aparecen en la Sección 6.4 de este capítulo.

**Paso 2: Usted, su representante, su médico u otra persona autorizada a dar 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 apelaciones rápidas, envíe su apelación por escrito o llámenos al 1-800-926-6565. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-955-8773).** En el Capítulo 2, se incluye la información de contacto.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito,** incluida una solicitud enviada en el *formulario de solicitud de redeterminación modelo de los CMS*, que está disponible en nuestro sitio web en www.floridablue.com/medicare. Asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información sobre su reclamación para ayudarnos en el procesamiento de 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.**

- Mientras nuestro plan revisa su apelación, hacemos otra revisión cuidadosa de 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 la persona autorizada a dar recetas para obtener más información.

***Plazos para una apelación rápida***

- Para las apelaciones rápidas, debemos darle una 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, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que la revisará una organización de revisión independiente. En la Sección 5.6, se explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación.

- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito, en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

***Plazos límite para una apelación estándar para un medicamento que aún no ha recibido***

- Para las apelaciones estándar, debemos darle una respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación. Le comunicaremos nuestra decisión antes si aún no ha recibido el medicamento y su estado de salud así lo exige.
    - Si no le comunicamos nuestra decisión en el plazo de 7 días calendario, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que la revisará una organización de revisión independiente. En la Sección 5.6, se explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos brindar la cobertura tan pronto como lo requiera su salud, pero no en una fecha posterior a los **7 días calendario** después de recibir su apelación.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito, en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

***Plazos límite para una apelación estándar sobre el pago para un medicamento que ya compró***

- Debemos darle una respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.
    - Si no cumplimos este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos parte o a la totalidad de lo que solicitó**, también debemos pagarle en un plazo de 30 días calendario después de haber recibido su solicitud.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito, en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

**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 Paso a paso: 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 otra persona autorizada a dar 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. Estas instrucciones le indicarán quién puede presentar esta apelación de Nivel 2, qué plazos deberá respetar y cómo comunicarse con la organización de revisión. Sin embargo, si no completamos nuestra revisión en el plazo aplicable, o tomamos una decisión desfavorable respecto de una determinación **en riesgo** conforme a nuestro programa de administración de medicamentos, enviaremos automáticamente su reclamación a la IRE.
- Le enviaremos a esta organización la información que tenemos sobre su apelación. A esta información se la denomina su **expediente de 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 acepta darle una *apelación rápida*, dicha organización debe comunicarle su respuesta a la apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud de apelación.

***Plazos límite para una apelación estándar***

- Para las apelaciones estándar, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación si es para un medicamento que usted todavía no ha recibido. Si está solicitando que le reembolsemos un medicamento que ya compró, la organización de revisión 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 brindar la cobertura para medicamentos que aprobó la organización de revisión **en un plazo de 24 horas** después de recibir la decisión de parte de dicha organización.

***Para apelaciones estándar:***

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

**¿Qué sucede si la organización de revisión rechaza su apelación?**

**Si esta organización rechaza 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 llama *confirmar la decisión*. También se denomina *rechazar su apelación*). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta para:

- Explicar su decisión.
- Notificar sobre el derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura para el medicamento que está solicitando cumple un cierto mínimo. 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.
- Indicar 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 tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (hasta un total de cinco niveles de apelación).
- Si quiere continuar con una apelación de Nivel 3, tendrá los detalles de cómo hacerlo en el aviso por escrito que recibirá después de la decisión de apelación de Nivel 2.
- Un juez administrativo o un abogado mediador gestiona la apelación de Nivel 3. La Sección 6 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

## SECCIÓN 6 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más allá

### 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 ha presentado una apelación de Nivel 1 y Nivel 2, y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor del medicamento sobre el que ha apelado cumple con un monto en dólares determinado, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si el monto en dólares es menor, no puede seguir apelando. En la respuesta escrita que usted reciba para su apelación de Nivel 2 se explicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los tres últimos niveles de apelación funcionan más o menos de la misma manera. La revisión de su apelación la gestionan estas personas en cada uno de estos niveles.

