

2024 Evidencia de cobertura



PDP

Blue MedicareRxSM Value (PDP)



Un licenciatario independiente de Blue Cross Blue Shield Association

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2024

Evidencia de cobertura:

Su cobertura de medicamentos con receta de Medicare como miembro de Blue MedicareRxSM Value (PDP)

Este documento proporciona detalles acerca de la cobertura para medicamentos con receta de Medicare desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2024. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

Si tiene preguntas sobre este documento, comuníquese con el Departamento de Servicio al Miembro al 1-844-883-8524. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El servicio está disponible las 24 horas del día, los siete días de la semana. La llamada es gratuita.

Este plan, Blue MedicareRx Value, es ofrecido por Blue Cross[®] Blue Shield[®] of Arizona (BCBSAZ). (Cuando esta *Evidencia de cobertura* dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, se refiere a BCBSAZ. Cuando este documento dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a Blue MedicareRx Value).

Este documento está disponible gratis en español.

Esta información está disponible en formato electrónico o letra grande.

Los beneficios, las primas, los deducibles o los copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2025.

El formulario, la red de farmacias o los proveedores pueden cambiar en cualquier momento. De ser necesario, recibirá un aviso. Notificaremos a los afiliados afectados sobre los cambios con al menos 30 días de anticipación.

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

- La prima del plan y el costo compartido.
- Sus beneficios médicos y de medicamentos con receta.
- Cómo presentar un reclamo si no está satisfecho con un servicio o tratamiento.
- Cómo ponerse en contacto con nosotros si necesita más ayuda.
- Otras protecciones requeridas por la ley de Medicare.

Y0137_P35294PY24_C

Evidencia de cobertura para 2024

Índice

CAPÍTULO 1:	<i>Primeros pasos como miembro</i>	4
SECCIÓN 1	Introducción	5
SECCIÓN 2	¿Qué requisitos debe reunir para ser miembro del plan?	6
SECCIÓN 3	Materiales importantes de membresía que recibirá	6
SECCIÓN 4	Sus costos mensuales para Blue MedicareRx Value	7
SECCIÓN 5	Más información acerca de su prima mensual	10
SECCIÓN 6	Mantener actualizado su registro de miembro del plan	12
SECCIÓN 7	Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan	13
CAPÍTULO 2:	<i>Números telefónicos y recursos importantes</i>	14
SECCIÓN 1	Contactos de Blue MedicareRx Value (cómo comunicarse con nosotros, incluso con el Departamento de Servicio al Miembro)	15
SECCIÓN 2	Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal de Medicare)	16
SECCIÓN 3	Programa Estatal de Asistencia en Seguro de Salud (ayuda gratuita, información y respuestas sobre sus inquietudes relacionadas con Medicare)	18
SECCIÓN 4	Organización para la mejora de la calidad	18
SECCIÓN 5	Seguro Social	19
SECCIÓN 6	Medicaid	20
SECCIÓN 7	Información sobre programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos con receta	20
SECCIÓN 8	Cómo comunicarse con la Junta de Jubilación Ferroviaria	22
SECCIÓN 9	¿Tiene un seguro de grupo u otro seguro de salud de un empleador?	23
CAPÍTULO 3:	<i>Usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D</i>	24
SECCIÓN 1	Introducción	25
SECCIÓN 2	Obtenga sus medicamentos con receta en una farmacia de la red o a través del servicio de entrega a domicilio del plan	25
SECCIÓN 3	Sus medicamentos deben figurar en la “Lista de medicamentos” del plan	28
SECCIÓN 4	Hay restricciones respecto de la cobertura de algunos medicamentos	30

Índice

SECCIÓN 5	¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no cuenta con la cobertura que usted quisiera?	31
SECCIÓN 6	¿Qué sucede si cambia la cobertura para alguno de sus medicamentos?	34
SECCIÓN 7	¿Qué tipos de medicamentos <i>no</i> cubre el plan?	36
SECCIÓN 8	Obtener un medicamento con receta	37
SECCIÓN 9	Cobertura para medicamentos de la Parte D en situaciones especiales.	37
SECCIÓN 10	Programas sobre seguridad y administración de los medicamentos	39
CAPÍTULO 4: <i>Lo que paga por sus medicamentos con receta de la Parte D</i>		41
SECCIÓN 1	Introducción	42
SECCIÓN 2	El precio que paga por un medicamento depende de la etapa de pago del medicamento en la que esté al obtener el medicamento	44
SECCIÓN 3	Enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y la etapa de pago en la que se encuentra.	45
SECCIÓN 4	Durante la etapa del deducible, debe pagar el costo total de sus medicamentos de <i>nivel 5</i>	46
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	46
SECCIÓN 6	Costos en la etapa del período sin cobertura.	50
SECCIÓN 7	Durante la etapa de cobertura en situaciones catastróficas, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D.	50
SECCIÓN 8	Vacunas de la Parte D. Lo que usted paga depende de cómo y dónde las obtiene.	51
CAPÍTULO 5: <i>Solicitarnos que paguemos nuestra parte de los costos de los medicamentos cubiertos</i>		53
SECCIÓN 1	Situaciones en las que debe solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de sus medicamentos cubiertos.	54
SECCIÓN 2	Cómo solicitarnos un reembolso	55
SECCIÓN 3	Analizaremos su solicitud de pago y decidiremos si le pagaremos o no.	55
CAPÍTULO 6: <i>Sus derechos y responsabilidades</i>		56
SECCIÓN 1	Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales como miembro del plan	57
SECCIÓN 2	Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan	67

CAPÍTULO 7: <i>Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)</i>	68
SECCIÓN 1 Introducción	69
SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada	69
SECCIÓN 3 ¿Qué proceso debe utilizar para tratar su problema?	70
SECCIÓN 4 Una guía sobre los aspectos básicos de las decisiones de cobertura y apelaciones.	70
SECCIÓN 5 Sus medicamentos con receta de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación	72
SECCIÓN 6 Llevar su apelación al Nivel 3 y niveles superiores	81
SECCIÓN 7 Cómo presentar reclamos sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes	82
CAPÍTULO 8: <i>Cancelar su membresía en el plan</i>	85
SECCIÓN 1 Introducción a la cancelación de su membresía en nuestro plan.	86
SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan?	86
SECCIÓN 3 ¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan?	89
SECCIÓN 4 Hasta que se cancele su membresía, debe continuar obteniendo sus medicamentos mediante nuestro plan	90
SECCIÓN 5 Blue MedicareRx Value debe cancelar su membresía en el plan en ciertas situaciones.	90
CAPÍTULO 9: <i>Avisos legales</i>	92
SECCIÓN 1 Aviso sobre la ley vigente	93
SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación	93
SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare	93
CAPÍTULO 10: <i>Definiciones de palabras importantes</i>	94

CAPÍTULO 1:

Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 **Está inscrito en Blue MedicareRx Value, un plan de medicamentos con receta de Medicare**

Medicare Original u otro plan de salud proporciona su cobertura para atención médica y eligió a nuestro plan, Blue MedicareRx Value, para su cobertura de medicamentos con receta de Medicare.

Blue MedicareRx Value es un plan de medicamentos con receta de Medicare (PDP). Al igual que todos los planes de salud de Medicare, este plan de medicamentos con receta de Medicare está aprobado por Medicare y es administrado por una compañía privada.

Sección 1.2 **¿De qué trata el documento *Evidencia de cobertura*?**

En este documento denominado *Evidencia de cobertura* se le explica cómo obtener sus medicamentos con receta. Explica sus derechos y responsabilidades, lo que está cubierto, lo que paga como miembro del plan y cómo presentar un reclamo si no está satisfecho con una decisión o tratamiento.

Cuando este documento dice *cobertura y medicamentos cubiertos*, hace referencia a la cobertura de medicamentos con receta disponible para usted como miembro de Blue MedicareRx Value.

Es importante que sepa cuáles son las normas del plan y la cobertura que está disponible para usted. Le recomendamos que dedique un tiempo a leer este documento sobre la Evidencia de cobertura.

Si hay algún tema que lo confunde o le preocupa, o simplemente tiene una pregunta, comuníquese con el Departamento de Servicio para Miembros.

Sección 1.3 **Información legal sobre la *Evidencia de cobertura***

Esta *Evidencia de cobertura* es parte del contrato que tenemos con usted sobre cómo Blue MedicareRx Value 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 las modificaciones en su cobertura o condiciones que puedan afectar su cobertura. A estos avisos a veces se los denomina *cláusulas adicionales o enmiendas*.

El contrato tiene vigencia durante los meses en los que esté inscrito en Blue MedicareRx Value entre el 1 de enero de 2024 y el 31 de diciembre de 2024.

En cada nuevo año calendario, Medicare nos permite realizar cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos modificar los costos y beneficios de Blue MedicareRx Value después del 31 de diciembre de 2024. También podemos decidir dejar de ofrecer el plan en su área de servicio después del 31 de diciembre de 2024.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) deben aprobar Blue MedicareRx Value cada año. Puede seguir obteniendo la cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan cada año solo si decidimos continuar ofreciendo el plan y si Medicare renueva la aprobación del plan.

SECCIÓN 2 ¿Qué requisitos debe reunir para ser miembro del plan?

Sección 2.1 Sus requisitos de elegibilidad

Usted es elegible para ser miembro de nuestro plan, siempre y cuando cumpla con estos requisitos:

- Tenga la Parte A o la Parte B de Medicare (o tanto la Parte A como la Parte B).
- Sea ciudadano estadounidense o esté legalmente presente en los Estados Unidos.
- Viva en nuestra área geográfica de servicio (la Sección 2.2, que se encuentra más abajo, describe el área de servicio). No se considera que las personas encarceladas vivan en el área geográfica de servicio, incluso si se encuentran físicamente en ella.

Sección 2.2 El área de servicio del plan para Blue MedicareRx Value

Blue MedicareRx Value solo está disponible para las personas que viven en el área de servicio de nuestro plan. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, debe seguir viviendo en el área de servicio del plan. El área de servicio se describe a continuación.

Nuestra área de servicio es el estado de Arizona.

Si planea mudarse fuera del área de servicio, no puede seguir siendo miembro de este plan. Comuníquese con el Departamento de Servicio al Miembro para consultar si contamos con algún plan en su nueva área. Si se muda, tendrá un Período de inscripción especial que le permitirá cambiar a Medicare Original o inscribirse en un plan de salud de Medicare o de medicamentos que esté disponible en su nueva ubicación.

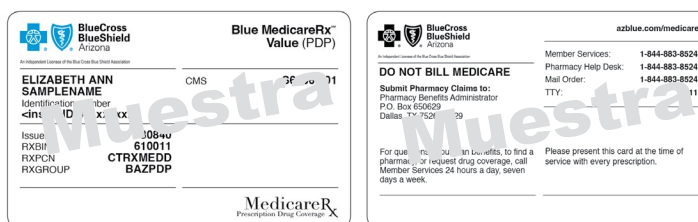
También es importante que se comunique con el Seguro Social si se muda o cambia su dirección postal. Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto de la oficina del Seguro Social en la Sección 5 del Capítulo 2.

Sección 2.3 Ciudadanía estadounidense o presencia legal

Los miembros de los planes de salud de Medicare deben ser ciudadanos estadounidenses o residir en los Estados Unidos de manera legal. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificarán a Blue MedicareRx Value si no es elegible para seguir siendo miembro en función de este requisito. Blue MedicareRx Value debe cancelar su inscripción si no cumple este requisito.

SECCIÓN 3 Materiales importantes de membresía que recibirá

Sección 3.1 Su tarjeta de miembro del plan



Mientras sea miembro de nuestro plan, debe usar su tarjeta de miembro para los medicamentos con receta que obtenga en las farmacias de la red. También debe presentarle su tarjeta de Medicaid al proveedor, si corresponde. Este es un ejemplo de la apariencia de su tarjeta de miembro:

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

Lleve su tarjeta con usted en todo momento y recuerde mostrar su tarjeta cuando recibe medicamentos cubiertos. Si su tarjeta de miembro del plan se daña, se pierde o se la roban, llame inmediatamente al Departamento de Servicio para Miembros y le enviaremos una tarjeta nueva.

Es posible que tenga que usar su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para obtener atención y servicios médicos cubiertos por Medicare Original.

Sección 3.2 Directorio de farmacias

El directorio de farmacias enumera las farmacias de nuestra red. **Las farmacias de la red** son todas las farmacias que acordaron ofrecer medicamentos con receta cubiertos a los miembros de nuestro plan. Puede usar el *Directorio de farmacias* para encontrar la farmacia de la red que desea usar. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 3 para obtener información sobre cuándo puede usar farmacias que no están en la red del plan.

Si no tiene el *Directorio de farmacias*, puede solicitar una copia al Departamento de Servicio para Miembros. También puede encontrar esta información en nuestro sitio web en azblue.com/PDPDocs.

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

El plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*. La manera breve de referirse a esta lista es “Lista de medicamentos”. Esta le indica qué medicamentos con receta de la Parte D están cubiertos en el beneficio de la Parte D incluido en Blue MedicareRx Value. Los medicamentos de esta lista son seleccionados por el plan con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista debe cumplir los requisitos establecidos por Medicare. Medicare aprobó la “Lista de medicamentos” de Blue MedicareRx Value.

En la “Lista de medicamentos” también se informa si hay alguna norma que restrinja la cobertura de sus medicamentos.

Le brindaremos una copia de la “Lista de medicamentos”. Para obtener la información más completa y actualizada acerca de qué medicamentos están cubiertos, puede visitar el sitio web del plan (azblue.com/PDPDocs) o llamar al Departamento de Servicio para Miembros.

SECCIÓN 4 Sus costos mensuales para Blue MedicareRx Value

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 de ajuste mensual relacionado con el ingreso (Sección 4.4)

En algunos casos, su prima del plan puede ser menor.

El programa de “Ayuda adicional” ayuda a las personas con recursos limitados a pagar sus medicamentos. En la Sección 7 del Capítulo 2 se brinda más información acerca de este programa. Si usted cumple los requisitos, es posible que la inscripción en el programa reduzca su prima mensual del plan.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

Si usted *ya está inscrito* y recibe ayuda de uno de estos programas, **es posible que la información sobre primas de esta Evidencia de cobertura no se aplique en su caso.** Incluimos un documento separado que se llama *Cláusula de la Evidencia de cobertura para personas que reciben ayuda adicional para pagar sus medicamentos con receta* (también conocida como “Cláusula de subsidios para personas de bajos ingresos” o “Cláusula LIS”) en la que se brinda información acerca de su cobertura de medicamentos. Si no tiene este documento, llame al Departamento de Servicio para Miembros y solicite la “Cláusula LIS”.

Las primas de la Parte B y la Parte D de Medicare varían para las personas que tienen distintos ingresos. En su copia del manual *Medicare & You 2024* (Medicare y usted 2024), encontrará información sobre estas primas, en la sección llamada “2024 Medicare Costs” (Costos de Medicare para el año 2024). Si necesita una copia, puede descargarla del sitio web de Medicare (www.medicare.gov). O bien, puede solicitar una copia impresa por teléfono 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 4.1 Prima del plan

Como miembro de nuestro plan, usted paga una prima mensual del plan. Para 2024, la prima mensual para Blue MedicareRx Value es \$52.70.

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, **debe seguir pagando sus primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan.** Esto incluye su prima para 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 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 si, en algún momento después de que finaliza su período de inscripción inicial, hay un período de 63 días consecutivos o más en los que usted no tiene la Parte D u otra cobertura para medicamentos con receta acreditable. La cobertura acreditable de medicamentos con receta es la cobertura que cumple los requisitos mínimos de Medicare, ya que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare. El costo de la multa por inscripción tardía depende de cuánto tiempo estuvo sin otra cobertura acreditable para medicamentos con receta o de la Parte D. Tendrá que pagar esta multa mientras tenga la cobertura de la Parte D.

La multa por inscripción tardía de la Parte D se agrega a su prima mensual. Cuando se inscribe por primera vez en Blue MedicareRx Value, le informamos el monto de la multa. Si no paga su multa por inscripción tardía de la Parte D, podría perder sus beneficios de medicamentos con receta.

No tendrá que pagarla si se cumple lo siguiente:

- Usted recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos con receta.
- Ha pasado menos de 63 días seguidos sin cobertura acreditable.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

- Ha tenido una cobertura de medicamentos acreditable a través de otra fuente, como un empleador anterior, un sindicato, TRICARE o el Departamento de Asuntos de Veteranos. Su aseguradora o su departamento de Recursos Humanos le informarán cada año si su cobertura de medicamentos es una cobertura acreditable. Esta información se le puede enviar en una carta o puede incluirse en un boletín de noticias del plan. Guarde esta información, ya que puede necesitarla si más adelante se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.
 - **Nota:** Cualquier aviso debe indicar que tenía una cobertura para medicamentos con receta acreditable que se preveía que pagaría el mismo monto que el plan estándar para medicamentos con receta de Medicare.
 - **Nota:** Las siguientes alternativas *no* se consideran coberturas acreditables de medicamentos con receta: tarjetas de descuentos para medicamentos con receta, clínicas gratuitas y sitios web de descuentos para medicamentos.

Medicare determina el monto de la multa. Esta es la manera en que funciona:

- Si estuvo 63 días o más sin la Parte D u otra cobertura acreditable de medicamentos con receta después de ser elegible por primera vez para inscribirse en la Parte D, el plan contará la cantidad de meses completos 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%.
- Después, Medicare determina el monto de la prima mensual promedio de los planes de medicamentos de Medicare en el país del año anterior. Para el año 2024, el monto de la prima promedio será de \$34.70.
- Para calcular su multa mensual, debe multiplicar el porcentaje de la multa por la prima mensual promedio y, después, redondear el resultado a los 10 centavos más cercanos. En este ejemplo, sería 14% por \$34.70, lo que equivale a \$4.86. Esto se redondea a \$4.90. Este monto 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 deben tenerse en cuenta sobre esta multa mensual por inscripción tardía de la Parte D:

- En primer lugar, **la multa puede cambiar todos los años**, ya que la prima mensual promedio también puede cambiar todos los años.
- En segundo lugar, **usted seguirá pagando una multa** todos los meses mientras esté inscrito en un plan que ofrezca beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare, incluso si cambia de plan.
- En tercer lugar, si es menor de 65 y actualmente recibe los beneficios de Medicare, la multa por inscripción tardía de la Parte D se reajustará cuando cumpla 65 años. Después de los 65 años de edad, su multa por inscripción tardía de la Parte D dependerá exclusivamente de los meses durante los cuales no tenga cobertura después de su período de inscripción inicial al cumplir la edad requerida para obtener acceso a 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 estaba pagando una multa antes de inscribirse en nuestro plan, es posible que no tenga otra posibilidad 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, se podría cancelar su inscripción por falta de pago de las primas de su plan.

Sección 4.4 Monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso

Es posible que algunos miembros deban pagar un cargo adicional, conocido como el monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso, también conocido como IRMAA (Income Related Monthly Adjustment Amount), de la Parte D. El cargo adicional se calcula utilizando su ingreso bruto ajustado modificado según lo informado en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años. Si este monto es superior a cierto monto, pagará el monto de la prima estándar y el IRMAA adicional. Para obtener más información sobre el monto adicional que posiblemente deba pagar según sus ingresos, visite <https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans>.

Si usted tiene que pagar un monto adicional, el Seguro Social, no su plan de Medicare, le enviará una carta en la que constará el monto adicional que debe pagar. El monto adicional se deducirá de su cheque de beneficios del Seguro Social, de la Junta de Jubilación Ferroviaria o de la Oficina de Administración de Personal, sin importar cómo pague normalmente su prima del plan, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir el monto adicional adeudado. Si su cheque de beneficios no es suficiente para cubrir el monto adicional, recibirá una factura de Medicare. **Usted debe pagar ese monto adicional al gobierno. No es posible pagarlo conjuntamente con su prima mensual del plan. Si 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 solicitar 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 5 Más información acerca de su prima mensual

Sección 5.1 Existen diversas formas de pagar la prima del plan

Existen *cuatro* formas de pagar la prima del plan.

Opción 1: Pagar con cheque

Los cheques deben ser pagaderos a BCBSAZ y se deben enviar a la siguiente dirección. Los cheques no deben emitirse a nombre de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) o al Departamento de Salud y Servicios Sociales (HHS) de los Estados Unidos, ni deben enviarse a estas agencias.

Los cheques deben ser pagaderos a:

Blue Cross Blue Shield of Arizona y se deben enviar a la siguiente dirección:

Blue Cross Blue Shield of Arizona
P.O. Box 269029
Weston, FL 33326-9029

Las primas deben pagarse el primer día de cada mes. Los cheques se deben recibir el primer día de cada mes. Si su cheque no se recibe el primer día del mes, o si su cheque de pago se devuelve por fondos insuficientes, su cuenta se considerará en mora. No le cobraremos un cargo por el cheque devuelto.

Opción 2: Puede pagar con transferencia electrónica de fondos

En lugar de pagar con cheque, puede hacer que su prima del plan se deduzca automáticamente de su cuenta bancaria. Para iniciar este proceso, llame al Departamento de Servicio para Miembros al número que figura en la contraportada de este documento para solicitar un formulario de transferencia electrónica de fondos (Electronic Funds Transfer, EFT). También recibió este formulario en su kit de bienvenida para nuevos miembros al inscribirse en el plan. Envíe el formulario de EFT con el nombre de su institución financiera, su número de cuenta y el número de ruta bancaria. Los retiros tendrán lugar aproximadamente el quinto día de cada mes. Las primas pendientes de pago cuando la EFT surta efecto se deducirán en ese momento para actualizar su cuenta. Esto no se aplica a las primas que se deducen de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la Junta de Jubilación Ferroviaria.

Opción 3: Puede pedir que la prima se descuenta de su cheque mensual del Seguro Social

Opción 4: Puede hacer que la prima del plan se deduzca de su cheque mensual de la Junta de Jubilación Ferroviaria

Puede hacer que la prima del plan se deduzca de su cheque mensual de la Junta de Jubilación Ferroviarias. Comuníquese con el Departamento de Servicio para Miembros para obtener más información sobre cómo pagar su prima del plan de esta manera. Será un placer ayudarlo con este procedimiento.

Cambiar la forma en que paga su prima del plan. Si decide cambiar la forma de pago de su prima del plan, es posible que el cambio al nuevo método de pago demore hasta tres meses en entrar en vigencia. Mientras procesamos su solicitud de cambio de método de pago, usted es responsable de asegurarse de que su prima del plan se pague a tiempo. Para cambiar su método de pago, comuníquese con el Departamento de Servicio para Miembros.

Qué hacer si tiene dificultades para pagar su prima del plan

La prima del plan debe pagarse en nuestras oficinas el primer día de cada mes. Si no recibimos el pago de su prima el primer día de cada mes, le enviaremos un aviso para informarle que finalizaremos su membresía en el plan si no recibimos el pago de su prima en el plazo de tres meses.

Si tiene dificultades para pagar su prima a tiempo, comuníquese con el Departamento de Servicio para Miembros para saber si podemos indicarle programas que lo ayuden a pagar su prima del plan.

Si cancelamos su membresía debido a que usted no pagó su prima, recibirá cobertura de salud mediante Medicare Original. Además, posiblemente no podrá recibir la cobertura de la Parte D hasta el año siguiente si se inscribe en un plan nuevo durante el período de inscripción anual. (Si no tiene cobertura de medicamentos acreditable durante más de 63 días, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D durante el tiempo que tenga la cobertura de la Parte D).

En el momento de cancelar su membresía, es posible que sus primas estén aún pendientes de pago. Tenemos derecho a solicitar el pago del monto que nos deba. En el futuro, si desea volver a inscribirse en nuestro plan (o en otro plan que ofrezcamos), deberá pagar el monto adeudado para poder inscribirse.

Si cree que cancelamos su membresía por error, puede presentar un reclamo (también denominado queja); consulte el Capítulo 7 para obtener información sobre cómo presentar un reclamo. Si experimentó una circunstancia de emergencia de fuerza mayor que le impidió pagar su prima del plan dentro de nuestro período de gracia, puede presentar un reclamo. En el caso de los reclamos, revisaremos nuestra decisión nuevamente. En la Sección 7 del Capítulo 7 de este documento se explica cómo presentar un reclamo o puede llamarnos al **1-844-883-8524**.

Estamos disponibles las 24 horas del día, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **711**. Debe presentar su solicitud antes de los 60 días posteriores a la fecha en que finalice su membresía.

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

No. No estamos autorizados a cambiar el monto que cobramos por la prima mensual del plan durante el año. Si la prima mensual del plan cambia para el año siguiente, se lo anticiparemos en septiembre y el cambio entrará en vigencia el 1 de enero.

Sin embargo, en algunos casos, la parte de la prima que usted debe pagar puede cambiar durante el año. Esto sucede si reúne los requisitos necesarios para recibir el programa de “Ayuda adicional” o si deja de reunir los requisitos para este programa durante el año. Si un miembro cumple los requisitos para recibir “Ayuda adicional” con los costos de los medicamentos con receta, el programa de “Ayuda adicional” pagará parte de la prima mensual del plan del miembro. Si un miembro deja de reunir los requisitos necesarios durante el año, deberá empezar a pagar la totalidad de su prima mensual. En la Sección 7 del Capítulo 2 encontrará más información sobre el programa de “Ayuda adicional”.

SECCIÓN 6 Mantener actualizado su registro de miembro del plan

En su registro de miembro se incluye información de su formulario de inscripción, que incluye su dirección y número de teléfono. En este se indica la cobertura específica de su plan.

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

Infórmenos sobre los siguientes cambios:

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono.
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos que tenga (como la cobertura brindada por su empleador, el empleador de su cónyuge o pareja de hecho, compensación al trabajador o Medicaid).
- Si tiene reclamaciones de responsabilidad civil, como reclamaciones por un accidente automovilístico.
- Si ingresó a una residencia para adultos mayores.
- Si su parte designada responsable (como un cuidador) cambia.

Si hay algún cambio en su información, llame al Departamento de Servicio para Miembros.

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

SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Otros seguros

Medicare requiere que recopilemos información suya sobre cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos que tenga. El motivo es que debemos coordinar cualquier otra cobertura que tenga con sus beneficios de nuestro plan. A esto se lo denomina **coordinación de beneficios**.

Una vez por año, le enviaremos una carta que detalla cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos que conozcamos. Lea detenidamente esta información. Si es correcta, no debe hacer nada. Si la información es incorrecta o si tiene alguna otra cobertura que no está incluida en la lista, llame al Departamento de Servicio para Miembros. Es posible que deba dar su número de identificación de miembro del plan a sus otras aseguradoras (una vez que confirme su identidad) para que sus facturas se paguen en tiempo y forma.

Cuando tiene otro seguro (como cobertura de salud de grupo del empleador), hay normas establecidas por Medicare que definen si nuestro plan o su otro seguro pagan primero. El seguro que paga primero se denomina pagador primario y paga hasta los límites de su cobertura. El que paga segundo, que se denomina pagador secundario, paga únicamente si hay costos no cubiertos por la cobertura principal. Es posible que el pagador secundario no pague todos los costos no cubiertos. Si usted tiene otro seguro, infórmele a su médico, hospital y farmacia.

Estas normas se aplican a la cobertura de un plan de salud de grupo del empleador o del sindicato:

- Si tiene cobertura para jubilados, Medicare paga primero.
- Si su cobertura del plan de salud de grupo se basa en su empleo actual o el de un familiar, quién paga primero depende de su edad, la cantidad de personas empleadas por su empleador y si tiene Medicare según la edad, discapacidad o enfermedad renal en etapa terminal (ESRD):
 - Si tiene menos de 65 años y tiene una discapacidad, y usted o un familiar todavía están trabajando, su plan de salud de grupo paga primero si el empleador tiene 100 empleados o más, o al menos si un empleador en un plan de empleadores múltiples tiene más de 100 empleados.
 - Si tiene más de 65 años y usted o su cónyuge todavía están trabajando, su plan de salud de grupo paga primero si el empleador tiene 20 o más empleados, o al menos un empleador en un plan de múltiples empleadores tiene más de 20 empleados.
- Si tiene Medicare porque padece ESRD, su plan de salud de grupo pagará primero durante los primeros 30 meses después de que sea elegible para Medicare.

Por lo general, estos tipos de cobertura pagan primero por los servicios relacionados con cada tipo:

- Seguro sin culpa (incluido seguro de automóvil)
- Responsabilidad civil (incluido seguro de automóvil)
- Beneficios para la neumoconiosis (pulmón negro)
- Compensación al trabajador

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

CAPÍTULO 2:

*Números telefónicos y
recursos importantes*

SECCIÓN 1 Contactos de Blue MedicareRx Value (cómo comunicarse con nosotros, incluso con el Departamento de Servicio para Miembros)

Cómo comunicarse con el Departamento de Servicio para Miembros de nuestro plan

Para recibir asistencia con las reclamaciones, la facturación o la tarjeta de miembros, llame o escriba al Departamento de Servicio para Miembros de Blue MedicareRx Value. Con gusto lo ayudaremos.

Método	Departamento de Servicio para Miembros - Información de contacto
POR TELÉFONO	1-844-883-8524 Las llamadas a este número son gratuitas. Estamos disponibles las 24 horas del día, los siete días de la semana. El Departamento de Servicio para Miembros también ofrece servicios gratuitos de interpretación para personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Estamos disponibles las 24 horas del día, los siete días de la semana.
POR ESCRITO	Blue MedicareRx Value P.O. Box 269029 Weston, FL 33326-9029
SITIO WEB	azblue.com/medicare

Cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura o una apelación

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a su cobertura o en relación con el monto que pagaremos por los medicamentos con receta de la parte D. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura o apelaciones para atención médica o 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]*).

Cómo puede comunicarse con nosotros para presentar un reclamo

Puede presentar un reclamo sobre nosotros o una de las farmacias de nuestra red, incluido un reclamo sobre la calidad de su atención. Este tipo de reclamo no involucra disputas sobre la cobertura o el pago. Para obtener más información sobre cómo presentar un reclamo, consulte el Capítulo 7 (*Qué hacer si tiene un problema o un reclamo [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos]*).

Dónde enviar una solicitud en la que solicita que paguemos nuestra parte del costo de un medicamento que recibió

El proceso de determinación de cobertura incluye determinar las solicitudes para pagar nuestra parte de los costos de un medicamento que ha recibido. Si recibió una factura o pagó por medicamentos (como la factura de una farmacia) que cree que deberíamos pagar, es posible que deba solicitar al plan un reembolso o el pago de la factura de la farmacia. Consulte el Capítulo 5 (*Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de los costos de los medicamentos cubiertos*).

Recuerde: Si nos envía una solicitud de pago y denegamos cualquier parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Para obtener más información, consulte el Capítulo 7 (*Qué hacer si tiene un problema o un reclamo [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos]*).

Método	Decisiones de cobertura y apelaciones para medicamentos con receta de la Parte D, reclamos y solicitudes de pago – Información de contacto
POR TELÉFONO	1-844-883-8524 Las llamadas a este número son gratuitas. Estamos disponibles las 24 horas del día, los siete días de la semana.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Estamos disponibles las 24 horas del día, los siete días de la semana.
POR ESCRITO	Solicitudes de pago: Blue MedicareRx Value P.O. Box 650629 Dallas, TX 75265-0629 Decisiones de cobertura Blue MedicareRx Value P.O. Box 2975 Mission, KS 66201 Apelaciones: PA Appeals c/o Appeals Coordinator P.O. Box 2975 Mission, KS 66201 Teléfono: 888-403-3398 Fax: 877-239-4565 Horario de atención: de lunes a viernes de 8:00 a.m. CST a 5:00 p.m. CST; sábados de 8:00 a.m. CST a 3:00 p.m. CST; domingos cerrado Quejas: Blue MedicareRx ATTN TO: Grievance Dept 6860 W 115th St Mail Stop: KS015-1000 Overland Park, KS 66211-2457
SITIO WEB	azblue.com/medicare
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar un reclamo sobre Blue MedicareRx Value directamente ante Medicare. Para presentar un reclamo en línea ante Medicare ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

SECCIÓN 2 Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal de Medicare)

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

La agencia federal a cargo de Medicare son los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (en algunos casos se denomina CMS). Esta agencia tiene contrato con los planes de medicamentos con receta de Medicare, incluidos nosotros.

Método	Medicare - Información de contacto
POR TELÉFONO	1-800-MEDICARE o 1-800-633-4227 Puede llamar a estos números sin cargo durante las 24 horas al día, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048. Para llamar a este número, necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.
SITIO WEB	<p><u>www.Medicare.gov</u></p> <p>Este es el sitio web oficial del gobierno para Medicare. Le brinda información actualizada sobre Medicare y asuntos actuales de Medicare. También brinda información sobre hospitales, residencias para adultos mayores, 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 contactos de Medicare en su estado.</p> <p>El sitio web de Medicare también tiene información detallada sobre su elegibilidad para Medicare y sus opciones de inscripción con las siguientes herramientas:</p> <ul style="list-style-type: none">• Herramienta de elegibilidad de Medicare: Brinda información sobre el estado de elegibilidad de Medicare.• 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 cuáles podrían ser sus gastos de bolsillo en diferentes planes de Medicare. <p>También puede usar el sitio web para informar a Medicare sobre los reclamos que tenga con respecto a Blue MedicareRx Value:</p> <ul style="list-style-type: none">• Informe a Medicare sobre su reclamo: Puede presentar un reclamo sobre Blue MedicareRx Value directamente ante Medicare. Para presentar un reclamo ante Medicare, ingrese en <u>www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx</u>. Medicare toma en serio sus reclamos y usará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa Medicare. <p>Si no tiene una computadora, la biblioteca local o el centro de atención para adultos mayores pueden ayudarlo a visitar este sitio web usando la computadora del lugar. O bien, puede llamar a Medicare y decirles qué información 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).</p>

SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia en Seguro de Salud (ayuda gratuita, información y respuestas sobre sus inquietudes relacionadas con Medicare)

El Programa Estatal de Asistencia en Seguro de Salud (SHIP) es un programa del gobierno que cuenta con asesores capacitados en cada estado. En Arizona, el SHIP se denomina División de Servicios para Personas Mayores y Adultos (DAAS) del Departamento de Seguridad Económica.

DAAS es un programa estatal independiente (que no tiene relación con ninguna compañía de seguros ni plan de salud) que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros médicos, a nivel local y de forma gratuita, a las personas que tienen Medicare.

Los asesores de DAAS pueden ayudarlo a entender sus derechos de Medicare, presentar reclamos sobre su atención o tratamiento médico y solucionar problemas con sus facturas de Medicare. Los asesores de DAAS también pueden ayudarlo con sus problemas o preguntas sobre Medicare, a entender sus opciones de planes de Medicare y a aclarar las dudas que tenga sobre el cambio de planes.

MÉTODO PARA ACCEDER A SHIP y OTROS RECURSOS:

- Visite <https://www.shiphelp.org>. (Haga clic en SHIP LOCATOR [Localizador de SHIP] en la mitad de la página).
- Seleccione su **ESTADO** de la lista. Esto lo llevará a una página con números de teléfono y recursos específicos para su estado.

Método	División de Servicios para Personas Mayores y Adultos del Departamento de Seguridad Económica (SHIP de Arizona) -Información de contacto
POR TELÉFONO	Línea directa gratuita: 1-800-432-4040 Local: 602-542-4446
TTY	711
POR ESCRITO	Arizona Department of Economic Security Division of Aging and Adult Services (DAAS) 1789 West Jefferson Street, Site Code #950A Phoenix, AZ 85007
SITIO WEB	https://des.az.gov

SECCIÓN 4 Organización para la mejora de la calidad

Existe una organización para la mejora de la calidad designada para atender a los beneficiarios de Medicare en cada estado. Para Arizona, la organización para la mejora de la calidad se denomina Livanta.

Livanta cuenta con un grupo de médicos y otros profesionales de la salud a quienes Medicare les paga para controlar y ayudar a mejorar la calidad de la atención de las personas que tienen Medicare. Livanta es una organización independiente. No está relacionada con nuestro plan.

Debe comunicarse con Livanta si tiene un reclamo sobre la calidad de la atención que recibió. Por ejemplo, puede comunicarse con Livanta si le dieron el medicamento equivocado o si le dieron medicamentos que interactúan de manera adversa.

Método	Livanta (organización para la mejora de la calidad de Arizona) - Información de contacto
POR TELÉFONO	Número gratuito: 1-877-588-1123
TTY	1-855-887-6668 Para llamar a este número, necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
FAX	1-833-868-4063
POR ESCRITO	Livanta LLC BFCC-QIO Program 10820 Guilford Rd, Ste 202 Annapolis Junction, MD 20701
SITIO WEB	www.Livantaqio.com/en

SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social es responsable de determinar la elegibilidad y de administrar el proceso de inscripción en Medicare. Los ciudadanos estadounidenses y los residentes permanentes legales que tienen 65 años o más, o que tienen una discapacidad o enfermedad renal en etapa terminal y cumplen ciertas condiciones, son elegibles para Medicare. Si ya está recibiendo cheques del Seguro Social, la inscripción en Medicare es automática. Si no recibe cheques del Seguro Social, debe inscribirse en Medicare. Para solicitar Medicare, puede llamar al Seguro Social o visitar la oficina local del Seguro Social.

El Seguro Social también es responsable de determinar quiénes tienen que pagar un monto adicional por su cobertura de medicamentos de la Parte D porque tienen un ingreso más alto. Si recibió una carta del Seguro Social en la que se le indica que debe pagar el monto adicional y tiene preguntas sobre el monto, o si sus ingresos disminuyeron a causa de un evento que cambió su 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 informarle.

Método	Seguro Social – Información de contacto
POR TELÉFONO	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8:00 a.m. a 7:00 p.m., de lunes a viernes. Puede usar los servicios telefónicos automatizados del Seguro Social para obtener información grabada y realizar trámites las 24 horas del día.
TTY	1-800-325-0778 Para llamar a este número, necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es 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 de los gobiernos federal y estatal que contribuye con los costos médicos para algunas personas que tienen ingresos y recursos limitados. Algunas personas con Medicare también son elegibles para recibir 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. Estos **Programas de ahorros de Medicare** incluyen:

- **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, coseguros y copagos). (Algunas personas con QMB también son elegibles para los beneficios completos de Medicaid [QMB+]).
- **Beneficiarios de Medicare con bajos ingresos especificados (SLMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunas personas con SLMB también son elegibles para los beneficios completos de Medicaid [SLMB +]).
- **Persona que califica (QI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Trabajadores discapacitados calificados (QDWI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Para obtener más información sobre Medicaid y sus programas, comuníquese con el Sistema de contención de costos de atención médica de Arizona (AHCCCS).

Método	Sistema de contención de costos de atención médica de Arizona – Información de contacto
POR TELÉFONO	Teléfono local: 602-417-4000 Número gratuito: 1-855-432-7587 Estamos disponibles de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., de lunes a viernes, hora local.
POR ESCRITO	Arizona Health Care Cost Containment System (AHCCCS) 801 E. Jefferson Street Phoenix, AZ 85034
SITIO WEB	https://azahcccs.gov

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/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/costs-in-the-coverage-gap/6-ways-to-get-help-with-prescription-costs>) brinda información sobre cómo reducir los costos de sus medicamentos con receta. Para las personas con ingresos limitados, también existen otros programas de asistencia, 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 automóvil. Si reúne los requisitos, recibirá ayuda para pagar la prima mensual, el deducible anual y los copagos y coseguros de los medicamentos con receta de cualquier plan de medicamentos de Medicare. Esta “Ayuda adicional” también cuenta para sus gastos de bolsillo.

Si usted califica automáticamente para la “Ayuda adicional”, Medicare le enviará una carta. No tendrá que solicitarla. Si no califica automáticamente, podrá obtener “Ayuda adicional” para pagar las primas y los costos de los medicamentos con receta. Para saber si cumple los requisitos para recibir la “Ayuda adicional”, llame al:

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

Si considera que ha reunido los requisitos para recibir “Ayuda adicional” y cree que está pagando un monto de costo compartido incorrecto cuando obtiene un medicamento con receta en una farmacia, nuestro plan tiene un proceso que le permite solicitar asistencia para conseguir las pruebas que demuestren cuál es su nivel de copago correcto, o que le permite entregarlas si es que ya tiene las pruebas.

Debe proporcionar a Blue MedicareRx Value uno de los siguientes datos como prueba del estado del subsidio por bajos ingresos en el plazo de los 60 días a partir de que se considere elegible:

- Una copia de su tarjeta de Medicaid que incluya su nombre y la fecha de elegibilidad.
- Una copia de una carta del estado o de la Administración del Seguro Social (SSA) que demuestre su estado de subsidio por bajos ingresos de Medicare.
- Una copia de un documento estatal que confirme su estado activo de Medicaid.
- Una impresión de pantalla de los sistemas de Medicaid del estado que demuestre su estado de Medicaid.
- Evidencia del punto de venta de una facturación reciente de Medicaid y el pago incluido en el perfil del paciente de la farmacia, respaldado por uno de los indicadores mencionados anteriormente posterior al punto de venta.

Si es residente de un centro y reúne los requisitos para obtener “Ayuda adicional” con sus costos compartidos, debe proporcionar uno de los siguientes elementos como prueba del estado institucional para tener doble elegibilidad y obtener los beneficios completos:

- Una remisión del centro que demuestre el pago de Medicaid para un mes calendario completo.
- Una copia de un documento estatal que confirme el pago de Medicaid al centro para un mes calendario completo.
- Una impresión de pantalla de los sistemas de Medicaid del estado que demuestre su estado institucional con base, al menos, en una estadía de un mes calendario completo para que Medicaid realice los pagos.

Debe enviar su documentación a la siguiente dirección:

Blue MedicareRx Value
P.O. Box 269029
Weston, FL 33326-9029

- Cuando recibamos la evidencia que demuestre su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para pueda pagar el copago correcto cuando obtenga su próximo medicamento con receta en la farmacia. Si paga más copago del que le corresponde, le haremos un reembolso. Le enviaremos un cheque con el monto del pago extra o le descontaremos los copagos futuros. Si la farmacia no le ha cobrado los copagos y tiene registrado su copago como deuda, podemos hacer el pago directamente a la farmacia. Si un estado pagó en su nombre, podemos pagarle directamente al estado. Comuníquese con el Departamento de Servicio para Miembros si tiene alguna pregunta.

¿Qué sucede si tiene cobertura de un 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 (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a que las personas elegibles para el ADAP que tienen VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH que salvan vidas. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están en el formulario del ADAP califican para la asistencia de costo compartido de medicamentos con receta a través de la Oficina de Integración de las Enfermedades y Servicios del Departamento de Servicios de Salud de Arizona. **Nota:** Para ser elegibles para el ADAP en su estado, las personas deben cumplir ciertos criterios, que incluyen prueba de residencia en el estado y estado del VIH, bajos ingresos según la definición del estado y condición de no asegurado o con seguro insuficiente.

Método	Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA de Arizona - Información de contacto
POR TELÉFONO	Número gratuito: 1-800-334-1540
POR ESCRITO	Arizona Department of Health Services Office of Disease Integration and Services Containment System (AHCCCS) 150 N. 18th Avenue, Suite 110 Phoenix, AZ 85007
SITIO WEB	www.adap.directory/arizona

SECCIÓN 8 Cómo comunicarse con la Junta de Jubilación Ferroviaria

La Junta de Jubilación Ferroviaria es una agencia federal independiente que administra programas de beneficios integrales para los empleados ferroviarios del país y sus familias. Si recibe su cobertura de Medicare a través de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios, es importante que les haga saber si se muda o cambia su dirección postal. Si tiene alguna pregunta sobre sus beneficios de la Junta de Jubilación Ferroviaria, comuníquese con la agencia.

Método	Junta de Jubilación Ferroviaria - Información de contacto
POR TELÉFONO	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Si marca “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. Si presiona “1”, puede acceder a la línea de asistencia automatizada de la RRB y a información grabada las 24 horas del día, incluidos los fines de semana y días festivos.
TTY	1-312-751-4701 Para llamar a este número, necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número <i>no</i> son gratuitas.
SITIO WEB	rrb.gov

SECCIÓN 9 ¿Tiene un seguro grupal u otro seguro médico de un empleador?

Si usted (o su cónyuge o pareja de hecho) obtienen beneficios de su empleador (o el de su cónyuge o pareja de hecho) o grupo de jubilados como parte de este plan, puede llamar al empleador o al administrador de beneficios del sindicato o al Departamento de Servicio para Miembros si tiene alguna duda. Puede preguntar sobre los beneficios de salud, las primas o el período de inscripción de su empleador (o el de su cónyuge o pareja de hecho) o para jubilados. (Los números de teléfono del Departamento de Servicio para Miembros figuran en la contratapa de este documento). 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 conforme a este plan.

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

CAPÍTULO 3:

Usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D

SECCIÓN 1 Introducción

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

Además de la cobertura para 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 usted recibe durante las estadías cubiertas por Medicare en un 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 el consultorio y medicamentos que se administran en un centro de diálisis.

Los dos ejemplos de medicamentos descritos arriba están cubiertos por Medicare Original. (Para obtener más información sobre esta cobertura, consulte su manual *Medicare & You 2024* [Medicare y usted 2024]). Nuestro plan cubre sus medicamentos con receta de la Parte D.

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

Por lo general, el plan cubrirá sus medicamentos siempre que respete estas reglas básicas:

- Debe pedirle a un proveedor (médico, odontólogo u otra persona que receta) que escriba su receta, que debe ser válida de acuerdo con las leyes estatales correspondientes.
- La persona que receta no debe estar en las Listas de Exclusión o Preclusión de Medicare.
- Por lo general, debe acudir a una farmacia de la red para obtener un medicamento con receta. (Consulte la Sección 2, *Obtenga sus medicamentos con receta en una farmacia de la red o a través del servicio de entrega a domicilio del plan*).
- Su medicamento debe estar en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan. (La manera breve de referirnos a esta lista es “Lista de medicamentos”). (Consulte la Sección 3, *Es necesario que sus medicamentos estén en la “Lista de medicamentos” del plan*).
- Debe usar su medicamento para una indicación médicamente aceptada. Una *indicación médicamente aceptada* es el uso de un medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o que tiene el respaldo de ciertos libros de referencia. (Para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada, consulte la Sección 3).

Sección 2 Obtenga sus medicamentos con receta en una farmacia de la red o a través del servicio de entrega a domicilio del plan

Sección 2.1 Uso de una farmacia de la red

En la mayoría de los casos, sus medicamentos con receta están cubiertos *solo* si se obtienen en una de las farmacias de nuestra red. (Consulte la Sección 2.5 para obtener información sobre los casos en los que cubriremos un medicamento con receta que se haya obtenido en una farmacia fuera de la red).