| | |
|---|---|
| **Apelación de Nivel 3** | **Un juez administrativo o un abogado mediador que trabaje 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 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 resolución.
- **Si el juez 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 no quiere aceptar la decisión, puede pasar al 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 brindar la cobertura para medicamentos** que fue aprobada por el Consejo **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 resolución.
- **Si la apelación se rechaza, el proceso de apelaciones *puede concluir* o *puede no concluir*.**
  - Si decide aceptar la decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación concluye.
  - Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación o su solicitud para revisar la apelación, en el aviso se le indicará si las reglas le permiten continuar con una apelación de Nivel 5. También le indicará con quién comunicarse y qué hacer a continuación si decide continuar con su apelación.

| | |
|---|---|
| **Apelación de Nivel 5** | Un juez del **Tribunal Federal de Distrito** revisará su apelación. |

- Un juez revisará toda la información y decidirá si le daremos una respuesta *positiva* o *negativa* en relación con su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación después del Tribunal Federal de Distrito.

## PRESENTAR RECLAMOS

## SECCIÓN 7 Cómo presentar un reclamo sobre la calidad de la atención, los plazos de espera, el servicio 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. Entre ellos se incluyen los problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente. A continuación, encontrará algunos ejemplos de los tipos de problemas que pueden gestionarse a través del proceso de reclamos.

| Reclamo | Ejemplo |
|---|---|
| **Calidad de su atención** | • ¿Está insatisfecho con la calidad de atención que ha recibido? |
| **Respeto de su privacidad** | • ¿Alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial? |
| **Falta de respeto, mal servicio al cliente u otro comportamiento negativo** | • ¿Ha sido alguien descortés o le ha faltado el respeto?<br>• ¿Está insatisfecho con nuestro Servicios para Miembros?<br>• ¿Le parece que lo están alentando a dejar nuestro plan? |
| **Tiempos de espera** | • ¿Ha tenido que esperar demasiado tiempo a los farmacéuticos? ¿O a Servicios para Miembros u otro personal de nuestro plan?<br>  o Entre los ejemplos se incluye esperar demasiado al teléfono, en la sala de espera o al obtener un medicamento con receta. |
| **Limpieza** | • ¿Está insatisfecho con la limpieza o el estado de una farmacia? |
| **Información que obtiene de nosotros** | • ¿No le hemos dado un aviso obligatorio?<br>• ¿Nuestro documento por escrito es difícil de comprender? |
| **Puntualidad**<br>(Estos tipos de reclamos se relacionan con lo *oportuno* de las medidas que tomemos respecto de las decisiones de cobertura y las apelaciones). | Si ha pedido una decisión de cobertura o presentado una apelación, y le parece que no estamos respondiendo lo suficientemente rápido, puede presentar un reclamo por nuestra lentitud. Estos son algunos ejemplos:<br>• Nos ha pedido una *decisión rápida de cobertura* o una *apelación rápida* y rechazamos su solicitud; puede presentar un reclamo.<br>• Cree que no estamos cumpliendo los plazos para decisiones de cobertura o apelaciones; puede presentar un reclamo.<br>• Cree que no estamos cumpliendo con los plazos para cubrir o reembolsarle determinados medicamentos que se aprobaron; puede presentar un reclamo.<br>• 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**.<br>• **Presentar un reclamo** también se denomina **interponer una queja**.<br>• **Usar el proceso para reclamos** también se denomina **usar el proceso para interponer una queja**.<br>• Un **reclamo rápido** también se denomina una **queja acelerada.** |

## Sección 7.3 Paso a paso: presentación de un reclamo

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

- **Habitualmente, el primer paso consiste en llamar a Servicios para Miembros.** Si hay algo que necesite hacer, Servicios para Miembros se lo indicará.
- **Si no desea llamar (o si llamó y no quedó satisfecho), puede presentar su reclamo por escrito y enviárnoslo.** Si presentó su reclamo por escrito, le 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. Funciona de la siguiente manera:**

  1. Envíe su reclamo a la dirección que aparece en la Sección 1 del Capítulo 2, en la sección titulada *Cómo puede comunicarse con nosotros para presentar un reclamo sobre los 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 su recepción (antes si su salud lo requiere). Si necesitamos más información y una demora lo beneficiaría o si usted solicita una demora, 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 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.