Una farmacia de la red es una farmacia que tiene un contrato con el plan para proporcionar medicamentos con receta cubiertos. El término *medicamentos cubiertos* significa todos los medicamentos con receta de la Parte D que están cubiertos en la “Lista de medicamentos” del plan.

Sección 2.2 Farmacias de la red

¿Cómo buscar 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 (azblue.com/PDPDocs) o llamar al Departamento de Servicio para Miembros.

Puede ir a cualquiera de las farmacias de nuestra red.

¿Qué sucede si la farmacia a la que ha estado acudiendo abandona la red?

Si la farmacia a la cual ha estado acudiendo abandona la red del plan, deberá buscar una farmacia nueva que pertenezca a la red. Para buscar otra farmacia en su área, puede obtener ayuda a través del Departamento de Servicio para Miembros o usar el *Directorio de farmacias*. También puede encontrar información en nuestro sitio web en azblue.com/PDPDocs.

¿Qué sucede 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 brindan medicamentos para tratamiento de infusión en el hogar.
- Farmacias que brindan medicamentos a residentes de un centro de cuidado a largo plazo (LTC). Generalmente, un centro de LTC (como una residencia para adultos mayores) tiene su propia farmacia. Si tiene problemas para acceder a sus beneficios de la Parte D en un LTC, comuníquese con el Departamento de Servicio al Miembro.
- Farmacias que prestan servicios al Programa de salud para la población india estadounidense, tribal o urbana (no disponible en Puerto Rico). Excepto en casos de emergencia, solo los estadounidenses nativos o nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias de nuestra red.
- Farmacias que dispensan medicamentos restringidos por la FDA a ciertas ubicaciones o que requieren manipulación especial, coordinación con el proveedor o instrucciones sobre su uso. (**Nota:** Esta situación debe suceder con poca frecuencia).

Para encontrar una farmacia especializada, busque en el *Directorio de farmacias* o llame al Departamento de Servicio para Miembros.

Sección 2.3 Cómo utilizar el servicio de entrega a domicilio del plan

Para determinados tipos de medicamentos, usted puede utilizar el servicio de entrega a domicilio de la red del plan. Por lo general, los medicamentos disponibles a través del servicio de pedido por correo son aquellos que usted toma de manera regular, debido a una afección médica crónica o a largo plazo. Los medicamentos que *no* están disponibles a través del servicio de entrega a domicilio del plan están marcados con un asterisco en nuestra “Lista de medicamentos”.

Los servicios de entrega a domicilio de nuestro plan le permiten pedir un **suministro de 90 días como máximo**.

Para obtener formularios de pedido e información sobre cómo obtener sus medicamentos en su domicilio, comuníquese con el Departamento de Servicio al Miembro o llame a la farmacia de entrega a domicilio de la red, OptumRx®, al **1-844-883-8524** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). El servicio está disponible las 24 horas del día, los siete días de la semana. También puede visitar su sitio web en www.optumrx.com. Si usa una farmacia de entrega a domicilio que no está en la red de farmacias del plan, su medicamento con receta no estará cubierto.

Por lo general, un pedido de una farmacia de entrega a domicilio llegará en no más de 5 días hábiles después de que la farmacia reciba el pedido completo. Sin embargo, a veces su

entrega puede sufrir retrasos. Si por algún motivo su pedido no puede entregarse dentro de los 5 días hábiles, un representante de OptumRx se comunicará con usted. Si han pasado 5 días hábiles y no ha recibido su medicamento con receta (o una comunicación de la farmacia con servicio de entrega a domicilio), llame al **1-844-883-8524** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) para consultar sobre el estado de su pedido. Si necesita su medicamento antes de que pueda ser entregado, el medicamento estará disponible para usted en una farmacia minorista de la red hasta que su pedido de entrega a domicilio pueda ser procesado y entregado.

Nuevas recetas que recibe la farmacia directamente del consultorio de su médico.

Después de que la farmacia reciba una receta de un proveedor de atención médica, se comunicará con usted para saber si desea obtener el medicamento de inmediato o más adelante. Es importante que usted responda cada vez que la farmacia lo contacte para comunicarle si debe enviar, retrasar o detener el envío del nuevo medicamento con receta.

Reposiciones de medicamentos con receta a través de entrega a domicilio.

Para obtener reposiciones de sus medicamentos, tiene la opción de inscribirse en un programa de reposición automática. Con este programa, comenzaremos a procesar su siguiente reposición automáticamente cuando aparezca en nuestros registros que su medicamento esté próximo a acabarse. La farmacia se comunicará con usted antes de enviar cada reposición para asegurarse de que necesita más medicamento, y usted puede cancelar las reposiciones programadas si tiene suficiente medicamento o si cambió de medicamento.

Si decide no utilizar nuestro programa de reposición automática pero aún desea que la farmacia de entrega a domicilio le envíe su medicamento, comuníquese con la farmacia 15 días antes de que se acabe su medicamento. Esto garantizará que su pedido llegue a tiempo.

Para optar por no participar en nuestro programa que prepara automáticamente reposiciones de entrega a domicilio, comuníquese con nosotros llamando al Departamento de Servicio para Miembros.

Si recibe automáticamente en su domicilio la reposición de un medicamento que no desea, puede ser elegible para un reembolso.

Sección 2.4 Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo

Si obtiene un suministro de medicamentos a largo plazo, es posible que su costo compartido sea más bajo. En el plan se ofrecen dos maneras de obtener un suministro a largo plazo (también denominado *suministro prolongado*) de medicamentos de *mantenimiento* incluidos en la “Lista de medicamentos” de nuestro plan. (Los medicamentos de mantenimiento son aquellos que usted toma de manera regular debido a una afección médica crónica o a largo plazo).

1. Algunas farmacias minoristas de nuestra red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. En el *Directorio de farmacias* se indica qué farmacias de nuestra red pueden ofrecerle un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar al Departamento de Servicio para Miembros para obtener más información.
2. También puede recibir medicamentos de mantenimiento a través de nuestro programa de entrega a domicilio. Consulte la Sección 2.3 para obtener más información.

Sección 2.5 Cuándo puede usar una farmacia que no está dentro de la red del plan

Su medicamento con receta puede tener cobertura en algunas circunstancias

Por lo general, ofrecemos la cobertura si los medicamentos se obtienen en una farmacia fuera de la red *únicamente* cuando usted no puede utilizar una farmacia de la red. Para ayudarlo, contamos con farmacias de la red fuera del área de servicio donde puede obtener sus medicamentos con receta como miembro de nuestro plan. **Primero consulte con el Departamento de Servicio para Miembros** para saber si hay alguna farmacia de la red cerca. Es probable que deba pagar la diferencia entre lo que paga por el medicamento en una farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia de la red.

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

- Si le es imposible obtener un medicamento cubierto oportunamente dentro de nuestra área de servicio debido a que no hay ninguna farmacia de la red que brinde servicios durante las 24 horas a una distancia razonable en automóvil.
- Si intenta obtener un medicamento con receta cubierto que una farmacia minorista de la red o una farmacia de entrega a domicilio no tienen habitualmente entre sus existencias (estos medicamentos incluyen los medicamentos sin interés comercial u otros medicamentos especiales).
- Si viaja fuera de su área de servicio (dentro de los Estados Unidos) y se enferma o pierde sus medicamentos con receta, o se queda sin ellos y no puede acceder a una farmacia de la red.
- Si recibe un medicamento con receta de la Parte D, entregado por una farmacia institucional fuera de la red, mientras está en la sala de emergencias, en una clínica perteneciente a un hospital, en una cirugía ambulatoria o en otro entorno ambulatorio.
- Si usted no recibió su medicamento con receta durante una declaración de catástrofe estatal o federal u otra declaración de emergencia de salud pública en la que se le evacua o de otra manera desplaza de su área de servicio o lugar de residencia.

¿Cómo solicitar un reembolso al plan?

Generalmente, si debe usar una farmacia fuera de la red, deberá pagar el costo total (y no la parte normal que le corresponde) en el momento de obtener el medicamento con receta. Puede solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte del costo. (En la Sección 2 del Capítulo 5 se explica cómo puede solicitar un reembolso al plan).

SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben figurar 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 tiene una *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*. En esta *Evidencia de Cobertura*, la denominamos la “Lista de medicamentos” para abreviar.

Los medicamentos de esta lista son seleccionados por el plan con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. 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.

En general, cubriremos un medicamento que esté en la “Lista de medicamentos” del plan siempre y cuando siga las otras normas de cobertura que se explican en este capítulo, y si el uso del medicamento es una indicación médicamente aceptada. Una *indicación médicamente aceptada* se refiere a que el uso del medicamento cumple *una* de las siguientes condiciones:

- Está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos para el diagnóstico o la afección para los que se recetó.
- *O bien*, está avalado por ciertas referencias, como American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de Información DRUGDEX.

La “Lista de medicamentos” incluye medicamentos de marca, medicamentos genéricos y biosimilares.

Un medicamento de marca es un medicamento con receta que se vende bajo una marca registrada propiedad del fabricante del medicamento. Los medicamentos de marca que son más complejos que los medicamentos típicos (por ejemplo, los medicamentos basados en una proteína) se denominan productos biológicos. En la “Lista de medicamentos”, cuando nos referimos a *medicamentos*, esto podría significar un medicamento o un producto biológico.

Un medicamento genérico es un medicamento con receta que contiene los mismos principios activos que sus equivalentes de marca. Dado que los productos biológicos son más complejos que los medicamentos típicos, en lugar de tener una forma genérica, cuentan con alternativas que se denominan biosimilares. En general, los medicamentos genéricos y los biosimilares funcionan del mismo modo que los medicamentos de marca o los productos biológicos y, a menudo, su costo es menor. Hay medicamentos genéricos disponibles como sustitutos para muchos medicamentos de marca. Existen alternativas biosimilares para algunos productos biológicos.

¿Qué *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 sobre esto, 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, usted podrá obtener un medicamento que no está en la “Lista de medicamentos”. Consulte el Capítulo 7 para obtener más información.

Sección 3.2	Hay <i>cinco</i> niveles de costo compartido para los medicamentos de la “Lista de medicamentos”
--------------------	---

Cada medicamento de la “Lista de medicamentos” del plan se encuentra en uno de los cinco niveles de costo compartido. En general, cuanto más alto es el nivel de costo compartido, más alto es el costo del medicamento:

- Nivel 1: genéricos preferidos. Este nivel es el nivel más bajo y generalmente incluye medicamentos genéricos de menor costo.
- Nivel 2: genéricos. Este nivel incluye medicamentos genéricos.
- Nivel 3: medicamentos de marca preferidos. Este nivel incluye medicamentos de marca preferidos y medicamentos genéricos no preferidos.

- Nivel 4: medicamentos no preferidos. Este nivel incluye medicamentos no preferidos y medicamentos genéricos no preferidos.
- Nivel 5: medicamentos especiales. Este nivel incluye medicamentos de marca y algunos genéricos de costo muy elevado que puedan exigir una manipulación especial o estrecha vigilancia.

Para saber en qué nivel de costo compartido se encuentra su medicamento, consulte la “Lista de medicamentos” del plan.

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

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

Usted tiene tres maneras de averiguarlo:

1. Consulte la “Lista de medicamentos” más reciente que le proporcionamos en forma electrónica.
2. Visite el sitio web del plan (azblue.com/PDPDocs). La “Lista de medicamentos” del sitio web es siempre la más actualizada.
3. Comuníquese con el Departamento de Servicio para Miembros para saber si un medicamento en particular está en la “Lista de medicamentos” del plan o pida una copia de la lista.
4. Utilice la “Herramienta de beneficios en tiempo real” del plan (azblue.com/PDPDocs o llamando al Departamento de Servicio para Miembros). Con esta herramienta puede buscar medicamentos en la “Lista de medicamentos” para ver una estimación 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?

Existen normas especiales que restringen cómo y cuándo nuestro plan cubre ciertos medicamentos con receta. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrollaron estas normas para alentarlos a usted y a su proveedor a usar los medicamentos de la forma más eficaz. Para averiguar si alguna de estas restricciones se aplica al medicamento que toma o desea tomar, consulte la “Lista de medicamentos”.

Tenga en cuenta que a veces un medicamento puede aparecer más de una vez en la “Lista de medicamentos”. Esto se debe a que los mismos medicamentos pueden variar en función de la concentración, la cantidad o la forma del medicamento recetado por su proveedor de atención médica, y pueden aplicarse distintas restricciones o costos compartidos a las distintas 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 hay?

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

Si el medicamento que toma tiene alguna restricción, por lo general, significa que usted o su proveedor deberán tomar medidas adicionales para que lo cubramos. Comuníquese con el Departamento de Servicio para Miembros para obtener información sobre lo que deben

hacer usted o su proveedor si desea obtener cobertura para el medicamento. Si desea que eliminemos la restricción, deberá utilizar el proceso de decisión de cobertura y solicitarnos que hagamos una excepción. Podemos aceptar o rechazar la eliminación de la restricción. (Consulte el Capítulo 7).

Restricción de los medicamentos de marca o de productos biológicos originales cuando se encuentra disponible una versión genérica o biosimilar intercambiable

Por lo general, un medicamento genérico o biosimilar intercambiable funciona del mismo modo que un medicamento de marca o producto biológico original y, comúnmente, es menos costoso. **En la mayoría de los casos, cuando está disponible una versión genérica o biosimilar intercambiable de un medicamento de marca o un producto biológico original, las farmacias de la red le proporcionarán el medicamento genérico o la versión biosimilar intercambiable en lugar del medicamento de marca o el producto biológico original.** Sin embargo, cubriremos el medicamento de marca o el producto biológico original si su proveedor nos informa la razón médica por la que el medicamento genérico o el biosimilar intercambiable u otros medicamentos cubiertos que tratan la misma afección no le surtirán efecto. (Su parte del costo puede ser mayor para el medicamento de marca o el producto biológico original que para el medicamento genérico o biosimilar intercambiable).

Cómo obtener la aprobación del plan por anticipado

Para determinados medicamentos, usted o su proveedor deben obtener la aprobación del plan antes de que acordemos cubrir el medicamento. Esto se denomina **autorización previa**. Esto se implementa para garantizar la seguridad de los medicamentos y ayudar a guiar el uso adecuado de ciertos medicamentos. Si no obtiene esta aprobación, es posible que su medicamento no esté cubierto por el plan.

Probar primero un medicamento diferente

Este requisito lo incentiva a probar un medicamento menos costoso, pero, por lo general, igual de eficaz, antes de que el plan cubra otro medicamento. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma afección médica, el plan puede exigir que usted primero pruebe el medicamento A. Si el medicamento A no surte efecto, el plan cubrirá el medicamento B. Este requisito de probar primero un medicamento diferente se denomina **terapia escalonada**.

Límites de cantidad

Para ciertos medicamentos, establecemos un límite en la cantidad del medicamento que usted puede obtener por vez. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro tomar solo una píldora por día de un determinado medicamento, podemos limitar la cobertura a no más de una píldora por día.

SECCIÓN 5 ¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no cuenta con la cobertura que usted quisiera?

Sección 5.1 Hay algunas cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera que usted quisiera
--

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

- Es posible que el medicamento no tenga ningún tipo de cobertura. O quizás una versión genérica del medicamento está cubierta, pero no la versión de marca que desea.
- El medicamento está cubierto, pero se aplican normas 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 hace que su costo compartido sea más alto de lo que usted piensa que debería ser.
- Hay algunas cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera en que usted quisiera. Si el medicamento no está en la “Lista de medicamentos” o está sujeto a restricciones, consulte la Sección 5.2 para saber qué puede hacer.
- Si su medicamento está en un nivel de costo compartido en el cual el costo que usted debe pagar es superior a lo que considera que debería ser, consulte la Sección 5.3 para saber qué 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 tiene alguna restricción, puede hacer lo siguiente:

- Puede obtener un suministro temporal del medicamento.
- Puede cambiar de medicamento.
- Puede solicitar una excepción y pedir al plan que cubra el medicamento o quite las restricciones.

Puede obtener un suministro temporal

En ciertas circunstancias, el plan debe proporcionar un suministro temporal de un medicamento que ya está tomando. Este suministro temporal le da tiempo para consultar con su proveedor acerca del cambio en la cobertura y decidir qué hacer.

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 BIEN **debe tener algún tipo de restricción.**

- **Si es un miembro nuevo**, cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros **90 días** de su membresía en el plan.
- **Si estuvo en el plan el año anterior**, cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros 90 días del año calendario.
- Este suministro temporal será para un máximo de 31 días. Si su receta está indicada para menos días, permitiremos obtener varias veces los medicamentos hasta llegar a un suministro máximo para 31 días del medicamento. Debe obtener el medicamento con receta 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 uso indebido).
- **Para los miembros que estuvieron en el plan por más de 90 días, que residen en un centro de cuidado a largo plazo y necesitan un suministro de inmediato:**

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

- **Para aquellos miembros que tienen un cambio de nivel de cuidado:**

Si tiene un cambio en el nivel de cuidado, como ser dado de alta de un hospital o de un centro de cuidado a largo plazo a su hogar o un cambio similar en los entornos de cuidado, es posible que deba obtener nuevas recetas para los medicamentos que le administraban en el hospital o en el centro de cuidado a largo plazo. Tenemos procesos

en marcha para asegurarnos de que pueda seguir recibiendo sus medicamentos con receta y evitar una interrupción en su tratamiento farmacológico.

Si usted no es residente de un centro de cuidado a largo plazo y tiene un cambio de nivel de cuidado, como ser dado de alta de un hospital, su farmacia le proporcionará automáticamente un surtido de transición de cada uno de sus medicamentos. Si usted es residente de un centro de cuidado a largo plazo y tiene un cambio de nivel de cuidado, como ser dado de alta a su hogar, su farmacia presentará una solicitud para permitirle obtener un suministro de hasta 30 días de cada uno de sus medicamentos. Al presentar su reclamación en forma electrónica, el farmacéutico debe ser capaz de notar que la receta es el resultado de un cambio de nivel de cuidado. Si el farmacéutico no puede notar eso en su reclamación, puede llamar al servicio de ayuda de la farmacia y obtener el permiso necesario para obtener su medicamento con receta. El número de teléfono figura al dorso de su tarjeta de identificación de miembro.

Si tiene preguntas sobre un suministro temporal, llame al Departamento de Servicio para Miembros.

En el período durante el cual use el suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se agote este suministro temporal. Tienes dos opciones:

1) Puede cambiar a otro medicamento

Hable con su proveedor para saber si hay un medicamento diferente cubierto por el plan que tenga la misma eficacia para usted. Puede llamar al Departamento de Servicio al Miembro para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que sirvan para el tratamiento de la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que sea eficaz 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, puede pedir que el plan cubra un medicamento, aunque no esté en la “Lista de medicamentos” del plan. O puede solicitar al plan que haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

Si es actualmente miembro y el medicamento que está tomando se retirará del formulario o tendrá algún tipo de restricción el próximo año, le informaremos sobre cualquier cambio antes del nuevo año. 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 de respaldo de la persona que receta). Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura antes de que el cambio surta efecto.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, en la Sección 5.4 del Capítulo 7 se explica qué hacer. Se explican los procedimientos y los plazos estipulados por Medicare para garantizar que su solicitud se gestione de forma rápida y justa.

Sección 5.3	¿Qué puede hacer si su medicamento se encuentra en un nivel de costo compartido que considera demasiado elevado?
--------------------	---

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

Puede cambiar de medicamento

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera demasiado elevado, hable con su proveedor. Podría haber un medicamento diferente en un nivel de costo compartido inferior que tenga la misma eficacia para usted. Puede llamar al Departamento de

Servicio para Miembros para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que sirvan para el tratamiento de la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que sea eficaz 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 el medicamento, de manera que usted pague menos por este. Si su proveedor afirma que usted cuenta con razones médicas que justifican el pedido de una excepción, puede ayudarlo a solicitar una excepción a la norma.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, en la Sección 5.4 del Capítulo 7 se explica qué hacer. Se explican los procedimientos y los plazos estipulados por Medicare para garantizar que su solicitud se gestione de forma rápida y justa.

Los medicamentos especiales del Nivel 5 no son elegibles para este tipo de excepción. No reducimos el monto de costo compartido de 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 de medicamentos ocurre a comienzos de año (el 1 de enero). Sin embargo, durante el año, el plan puede realizar algunos cambios en la “Lista de medicamentos”. Por ejemplo, el plan puede:

- **Añadir o eliminar medicamentos de la “Lista de Medicamentos”.**
- **Pasar 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.**
- **Reemplazar un medicamento de marca por una versión genérica del medicamento.**
- **Reemplazar un producto biológico original por una versión biosimilar intercambiable del producto biológico.**

Debemos seguir los requisitos de Medicare antes de cambiar la “Lista de medicamentos” del plan.

Sección 6.2	¿Qué sucede si hay cambios en la cobertura para un medicamento que está tomando?
--------------------	---

Información sobre cambios en la cobertura de medicamentos

Cuando se realizan cambios en la “Lista de medicamentos”, publicamos información en nuestro sitio web sobre esos cambios. También actualizamos nuestra “Lista de medicamentos” en línea con regularidad. A continuación, señalamos los momentos en que recibirá un aviso directo si se realizan cambios en un medicamento que usted está tomando.

Cambios en la cobertura de medicamentos que lo afectan durante el año del plan actual

- **Un medicamento genérico o un biosimilar intercambiable reemplaza a un medicamento de marca en la “Lista de medicamentos” o cambiamos el nivel de costo compartido o agregamos nuevas restricciones al medicamento de marca, o ambas cosas.**
 - Podemos eliminar un medicamento de marca o un producto biológico original de nuestra “Lista de medicamentos” si lo reemplazamos por una versión genérica del mismo medicamento o por una versión biosimilar intercambiable del mismo producto

biológico. Podemos decidir mantener el medicamento de marca o el producto biológico original en nuestra “Lista de medicamentos”, pero moverlo a un nivel de costo compartido más alto o agregar nuevas restricciones, o ambas cosas, cuando se agrega el medicamento genérico o el biosimilar intercambiable.

- Si un medicamento de marca o un producto biológico original que está tomando es sustituido por un medicamento genérico o un biosimilar intercambiable o se lo pasa a un nivel de costo compartido más alto, debemos darle un aviso con, al menos, 30 días de anticipación al cambio o darle un aviso del cambio y proporcionarle una reposición para 31 días de su medicamento de marca o producto biológico original.
 - Después de recibir el aviso del cambio, debe hablar con su proveedor para cambiar al medicamento genérico o biosimilar intercambiable o a un medicamento diferente que cubramos.
 - Usted o la persona que receta pueden pedirnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento de marca. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 7.
- **Medicamentos no seguros y otros medicamentos en la “Lista de medicamentos” que se retiran del mercado**
 - A veces un medicamento puede considerarse no seguro o retirarse del mercado por otra razón. Si esto ocurre, podremos eliminar inmediatamente el medicamento de la “Lista de medicamentos”. Si está tomando ese medicamento, le informaremos de inmediato.
 - La persona que receta también sabrá acerca de este cambio y puede colaborar con usted para encontrar otro medicamento para su afección.
 - **Otros cambios en los medicamentos de la “Lista de medicamentos”**
 - Podemos realizar otros cambios que afecten a los medicamentos que usted está tomando una vez que el año haya comenzado. Por ejemplo, podemos agregar un medicamento genérico que no sea nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca en la “Lista de medicamentos” o cambiar el nivel de costo compartido o agregar nuevas restricciones al medicamento de marca, o ambas cosas. También podemos hacer cambios en función de la presencia de recuadros de advertencia de la FDA o nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare.
 - Para estos cambios, debemos darle aviso del cambio con al menos 30 días de anticipación o darle aviso del cambio y una reposición de 30 días del medicamento que está tomando en una farmacia de la red.
 - Después de recibir el aviso del cambio, debe hablar con la persona que receta para cambiar a un medicamento diferente que cubramos o para cumplir con las nuevas restricciones sobre el medicamento que está tomando.
 - Usted o la persona que receta pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 7.

Cambios en la “Lista de medicamentos” que no lo afectan durante este año del plan

Podemos realizar ciertos cambios en la “Lista de medicamentos” que no se describen anteriormente. En estos casos, los cambios no se aplicarán en su caso si está tomando el medicamento cuando se realiza el cambio; sin embargo, es probable que estos cambios lo afecten 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 del plan actual son los siguientes:

- Si pasamos su medicamento a un nivel de costo compartido más alto.
- Si imponemos una nueva restricción en el uso de su medicamento.
- Si retiramos su medicamento de la “Lista de medicamentos”.

Si cualquiera de estos cambios ocurre con un medicamento que esté tomando (excepto para un retiro del mercado, el reemplazo de un medicamento de marca por un medicamento genérico, u otro cambio mencionado en las secciones anteriores), el cambio no afectará su uso o lo que paga como su parte del costo compartido hasta el 1 de enero del próximo año. Hasta esa fecha, probablemente no verá ningún aumento en sus pagos ni se agregará ninguna restricción a su uso del medicamento.

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

Si obtiene medicamentos que están excluidos, debe pagarlos usted. Si apela y se determina 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 normas generales sobre los medicamentos que los planes de medicamentos de Medicare no cubren conforme a la Parte D:

- La cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que debería estar cubierto por la Parte A o la Parte B de Medicare.
- Nuestro plan no puede cubrir un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos o sus territorios.
- Nuestro plan generalmente no puede cubrir el uso para una indicación no autorizada. El *uso para una indicación no autorizada* es cualquier uso distinto del que se indica en el prospecto de un medicamento, según lo aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos.
- La cobertura del *uso para una indicación no autorizada* solo se permite cuando está avalado por ciertas referencias, como American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de Información DRUGDEX.

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 y minerales con receta, excepto las vitaminas prenatales y los preparados con 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 externos, cuando el fabricante exige que se compren pruebas o servicios de control relacionados exclusivamente del fabricante como condición para la venta.

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 tiene una 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 qué cobertura de medicamentos puede estar disponible para usted. (Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto de Medicaid en la Sección 6 del Capítulo 2).

SECCIÓN 8 Obtener un medicamento con receta

Sección 8.1 Proporcionar su información de miembro

Para obtener su medicamento con receta, proporcione la información de miembro de su plan, que puede encontrarse en su tarjeta de miembro, en la farmacia de la red que usted elija. La farmacia de la red automáticamente le facturará al plan *nuestra* parte del costo de su medicamento. Deberá pagar a la farmacia *su* parte del costo cuando retire su medicamento con receta.

Sección 8.2 ¿Qué sucede si no tiene su información de miembro?

Si usted no tiene su información de miembro del plan en el momento de obtener el medicamento con receta, usted o la farmacia pueden llamar al plan para obtener la información necesaria, o puede pedirle a la farmacia que busque su información de inscripción en el plan.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, **es posible que tenga que pagar el costo total del medicamento con receta cuando lo retire.** (Luego, puede **solicitarnos que le reembolsemos** nuestra parte del costo. 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 ingresa en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada, Medicare Original (o su plan de salud de Medicare con cobertura de las Partes A y B, si corresponde) por lo general cubrirá el costo de los medicamentos con receta durante la estadía. Una vez que salga del hospital o del centro de atención de enfermería especializada, nuestro plan cubrirá sus medicamentos con receta, siempre y cuando estos cumplan todas nuestras normas para la cobertura, que se describen en este capítulo.

Sección 9.2 ¿Qué sucede si reside en un centro de cuidado a largo plazo (LTC)?

Normalmente, un centro de cuidado a largo plazo (LTC) (como una residencia para adultos mayores) tiene su propia farmacia o usa 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 la que utiliza el centro, siempre y cuando sea parte de nuestra red.

Consulte el *Directorio de farmacias* para averiguar si la farmacia del centro de LTC o la que utiliza el centro forma parte de nuestra red. Si no forma parte, o si necesita más información o ayuda, comuníquese con el Departamento de Servicio 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 reside en un centro de cuidado a largo plazo (LTC) y necesita un medicamento que no está en nuestra “Lista de medicamentos” o tiene algún tipo de restricción?

Consulte la Sección 5.2 para obtener información sobre los suministros temporales o de emergencia.

Sección 9.3 ¿Qué sucede si está tomando medicamentos que cubre Medicare Original?

Su inscripción en Blue MedicareRx Value no afecta su cobertura de los medicamentos cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare. Si cumple los requisitos de cobertura de Medicare, su medicamento seguirá teniendo la cobertura de la Parte A o la Parte B de Medicare, aunque esté inscrito en este plan. Además, si su medicamento estuviera cubierto por la Parte A o la Parte B de Medicare, nuestro plan no puede cubrirlo, incluso si decide no inscribirse en la Parte A ni en la Parte B.

Es posible que algunos medicamentos estén cubiertos por la Parte B de Medicare en algunas situaciones y por Blue MedicareRx Value en otras. Pero los medicamentos nunca están cubiertos por la Parte B y nuestro plan al mismo tiempo. En general, su farmacéutico o proveedor determinarán si le envían la factura por el medicamento a la Parte B de Medicare o a Blue MedicareRx Value.

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

Si usted actualmente tiene una póliza de Medigap que incluye la cobertura de medicamentos con receta, debe comunicarse con el emisor de Medigap e informarle que se ha inscrito en nuestro plan. Si decide conservar su póliza actual de Medigap, su emisor de Medigap eliminará la parte correspondiente a la cobertura de medicamentos con receta de su póliza y reducirá su prima.

Cada año, su compañía de seguros de Medigap debe enviarle un aviso en el que debe informar si su cobertura de medicamentos con receta es acreditable y las opciones de cobertura de medicamentos que usted tiene. (Si la cobertura de la póliza de Medigap es acreditable, significa que se espera que pague, en promedio, por lo menos lo mismo que la cobertura de medicamentos con receta estándar de Medicare). El aviso también explicará cuánto se reducirá la prima si retira la parte de cobertura de medicamentos con receta de la póliza de Medigap. Si usted no recibió este aviso, o si no puede encontrarlo, comuníquese con su compañía de seguros de Medigap y pida otra copia.

Sección 9.5 ¿Qué sucede si también recibe cobertura de medicamentos de un empleador o de un plan grupal para jubilados?

Si actualmente tiene otra cobertura de 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 del grupo**. Este puede ayudarlo a determinar cómo funcionará su cobertura de medicamentos con receta actual con nuestro plan.

En general, si tiene cobertura de su empleador o grupo de jubilados, la cobertura para medicamentos que le brindemos será *complementaria* a la cobertura de su grupo. Eso significa que su cobertura de grupo sería la primera en pagar.

Nota especial sobre la cobertura acreditable:

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

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

Guarde este aviso sobre la cobertura acreditable porque es posible que lo necesite más adelante. Si se inscribe en un plan de Medicare que incluye cobertura para medicamentos de la Parte D, puede necesitar estos avisos para demostrar que usted ha mantenido la cobertura acreditable. Si no recibió el aviso sobre la cobertura acreditable, solicite una copia al administrador de beneficios del empleador o grupo de jubilados o al empleador o sindicato.

Sección 9.6 ¿Qué sucede si se encuentra en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare?

El centro de cuidados paliativos y nuestro plan no cubren el mismo medicamento al mismo tiempo. Si está inscrito en un centro de cuidados paliativos de Medicare y necesita ciertos medicamentos (p. ej., medicamentos contra las náuseas, laxantes, analgésicos o ansiolíticos) que no están cubiertos por el centro porque no están relacionados con su enfermedad terminal o sus afecciones relacionadas, la persona que receta o su proveedor del centro de cuidados paliativos debe notificar a nuestro plan que el medicamento no está relacionado para que el plan pueda cubrirlo. Para evitar retrasos en la recepción de estos medicamentos que deberían estar cubiertos por nuestro plan, pídale al proveedor del centro de cuidados paliativos o a la persona que receta que proporcione la notificación antes de obtener el medicamento.

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

SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad y administración de los medicamentos

Sección 10.1 Programas que ayudan a los miembros a utilizar los medicamentos en forma segura

Realizamos revisiones del uso de medicamentos para nuestros miembros para ayudar a cerciorarnos de que estén recibiendo atención segura y apropiada.

Realizamos una revisión cada vez que obtiene un medicamento con receta. Además, revisamos nuestros registros con frecuencia. Durante estas revisiones, buscamos posibles problemas, como los siguientes:

- Posibles errores de medicamentos.
- Medicamentos que pueden no ser necesarios porque está tomando otro medicamento para tratar la misma afección.
- Medicamentos que pueden no ser seguros o adecuados debido a su edad o sexo.
- Ciertas combinaciones de medicamentos que podrían causarle daños si los toma al mismo tiempo.
- Recetas de medicamentos que tienen ingredientes a los que usted es alérgico.
- Posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que toma.
- Cantidades no seguras de analgésicos opioides.

Si detectamos un posible problema en su uso de medicamentos, lo trataremos con su proveedor para corregirlo.

Sección 10.2 Programa de Administración de Medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar los medicamentos opioides de manera segura

Tenemos un programa que ayuda a garantizar que los miembros usen de manera segura los opioides recetados y otros medicamentos que frecuentemente son mal usados. Este programa se llama Programa de Administración de Medicamentos (DMP). Si usa medicamentos opioides que obtiene de varios médicos o farmacias, o si recientemente tuvo una sobredosis de opioides, es posible que hablemos con sus médicos para asegurarnos de que su uso de medicamentos opioides sea apropiado y médicamente necesario. En colaboración con sus médicos, si decidimos

que su uso de medicamentos opioides o benzodiazepinas con receta puede no ser seguro, podemos limitar la forma en que puede obtener esos medicamentos. Si lo ubicamos en nuestro DMP, las limitaciones pueden ser las siguientes:

- Exigirle que obtenga todos sus medicamentos opioides o benzodiazepinas con receta en una farmacia determinada.
- Exigirle que obtenga todos sus medicamentos opioides o benzodiazepinas con receta de un médico determinado.
- Limitar la cantidad de medicamentos opioides o benzodiazepinas que cubriremos.

Si planeamos limitar la forma en que puede obtener estos medicamentos o la cantidad que puede obtener, le enviaremos una carta por adelantado. La carta le indicará si limitaremos la cobertura de estos medicamentos o si se le exigirá que obtenga las recetas de estos medicamentos únicamente de un médico o farmacia específicos. Tendrá la oportunidad de informarnos qué médicos o farmacias prefiere usar, y brindarnos cualquier otra información que considere que es importante que conozcamos. Una vez que haya tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos, le enviaremos otra carta confirmando la limitación. Si considera que nos hemos equivocado o no está de acuerdo con nuestra decisión o con respecto a la limitación que impusimos, usted y la persona que receta tienen derecho a presentar una apelación. Si presenta una apelación, revisaremos su caso y le comunicaremos una nueva decisión. Si continuamos denegando cualquier parte de su solicitud relacionada con las limitaciones que se aplican a su acceso a los medicamentos, automáticamente enviaremos su caso a un revisor independiente fuera de nuestro plan. Consulte el Capítulo 7 para obtener información sobre cómo solicitarnos una apelación.

No se lo colocará en un DMP si usted tiene determinadas afecciones, como dolor relacionado con un cáncer activo o enfermedad de células falciformes, o si recibe atención en un centro de cuidados paliativos u hospital para enfermos terminales, o vive en un centro de atención a largo plazo.

Sección 10.3 Programa de Administración de Terapia con Medicamentos (MTM) para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos

Tenemos un programa que puede ayudar a nuestros miembros con necesidades complejas de salud. Este se llama Programa de Administración de Terapia con Medicamentos (MTM). Este programa es voluntario y gratuito. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrollaron el programa para que ayudemos a garantizar que nuestros miembros aprovechen al máximo el beneficio de los medicamentos que toman.

Algunos miembros que toman medicamentos para diferentes afecciones médicas y tienen altos costos o que están en un DMP para que los ayude a utilizar sus opioides de forma segura pueden obtener los servicios de un programa de MTM. Si reúne los requisitos para el programa, un farmacéutico u otro profesional de la salud harán una revisión integral de todos 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 escrito que incluirá una lista de tareas recomendadas con 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 debería tomar, el momento en que debería tomarlos y la razón por la que los está tomando. Además, los miembros del programa MTM recibirán información sobre la eliminación segura de los medicamentos con receta que incluyan sustancias controladas.

Le recomendamos que hable con su médico sobre los pasos a seguir recomendados y su lista de medicamentos. Lleve el resumen a su consulta o en cualquier momento que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. También tenga su lista de medicamentos actualizada y llévela (por ejemplo, con su identificación) si concurre al hospital o a la sala de emergencias.

Si tenemos un programa que se ajusta a sus necesidades, lo inscribiremos automáticamente y le enviaremos información. Si usted decide no participar, notifíquelo y retiraremos su participación. Si tiene preguntas sobre este programa, comuníquese con el Departamento de Servicio para Miembros.

CAPÍTULO 4:

*Lo que paga por sus medicamentos
con receta de la Parte D*

¿Actualmente recibe ayuda para pagar sus medicamentos?

Si está en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos, **parte de la información en esta Evidencia de cobertura sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D podría no aplicarse en su caso.** Le enviamos un documento separado que se llama *Cláusula de la Evidencia de cobertura para personas que reciben ayuda adicional para pagar sus medicamentos con receta* (también conocida como Cláusula de subsidios para personas de bajos ingresos o Cláusula LIS) en la que se brinda información acerca de su cobertura de medicamentos. Si no tiene este documento, llame al Departamento de Servicio para Miembros y solicite la Cláusula LIS.

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Use este capítulo junto con otros materiales que explican su cobertura de medicamentos

Este capítulo se centra en lo que usted paga por sus 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 normas que debe seguir cuando recibe sus medicamentos cubiertos. Las Secciones 1 a 4 del Capítulo 3 explican estas normas. Cuando utiliza la “Herramienta de beneficios en tiempo real” del plan para buscar 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 gastos de bolsillo que se espera que pague. También puede obtener información proporcionada por la “Herramienta de beneficios en tiempo real” llamando al Departamento de Servicio para Miembros.

Sección 1.2 Tipos de gastos de bolsillo que puede pagar por los medicamentos cubiertos

Hay distintos tipos de gastos de bolsillo para los medicamentos de la Parte D. El monto que usted paga por un medicamento se denomina *costo compartido*, y 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 el 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 sus gastos de bolsillo

Medicare tiene normas acerca de lo que cuenta y lo que *no* cuenta como sus gastos de bolsillo. Estas son las normas que debemos seguir para realizar un seguimiento de sus gastos de bolsillo.

Estos pagos están incluidos en sus gastos de bolsillo

Sus gastos de bolsillo incluyen los pagos detallados a continuación (siempre y cuando correspondan a medicamentos cubiertos de la Parte D y usted haya cumplido con las normas relativas a la cobertura para medicamentos que se explican en el Capítulo 3):

- El monto que usted paga por los medicamentos cuando se encuentra en cualquiera de las siguientes etapas de pago de medicamentos:
 - La etapa del deducible.
 - La etapa de cobertura inicial.
- Cualquier pago que efectuó durante este año calendario como miembro de un plan de medicamentos con receta de Medicare diferente antes de inscribirse en nuestro plan.

Quién paga es importante:

- Si realiza los pagos **usted mismo**, estos se incluyen en sus gastos de bolsillo.
- Estos pagos también *se incluyen* en sus gastos de bolsillo si son incurridos en su nombre por **determinadas personas u organizaciones**. Esto incluye los pagos por sus medicamentos realizados por un amigo o familiar, por la mayoría de las instituciones benéficas, por programas de asistencia de medicamentos para tratar el SIDA o por un servicio de salud para la población india estadounidense. También se incluyen los pagos realizados por el programa de “Ayuda adicional” de Medicare.
- Se incluyen algunos pagos realizados por el Programa de descuentos para el período sin cobertura de Medicare. Se incluye el monto que el fabricante paga por sus medicamentos de marca. Sin embargo, el monto que el plan paga por sus medicamentos genéricos no está incluido.

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 \$8,000 en el año calendario, pasará de la etapa de cobertura inicial a la etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

Estos pagos no se incluyen en sus gastos de bolsillo

Sus gastos de bolsillo **no incluyen** ninguno de estos tipos de pagos:

- La prima mensual.
- Los medicamentos que compra fuera de Estados Unidos y sus territorios.
- Los medicamentos que nuestro plan no cubre.
- Los medicamentos que obtiene en una farmacia fuera de la red que no cumplan los requisitos del plan para la cobertura fuera de la red.
- Medicamentos que no pertenecen a la Parte D, incluidos los medicamentos con receta cubiertos por la Parte A o la Parte B y otros medicamentos excluidos de la cobertura por Medicare.
- Los pagos efectuados por los medicamentos de marca o genéricos que realice el plan durante la etapa sin cobertura.
- Los pagos por sus medicamentos que realicen los planes de salud de grupo, incluidos los de su empleador.
- Pagos de sus medicamentos hechos por ciertos planes de seguro y programas de salud financiados por el gobierno, como TRICARE y Asuntos de Veteranos.

Capítulo 4 Lo que paga por sus medicamentos con receta de la Parte D

- Los pagos por sus medicamentos que realice un tercero que tenga la obligación legal de pagar los costos de los medicamentos con receta (por ejemplo, la compensación al trabajador).

Recordatorio: Si cualquier otra organización, como las que mencionamos más arriba, paga una parte o la totalidad de sus gastos de bolsillo por los medicamentos, usted debe informarlo a nuestro plan llamando al Departamento de Servicio para Miembros.

¿Cómo puede realizar un seguimiento de sus gastos de bolsillo totales?

- Lo ayudaremos. El informe de la Explicación de beneficios (EOB) de la Parte D que recibió incluye el monto actual de sus gastos de bolsillo. Cuando este monto alcance los \$8,000, se le indicará en este informe que ha dejado la etapa de cobertura inicial y ha pasado a la etapa de cobertura en situaciones catastróficas.
- Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos. En la Sección 3.2 se explica qué puede hacer para asegurarse de que nuestros registros de lo que ha gastado estén completos y actualizados.

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

Sección 2.1	¿Cuáles son las etapas de pago de medicamentos para los miembros de Blue MedicareRx Value?
--------------------	---

Hay cuatro **etapas de pago de los medicamentos** para su cobertura de medicamentos con receta de Blue MedicareRx Value. La cantidad que paga depende de la etapa en la que se encuentre cuando obtenga o reponga un medicamento con receta. Tenga en cuenta que siempre es responsable de la prima mensual del plan, independientemente de la etapa de pago de medicamentos. Puede ver los detalles de cada etapa en las Secciones de 4 a 7 de este capítulo. Las etapas son las siguientes:

Etapa 1 Etapa del deducible anual	Etapa 2 Etapa de cobertura inicial	Etapa 3 Etapa del período sin cobertura	Etapa 4 Etapa de cobertura en situaciones catastróficas
Comienza esta etapa de pago cuando obtiene su primer medicamento con receta del año. Durante esta etapa, debe pagar el costo total de sus medicamentos. Permanece en esta etapa hasta que haya pagado \$545 por sus medicamentos (\$545 es el monto de su deducible). (Puede ver los detalles en la Sección 4 de este capítulo).	Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga su parte. Después de que usted (u otros en su nombre) haya pagado el deducible, el plan paga la parte que le corresponde de los costos de sus medicamentos y usted paga su parte. Usted permanecerá en esta etapa hasta que los “costos totales de los medicamentos” a la fecha (sus pagos más los pagos del plan de la Parte D) alcancen los \$5,030. (Los detalles figuran en la Sección 5 de este capítulo).	Durante esta etapa, usted paga el 25 % del precio por los medicamentos de marca (más una parte del cargo por despacho) y el 25 % del precio por los medicamentos genéricos. Permanecerá en esta etapa hasta que sus “gastos de bolsillo” a la fecha (sus pagos) alcancen un total de \$8,000. Medicare estableció este monto y las normas para llegar a dicho monto. (Los detalles figuran en la Sección 6 de este capítulo).	Durante esta etapa, el plan pagará la mayor parte del costo de sus medicamentos durante el resto del año calendario (hasta el 31 de diciembre de 2024). (Los detalles figuran en la Sección 7 de este capítulo).

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 realiza un seguimiento de los costos de sus medicamentos con receta y los pagos que ha realizado cuando obtiene o repone los medicamentos con receta en la farmacia. De esta forma, podemos decirle cuándo ha pasado de una etapa de pago de medicamentos a la siguiente. En particular, hay dos tipos de costos de los cuales hacemos un seguimiento:

- Hacemos el seguimiento del monto que ha pagado. Estos se denominan sus **gastos de bolsillo**.
- Hacemos el seguimiento de sus **costos totales de medicamentos**. Este es el monto que paga de su bolsillo o que otros pagan en su nombre más el monto que paga el plan.

Cuando haya 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:

- **Información para ese mes.** Este informe proporciona la información de pago de los medicamentos con receta que obtuvo durante el mes anterior. Muestra los costos totales de medicamentos, lo que pagó el plan y lo que pagó usted y otras personas en su nombre.
- **Los totales para el año desde el 1 de enero.** Esto se denomina información *anual hasta la fecha*. Muestra los costos totales de los medicamentos y los pagos totales por sus medicamentos desde el inicio del año.
- **Información sobre los precios de los medicamentos.** Esta información mostrará el precio total del medicamento e información sobre aumentos en el precio desde el primer medicamento que obtiene para cada reclamación de medicamento con receta de la misma cantidad.
- **Medicamentos con receta alternativos disponibles a un costo más bajo.** Esto incluirá información sobre otros medicamentos con menor costo compartido disponibles para cada reclamación de medicamento con receta.

Sección 3.2 Ayúdenos a mantener al día nuestra información sobre sus pagos de los medicamentos

Para hacer un seguimiento de sus costos de medicamentos y los pagos que realiza por medicamentos, usamos los registros que obtenemos de las farmacias. A continuación, se describe cómo puede ayudarnos a mantener actualizada y correcta su información:

- **Muestre su tarjeta de miembro cada vez que obtenga un medicamento con receta.** Esto nos ayuda a que sepamos acerca de los medicamentos con receta que está obteniendo y lo que está pagando.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** En ocasiones, es posible que usted pague el costo total de un medicamento con receta. En estos casos, no recibiremos automáticamente la información que necesitamos para realizar el seguimiento de sus gastos de bolsillo. Para ayudarnos a mantener un registro de sus gastos de bolsillo, bríndenos copias de estos recibos. Estos son algunos ejemplos de cuándo debe proporcionarnos copias de sus recibos de medicamentos:

Capítulo 4 Lo que paga por sus medicamentos con receta de la Parte D

- Cuando compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuento que no es parte del beneficio de nuestro plan.
 - Cuando realizó un copago por medicamentos que se suministran conforme a un programa de asistencia al paciente respaldado por fabricantes de medicamentos.
 - Cuando haya comprado medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red u otras veces en que haya pagado el precio total por un medicamento cubierto según 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 información sobre los pagos que terceros hayan realizado por usted.** Los pagos realizados por otras personas u organizaciones también se tienen en cuenta en sus gastos de bolsillo. Por ejemplo, los pagos realizados por un programa de asistencia de medicamentos contra el SIDA (ADAP), el Servicio de salud para la población india estadounidense y la mayoría de las organizaciones benéficas cuentan para sus gastos de bolsillo. Lleve un registro de estos pagos y envíelos 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, revísela para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si considera que algo está incompleto o si tiene alguna pregunta, llame al Departamento de Servicio para Miembros. Asegúrese de guardar estos informes.