- **De ser posible, le daremos una respuesta 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 la demora es para su conveniencia, o si usted solicita más tiempo, podemos demorarnos hasta 14 días más (44 días calendario en total) en responder a su reclamo. Si decidimos tomar días adicionales, se lo notificaremos 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 7.4 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención a la Organización para la Mejora de la Calidad

Cuando su reclamo es sobre la *calidad de la atención*, también tiene dos 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 7.5 También puede informarle a Medicare acerca de su queja

Puede presentar un reclamo sobre BlueMedicare Complete Rx directamente ante Medicare. Para presentar un reclamo ante Medicare, ingrese en **www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx**. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD pueden llamar al 1-877-486-2048.

# CAPÍTULO 8:

*Cancelación de su membresía en el plan*

## SECCIÓN 1 Introducción a la cancelación de su membresía en nuestro plan

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

- Puede dejar nuestro plan porque ha decidido que así lo *desea*. 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 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 anual

Usted puede cancelar su membresía en nuestro plan durante el **período de inscripción anual** (también conocido como *período de inscripción abierta anual*). Durante este tiempo, revise su cobertura de salud y de medicamentos y decida sobre la cobertura para el próximo año.

- **El período de inscripción anual va 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 con receta de Medicare.
  - Medicare Original *con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
  - Medicare Original *sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
    - Si elige esta opción, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar de la inscripción automática.
  - *O bien,* un plan de salud de Medicare. Un plan de salud de Medicare es un plan ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindar todos los beneficios de la Parte A (Hospital) y la Parte B (médicos) de Medicare. Algunos 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 Complete Rx 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, un plan de Cuenta de ahorro para gastos médicos de Medicare o un Plan de costos de Medicare,

puede inscribirse en ese plan y mantener BlueMedicare Complete Rx para su cobertura de medicamentos. Si no quiere mantener nuestro plan, puede elegir inscribirse en otro plan de medicamentos con receta de Medicare o abandonar la cobertura de medicamentos con receta de Medicare.

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

**Nota**: Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos con receta 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.

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

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

**Es posible que sea elegible para finalizar su membresía durante el período de inscripción especial** si alguna de las siguientes situaciones se aplica en su caso. Estos son solo ejemplos; para obtener la lista completa, puede ponerse en contacto con el plan, llamar a Medicare o visitar el sitio web de Medicare **(www.medicare.gov)**:

- Si se muda fuera del área de servicio de su plan.
- Si tiene Medicaid.
- Si es elegible para recibir “Ayuda Adicional” para pagar sus medicamentos con receta 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), las 24 horas, los 7 días de la semana. 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 con receta de Medicare. Puede elegir lo siguiente:

- Otro plan de medicamentos con receta de Medicare.
- *O bien,* Medicare Original *sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.

**Nota**: Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos con receta 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.

**Si recibe "Ayuda Adicional" de Medicare para pagar los medicamentos con receta:** si se pasa a Medicare Original y no se inscribe en un plan de medicamentos con receta de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar de la inscripción automática.

- *O bien,* un plan de salud de Medicare. Un plan de salud de Medicare es un plan ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindar todos los beneficios de la Parte A (Hospital) y la Parte B (médicos) de Medicare. Algunos 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 automáticamente en BlueMedicare Complete Rx 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, un plan de Cuenta de ahorro para gastos médicos de Medicare o un Plan de costos de Medicare, puede inscribirse en ese plan y mantener BlueMedicare Complete Rx para su cobertura de medicamentos. Si no quiere mantener nuestro plan, puede elegir inscribirse en otro plan de medicamentos con receta de Medicare o abandonar la cobertura de medicamentos con receta de Medicare.

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

## Sección 2.3 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía?

Si tiene alguna pregunta sobre la cancelación de su membresía, puede hacer lo siguiente:

- **Llamar a Servicios para Miembros**
- Encuentre la información en el manual ***Medicare & You 2025*** (Medicare y usted 2025).

- Comuníquese con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. (TTY 1-877-486-2048).