SECCIÓN 4 Durante la etapa del deducible, debe pagar el costo total de sus medicamentos de nivel 5

La etapa del deducible es la primera etapa de pago de su cobertura de medicamentos. Esta etapa comienza cuando obtiene su primer medicamento con receta del año. Cuando se encuentra en esta etapa de pago, **debe pagar el costo total de sus medicamentos** hasta que alcance el monto del deducible del plan, es decir, \$545 para 2024. El deducible no se aplica a los productos de insulina con cobertura ni a la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, incluidas las vacunas contra el herpes zóster, las vacunas contra el tétanos y las vacunas necesarias para viajar. **Debe pagar el costo total de sus medicamentos de nivel 5** hasta que alcance el monto del deducible del plan. Para todos los demás medicamentos, no deberá pagar ningún deducible. El **costo total** suele ser inferior al precio total habitual del medicamento, ya que el plan ha negociado costos más bajos para la mayoría de los medicamentos en las farmacias de la red.

Una vez que haya pagado \$545 por los medicamentos de *nivel 5*, sale de la etapa del deducible y pasa a 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 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 (su monto de copago o coseguro). Su parte del costo varía según el medicamento y la farmacia en la que obtiene su medicamento con receta.

El plan tiene cinco niveles de costo compartido

Cada medicamento de la “Lista de medicamentos” del plan se encuentra en uno de los cinco niveles de costo compartido. En general, cuanto más alto es el nivel de costo compartido, más alto es el costo del medicamento:

- Nivel 1: genéricos preferidos. Este nivel es el nivel más bajo y generalmente incluye medicamentos genéricos de menor costo.
- Nivel 2: genéricos. Este nivel incluye medicamentos genéricos.
- Nivel 3: medicamentos de marca preferidos. Este nivel incluye medicamentos de marca preferidos y medicamentos genéricos no preferidos.
- Nivel 4: medicamentos no preferidos. Este nivel incluye medicamentos no preferidos y medicamentos genéricos no preferidos.
- Nivel 5: medicamentos especiales. Este nivel incluye medicamentos de marca y algunos genéricos de costo muy elevado que puedan exigir una manipulación especial o estrecha vigilancia.

Para saber en qué nivel de costo compartido se encuentra su medicamento, consulte la “Lista de medicamentos” del plan.

Sus opciones de farmacias

Lo que paga por un medicamento depende de la farmacia de la que lo obtiene:

- Una farmacia minorista de la red.
- Una farmacia que no es de la red de nuestro plan. Cubrimos los medicamentos con receta que se hayan obtenido en farmacias fuera de la red solo en situaciones limitadas. Para obtener información sobre cuándo cubriremos un medicamento con receta obtenido en una farmacia fuera de la red, consulte la Sección 2.5 del Capítulo 3.
- La farmacia de entrega de medicamentos a domicilio 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.

Sección 5.2	Una tabla que muestra sus costos por un suministro de <i>un mes</i> de un medicamento
--------------------	--

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

Como se muestra en la tabla siguiente, el monto del copago o coseguro depende del nivel de costo compartido. A veces, el costo del medicamento es más bajo que su copago. En estos casos, usted paga el precio más bajo por el medicamento en lugar del copago.

Capítulo 4 Lo que paga por sus medicamentos con receta de la Parte D**Su parte del costo cuando recibe un suministro de un mes de un medicamento con receta cubierto de la Parte D:**

Nivel	Costo compartido (dentro de la red) (suministro para hasta 30 días)	Costo compartido de entrega a domicilio (dentro de la red) (suministro para hasta 30 días)	Costo compartido de cuidados a largo plazo (LTC) (dentro de la red) (suministro para hasta 31 días)	Costo compartido fuera de la red (La cobertura se limita a situaciones específicas; consulte el Capítulo 3 para obtener más detalles). (suministro para hasta 30 días)
Nivel 1 de costo compartido (<i>Genéricos preferidos</i>)	\$0 de copago	No cubierto	\$0 de copago	\$0 de copago
Nivel 2 de costo compartido (<i>Genéricos</i>)	\$3 de copago	No cubierto	\$3 de copago	\$3 de copago
Nivel 3 de costo compartido (<i>Medicamentos de marca preferidos</i>)	25% de coseguro	No cubierto	25% de coseguro	25% de coseguro
Nivel 4 de costo compartido (<i>Medicamentos no preferidos</i>)	33% de coseguro	No cubierto	33% de coseguro	33% de coseguro
Nivel 5 de costo compartido (<i>Medicamentos especiales</i>)	25% de coseguro	No cubierto	25% de coseguro	25% de coseguro

No pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de costo compartido, incluso si no pagó su deducible.

Consulte la Sección 9 de este capítulo para obtener más información sobre las vacunas de la Parte D y el costo compartido para estas vacunas.

Sección 5.3 Si su médico le receta un suministro para menos de un mes completo, es posible que no deba pagar el costo del suministro para el 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 algunos casos, a usted o su médico les gustaría obtener 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 reposición de diferentes medicamentos con receta.

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

Capítulo 4 Lo que paga por sus medicamentos con receta de la Parte D

- Si es responsable del coseguro, usted paga un *porcentaje* del costo total del medicamento. Dado que el coseguro se basa en el costo total del medicamento, su 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 reciba en lugar del mes completo. Calcularemos el monto que paga por día por su medicamento (la *tarifa diaria de costo compartido*) y la multiplicaremos por la cantidad de días del medicamento que reciba.

Sección 5.4	Una tabla que muestra sus costos por un suministro de un medicamento a largo plazo (de hasta 90 días)
--------------------	--

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

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

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

Su parte del costo cuando obtiene un suministro a largo plazo de un medicamento con receta cubierto de la Parte D:

Nivel	Costo compartido (dentro de la red) (suministro de hasta 90 días)	Costo compartido de entrega a domicilio (dentro de la red) (suministro de hasta 90 días)
Nivel 1 de costo compartido (<i>Genéricos preferidos</i>)	\$0 de copago	\$0 de copago
Nivel 2 de costo compartido (<i>Genéricos</i>)	\$9 de copago	\$9 de copago
Nivel 3 de costo compartido (<i>Medicamentos de marca preferidos</i>)	25% de coseguro	25% de coseguro
Nivel 4 de costo compartido (<i>Medicamentos no preferidos</i>)	33% de coseguro	33% de coseguro
Nivel 5 de costo compartido (<i>Medicamentos especiales</i>)	No disponible	No disponible

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 costo compartido, incluso si no pagó su deducible.

Sección 5.5	Permanece en la etapa de cobertura inicial hasta que sus costos totales por medicamentos del año alcancen los \$5,030
--------------------	--

Permanece en la etapa de cobertura inicial hasta que el monto total por los medicamentos con receta que obtuvo alcance el **límite de \$5,030 para la etapa de cobertura inicial**.

Capítulo 4 Lo que paga por sus medicamentos con receta de la Parte D

La EOB de la Parte D que recibió lo ayudará a llevar un registro de lo que usted, el plan y cualquier otro tercero en su nombre gastaron durante el año. Muchas personas no alcanzan el límite de \$5,030 en un año.

Le informaremos cuando alcance este monto. Si usted llega a este monto, abandonará la etapa de cobertura inicial y pasará a la etapa del período sin cobertura. Consulte la Sección 1.3 para saber cómo calcula Medicare sus gastos de bolsillo.

SECCIÓN 6 Costos en la etapa del período sin cobertura

Cuando usted está en la etapa del período sin cobertura, el Programa de descuento para el período sin cobertura de Medicare brinda descuentos otorgados por los fabricantes en medicamentos de marca. Usted paga el 25% del precio negociado y una parte del cargo por despacho de los medicamentos de marca. El monto que usted paga y el monto descontado por el fabricante cuentan para los gastos de bolsillo como si los hubiera pagado usted, y lo sacan del período sin cobertura.

También recibe cobertura parcial por los medicamentos genéricos. Usted no paga más del 25% del costo por medicamentos genéricos y el plan paga el resto. Solo cuenta el monto que usted paga y lo saca del período sin cobertura.

Usted sigue pagando estos costos hasta que el total anual de lo que paga de su bolsillo llegue a la cantidad máxima que ha fijado Medicare. Cuando llega a este límite de \$8,000, usted sale de la etapa del período sin cobertura y pasa a la etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

Medicare tiene normas acerca de lo que cuenta y lo que *no* cuenta como sus gastos de bolsillo (Sección 1.3).

Los requisitos de coseguro de la etapa del período sin cobertura no se aplican a los productos de insulina cubiertos por la Parte D ni a la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, incluidas las vacunas contra el herpes zóster, las vacunas contra el tétanos y las vacunas necesarias para viajar.

No pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de costo compartido.

Consulte la Sección 9 de este capítulo para obtener más información sobre las vacunas de la Parte D y el costo compartido para estas vacunas.

SECCIÓN 7 Durante la etapa de cobertura en situaciones catastróficas, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D

Usted entra en la etapa de cobertura en situaciones catastróficas cuando sus gastos de bolsillo han alcanzado el límite de \$8,000 para el año calendario. Una vez que se encuentre en la etapa de cobertura en situaciones catastróficas, permanecerá en esta etapa por lo que resta del año calendario.

- Durante esta etapa, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no paga nada.

SECCIÓN 8 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. Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar información sobre estas vacunas en la “Lista de medicamentos” del plan. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos sin costo alguno para usted, incluso si no pagó su deducible.

Consulte la “Lista de medicamentos” de su plan o comuníquese con el Departamento de Servicio para Miembros para obtener detalles sobre la cobertura y el costo compartido de vacunas específicas.

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

- La primera parte de la cobertura es el costo de **la vacuna en sí**.
- La segunda parte de la cobertura es el costo de la **aplicación de la vacuna**. (Esto a veces se llama administración de la vacuna).

Sus costos de una vacuna de la Parte D dependen de tres elementos:

- 1. Si una organización llamada Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP) recomienda la vacuna para adultos.**
 - El ACIP recomienda la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos y no tienen ningún costo para usted.
- 2. Dónde obtiene la vacuna.**
 - La vacuna en sí puede ser dispensada por una farmacia o puede ser proporcionada por el consultorio del médico.
- 3. Quién le administra la vacuna.**
 - Un farmacéutico u otro proveedor pueden administrar la vacuna en la farmacia. Alternativamente, un proveedor puede administrarla en el consultorio del médico.

Lo que usted paga en el momento en que se le administra la vacuna de la Parte D puede variar según las circunstancias y la **etapa de pago del medicamento** en la que se encuentre.

- A veces, cuando obtiene la vacuna, deberá pagar el costo total tanto de la vacuna en sí como el costo del proveedor por administrarla. 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 recibe una vacuna, tendrá que pagar solo su parte del costo de acuerdo con el beneficio de la Parte D. Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, no pagará nada.

A continuación se presentan tres ejemplos de formas de recibir la administración de una vacuna de la Parte D.

- Situación 1:* Recibe la vacuna de la Parte D en la farmacia de la red. (La disponibilidad de esta opción depende del lugar en el que viva. En algunos estados no se permite que las farmacias administren ciertas vacunas).

Capítulo 4 Lo que paga por sus medicamentos con receta de la Parte D

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

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

- Cuando obtiene la vacuna, deberá pagar el costo total tanto de la vacuna en sí como el costo del proveedor por administrarla.
- Luego puede solicitarle a nuestro plan que le pague la parte que nos corresponde del costo a través de 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 cualquier coseguro o copago por la vacuna (incluida la administración), menos cualquier diferencia entre el monto que su médico cobra y lo que nosotros normalmente pagamos. (Si usted 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 administran.

- Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, no pagará nada por la vacuna en sí.
- Para otras vacunas de la parte D, deberá pagarle a la farmacia el coseguro o copago por la vacuna en sí.
- Cuando su médico le aplique la vacuna, es posible que deba pagar el costo total por este servicio.
- Luego puede solicitarle a nuestro plan que pague la parte que nos corresponde del costo a través de 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 cualquier coseguro por la administración de la vacuna, menos cualquier diferencia entre el monto que su médico cobra y lo que nosotros normalmente pagamos. (Si usted recibe “Ayuda adicional”, le reembolsaremos esta diferencia).

CAPÍTULO 5:

*Solicitarnos que paguemos
nuestra parte de los costos
de los medicamentos cubiertos*

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe solicitarnos 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 normas de cobertura del plan o es posible que reciba una factura de un proveedor. En estos casos, puede solicitarle a nuestro plan que le devuelva el dinero (esto generalmente se denomina *solicitar un reembolso*). Puede haber plazos que deba cumplir para que le devuelvan el dinero. Consulte la Sección 2 de este capítulo.

A continuación, se incluyen algunas situaciones en las cuales es posible que usted tenga que solicitarle un reembolso a nuestro plan. Todos estos ejemplos son tipos de decisiones de cobertura (para obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte el Capítulo 7).

1. Cuando utilice una farmacia fuera de la red para obtener un medicamento con receta

Si acude a una farmacia fuera de la red, es posible que la farmacia no pueda presentarnos la reclamación directamente. Cuando esto ocurra, usted deberá pagar el costo total de su medicamento con receta.

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos solicite que le reembolsemos nuestra parte del costo. Recuerde que solo cubrimos farmacias fuera de la red en circunstancias limitadas. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 3 para obtener más información sobre estas circunstancias.

2. Cuando pague el costo total de un medicamento con receta porque no tiene consigo su tarjeta de miembro del plan

Si no tiene con usted su tarjeta de miembro del plan, puede solicitar a la farmacia que llame al plan para que busque su información de inscripción. Sin embargo, si la farmacia no consigue la información sobre la inscripción que necesita de inmediato, es posible que usted tenga que pagar el costo total del medicamento.

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos solicite que le reembolsemos nuestra parte del costo.

3. Cuando pague el costo total de un medicamento con receta en otras circunstancias

Es posible que pague el costo total del medicamento con receta debido a que el medicamento no está cubierto por algún motivo.

- Por ejemplo, el medicamento puede no estar incluido en la “Lista de medicamentos” del plan o puede estar sujeto a un requisito o a una restricción que usted no conocía o no considera que deba aplicarse a su caso. Si decide adquirir el medicamento inmediatamente, es posible que tenga que pagar el costo total.
- Conserve su recibo y envíenos una copia cuando nos solicite un reembolso. En algunos casos, es probable que necesitemos que su médico nos proporcione más información a fin de reembolsarle la parte del costo del medicamento que nos corresponde.

4. Si se inscribe en nuestro plan en forma retroactiva

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

Si usted se inscribió en nuestro plan en forma retroactiva y pagó cualquier medicamento de su bolsillo con posterioridad a la fecha de su inscripción, puede solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte de los costos. Deberá presentar cierta documentación para que nos encarguemos del reembolso.

Capítulo 5 Solicitarnos que paguemos nuestra parte de los costos de los medicamentos cubiertos

Llame al Departamento de Servicio para Miembros para obtener más información sobre cómo solicitarnos un reembolso y los plazos para presentar la solicitud.

Todos los ejemplos mencionados anteriormente son tipos de decisiones de cobertura. Esto significa que, si rechazamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión. El Capítulo 7 de este documento contiene información sobre cómo presentar una apelación.

SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos un reembolso

Puede solicitarnos un reembolso enviándonos una solicitud por escrito. Si envía una solicitud por escrito, envíenos el recibo que documenta el pago que ha realizado. Le recomendamos que conserve una copia de sus recibos para sus registros. **Debe enviarnos la reclamación dentro de 36 meses** a partir de la fecha en la que recibió el servicio, artículo o medicamento.

A fin de asegurarse de que nos proporcionó toda la información necesaria para que tomemos una decisión, puede completar nuestro formulario de reclamaciones para presentar su solicitud de pago.

- No es necesario utilizar el formulario, pero nos ayudará a procesar la información con mayor rapidez.
- Descargue una copia del formulario de nuestro sitio web azblue.com/medicare o llame al Departamento de Servicio para Miembros y pida el formulario.

Envíenos por correo su solicitud de pago junto con todas las facturas o los recibos pagados a la siguiente dirección:

Blue MedicareRx Value
P.O. Box 650629
Dallas, TX 75265-0629

**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

Una vez recibida su solicitud de pago, le comunicaremos si necesitamos que nos brinde información adicional. De lo contrario, evaluaremos su solicitud y tomaremos una decisión sobre la cobertura.

- Si decidimos que el medicamento está cubierto y que usted ha seguido todas las normas, pagaremos nuestra parte del costo. Le enviaremos por correo postal el reembolso de nuestra parte del costo. Enviaremos el pago en un plazo de 30 días después de la recepción de su solicitud.
- Si decidimos que el medicamento *no* está cubierto o que usted *no* cumplió todas las normas, no pagaremos la parte del costo que nos corresponde. Le enviaremos una carta en la que le explicaremos las razones por las que no le enviamos el pago y su derecho de apelar la decisión.

Sección 3.2 Si le confirmamos que no pagaremos el total o parte del medicamento, puede presentar una apelación
--

Si usted piensa que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago o no está de acuerdo con el monto que estamos pagando, puede presentar una apelación. Si presenta una apelación, significa que usted nos solicita que cambiemos la decisión de rechazar su solicitud de pago. El proceso de apelación es un proceso formal que consta de procedimientos detallados y plazos importantes. Para obtener detalles sobre cómo presentar esta apelación, vaya al 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

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 Blue MedicareRx Value at **1-844-883-8524** (TTY: **711**). 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 1.1	Debemos proporcionarle información de una manera que funcione para usted y de acuerdo con la conciencia cultural (idiomas que no sean inglés, braille, letra grande u otros formatos alternativos, etc.)
--------------------	---

Su plan debe garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se brinden de una manera consciente de la cultura de la población y sean accesibles para todas las personas inscritas, incluidas aquellas con dominio limitado del inglés, habilidades limitadas de lectura, discapacidad auditiva o aquellos con cultura y orígenes étnicos diversos. Ejemplos de cómo un plan puede cumplir con los requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros, la prestación de servicios de traducción, servicios de interpretación, teletipos o conexión TTY (modo teléfono de texto o teletipo).

Nuestro plan cuenta con servicios de interpretación gratuitos para responder preguntas de aquellos miembros que no hablan inglés. También podemos proporcionarle información en braille, letra grande u otros formatos alternativos sin costo, si la necesita. Debemos ofrecerle información sobre los beneficios del plan en un formato accesible y adecuado para usted. Llame al Departamento de Servicio para Miembros para obtener información de una manera que sea conveniente para usted.

Si tiene problemas para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, llame para presentar una queja ante Blue MedicareRx Value al **1-844-883-8524** (TTY: **711**). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente a la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697 para presentar un reclamo ante Medicare.

Sección 1.2 Debemos asegurarnos de que tenga acceso oportuno a sus medicamentos cubiertos

Tiene derecho a obtener sus medicamentos con receta o a reponerlos en cualquiera de las farmacias de nuestra red, sin demoras prolongadas. Si usted considera que no está recibiendo los medicamentos de la Parte D dentro de un período razonable, en el Capítulo 7 se explica lo que puede hacer.

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

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de sus registros médicos y su información de salud personal. Protegemos su información de salud personal según lo establecen estas leyes.

- Su *información de salud personal* incluye la información personal que usted nos proporcionó en el momento de inscribirse en este plan, así como su expediente médico y otra información médica o de salud.
- Tiene derechos relacionados con su información y el control de cómo se utiliza su información de salud. Le proporcionamos un aviso por escrito, llamado *Aviso de las prácticas de privacidad*, que describe estos derechos y explica cómo protegemos la privacidad de su información de salud.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información de salud?

- Nos aseguramos de que las personas no autorizadas no tengan acceso a sus registros ni los modifiquen.
- Excepto en las situaciones mencionadas a continuación, si tenemos la intención de suministrarle su información de salud a otra persona que no le brinda atención ni paga por ella, *tenemos la obligación de pedirle a usted, o a alguien que tenga el poder legal de tomar decisiones por usted, su autorización por escrito antes de hacerlo.*
- Existen ciertas excepciones por las que no se requiere que le solicitemos antes su permiso por escrito. Dichas excepciones están permitidas o exigidas por ley.
 - Se nos exige dar a conocer información de salud a agencias del gobierno que controlan la calidad de la atención.
 - Dado que es miembro de nuestro plan a través de Medicare, estamos obligados a brindar su información de salud a Medicare, incluida la información sobre sus medicamentos con receta de la Parte D. Si Medicare da a conocer su información para investigación u otros usos, esto se hará de acuerdo con las leyes y reglamentaciones federales; en general, esto requiere que no se comparta la información que lo identifica específicamente.

Usted puede tener acceso a la información de sus registros y saber cómo se divulgó a terceros

Tiene derecho a tener acceso a los registros médicos que se encuentran en el plan y a obtener una copia. Estamos autorizados a cobrarle una tarifa por las copias. Además, usted tiene derecho a solicitarnos que agreguemos o corrijamos información en sus registros médicos. Si usted nos pide hacer esto, hablaremos con su proveedor de atención médica para decidir si los cambios deben realizarse.

Usted tiene derecho a saber cómo se divulgó su información de salud a terceros con cualquier fin que no sea de rutina.

Capítulo 6 Sus derechos y responsabilidades

Si tiene alguna pregunta o inquietud sobre la privacidad de su información de salud personal, llame al Departamento de Servicio para Miembros.

Prácticas de privacidad de Blue MedicareRx**Su información. Sus derechos. Nuestras responsabilidades.**

El contenido proporcionado aquí se adaptó del Aviso de prácticas de privacidad del Departamento de Salud y Servicios Sociales de los EE. UU. Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar información médica sobre usted y cómo usted puede obtener acceso a esta información. Léalo con detenimiento.

Sus derechos

Usted tiene derecho a lo siguiente:

- Obtener una copia de sus registros de salud y de reclamaciones.
- Corregir sus registros de salud y de reclamaciones.
- Solicitar comunicaciones confidenciales.
- Solicitar que limitemos la información que compartimos.
- Obtener una lista de aquellos con quienes hemos compartido su información.
- Obtener una copia de este aviso de privacidad.
- Elegir a alguien que actúe por usted.
- Presentar un reclamo si cree que sus derechos de privacidad han sido violados.

Sus decisiones

Usted puede tomar algunas decisiones sobre la forma en que usamos y compartimos información en las siguientes situaciones:

- Cuando respondemos preguntas de sus familiares y amigos sobre la cobertura.
- Cuando brindamos ayuda en caso de desastre.

Nuestros usos y divulgaciones

Podemos usar y compartir (divulgar) su información en las siguientes situaciones:

- Cuando ayudamos a gestionar el tratamiento de atención médica que recibe.
- Cuando dirigimos nuestra organización.
- Cuando pagamos sus servicios de salud.
- Cuando administramos su plan de salud.
- Cuando ayudamos con asuntos de salud y seguridad públicas.
- Cuando llevamos a cabo investigaciones.
- Cuando cumplimos con la ley.
- Cuando respondemos a solicitudes de donaciones de órganos y tejidos, y trabajamos con un médico forense o director de funeraria.
- Cuando abordamos la compensación al trabajador, el cumplimiento de la ley y otras solicitudes del gobierno.
- Cuando respondemos a demandas y acciones legales.

Capítulo 6 Sus derechos y responsabilidades

Sus derechos

Cuando se trata de su información de salud, usted tiene ciertos derechos. Esta sección de nuestro sitio web explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades de brindarle ayuda.

Para ejercer cualquiera de estos derechos, llame al Departamento de Servicio para Miembros al número que figura en su tarjeta de identificación, o llame a la Oficina de Privacidad al **1-844-883-8524** (TTY: **711**).

Obtener una copia de sus registros de salud y de reclamaciones

- Puede solicitar ver u obtener una copia de sus registros de salud y de reclamaciones y otra información de salud que tengamos sobre usted. Para saber cómo hacerlo, llame al Departamento de Servicio para Miembros al número que figura en su tarjeta de identificación.
- Le proporcionaremos una copia o un resumen de sus registros de salud y de reclamaciones, por lo general, dentro de los 30 días de recibida su solicitud. Es posible que cobremos una tarifa razonable en función del costo.

Solicitar que corriamos sus registros de salud y de reclamaciones

- Puede solicitar que corriamos sus registros de salud y de reclamaciones si piensa que son incorrectos o están incompletos. Para saber cómo hacerlo, llame al Departamento de Servicio para Miembros al número que figura en su tarjeta de identificación.
- Es posible que digamos que “no” a su solicitud, pero le diremos el motivo por escrito dentro de los 60 días.

Solicitar comunicaciones confidenciales

- Puede solicitar que nos comuniquemos con usted de alguna forma específica (por ejemplo, al teléfono de su casa u oficina) o que enviemos el correo a una dirección distinta.
- Consideraremos todas las solicitudes razonables, y debemos decir “sí” en caso de que nos informe que estaría en peligro si no lo hacemos.

Solicitar que limitemos lo que usamos o compartimos

- Puede solicitar que no usemos o compartamos cierta información de salud para tratamientos, pagos o nuestras actividades.
- No estamos obligados a acceder a su solicitud, y podremos negarnos si esto afectase su atención.

Obtener una lista de aquellos con quienes hemos compartido información

- Puede solicitar una lista (informe) de las veces que hemos compartido su información de salud, con quién la compartimos y por qué, durante los seis años previos a la fecha de su solicitud.
- Incluiremos todas las divulgaciones, excepto aquellas sobre tratamientos, pagos y actividades de atención médica, y otras divulgaciones determinadas (como las que nos haya pedido hacer). Le brindaremos un informe gratuito por año, pero le cobraremos una tarifa razonable en función del costo si solicita otro en el plazo de 12 meses.

Obtener una copia de este aviso de privacidad

Puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si ha aceptado recibir el aviso de manera electrónica. Le proporcionaremos una copia impresa de inmediato.

Elegir a alguien que actúe por usted

Capítulo 6 Sus derechos y responsabilidades

- Si le ha dado a alguien un poder notarial médico o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información de salud.
- Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar por usted antes de que tomemos cualquier medida.

Presentar un reclamo si considera que se violaron sus derechos

- Si considera que hemos violado sus derechos, comuníquese para presentar un reclamo a:
Privacy office
Blue MedicareRx Value
2300 Main Street,
CA134-0304,
Irvine, CA 92614
Número de teléfono gratuito: **1-844-883-8524**
TTY: **711**
- Puede presentar un reclamo ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Sociales de los EE. UU. enviando una carta a:
**200 Independence Avenue, S.W.,
Washington, D.C. 20201;**
llamando al 1-877-696-6775;
o visitando www.hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint/index.html
- No tomaremos represalias en su contra por presentar un reclamo.

Sus decisiones

Tiene derecho a elegir personas específicas (familiares, amigos cercanos u otras personas) con quienes podemos compartir cierta información de salud en situaciones específicas. Estas son las siguientes:

1. Personas que pueden ayudarlo a obtener atención médica o pagar por servicios, como:
 - a. Un amigo que a veces retira los medicamentos con receta por usted.
 - b. Un familiar cercano que administra sus facturas médicas.
 - c. Un hijo o hija que lo acompañan a las visitas al médico.
2. Las personas con las que desea que nos comuniquemos si tiene una emergencia médica.

En una situación de desastre, lo mejor para usted puede ser que compartamos su información de salud protegida con entidades públicas o privadas que están autorizadas a tener esta información conforme a la ley para ayudar en los esfuerzos de alivio en situaciones de desastre. Sin embargo, la decisión es suya. Puede decirnos si nos autoriza o no a compartir su información con organizaciones de ayuda en casos de desastre.

Si tiene una preferencia clara para la forma en que compartimos su información en las situaciones que se describen anteriormente, hable con nosotros. Díganos lo que quiere que hagamos y seguiremos sus instrucciones.

Si no puede decirnos su preferencia, por ejemplo, si está inconsciente, es posible que compartamos su información si creemos que es para su propio beneficio. También podemos compartir su información cuando sea necesario para mitigar una amenaza grave e inminente a su salud o seguridad.

En estos casos, nunca compartimos su información a menos que nos dé autorización por escrito:

Capítulo 6 Sus derechos y responsabilidades

- Fines de marketing
- Venta de su información

Nuestros usos y divulgaciones

¿Cómo usamos o compartimos generalmente su información de salud?

Usamos o compartimos generalmente su información de salud para lo siguiente:

Ayudar a gestionar el tratamiento de atención médica que recibe

Podemos usar su información de salud y compartirla con profesionales que le están brindando tratamiento.

Ejemplo: Un médico nos envía información sobre su diagnóstico y plan de tratamiento para que podamos coordinar servicios adicionales.

Dirigir nuestra organización

- Podemos usar y divulgar su información para dirigir nuestra organización y comunicarnos con usted cuando sea necesario.
- No tenemos permitido usar información genética para decidir si le brindaremos cobertura ni para determinar el precio de esa cobertura. Esto no se aplica a los planes de atención a largo plazo.

Ejemplo: Usamos información de salud sobre usted para desarrollar mejores servicios para usted.

Pagar sus servicios de salud

Podemos usar y divulgar su información de salud cuando pagamos sus servicios de salud.

Ejemplo: Compartimos información sobre usted con su plan dental para coordinar el pago de sus procedimientos odontológicos.

Administrar su plan

Podemos divulgar su información de salud a su patrocinador del plan de salud para la administración del plan.

Ejemplo: Su compañía tiene un contrato con nosotros para brindar un plan de salud, y nosotros le brindamos a su compañía ciertas estadísticas para explicar las primas que cobramos.

¿De qué otras formas podemos usar o compartir su información de salud?

Tenemos permitido o debemos compartir su información de otras formas: por lo general, de maneras que contribuyen al bien público, como la salud pública y la investigación. Tenemos que cumplir muchas condiciones conforme a la ley antes de poder compartir su información con estos fines. Para obtener más información, visite www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html.

Brindar ayuda con asuntos de salud y seguridad públicas

Podemos compartir información de salud sobre usted con ciertos fines de salud pública, como los siguientes:

- Prevenir enfermedades.
- Ayudar con retiros de productos.
- Informar sobre reacciones adversas (como efectos secundarios graves o reacciones alérgicas) a medicamentos.

Capítulo 6 Sus derechos y responsabilidades

- Informar sobre presuntos casos de abuso, negligencia o violencia doméstica.
- Prevenir o mitigar una amenaza grave para la salud o la seguridad de una persona.

Llevar a cabo investigaciones

Podemos usar o compartir su información para investigaciones de salud.

Cumplir con la ley

Compartiremos información sobre usted si las leyes estatales o federales lo exigen, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Sociales, si desea verificar que estemos cumpliendo con la ley federal de privacidad.

Responder a solicitudes de donaciones de órganos y tejidos, y trabajar con un médico forense o director de funeraria

- Podemos compartir información de salud sobre usted con organizaciones que se ocupan de la donación y el trasplante de órganos, ojos o tejidos.
- Cuando una persona muere, podemos compartir su información de salud con un perito, médico forense o director de funeraria.

Abordar la compensación al trabajador, el cumplimiento de la ley y otras solicitudes del gobierno

Podemos usar o compartir información de salud sobre usted:

- Para reclamaciones de compensación al trabajador.
- Con fines de cumplimiento de la ley o con un agente del orden público.
- Con agencias de supervisión de la salud para actividades autorizadas por la ley.
- Para funciones especiales del gobierno, como la defensa, la seguridad nacional y los servicios de protección presidencial.

Responder a demandas y acciones legales

Podemos compartir información de salud sobre usted en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación legal.

Nuestras responsabilidades

- La ley nos exige mantener la privacidad y seguridad de su información de salud protegida (PHI).
- Le informaremos de inmediato en caso de una violación de confidencialidad que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos seguir las exigencias y prácticas de privacidad descritas en este aviso.
- Si solicita una copia impresa de este aviso, debemos proporcionarle una.
- No usaremos ni compartiremos su información de alguna forma que no se describa aquí a menos que nos dé autorización por escrito. Si nos dice que podemos, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Infórmenos por escrito si cambia de opinión.

Para obtener más información, visite

www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html

Capítulo 6 Sus derechos y responsabilidades**Cambios en los términos de este aviso**

Podemos cambiar los términos de este aviso en cualquier momento, y los cambios se aplicarán a toda la información que tengamos sobre usted. Si lo hacemos, publicaremos un aviso revisado en nuestro sitio web, azblue.com/medicare. En nuestro próximo envío anual después de que se hayan realizado los cambios, incluiremos una copia del aviso revisado o una explicación de los cambios, e instrucciones sobre cómo puede obtener una copia del aviso revisado.

Si usted o alguien a quien está ayudando tiene dudas sobre Blue MedicareRx, tiene derecho a recibir ayuda e información en su idioma, sin cargo. Obtenga más información en: azblue.com/medicare.

Oficina de privacidad

Dirección postal:
Blue MedicareRx Value
P.O. Box 269029
Weston, FL 33326-9029
Número de teléfono gratuito: **1-844-883-8524**
TTY: **711**

Sección 1.4 Debemos brindarle información sobre el plan, la red de farmacias y sus medicamentos cubiertos

Como miembro de Blue MedicareRx Value, tiene derecho a recibir distintos tipos de información de nuestra parte.

Si desea obtener cualquiera de los siguientes tipos de información, llame al Departamento de Servicio para Miembros.

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera del plan.
- **Información sobre nuestras farmacias de la red.** Tiene derecho a obtener información sobre las calificaciones de las farmacias de nuestra red y sobre cómo les pagamos a estas farmacias.
- **Información sobre su cobertura y las normas que debe respetar cuando usa su cobertura.** Los Capítulos 3 y 4 proporcionan información sobre la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.
- **Información sobre por qué algo no está cubierto y lo que puede hacer al respecto.** El Capítulo 7 proporciona información sobre cómo pedir una explicación por escrito acerca de por qué un medicamento de la Parte D no tiene cobertura o si su cobertura tiene algún tipo de restricción. El Capítulo 7 también proporciona información sobre cómo pedirnos que cambiemos una decisión, también llamada apelación.

Sección 1.5 Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su atención**Tiene derecho a dar instrucciones acerca de lo que se debe hacer en caso de que usted no pueda tomar decisiones médicas por su cuenta**

A veces, las personas no pueden tomar decisiones de atención médica por sí mismas debido a accidentes o enfermedades graves. Tiene derecho a decir qué quiere que suceda si se encuentra en esa situación. Esto significa que, *si lo desea*, puede hacer lo siguiente:

Capítulo 6 Sus derechos y responsabilidades

- Completar un formulario escrito para otorgar a **una persona la autoridad legal de tomar decisiones médicas en su nombre** si alguna vez no puede tomarlas por su cuenta.
- **Proporcionarles instrucciones por escrito a sus médicos** sobre cómo desea que gestionen su atención médica en caso de que no pueda tomar las decisiones por su cuenta.

Los documentos legales que puede usar para proporcionar sus instrucciones por anticipado en estas situaciones se denominan **instrucciones anticipadas**. Existen diferentes tipos de instrucciones anticipadas y distintas formas de nombrarlas. Los documentos denominados **testamento en vida y poder legal para la atención médica** son ejemplos de instrucciones anticipadas.

Si desea usar una *instrucción anticipada* para dar instrucciones, a continuación se describe lo que debe hacer:

- **Obtener el formulario.** Puede recibir un formulario de instrucciones anticipadas a través de su abogado o de un asistente social, o puede conseguirlo en algunas tiendas de artículos para oficina. En ocasiones, puede obtener formularios de instrucciones anticipadas a través de organizaciones que dan información sobre Medicare. También puede comunicarse con el Departamento de Servicio para Miembros para solicitar los formularios.
- **Completar y firmar el formulario.** Independientemente del lugar donde obtenga este formulario, tenga en cuenta que constituye un documento legal. Debería considerar la posibilidad de que un abogado 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 como la persona responsable de tomar las decisiones en su nombre en caso de que usted no pueda hacerlo. Puede darles copias a algunos amigos cercanos o miembros de la familia. Guarde una copia en su casa.

Si sabe con anticipación que lo hospitalizarán y firmó una instrucción anticipada, **lleve una copia al hospital**.

- En el hospital le preguntarán si firmó un formulario de instrucciones anticipadas y si lo tiene.
- Si no lo firmó, en el hospital hay formularios disponibles y le preguntarán si desea firmar uno.

Recuerde, usted es quien elige si desea completar una instrucción anticipada (incluso si desea firmar una si está hospitalizado). Según la ley, nadie puede negarle atención o discriminarlo por haber firmado o no una instrucción anticipada.

¿Qué sucede en caso de que sus instrucciones no se respeten?

Si firmó una instrucción anticipada y considera que un médico o el hospital no siguieron las instrucciones que allí se indican, puede presentar un reclamo ante:

Para presentar reclamos sobre los médicos:

Arizona Medical Board

Attn: Intake

9545 E. Doubletree Ranch Road

Scottsdale, AZ 85258

Número de teléfono gratuito: **1-877-255-2212**

Fax: **480-551-2828**

Sitio web: **www.azmd.gov**

Para presentar reclamos sobre los centros, como hospitales o centros de enfermería especializada:

Department of Health Services

150 N. 18th Avenue, Suite 450

Phoenix, AZ 85007-3242

Teléfono: **1-855-432-7587**

Fax: **602-792-0466**

Sitio web: **www.azdhs.gov**

Sección 1.6 Usted tiene derecho a presentar reclamos y pedirnos que reconsideremos decisiones que hayamos tomado

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

Sección 1.7 ¿Qué puede hacer si siente 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 cree que recibió un trato injusto o sus derechos no se respetaron debido a su 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 o TTY 1-800-537-7697, o a la Oficina de Derechos Civiles local.

¿Se trata de alguna otra cuestión?

Si considera que recibió un trato injusto o que no se respetaron sus derechos, y *no* fue por discriminación, puede obtener ayuda para resolver su problema.

- Puede llamar al **Departamento de Servicio para Miembros.**
- Puede **llamar al SHIP.** Para obtener más información, 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 al **Departamento de Servicio para Miembros.**
- Puede **llamar al SHIP.** Para obtener más información, 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.)
 - O bien, puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, 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 alguna pregunta, llame al Departamento de Servicio para Miembros.

- **Conozca sus medicamentos cubiertos y las normas que debe seguir para obtenerlos.** Use esta Evidencia de cobertura para obtener información sobre lo que está cubierto y las normas que debe cumplir para obtener los medicamentos cubiertos.
 - En los Capítulos 3 y 4 se proporcionan detalles sobre su cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.
- **Si tiene otra cobertura de medicamentos con receta además de nuestro plan, debe informarnos.** El Capítulo 1 le informa sobre la coordinación de estos beneficios.
- **Informe a su médico y farmacéutico que está inscrito en nuestro plan.** Muestre la tarjeta de miembro del plan cada vez que obtenga medicamentos con receta de la Parte D.
- **Ayude a sus médicos y otros proveedores a que lo asistan dándoles información, haciéndoles preguntas y haciendo un seguimiento de su atención.**
 - Para ayudar a obtener la mejor atención, informe a sus médicos y otros proveedores de salud acerca de sus problemas de salud. Siga los planes de tratamiento y las instrucciones que usted y los médicos acuerden.
 - Asegúrese de que sus médicos conozcan todos los medicamentos que está tomando, incluso los medicamentos de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
 - Si tiene preguntas, no dude en hacerlas y obtener una respuesta que comprenda.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:
 - Debe pagar las primas del plan.

Para la mayoría de los medicamentos cubiertos por el plan, debe pagar su parte del costo cuando obtiene el medicamento.
 - Si tiene que pagar una multa por inscripción tardía, lo debe hacer para seguir siendo miembro del plan.
 - Si debe pagar el monto adicional por la Parte D debido a sus ingresos anuales, debe continuar pagando este monto directamente al gobierno para seguir siendo miembro del plan.
- **Si se muda *dentro* de nuestra área de servicio, debemos estar al tanto** para poder mantener actualizado su registro de miembro y saber cómo contactarlo.
- **Si se muda *fuera* del área de servicio de nuestro plan, no puede seguir siendo miembro.**
- Si se muda, también es importante que se lo comunique al Seguro Social (o a la Junta de Jubilación Ferroviaria).

CAPÍTULO 7:

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

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Qué debe hacer si tiene un problema o una inquietud

Este capítulo describe dos tipos de procesos para la gestión de problemas e inquietudes:

- Para algunos problemas, debe usar el **proceso para decisiones de cobertura y apelaciones**.
- Para otros problemas, debe usar el **proceso para presentar reclamos**, también denominados quejas.

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

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

Sección 1.2 Acerca de los términos legales
--

Existe terminología legal para algunos de los procedimientos, normas y tipos de plazos que se explican en este capítulo. La mayoría de las personas no conoce muchos de estos términos que pueden resultar difíciles de entender. Para facilitar las cosas, en este capítulo:

- 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 usa la menor cantidad de abreviaturas posible.

No obstante, puede resultarle útil, y, a veces, es muy importante, conocer los términos legales correctos. Saber qué términos emplear le permitirá comunicarse con mayor claridad para obtener la ayuda o información adecuadas para su situación. Para ayudarlo a conocer los términos que debe usar, incluimos términos legales cuando le brindamos información sobre cómo manejar tipos de situaciones específicas.

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada

Siempre estamos dispuestos a ayudarlo. Incluso si tiene un reclamo sobre el trato que le damos, estamos obligados a respetar su derecho a presentar un reclamo. Por lo tanto, siempre debe comunicarse con el servicio al cliente para obtener ayuda. Sin embargo, en algunas situaciones, quizás también desee obtener ayuda u orientación de alguien que no se relacione con nosotros. A continuación se presentan dos entidades que pueden ayudarlo.

Programa Estatal de Asistencia en Seguro de Salud (SHIP)

Cada estado tiene un programa gubernamental con consejeros capacitados. El programa no tiene relación con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los asesores de este programa pueden ayudarlo a comprender qué proceso debe utilizar para resolver su problema. Además, pueden responder sus preguntas, brindarle más información u ofrecerle orientación acerca de lo que debe hacer.

Los servicios de los asesores de SHIP son gratuitos. Encontrará los números de teléfono y las direcciones URL de los sitios web en la Sección 3 del Capítulo 2 de este documento.

Medicare

También puede comunicarse con Medicare para obtener ayuda. Para comunicarse con Medicare realice lo siguiente:

- 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 ¿Qué proceso debe utilizar para tratar su problema?

Si tiene un problema o una inquietud, solamente debe leer las partes de este capítulo que se relacionen con su situación. La guía que se brinda a continuación le resultará de ayuda.

Para averiguar qué parte de este capítulo lo ayudará a resolver su problema o inquietud específicos, **EMPIECE AQUÍ**.

¿Su problema o inquietud están relacionados con sus beneficios o con su cobertura?

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

Sí.	No.
Continúe con la siguiente sección de este capítulo, Sección 4, Una guía sobre los aspectos básicos de las decisiones de cobertura y las apelaciones.	Pase a la Sección 7 al final de este capítulo: Cómo presentar reclamos sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes.

DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES

SECCIÓN 4 Una guía sobre los aspectos básicos de las decisiones de cobertura y las apelaciones

Sección 4.1 Cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: panorama general

Las decisiones de cobertura y las apelaciones tratan los problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura de medicamentos con receta, incluidos los pagos. Este es el procedimiento que debe utilizar para cuestiones relacionadas con determinar si un medicamento está cubierto y de qué forma lo está.

Cómo solicitar decisiones de cobertura antes de recibir beneficios

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

Tomamos una decisión de cobertura por usted cada vez que decidimos qué cubrimos y cuánto pagamos. En algunos casos, podríamos decidir que el medicamento no está cubierto o que ya no tiene cobertura de Medicare para usted. Si no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Capítulo 7 Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

En circunstancias limitadas, se rechazará una solicitud de decisión de cobertura, lo que significa que no la revisaremos. Por ejemplo, si la solicitud está incompleta, si alguien presenta la solicitud en su nombre pero no está legalmente autorizado para hacerlo o si solicita que se retire su solicitud. Si rechazamos una solicitud de decisión de cobertura, enviaremos un aviso que explique por qué se rechazó la solicitud y cómo solicitar una revisión del rechazo.

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura, ya sea antes o después de recibir un servicio, y no se siente satisfecho con ella, puede *apelar* la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos 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 todas las normas correctamente. Cuando hayamos completado la revisión, le comunicaremos nuestra decisión.

En circunstancias limitadas, una solicitud de una apelación de Nivel 1 será rechazada, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Por ejemplo, si la solicitud está incompleta, si alguien presenta la solicitud en su nombre pero no está legalmente autorizado para hacerlo o si solicita que se retire su solicitud. Si rechazamos una solicitud de apelación de Nivel 1, enviaremos un aviso en el que se explicará por qué rechazamos la solicitud y cómo solicitar una revisión de la denegación.

Si no desestimamos su caso pero rechazamos la totalidad o una parte de su apelación de Nivel 1, puede solicitar una apelación de Nivel 2. Una organización de revisión independiente no relacionada con nosotros realizará la apelación de Nivel 2. Para las apelaciones de medicamentos de la Parte D, si rechazamos una parte o la totalidad de su apelación, deberá solicitar una apelación de Nivel 2. Puede ver los detalles de las apelaciones de la Parte D 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 (en la Sección 6 de este capítulo se explican los procesos de apelación de Nivel 3, 4 y 5).

Sección 4.2 **Cómo obtener ayuda cuando solicita una decisión de cobertura o presenta una apelación**

Estos son los recursos si decide solicitar algún tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- Puede **llamarnos al Departamento de Servicio para Miembros**.
- Puede **obtener ayuda gratuita** de su Programa Estatal de Asistencia en Seguro de Salud.
- **Su médico u otra persona que receta pueden presentar la solicitud por usted.** Para los medicamentos con receta de la Parte D, su médico u otra persona que receta 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 que receta pueden solicitar una apelación de Nivel 2.
- **Puede solicitar que alguien actúe en su nombre.** Si 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.