## SECCIÓN 3 ¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan?

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

| Si desea cambiar de nuestro plan a: | Esto es lo que debe hacer: |
|---|---|
| • Otro plan de medicamentos con receta de Medicare. | • Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos con receta de Medicare, entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre.<br>• Automáticamente se cancelará su inscripción en BlueMedicare Complete Rx cuando comience la cobertura de su nuevo plan. |
| • Un plan de salud de Medicare. | • Inscribirse en el plan de salud de Medicare hasta el 7 de diciembre. Con la mayoría de los planes de salud de Medicare, se cancelará su inscripción automáticamente en BlueMedicare Complete Rx cuando comience la cobertura de su nuevo plan.<br>• Sin embargo, si elige un plan privado de pago por servicio sin la cobertura de medicamentos de la Parte D, un plan de Cuenta de ahorro para gastos médicos de Medicare o un Plan Medicare Cost, puede inscribirse en ese nuevo plan y mantener BlueMedicare Complete Rx para su cobertura de medicamentos. Si quiere dejar nuestro plan, *debe* inscribirse en otro plan de medicamentos con receta de Medicare o solicitar que le cancelen la inscripción. Para solicitar que se cancele su inscripción, debe enviarnos una solicitud por escrito (póngase en contacto con Servicios para Miembros si necesita más información sobre cómo hacerlo) o póngase en contacto con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). |

| Si desea cambiar de nuestro plan a: | Esto es lo que debe hacer: |
|---|---|
| • Medicare Original *sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare. | • **Envíenos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción.** Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con Servicios para Miembros.<br>• También puede llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana, y pedir que cancelen su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. |

## 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 pedido por correo* de nuestra red para obtener sus medicamentos con receta.**

## SECCIÓN 5 BlueMedicare Complete Rx debe cancelar su membresía en el plan en ciertas situaciones

### Sección 5.1 ¿Cuándo debemos cancelar su membresía en el plan?

**BlueMedicare Complete Rx debe cancelar su membresía en el plan en cualquiera de los siguientes casos:**

- Si ya no tiene la Parte A o la Parte B de Medicare (o ambas cosas).
- 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 hace un viaje largo, llame a Servicios para Miembros para averiguar si el lugar al que se mudará o viajará está en el área de nuestro plan.
- Si es encarcelado (va a prisión).
- Si ya no es ciudadano de los Estados Unidos ni residente legal de los Estados Unidos.
- 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 finalizamos 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 después de la fecha límite, su inscripción se cancelará por falta de pago.
    - Debemos notificarle por escrito que tiene seis meses después de la fecha límite para pagar la prima de su plan antes de que finalicemos 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 para medicamentos con receta.

### ¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene alguna pregunta o desea recibir más información sobre cuándo podemos finalizar su membresía, llame a Servicios para Miembros.

## Sección 5.2 No podemos pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con la salud

BlueMedicare Complete Rx 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) durante las 24 horas, los 7 días de la semana. TTY 1-877-486-2048.

## Sección 5.3 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 presentar una queja o cómo puede hacer 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 creadas bajo esta Ley por parte de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). 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, género, edad, orientación sexual, 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 de Medicare, como nuestro plan, deben cumplir con 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 del Cuidado de Salud de 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.

Si desea obtener más información o tiene alguna preocupación en cuanto a discriminación o un trato que no ha sido imparcial, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Sociales 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 Sociales en https://www.hhs.gov/ocr/index.html.

Si usted tiene una discapacidad y necesita ayuda con el acceso a la atención, llámenos a Servicios para Miembros. Si tiene un reclamo, como un problema con el acceso para sillas de ruedas, Servicios para Miembros puede ayudarlo.

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

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los medicamentos con receta cubiertos por Medicare en los que Medicare no es el pagador principal. Según las regulaciones de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en el Título 42, Secciones 422.108 y 423.462 del Código de Regulaciones Federales (CFR), BlueMedicare Complete Rx, 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.

Cumplimos con las leyes Federales de derechos civiles aplicables y no discriminamos por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Puede ver la notificación, además de información sobre nuestros servicios gratuitos de asistencia lingüística en floridablue.com/es/ndnotice. O llame al 1-800-352-2583 (TTY: 1-877-955-8773).

Form Approved
OMB# 0938-1421

## Servicios de interpretación en otros idiomas

**English:** We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-800-926-6565. (TTY users should call 1-800-955-8770). Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

**Spanish:** Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-800-962-6565 (TTY: 1-877-955-8773). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

**Chinese Mandarin:** 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑 问。如果您需要此翻译服务，请致电1-800-926-6565。我们的中文工作人员很乐意帮助您。 这是一项免费服务。

**Chinese Cantonese:** 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯 服務。如需翻譯服務，請致電1-800-926-6565。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這 是一項免費服務。

**Tagalog:** Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-800-926-6565. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

**French:** Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-800-926-6565. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

**Vietnamese:** Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quí vị cần thông dịch viên xin gọi 1-800-926-6565. sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quí vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

**German:** Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-800-926-6565. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

**Korean:** 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-800-926-6565. 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

**Russian:** Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-800-926-6565. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Form CMS-10802
(Expires 12/31/25)

Form Approved
OMB# 0938-1421

**Arabic:** إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على بمساعدتك. هذه خدمة مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-800-926-6565. سيقوم شخص ما يتحدث العربية مجانية.

**Hindi:** हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-800-926-6565. पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

**Italian:** È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-800-926-6565. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

**Portuguese:** Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-800-926-6565. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

**French Creole:** Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-800-926-6565. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

**Polish:** Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-800-926-6565. Ta usługa jest bezpłatna.

**Japanese:** 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするため に、無料の通訳サービスがありますございます。通訳をご用命になるには、1-800-926-6565 にお電話ください。日本語を話す人 者 が支援いたします。これは無料のサー ビスです。

Form CMS-10802
(Expires 12/31/25)

## SECCIÓN 4 Derechos adicionales de subrogación

Como parte de este Contrato, Florida Blue tiene el derecho de cobrarle a terceros los montos pagados por usted en virtud de este Contrato que el tercero está obligado a pagar. Este derecho es el derecho de subrogación de Florida Blue. En el caso de que cualquier pago, servicio o suministro se realice en nombre de un Miembro, Florida Blue, en el grado de dicho pago, servicio o suministro prestados, se subroga a todas las causas de acción y derechos de recuperación que dicho Miembro pueda tener o tenga contra cualquier persona u organización como resultado de dicho pago, servicio o suministro prestados. 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 entregar sin demora tales instrumentos y documentos con respecto a los derechos de subrogación que puedan ser solicitados por Florida Blue. Además, el Miembro notificará oportunamente a Florida Blue cualquier negociación de conciliación antes de llegar a un acuerdo de conciliación que afecte cualquier derecho de subrogación de Florida Blue. Además, en ningún caso el Miembro no tomará ninguna medida cuando corresponda ni tomará medidas que puedan perjudicar los derechos de subrogación de Florida Blue. La exención, el descargo de responsabilidad, el acuerdo 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 de los servicios cubiertos prestados a cualquier persona u organización en la mayor medida permitida por la ley. Con respecto a los servicios cubiertos prestados, Florida Blue tendrá derecho a un reembolso por el valor razonable de dichos servicios cubiertos, según se determine con una tarifa 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 independientes de Blue Cross and Blue Shield (la “Asociación”), 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. Usted reconoce y acepta además que no ha entrado en este plan con base en representaciones de cualquier persona que no sea Florida Blue y que ninguna persona, entidad u organización que no sea Florida Blue será responsable por las obligaciones de Florida Blue contraídas con usted creadas en virtud de este plan. Este párrafo no creará ninguna otra obligación adicional por parte de Florida Blue que no sea las obligaciones derivadas de otras disposiciones de este acuerdo.

# CAPÍTULO 10:

*Definiciones de términos importantes*

## Capítulo 10. Definiciones importantes

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

**Área de servicio:** es un área geográfica donde debe vivir para inscribirse en un plan de medicamentos con receta en particular. El plan puede cancelar su inscripción si se muda fuera del área de servicio del plan de manera permanente.

**Autorización previa:** la aprobación por adelantado para obtener determinados medicamentos. 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 con receta 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 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:** es un monto que se le pedirá que pague, expresado como un porcentaje (por ejemplo, el 20%), como la parte que le corresponde de los costos por medicamentos con receta.

**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 su 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 complementario a la prima mensual del plan). El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes tres 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 obtener un medicamento con receta, tales como el tiempo que le insume al farmacéutico preparar y envolver el medicamento con receta.

**Costos que paga de su bolsillo:** consulte la definición de *costo compartido* mencionada anteriormente. 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 el plan y el monto, si lo hubiera, que deberá pagar por el medicamento con receta. En general, si usted lleva su receta a la farmacia y allí le indican que el medicamento con receta no está cubierto por su plan, eso no es una determinación de cobertura. Deberá llamar o escribir a su plan para pedir una decisión de cobertura formal. 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 afección médica que se agrava rápidamente.

**Etapa 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 $2,000 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.