**Capítulo 7 Qué hacer si tiene un problema o un reclamo
(decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)**

- Si quiere que un amigo, un familiar u otra persona sea su representante, llame al Departamento de Servicio para Miembros y solicite el formulario de *designación de representante*. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en azblue.com/medicare). Por medio del formulario, se le otorga permiso a dicha persona para que actúe en su nombre. Debe estar firmado por usted y por la persona que desea que actúe en su nombre. Debe brindarnos una copia del formulario firmado.
- Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos comenzar ni terminar nuestra revisión si no lo recibimos. Si no recibimos el formulario dentro de los 44 días calendario después de recibir la solicitud de apelación (nuestro 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 de pedirle a una organización de revisión independiente que revise nuestra decisión de rechazar su apelación.
- **También tiene derecho a contratar a un abogado.** Puede comunicarse con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado del colegio de abogados local u otro servicio de remisión. Asimismo, existen grupos que le brindarán asistencia legal gratuita si reúne los requisitos. Sin embargo, **no es necesario que contrate a un abogado** para solicitar cualquier tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión.

**SECCIÓN 5 Sus medicamentos con receta de la
Parte D: Cómo solicitar una decisión de
cobertura o presentar una apelación**

Sección 5.1	En esta sección se 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 tener cobertura, el medicamento se debe administrar para una indicación médicamente aceptada. (Para obtener información sobre una indicación médicamente aceptada, consulte el Capítulo 3). Para obtener detalles sobre los medicamentos, las normas, las restricciones y los costos de la Parte D, consulte los Capítulos 3 y 4.

- **En esta sección se tratan solamente sus medicamentos de la Parte D.** Para simplificar las cosas, generalmente usamos la palabra *medicamento* en el resto de esta sección en lugar de repetir *medicamento con receta cubierto para pacientes externos* o *medicamento de la Parte D* cada vez que se lo menciona. 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 con las normas, puede preguntarnos. Algunos medicamentos requieren que obtenga nuestra aprobación antes de que los cubramos.
- Si en su farmacia le dicen que no puede obtener su medicamento con receta según lo que se indica por escrito, le entregarán un aviso por escrito con información sobre 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 con relación al monto que pagaremos por los medicamentos. En esta sección se le indica lo que puede hacer si se encuentra en cualquiera de las situaciones siguientes:

- Nos pide que cubramos un medicamento de la Parte D que no figura en la *Lista de medicamentos cubiertos* del plan. **Solicitar una excepción. Sección 5.2**
- Nos pide que no apliquemos una restricción a la cobertura del plan para un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede obtener). **Solicitar una excepción. Sección 5.2**
- Solicita pagar un monto de costo compartido más bajo por un medicamento cubierto en un nivel de costo compartido más alto. **Solicitar una excepción. Sección 5.2**
- Solicita una aprobación previa para un medicamento. **Solicitar una decisión de cobertura. Sección 5.4**
- Nos pide que paguemos un medicamento con receta que ya compró. **Pedirnos un reembolso. Sección 5.4**

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que tomamos, puede apelar nuestra decisión. En esta sección se le explica cómo solicitar decisiones de cobertura y cómo presentar una apelación.

Sección 5.2 ¿Qué es una excepción?

Términos legales

Solicitar la cobertura de un medicamento que no está en la “Lista de medicamentos” se denomina a veces **excepción al formulario**.

Solicitar que se elimine una restricción en la cobertura de un medicamento se denomina a veces una **excepción al formulario**.

Solicitar pagar un precio más bajo por un medicamento cubierto no preferido se denomina a veces solicitar una **excepción de nivel**.

Si un medicamento no está cubierto de la manera que desearía, puede solicitarnos que hagamos una *excepción*. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura.

Para que consideremos su solicitud de excepción, su médico o la persona que receta tendrán que explicar las razones médicas por las que necesita que se apruebe la excepción. A continuación, se describen tres ejemplos de excepciones que usted, su médico u otra persona que receta pueden solicitarnos:

- 1. Cubrir un medicamento de la Parte D que no figura en nuestra “Lista de medicamentos”.** En caso de que aceptemos cubrir un medicamento que no figura en la “Lista de medicamentos”, usted deberá pagar el monto de costo compartido que se aplica a los medicamentos en el *Nivel 4*. No puede solicitar que hagamos una excepción respecto del monto de costo compartido que usted debe pagar por el medicamento.
- 2. Eliminar una restricción de un medicamento cubierto.** En el Capítulo 3 se describen las normas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos en nuestra “Lista de medicamentos”. Si aceptamos hacer una excepción y quitarle una restricción, puede pedir que hagamos una excepción respecto del monto del copago o del coseguro que le exigimos pagar por el medicamento.
- 3. Cambiar la cobertura de un medicamento a un nivel más bajo de costo compartido.** Cada medicamento de nuestra “Lista de medicamentos” se clasifica en alguno de los *cinco* niveles de costo compartido. En general, mientras más bajo sea el nivel de costo compartido, menor será la parte del costo del medicamento que le corresponderá pagar a usted.
 - Si nuestra “Lista de medicamentos” incluye medicamentos alternativos para tratar su afección médica que están en un nivel de costo compartido más bajo que su medicamento, usted puede pedirnos que cubramos su medicamento al monto de costo compartido que se aplica a los medicamentos alternativos.
 - Si el medicamento que está tomando es un medicamento de marca, usted puede pedirnos que cubramos su medicamento al monto de costo compartido que se aplica al nivel más bajo que incluye alternativas de marca para tratar su afección.
 - No puede solicitarnos que cambiemos el nivel de costo compartido de ningún medicamento del *Nivel 5 (Medicamentos especiales)*.
 - Si aprobamos su excepción de nivel y hay más de un nivel de costo compartido más bajo con medicamentos alternativos que no puede tomar, generalmente pagará el monto más bajo.

Sección 5.3	Información importante que se debe tener en cuenta acerca de la solicitud de excepciones
--------------------	---

Su médico debe comunicarnos las razones médicas

Su médico u otra persona que receta debe enviarnos una declaración en la que se expliquen las razones médicas por las que solicita una excepción. Para obtener una decisión más rápida, incluya esta información provista por su médico u otra persona que receta cuando solicite la excepción.

Por lo general, en nuestra “Lista de medicamentos” se incluye más de un medicamento para el tratamiento de una afección determinada. Estas posibilidades diferentes se llaman medicamentos *alternativos*. Si un medicamento alternativo fuera tan eficaz como el medicamento que usted solicita y no causara más efectos secundarios u otros problemas de salud, generalmente *no* aprobaremos su solicitud de excepción. Si nos solicita una excepción de nivel, por lo general, *no* aprobamos su solicitud de excepción, a menos que todos los medicamentos alternativos del nivel de costo compartido más bajo no funcionen igual para usted o es probable que provoquen una reacción adversa u otro daño.

Podemos aceptar o rechazar su solicitud

- En caso de que aprobemos su solicitud de excepción, generalmente la aprobación tiene validez hasta el final del año del plan. Esto registrará siempre que su médico continúe recetándole el medicamento y que el medicamento siga siendo seguro y eficaz para el tratamiento de 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 <i>decisión de cobertura rápida</i> se denomina determinación de cobertura acelerada .

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

Las **decisiones de cobertura estándar** se toman en un plazo de **72 horas** después de recibida la declaración de su médico. Las **decisiones de cobertura rápidas** se toman en un plazo de **24 horas** después de recibida la declaración de su médico.

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

- Debe solicitar un *medicamento que aún no ha recibido*. (No puede solicitar una decisión de cobertura rápida para que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró).
- El uso de los plazos estándares podría *causarle daños graves en la salud o dañar su capacidad funcional*.
- **Si su médico o la persona que receta nos indican que su salud requiere una decisión de cobertura rápida, aceptaremos automáticamente tomar una decisión de cobertura rápida.**
- **Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta, sin el respaldo de su médico ni de otra persona que receta, decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta en la que se incluya lo siguiente:
 - Una explicación de que usaremos los plazos estándares.
 - Una explicación de que si su médico u otra persona que receta piden la decisión de cobertura rápida, automáticamente se la proporcionaremos.
 - Una explicación sobre cómo puede presentar un *reclamo rápido* sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó. Responderemos a su reclamo en un plazo de 24 horas desde su recepción.

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

Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o brindemos cobertura para el medicamento con receta que desea. También puede acceder al proceso de decisión de cobertura a través de nuestro sitio web. Debemos aceptar todas las solicitudes por escrito, incluidas las solicitudes enviadas a través del *formulario de solicitud de determinación de cobertura modelo de CMS* o del formulario del plan, los cuales están disponibles en nuestro sitio web. El Capítulo 2 contiene información de contacto. Para ayudarnos a procesar su solicitud, asegúrese de incluir su nombre, la información de contacto y la información que identifica la reclamación denegada por la que se está apelando.

Usted, su médico (u otra persona que receta) o su representante pueden hacer esto. Asimismo, puede representarlo un abogado. En la Sección 4 de este capítulo se explica cómo puede otorgar un permiso por escrito para que otra persona lo represente.

- **Si solicita que se haga una excepción, proporcione la *declaración de respaldo***, que es la razón médica de la excepción. Su médico o la persona que receta pueden enviarnos la declaración por fax o por correo. O su médico o la persona que receta pueden 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 una respuesta.

Plazos para una decisión de cobertura rápida

- En general, debemos darle una respuesta en un plazo de **24 horas** después de recibida su solicitud.
 - En el caso de las excepciones, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas después de recibida la declaración de respaldo de su médico. Le daremos una respuesta antes de ese plazo si su estado de salud así lo requiere.
 - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 24 horas después de recibida su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
- **Si rechazamos una 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 de cobertura estándar sobre un medicamento que aún no ha recibido

- En general, debemos darle una respuesta en un plazo de **72 horas** después de recibida su solicitud.
 - En el caso de las excepciones, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibida la declaración de respaldo de su médico. Le daremos una respuesta antes de ese plazo si su estado de salud así lo requiere.
 - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos una 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 solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.

- **Si rechazamos una 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 de cobertura estándar sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Debemos darle una respuesta **en el plazo de los 14 días calendario** de haber recibido su solicitud.
 - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos una 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 una 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 rechazamos su solicitud, usted tiene derecho a solicitarnos que reconsideremos la decisión mediante la presentación de una apelación. Esto significa hacer otro intento para obtener la cobertura del medicamento que quiere. Si desea apelar, significa que está avanzando al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

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

Término Legal

Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de un medicamento de la Parte D se llama **redeterminación**.

Una *apelación rápida* también se denomina **redeterminación acelerada**.

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

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

- Si usted apela una decisión que tomamos acerca de un medicamento que aún no adquirió, usted, su médico u otra persona que receta deberán decidir si es necesaria una *apelación rápida*.
- Los requisitos para obtener una *apelación rápida* son los mismos que se aplican para obtener una *decisión de cobertura rápida* en la Sección 5.4 de este capítulo.

Paso 2: Usted, su representante, su médico u otra persona que receta deben contactarse con nosotros y presentar una apelación de Nivel 1. Si su salud requiere una respuesta rápida, debe solicitar una *apelación rápida*.

- **En el caso de las apelaciones estándares, envíe una solicitud por escrito.** El Capítulo 2 contiene información de contacto.

Capítulo 7 Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- **En el caso de las apelaciones rápidas, envíe su apelación por escrito o llámenos al 1-844-883-8524 (TTY: 711).** El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito**, incluida una solicitud enviada en el formulario de solicitud de determinación de cobertura modelo de CMS, que está disponible en nuestro sitio web. Asegúrese de incluir su nombre, la información de contacto y la información sobre su reclamación para ayudarnos a procesar su solicitud.
- **Debe realizar su solicitud de apelación en el plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta a la decisión de cobertura. Si no cumplió con este plazo y tiene un buen motivo para no haberlo hecho, explique la razón por la cual se demoró su apelación cuando la presente. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Algunos ejemplos de una causa justificada pueden incluir una enfermedad grave que le impidió contactarnos o si le brindamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información en la apelación y agregar más información.** Usted y su médico pueden agregar información adicional para sustentar su apelación.

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

- Cuando revisemos su apelación, volveremos a analizar detenidamente toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificamos si seguimos todas las normas en el momento en que rechazamos su solicitud.
- Es probable que nos comuniquemos con usted, con su médico o con la persona que receta para obtener más información.

Plazos para una apelación rápida

- En el caso de las apelaciones rápidas, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación.** Le daremos una respuesta antes de ese plazo si su estado de salud así lo requiere.
 - 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, donde la revisará una organización de revisión independiente. En la Sección 5.6 se explica el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos proporcionar la cobertura que nos comprometimos a proveer en el plazo de las 72 horas de recibida su apelación.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración escrita con los motivos del rechazo y le indicaremos cómo apelar nuestra decisión.

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

- En el caso de las apelaciones estándares, debemos darle una respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de haber recibido su apelación. Le informaremos nuestra decisión antes de ese plazo si aún no adquirió el medicamento y su afección médica así lo requiere.
 - 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, donde la revisará una organización de revisión independiente. En la Sección 5.6 se explica el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos brindar la cobertura tan rápido como lo requiera su salud, pero nunca después de **7 días calendario** de recibida su apelación.

- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración escrita con los motivos del rechazo y le indicaremos cómo apelar nuestra decisión.

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

- Debemos darle una respuesta **en el plazo de los 14 días calendario** de haber recibido su solicitud.
 - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, también debemos pagarle en un plazo de 30 días calendario después de haber recibido su solicitud.
- **Si rechazamos una 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 debe decidir si quiere continuar con el proceso y presentar otra apelación.

- Si decide presentar otra apelación, significa que su apelación se enviará 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 denomina **IRE**.

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

Paso 1: Usted (o su representante, médico u otra persona que receta) debe comunicarse con la organización de revisión independiente y pedir una revisión de su caso.

- Si rechazamos su apelación de Nivel 1, el aviso escrito que le enviaremos incluirá **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 dentro del plazo aplicable o tomamos una decisión desfavorable con respecto a la determinación **de riesgo** según nuestro programa de administración de medicamentos, enviaremos automáticamente su reclamación a la IRE.
- Le enviaremos a esta organización la información que tengamos sobre su apelación. Esta información se denomina **expediente de su caso**. **Usted tiene derecho a solicitarnos una copia del expediente de su caso**.
- Usted tiene derecho a proporcionarle a la organización de revisión independiente información adicional para sustentar 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 para una apelación rápida

- Si su salud lo requiere, pida 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 para una apelación estándar

- En el caso de las apelaciones estándares, la organización de revisión debe comunicarle su respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación si es por un medicamento que aún no ha recibido. Si solicita 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 haber recibido su solicitud.

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

En el caso de las apelaciones rápidas:

- **Si la organización de revisión independiente acepta una 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 recibida la decisión de parte de dicha organización.

En el caso de las apelaciones estándares:

- **Si la organización de revisión independiente acepta una 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 una 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 recibida la decisión de parte de dicha organización**.

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

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

- Explicarle su decisión.
- Notificarle sobre el derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita alcanza 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 definitiva.
- Indicarle 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 (el total es de cinco niveles de apelación).
- Si desea continuar con una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez administrativo o un mediador. En la Sección 6 de este capítulo se explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 6 Llevar su apelación al Nivel 3 y niveles superiores

Sección 6.1 Apelaciones de Niveles 3, 4 y 5 para las solicitudes de 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 que apeló alcanza un determinado monto en dólares, es posible que pueda pasar a niveles de apelación adicionales. Si el monto en dólares es menor, ya no puede apelar más. La respuesta que recibe por escrito a la apelación de Nivel 2 le informará con quién debe comunicarse y lo que debe hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

Para la mayoría de las situaciones en las que se hacen apelaciones, los últimos tres niveles de apelaciones funcionan de la misma manera. A continuación se muestra quién se encarga de revisar su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3 Un juez administrativo o un mediador que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si la respuesta es afirmativa, el proceso de apelaciones se termina.** Debemos **autorizar o brindar la cobertura para medicamentos** que fue aprobada por el juez administrativo o mediador **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago, a más tardar, dentro de los 30 días calendario** después de recibir la decisión.
- **Si el juez administrativo o el mediador rechazan su apelación, es posible que el proceso de apelación termine o no.**
 - Si acepta esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación finaliza.
 - Si no desea aceptar la decisión, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le indicará qué hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4 El Consejo de Apelaciones de Medicare (el Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es afirmativa, el proceso de apelaciones se termina.** 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 decisión.
- **Si la respuesta es negativa, es posible que el proceso de apelación termine o no.**

- Si acepta esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación finaliza.
- 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 rechaza su solicitud de revisar la apelación, el aviso le informará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5. También se le indicará con quién comunicarse y qué hacer a continuación si decide seguir con su apelación.

Apelación de Nivel 5 Un juez del **Tribunal Federal de Primera Instancia** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si *acepta* o *rechaza* su solicitud. Esta es una respuesta definitiva. No hay más niveles de apelación tras el Tribunal Federal de Primera Instancia.

CÓMO PRESENTAR RECLAMOS

Sección 7 **Cómo presentar reclamos sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes**

Sección 7.1 **¿Qué tipo de problemas se tratan mediante el proceso de reclamos?**

El proceso de reclamos se utiliza *solo* para 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 se incluyen ejemplos de los tipos de problemas que se tratan en el proceso de reclamos.

Reclamo	EJEMPLO
Calidad de su atención médica	<ul style="list-style-type: none">● ¿No está satisfecho con la calidad de la atención médica que recibió?
Respeto de su privacidad	<ul style="list-style-type: none">● ¿Alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial?
Falta de respeto, atención deficiente al cliente u otros comportamientos negativos	<ul style="list-style-type: none">● ¿Alguien ha sido grosero o irrespetuoso con usted?● ¿No está satisfecho con nuestro Departamento de Servicio para Miembros?● ¿Cree que está siendo alentado a dejar el plan?
Tiempos de espera	<ul style="list-style-type: none">● ¿Algún farmacéutico, nuestro Departamento de Servicio para Miembros u otro miembro del personal del plan le hizo esperar mucho tiempo?<ul style="list-style-type: none">○ Entre los ejemplos se incluye esperar demasiado al teléfono, en la sala de espera o de consulta, o cuando le van a dar un medicamento.
Limpieza	<ul style="list-style-type: none">● ¿No está satisfecho con la limpieza o las condiciones de una farmacia?
Información que le proporcionamos	<ul style="list-style-type: none">● ¿No le dimos un aviso requerido?● ¿Nuestra información escrita es difícil de entender?

Puntualidad
(Estos tipos de reclamos se relacionan con la *puntualidad* de las medidas que tomamos respecto de las decisiones de cobertura y las apelaciones)

Si solicitó una decisión de cobertura o presentó una apelación y considera que no le respondemos con suficiente rapidez, puede presentar un reclamo por nuestra demora. Estos son algunos ejemplos:

- Ha pedido que le demos una *decisión de cobertura rápida* o una *apelación rápida*, y le hemos dicho que no; puede presentar un reclamo.
- Usted cree que no cumplimos con los plazos para decisiones de cobertura o apelaciones; puede presentar un reclamo.
- Usted cree que no cumplimos con los plazos de cobertura o reembolso de ciertos medicamentos que fueron aprobados; puede presentar un reclamo.
- Cree que no cumplimos con los plazos requeridos para enviar su caso a la organización de revisión independiente; puede presentar un reclamo.

Sección 7.2 Cómo presentar un reclamo

Término Legal

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

Sección 7.3 Paso a paso: Cómo presentar un reclamo

Paso 1: Comuníquese con nosotros lo antes posible, ya sea por teléfono o por correo.

- **Por lo general, el primer paso es llamar al Departamento de Servicio para Miembros.** Si es necesario que haga algo más, el Departamento de Servicio para Miembros se lo informará.
- **Si no desea llamar (o si llamó y no quedó conforme), puede presentar su reclamo por escrito y enviarlo.** Si presentó su reclamo por escrito, le responderemos por escrito.
- Este proceso se denomina proceso de quejas de Blue MedicareRx Value. Los miembros pueden presentar una queja al plan de manera verbal o por escrito en un plazo máximo de los 60 días posteriores al evento o incidente que dio lugar a esta queja según se menciona en esta Evidencia de cobertura (EOC). Sin embargo, las quejas por la calidad de la atención que se presentan directamente ante la organización para la mejora de la calidad pueden presentarse e investigarse después de un plazo de 60 días. La queja escrita se debe enviar por correo a la dirección para reclamos que se encuentra en el Capítulo 2. Consulte las viñetas siguientes para obtener más información.
- El **plazo** para presentar un reclamo es de **60 días calendario** desde el momento en que tuvo el problema por el que desea presentar el reclamo.

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

- **De ser posible, le responderemos de inmediato.** Si nos llama por un reclamo, puede que podamos responderle en la misma llamada telefónica.
- **La mayoría de los reclamos se responde en un plazo de 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora es para su conveniencia o si usted pide más tiempo, podemos demorar hasta 14 días calendario más (44 días calendario en total) en responder a su reclamo. Si decidimos tomarnos días adicionales, le informaremos por escrito.
- **Si presenta un reclamo porque rechazamos su solicitud de una *decisión de cobertura rápida* o una *apelación rápida*, automáticamente le daremos 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 una parte del reclamo o si no nos hacemos responsables del problema por el que está reclamando, incluiremos las razones en nuestra respuesta.

Sección 7.4 También puede presentar reclamos vinculados a la calidad de la atención ante 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 a 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 que el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare. El Capítulo 2 contiene información de contacto.

O bien

- **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 sobre su reclamo

Puede presentar un reclamo sobre Blue MedicareRx Value 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 deben llamar al 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 8:

Cancelar su membresía en el plan

SECCIÓN 1 Introducción a cómo cancelar su membresía en nuestro plan

Su membresía en Blue MedicareRx Value puede cancelarse de manera **voluntaria** (por decisión propia) o **involuntaria** (por decisión de otros):

- Es posible que deje de formar parte de nuestro plan porque decidió que *quiere* irse. Las Secciones 2 y 3 brindan información sobre cómo cancelar su membresía voluntariamente.
- También hay situaciones limitadas en las que nos vemos obligados a cancelar su membresía. La Sección 5 informa sobre situaciones en las que debemos cancelar su membresía.

Si abandona nuestro plan, debemos continuar proporcionando los medicamentos con receta y usted seguirá pagando la parte que le corresponde de los costos hasta que se cancele 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
--------------------	--

Puede cancelar su membresía en nuestro plan durante el **período de inscripción anual** (también conocido como el *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 es del 15 de octubre al 7 de diciembre.**
- Puede elegir mantener su cobertura actual o hacer cambios en su cobertura para el próximo año. Si decide cambiarse 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 que ofrece una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindarle todos los beneficios de la Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico) 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, su inscripción en Blue MedicareRx Value se cancelará cuando comience la cobertura de su nuevo plan. Sin embargo, si elige un plan privado de pago por servicios sin la cobertura de medicamentos de la Parte D, un plan de cuenta de ahorros para gastos médicos de Medicare o un plan de costos de Medicare, puede inscribirse en este plan y mantener Blue MedicareRx Value para su cobertura de medicamentos. Si usted no desea 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 se cancelará en nuestro plan** cuando comience la cobertura de su nuevo plan el 1 de enero.

Nota: Si cancela su inscripción en un plan de medicamentos con receta de Medicare y no tiene otra 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 determinadas situaciones, los miembros de Blue MedicareRx Value pueden ser elegibles para cancelar su membresía en otros momentos del año. Esto se conoce como **período de inscripción especial**.

- **Puede ser elegible para cancelar 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 comunicarse con el plan, llamar a Medicare o visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov):
 - Si se mudó fuera de su área de servicio del plan.
 - Si tiene Medicare.
 - Si es elegible para obtener “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos con receta de Medicare.
 - Si no cumplimos el contrato que tenemos con usted.
 - Si recibe atención en una institución, como una residencia para adultos mayores o un hospital de cuidado a largo plazo (LTC).
 - **Nota:** Si se encuentra en un programa de administración de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de plan. En la Sección 10 del Capítulo 3 se brinda más información sobre los programas de administración de medicamentos.
- **Los períodos de inscripción varían** según su situación.
- **Para saber si es elegible para un período de inscripción especial**, llame 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. Si es elegible para cancelar su membresía debido a una situación especial, puede elegir cambiar la cobertura de salud y la de medicamentos con receta de Medicare. Puede elegir entre lo siguiente:
 - Otro plan de medicamentos con receta de Medicare.
 - Medicare Original *sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.

Nota: Si cancela su inscripción en un plan de medicamentos con receta de Medicare y no tiene otra cobertura acreditable para medicamentos con receta durante un período continuo de 63 días 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 usted recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos con receta:** Si cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, salvo que haya elegido excluirse de la inscripción automática.
- *O bien*, un plan de salud de Medicare. Un plan de salud de Medicare es un plan que ofrece una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindarle todos los beneficios de la Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico) 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, su inscripción en Blue MedicareRx Value se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su nuevo plan. Sin embargo, si elige un plan privado de pago por servicios sin la cobertura de medicamentos de la Parte D, un plan de cuenta de ahorros para gastos médicos de Medicare o un plan de costos de Medicare, puede inscribirse en este plan y mantener Blue MedicareRx Value para su cobertura de medicamentos. Si usted no desea 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 se cancelará normalmente** el primer día del mes después de que recibamos su solicitud para cambiar de plan.

Sección 2.3	¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede cancelar su membresía?
--------------------	---

Si tiene alguna pregunta sobre cómo cancelar su membresía, puede hacer lo siguiente:

- **Llame al Departamento de Servicio para Miembros.**
- Puede encontrar la información en el manual **Medicare & You 2024** (Medicare y usted 2024).
- Comuníquese con **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 3 ¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan?

En la tabla siguiente se explica cómo debe cancelar su membresía en nuestro plan.

Si desea cambiarse de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
<ul style="list-style-type: none"> Otro plan de medicamentos con receta de Medicare. 	<ul style="list-style-type: none"> Inscríbase en el nuevo plan de medicamentos con receta de Medicare entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Su inscripción en Blue MedicareRx Value se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
<ul style="list-style-type: none"> Un plan de salud de Medicare. 	<ul style="list-style-type: none"> Inscríbase en el plan de salud de Medicare antes del 7 de diciembre. En el caso de la mayoría de los planes de salud de Medicare, su inscripción en Blue MedicareRx Value se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su nuevo plan. Sin embargo, si elige un plan privado de pago por servicios sin la cobertura de medicamentos de la Parte D, un plan de cuenta de ahorros para gastos médicos de Medicare o un plan de costos de Medicare, puede inscribirse en este nuevo plan y mantener Blue MedicareRx Value para su cobertura de medicamentos. Si quiere dejar de formar parte de nuestro plan, <i>debe</i> inscribirse en otro plan de medicamentos con receta de Medicare o solicitar que cancelen su inscripción. Para solicitar la cancelación de su inscripción, debe enviarnos una solicitud por escrito (comuníquese con el Departamento de Servicio para Miembros si necesita más información sobre cómo hacer esto) o ponerse 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).
<ul style="list-style-type: none"> Medicare Original <i>sin</i> un plan separado de medicamentos con receta de Medicare. 	<ul style="list-style-type: none"> Envíenos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Si necesita más información sobre cómo hacer esto, comuníquese con el Departamento de Servicio para Miembros. También puede comunicarse con Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana y solicitar que cancelen la inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

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

- **Continúe usando las farmacias de nuestra red o el servicio de entrega a domicilio para obtener sus medicamentos con receta.**

SECCIÓN 5 Blue MedicareRx Value debe cancelar su membresía en el plan en ciertas situaciones

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

Blue MedicareRx Value debe cancelar su membresía en el plan si sucede alguno de los siguientes casos:

- Si ya no tiene la Parte A o la Parte B de Medicare (o ninguna de las dos).
- Si se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio por más de 12 meses.
 - Si se muda o va a hacer un viaje largo, llame al Departamento de Servicio para Miembros para averiguar si el lugar al que se muda o al que viaja está en el área de nuestro plan.
- Si lo encarcelan (va a prisión).
- Si ya no es ciudadano de los Estados Unidos o no está legalmente presente en los Estados Unidos.
- Si miente o encubre información sobre otro seguro que tenga que le proporciona cobertura para medicamentos con receta.
- Si nos proporciona intencionalmente información incorrecta cuando se inscribió en nuestro plan y dicha información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos pedirle que deje nuestro plan por este motivo, salvo que primero obtengamos el permiso de Medicare).
- Si su comportamiento habitual es inadecuado y, por lo tanto, nos resulta difícil brindarles atención a usted y a otros miembros de nuestro plan. (No podemos pedirle que deje nuestro plan por este motivo, salvo que primero obtengamos el permiso de Medicare).
- Si permite que otra persona use su tarjeta de miembro para obtener medicamentos con receta. (No podemos pedirle que deje nuestro plan por este motivo, salvo que primero obtengamos el permiso de Medicare).
 - Si cancelamos su membresía por este motivo, Medicare puede solicitar al inspector general que investigue su caso.
- Si no paga las primas del plan durante *tres meses calendario*.
 - Debemos informarle por escrito que tiene un plazo de *tres meses calendario* para pagar la prima del plan antes de que cancelemos su membresía.

Capítulo 8 Cancelar su membresía en el plan

- Si se le exige pagar el monto adicional de la Parte D debido a sus ingresos y usted no lo paga, Medicare cancelará su inscripción en el plan y perderá la cobertura de medicamentos con receta.

¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene alguna pregunta o desea recibir más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía, llame al Departamento de Servicio para Miembros.

Sección 5.2	<u>No</u> podemos pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud
--------------------	---

Blue MedicareRx Value no está autorizado a pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud.

¿Qué debe hacer si esto sucede?

Si le parece que le están pidiendo que deje nuestro plan por un motivo relacionado con su salud, debe 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 5.3	Tiene derecho a presentar un reclamo si cancelamos su membresía en nuestro plan
--------------------	--

Si cancelamos su membresía en nuestro plan, debemos informarle nuestros motivos por escrito para hacerlo. Además, debemos explicarle cómo puede efectuar una queja o presentar un reclamo sobre nuestra decisión de cancelar su membresía.

CAPÍTULO 9:

Avisos legales

Sección 1 Aviso sobre la ley vigente

La ley más importante que se aplica a este documento de *Evidencia de cobertura* es el Título XVIII de la Ley de Seguro Social y las reglamentaciones creadas según dicha ley por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, o CMS. Asimismo, pueden aplicarse otras leyes federales y, en determinadas circunstancias, las leyes del estado donde usted reside. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades, aunque las leyes no se incluyan ni se expliquen 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 en reclamaciones, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que brindan los planes de medicamentos con receta de Medicare, como nuestro plan, deben cumplir las leyes federales contra la discriminación, incluido el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley contra la Discriminación por Edad de 1975, la Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley de Atención Accesible como también todas las demás leyes pertinentes a organizaciones que reciben fondos federales y cualquier otra ley y norma que se aplica por alguna otra razón.

Si desea obtener más información o tiene inquietudes sobre discriminación o tratos injustos, 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 local de derechos civiles. 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 al Departamento de Servicio para Miembros. Si desea presentar un reclamo, como un problema con el acceso para sillas de ruedas, el Departamento de Servicio 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 los medicamentos con receta cubiertos por Medicare para los cuales Medicare no sea el pagador primario. Conforme a las normativas de los CMS en cuanto a los artículos 422.108 y 423.462 del título 42 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR), Blue MedicareRx Value, como patrocinador del plan de medicamentos con receta de Medicare, aplicará los mismos derechos de recuperación que aplica la Secretaría de conformidad con las normativas de los CMS en las subpartes B a D de la parte 411 del título 42 del CFR, y las normas establecidas en esta sección prevalecen sobre las leyes estatales.

Blue MedicareRx Value es un concesionario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association. La cobertura está disponible para los residentes de Arizona.

CAPÍTULO 10:

Definiciones de palabras importantes

Capítulo 10 Definiciones de palabras 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.

Período de inscripción anual: El período de tiempo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año en el que los miembros pueden cambiar de planes de medicamentos o de salud o elegir Medicare Original.

Producto biológico: Un medicamento con receta que se elabora a partir de fuentes naturales y de organismos vivos, como células animales, células vegetales, bacterias o levaduras. Los productos biológicos son más complejos que otros fármacos y no pueden copiarse exactamente, por lo que las formas alternativas se denominan biosimilares. Los biosimilares generalmente funcionan con la misma eficacia y seguridad que los productos biológicos originales.

Biosimilar: Un medicamento con receta que se considera muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Los biosimilares generalmente funcionan con la misma eficacia y seguridad que el producto biológico original; sin embargo, los biosimilares por lo general requieren una nueva receta para sustituir al producto biológico original. Los biosimilares intercambiables han cumplido requisitos adicionales que les permiten sustituir al producto biológico original en la farmacia sin una nueva receta, sujeto a las leyes estatales.

Medicamento de marca: Un 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 principios activos que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, otros fabricantes de medicamentos fabrican y venden los medicamentos genéricos que, en general, no están disponibles hasta que la patente del medicamento de marca haya vencido.

Etapas de cobertura en situaciones catastróficas: La etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D que comienza cuando usted (u otras partes calificadas en su nombre) ha gastado \$8,000 en medicamentos cubiertos durante el año cubierto. Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no paga nada.

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

Plan de necesidades especiales de atención crónica: Los C-SNP son SNP que restringen la inscripción a personas elegibles para MA que tienen una o más afecciones crónicas graves o incapacitantes, según se define en el artículo 422.2 del título 42 del CFR, incluida la restricción de la inscripción en función de los múltiples grupos de afecciones comúnmente comórbidas y clínicamente vinculadas especificadas en el artículo 422.4(a)(1)(iv) del título 42 del CFR.

Coseguro: Un monto que posiblemente deba pagar, expresado como porcentaje (por ejemplo, 20%) como su parte del costo de los medicamentos con receta después de pagar cualquier deducible.

Reclamo: El nombre formal para *presentar un reclamo es interponer una queja*. El proceso de reclamo se utiliza *solo* para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que usted recibe. También incluye reclamos si su plan no cumple los plazos en el proceso de apelación.

Copago: Un monto que posiblemente usted deba pagar como su parte del costo por un medicamento con receta. Un copago es un monto establecido (por ejemplo, \$10) y no un porcentaje.

Costo compartido: Se refiere a los montos que un miembro debe pagar cuando recibe medicamentos. Esto se suma a la prima mensual del plan. En el costo compartido se incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pago: (1) cualquier monto de deducible que un plan pueda imponer antes de cubrir medicamentos; (2) cualquier monto de *copago* fijo que un plan exija cuando se recibe un medicamento específico; o (3) cualquier monto de *coseguro* (un porcentaje del monto total pagado por un medicamento) que un plan exija cuando se recibe un medicamento específico.

Capítulo 10 Definiciones de palabras importantes

Nivel de costo compartido: Todos los medicamentos de la lista de medicamentos cubiertos se encuentran en uno de los cinco niveles de costo compartido. En general, cuanto más alto es el nivel de costo compartido, más alto es el costo del medicamento.

Determinación de cobertura: Una decisión sobre si el plan cubre un medicamento con receta y el monto, si corresponde, que usted debe pagar por el medicamento. Generalmente, si usted se dirige a una farmacia para obtener un medicamento con receta y en esta le informan que nuestro plan no cubre el medicamento, esto no constituye una determinación de cobertura. Usted debe llamar o escribir al plan para solicitar una decisión de cobertura formal. Las determinaciones de cobertura se llaman *decisiones de cobertura* en este documento.

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

Cobertura acreditable de medicamentos con receta: La cobertura de medicamentos con receta (por ejemplo, de un empleador o sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura cuando reúnen los requisitos para participar en Medicare, en general, pueden conservar esa cobertura sin pagar una multa si deciden inscribirse más adelante en la cobertura de medicamentos con receta de Medicare.

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

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

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

Cargo por despacho: Un cargo que se aplica cada vez que se dispensa un medicamento cubierto para pagar el costo de obtener un medicamento con receta, como el tiempo que tarda el farmacéutico en preparar y empaquetar el medicamento.

Planes de necesidades especiales de doble elegibilidad (D-SNP): Los D-SNP inscriben a personas que tienen derecho tanto a Medicare (título XVIII de la Ley del Seguro Social) como a asistencia médica de un plan estatal según Medicaid (título XIX). Los estados cubren algunos costos de Medicare, según el estado y la elegibilidad de la persona.

Emergencia: Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente, con un conocimiento normal sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren de atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida (y, si está embarazada, la pérdida del feto), la pérdida de una extremidad o la función de una extremidad, o la pérdida o el deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, dolor grave o una afección médica que empeora rápidamente.

Evidencia de cobertura (EOC) y divulgación de información: 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 nosotros, 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 más bajo de costo compartido (una excepción de nivel). También puede solicitar una excepción si nuestro plan le exige probar otro medicamento antes de recibir el medicamento que está solicitando, o si nuestro plan limita la cantidad o la dosis del medicamento que está solicitando (una excepción al formulario).

Capítulo 10 Definiciones de palabras importantes

Ayuda adicional: Un programa estatal o de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos con receta de Medicare, como primas, deducibles y coseguros.

Medicamento genérico: Un medicamento con receta que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA), dado que se considera que tiene los mismos principios activos que el medicamento de marca. Por lo general, un medicamento *genérico* funciona del mismo modo que un medicamento de marca y, comúnmente, es menos costoso.

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

Monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso (IRMAA): Si su ingreso bruto ajustado modificado, según se informó en su declaración de impuestos del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) de hace 2 años, está por encima de cierto monto, pagará el monto estándar de la prima y un monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso, también conocido como IRMAA. El IRMAA es un cargo adicional que se agrega a su prima. Esto afecta a menos del 5% de las personas con Medicare, de modo que la mayoría de las personas no debe pagar una prima mayor.

Límite de cobertura inicial: El límite máximo de cobertura en la etapa de cobertura inicial.

Etapas de cobertura inicial: Esta es la etapa que transcurre antes de que los costos totales de los medicamentos que usted pagó y lo que su plan pagó en su nombre durante el año hayan alcanzado los \$5,030.

Período de inscripción inicial: Es el período durante el cual puede inscribirse en las Partes A y B de Medicare una vez que pasa a reunir los requisitos para Medicare por primera vez. Si reúne los requisitos para Medicare cuando cumple 65 años, su período de inscripción inicial es el período de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en el que usted cumple 65 años, que incluye el mes en el que cumple 65 años y termina 3 meses después de este mes.

Lista de medicamentos cubiertos (Formulario o “Lista de medicamentos”): Una lista de los medicamentos con receta que cubre el plan.

Subsidio por bajos ingresos (Low Income Subsidy, LIS): Consulte “Ayuda adicional”.

Medicaid (o Asistencia Médica): Un programa conjunto federal y estatal que contribuye con los costos médicos para algunas personas con 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.

Indicación medicamento aceptada: Se refiere a que la administración de un medicamento está aprobada por la Administración de Alimentos y Medicamentos o que tiene el respaldo de ciertos libros de referencia.

Medicare: Es el programa federal de seguro de salud destinado a personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con discapacidades y personas que padecen enfermedad renal en etapa terminal (generalmente quienes tienen insuficiencia renal permanente que requiera diálisis o un trasplante de riñón).

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 organización para el mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organization, HMO), ii) una organización de proveedores preferidos (Preferred Provider Organization, PPO), iii) un plan privado de pago por servicio (Private Fee-for-Service, PFFS) o iv) un plan de cuenta de ahorro para gastos médicos de Medicare (Medicare Medical Savings Account, MSA). Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan Medicare Advantage HMO o

Capítulo 10 Definiciones de palabras importantes

PPO también puede ser un plan de necesidades especiales (Special Needs Plan, 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 Medicare Advantage con cobertura de medicamentos con receta**.

Programa de descuentos para el período sin cobertura de Medicare: Un programa que brinda descuentos para la mayoría de los medicamentos de marca cubiertos de la Parte D a los miembros de la Parte D que hayan alcanzado la etapa del período sin cobertura y que aún no estén recibiendo “Ayuda adicional”. Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y determinados fabricantes de medicamentos.

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

Plan de salud de Medicare: Un plan de salud de Medicare que ofrece una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindar los beneficios de la Parte A y la Parte B a personas con Medicare que se inscriben en el plan. Este término incluye todos los planes Medicare Advantage, los planes de costos de Medicare, los planes de necesidades especiales, los programas piloto/de demostración y los programas de atención integral para las personas de edad avanzada (Programs of All-inclusive Care for the Elderly, PACE).

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

Póliza Medigap (seguro complementario de Medicare): Es el seguro complementario de Medicare que venden las compañías de seguro privadas para cubrir las **etapas sin cobertura** de Medicare Original. Las pólizas Medigap solo pueden utilizarse con Medicare Original. (El plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

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

Departamento de Servicio para Miembros: Un departamento dentro de nuestro plan que se encarga de responder sus preguntas sobre la membresía, los beneficios, las quejas y las apelaciones.

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

Medicare Original (Medicare tradicional o Medicare de pago por servicio): Medicare Original es ofrecido por el gobierno y no es un plan de salud privado como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos con receta. Con Medicare Original, los servicios de Medicare están cubiertos a través del pago a los médicos, hospitales y otros proveedores de atención de la salud de los montos que establece el Congreso. Puede consultar a cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención de la salud que acepte Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga la parte del monto aprobado por Medicare y usted paga su parte. Medicare Original tiene dos partes: La Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico), y está disponible en todo el territorio de los Estados Unidos.

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

Gastos de bolsillo: Consulte la definición de *costo compartido* más arriba. El requisito del costo compartido del miembro de pagar una parte de los medicamentos recibidos también se denomina requisito de gasto *de bolsillo* del miembro.

Parte C: consulte “Plan Medicare Advantage (MA)”.

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

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. Ciertas categorías de medicamentos han sido excluidas como medicamentos cubiertos por la Parte D por el Congreso.

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 (una 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 ser elegible para inscribirse en un plan de la Parte D por primera vez.

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

Autorización previa: Es la aprobación por adelantado para obtener determinados medicamentos. Los medicamentos cubiertos que requieren autorización previa están marcados en el formulario.

Organización para la mejora de la calidad (Quality Improvement Organization, QIO): Un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica a los que el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare.

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.

Herramienta de beneficios en tiempo real: Un portal o aplicación informática en la que los afiliados pueden buscar información completa, precisa, oportuna, clínicamente apropiada y específica del afiliado sobre beneficios y formularios. Esto incluye montos de costo compartido, medicamentos alternativos del formulario que pueden usarse para la misma afección de salud que un medicamento determinado y restricciones de cobertura (autorización previa, terapia escalonada, límites de cantidad) que se aplican a los medicamentos alternativos.

Área de servicio: Un área geográfica donde usted debe vivir para unirse a un plan de medicamentos con receta en particular. El plan puede cancelar su inscripción si se muda permanentemente fuera del área de servicio del plan.

Período de inscripción especial: Un tiempo determinado para que los miembros puedan cambiar sus planes de salud o de medicamentos o volver a Medicare Original. Usted puede reunir los requisitos necesarios para obtener acceso al período de inscripción especial en las siguientes situaciones: si se muda fuera del área de servicio, si recibe “Ayuda adicional” con sus costos de medicamentos con receta, si se muda a una residencia para adultos mayores o si no cumplimos nuestro contrato con usted.

Terapia escalonada: Una herramienta de utilización que exige que primero intente tratar su afección con otro medicamento antes de que cubramos el medicamento que le recetó el médico en primer lugar.

Ingreso complementario administrado por el Seguro Social (SSI): Es el beneficio mensual que paga el Seguro Social a personas con ingresos y recursos limitados que padecen discapacidades o ceguera o que tienen 65 años o más. Los beneficios del SSI no son los mismos que los beneficios del Seguro Social.

Esta página se dejó intencionalmente en blanco

Esta página se dejó intencionalmente en blanco

Esta página se dejó intencionalmente en blanco

Blue Cross Blue Shield of Arizona (BCBSAZ) cumple con las leyes federales de derechos civiles vigentes y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Proporcionamos ayuda y servicios sin costo a personas con discapacidades para que se comuniquen con nosotros eficazmente, como intérpretes calificados e información escrita en otros formatos, como letra grande y formatos electrónicos accesibles. También proporcionamos servicios de idiomas sin costo para personas cuya lengua materna no es el inglés, como intérpretes calificados e información escrita en otros idiomas. Si necesita estos servicios, llame al **1-844-883-8524** (TTY: **711**).

Español: ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-844-883-8524** (TTY: **711**).

Navajo: Díí baa akó nínízin: Díí saad bee yánílti' go Diné Bizaad, saad bee áká' ánída' áwo' dęę, t'áá jiiik'eh, éí ná hóló, kojí hódíílnih **1-844-883-8524** (TTY: **711**).

Multi-language Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-844-883-8524. 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 1-844-883-8524. 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 1-844-883-8524。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 1-844-883-8524。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggagamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-844-883-8524. 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 1-844-883-8524. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-844-883-8524 sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-844-883-8524. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-844-883-8524 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 1-844-883-8524. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-844-883-8524. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة 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 1-844-883-8524 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 1-844-883-8524. 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 1-844-883-8524. 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 1-844-883-8524. 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 1-844-883-8524. 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、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-844-883-8524 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。

Navajo: T'áa hait'éego da ats'íís baa'áhayą doodago azee' aanídaa'níí nihinaaltsoos bee hadadít'éhígíí bąqah na'ídkid nee hólqogo da nihi éí ata' halne'í bee áka'anída'awo'í t'áa jíik'eh nihee hólq. Ata' halne'í ta' yínikeedg kohji' 1-844-883-8524 nihich'j' hodílnih. T'áa háida Bilagáana Bizaad yee yátti'ígíí ta' níká'iilyeed dooleet. Díí t'áa jíik'eh bee níká'iilyeed dooleet.

Departamento de Servicio para Miembros de Blue MedicareRx Value

Método	Departamento de Servicio para Miembros - Información de contacto
POR TELÉFONO	1-844-883-8524 Las llamadas a este número son gratuitas. Estamos disponibles las 24 horas del día, los siete días de la semana. El Departamento de Servicio para Miembros también ofrece servicios gratuitos de interpretación para personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Estamos disponibles las 24 horas del día, los siete días de la semana.
POR ESCRITO	Blue MedicareRx Value P.O. Box 269029 Weston, FL 33326-9029
SITIO WEB	azblue.com/medicare

División de Servicios para Personas Mayores y Adultos del DES (SHIP de Arizona)

La División de Servicios para Personas Mayores y Adultos del DES es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para brindar asesoramiento local gratuito sobre seguros de salud a personas con Medicare.

Método	Información de contacto
POR TELÉFONO	Línea directa gratuita: 1-800-432-4040 Local: 602-542-4446
TTY	711
POR ESCRITO	DES Division of Aging and Adult Services (DAAS) Arizona Department of Economic Security Division of Aging and Adult Services 1789 West Jefferson Street, Site Code #950A Phoenix, AZ 85007
SITIO WEB	https://des.az.gov/services/older-adults/medicare-assistance

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 algún comentario o sugerencia para mejorar este formulario, escríbanos a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.



Un licenciatario independiente de Blue Cross Blue Shield Association