**Etapa de cobertura inicial:** etapa antes de que los costos que paga de su bolsillo para el año alcancen el monto del límite de gastos de 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 se obtienen en una de nuestras farmacias de la 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 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 afección 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 Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA), así como respaldado por ciertas referencias, como la información sobre medicamentos de American Hospital Formulary Service y el Sistema de Información 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 de la SSI no son iguales a los beneficios del Seguro Social.

**Límite de gastos de 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 medicamentos seleccionados 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 [asistencia médica]):** 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 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 (consulte **"Medicamento biosimilar intercambiable"**).

**Medicamento de marca**: medicamento con receta fabricado y vendido por la compañía farmacéutica que originariamente 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 Administración de Alimentos y Medicamentos (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.

**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 requiere diálisis o trasplante de riñón).

**Miembro (miembro de nuestro plan o miembro del plan):** una persona con Medicare que reúne los requisitos 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 Servicio de Impuestos Internos (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. 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 cinco niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el nivel de costo compartido, mayor será su costo por el 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.

**Original Medicare (Medicare tradicional o Medicare con pago por servicio):** Original Medicare 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 Original Medicare, 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 de la cantidad aprobada por Medicare, y usted paga lo que le corresponde a usted. Medicare Original tiene dos partes: la Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico), y está disponible en todas partes en los EE. UU.

**Parte C: consulte Plan Medicare Advantage (MA)**.

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

**Período de inscripción anual**: 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: si se muda 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.

**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 planes de necesidades especiales (SNP) que limitan la inscripción a personas elegibles para MA con una o más afecciones crónicas graves o incapacitantes, definidas en el título 42, sección 422.2 del Código de Regulaciones Federales (CFR), incluida la limitación de la inscripción en función de los múltiples grupos de afecciones comúnmente comórbidas y clínicamente vinculadas que se especifican en 42 CFR 422.4(a)(1)(iv).

**Plan de salud de Medicare:** un plan de salud de Medicare ofrecido por una empresa 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 el plan. Incluye todos los Planes Medicare Advantage, los Planes de Costos de Medicare, los Planes de Necesidades Especiales, los Programas piloto/las 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) y 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 Private Fee-for-Service (PFFS) o iv) un plan Medicare Medical Savings Account (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 cobertura para medicamentos con receta de Medicare Advantage**.

**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 del 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 de Medigap solo funcionan con Medicare Original. (Un plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

**Prima:** el pago periódico a Medicare, a una empresa 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 Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) y sirve de comparación para los fabricantes que fabrican 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 también **"Producto biológico original"** y **"Medicamento biosimilar"**).

**Programa de descuentos del fabricante:** programa según el cual los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total del plan por los medicamentos de marca y productos biológicos cubiertos de la Parte D. Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y los fabricantes de 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 está relacionado con disputas de cobertura ni de pago.

**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 su plan no sigue los períodos de tiempo del proceso de apelaciones.

**Servicios cubiertos por Medicare:** son los 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 de la vista, dentales o de la audición, que un plan Medicare Advantage puede ofrecer.

**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):** consulte "Ayuda Adicional".

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

## Servicios para Miembros de BlueMedicare Complete Rx

| Método | Información de contacto de Servicios para Miembros |
|---|---|
| **TELÉFONO** | **1-800-926-6565**<br>Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 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 feriados importantes. Servicios para Miembros también ofrece servicios de interpretación de idiomas sin costo para las personas que no hablan inglés. |
| **TTY** | **1-877-955-8773**<br>Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.<br>Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 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 feriados importantes. |
| **FAX** | **1-305-716-9333** |
| **CORREO POSTAL** | Florida Blue Medicare Member Services<br>P.O. Box 45296<br>Jacksonville, FL 32232-5296 |
| **SITIO WEB** | **www.floridablue.com/medicare** |

### SHINE (SHIP de Florida):

**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** | **1-877-955-8773**<br>Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. |
| **CORREO POSTAL** | SHINE Program<br>Department of Elder Affairs<br>4040 Esplanade Way, Suite 270<br>Tallahassee, FL 32399-7000 |
| **SITIO WEB** | **www.FLORIDASHINE.org** |

***Declaración sobre divulgación de la PRA.*** *De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites (PRA) de 1995, ninguna persona tiene la obligación de responder a una recopilación de información a menos que presente un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (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, escríbanos a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.*