

1 de enero - 31 de diciembre del 2021

Evidencia de cobertura:

Su cobertura de medicamentos recetados de Medicare como asegurado de Blue Cross MedicareRx Basic (PDP) SM

Este manual le brinda detalles sobre su cobertura de medicamento con receta de Medicare del 1 de enero - 31 de diciembre de 2021. Explica cómo obtener cobertura para los medicamentos recetados que usted necesita **Este es un documento legal importante. Consérvelo en un lugar seguro.**

Este plan, Blue Cross MedicareRx Basic (PDP) SM, es ofrecido por HCSC Insurance Services Company (HISC) (cuando este *Evidencia de cobertura* dice "Nosotros", "nos" o "nuestro", significa HCSC Insurance Services Company (HISC). Cuando dice "plan" o "nuestro plan", significa Blue Cross MedicareRx Basic (PDP))

Coberturas de medicamentos recetados proporcionados por HCSC Insurance Services Company (HISC), un licenciario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association. Un patrocinador de la Parte D aprobado por Medicare. La inscripción en las coberturas de HISC depende de la renovación del contrato.

Este documento está disponible de forma gratuita en español.

Comuníquese con nuestro número de Servicio al Cliente al 1-888-285-2249 para obtener más información (Los usuarios de TTY deben llamar al 711.) El horario es de 8:00 a.m. – 8:00 p.m., hora local, los 7 días de la semana. Si llama entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, se utilizarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz) los fines de semana y días feriados. Las llamadas a este número son gratuitas.

Para obtener más información por favor póngase en contacto con nuestro número de Servicio al Cliente en 1-888-285-2249. (Usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario es de 8:00 – 20:00, hora local, 7 días a la semana. Si usted está llamando desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz) se utilizarán los fines de semana y festivos.

Comuníquese con Blue Cross MedicareRx Basic (PDP) si necesita esta información en otro idioma o formato (español, braille, letra grande o formatos alternativos).

Los servicios médicos, primas, deducibles y/o copagos/coaseguros pueden cambiar el 1 de enero del 2022.

La lista de medicamentos cubiertos (formulary, en inglés) y/o la red de farmacias puede cambiar en cualquier momento.

Evidencia de cobertura 2021**Índice**

Esta lista de capítulos y números de página es su punto de partida. Para obtener más ayuda para encontrar la información que necesita, consulte la primera página de un capítulo. **Encontrará una lista detallada de temas al comienzo de cada capítulo.**

Capítulo 1. Su inicio como asegurado 4

Explica lo que significa estar dentro de una cobertura de medicamento con receta de Medicare y cómo usar este manual. Le informa sobre los materiales que le enviaremos, la prima de su cobertura, la multa por inscripción tardía de la Parte D, su tarjeta de membresía de la cobertura y cómo mantener actualizado su registro de asegurado.

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes 23

Le informa cómo ponerse en contacto con nuestro plan (Blue Cross MedicareRx Basic (PDP)) y con otras organizaciones, incluido Medicare, el Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP), la Organización para la Mejora de la Calidad, el Seguro Social, Medicaid (el seguro de salud estatal programa para personas de bajos ingresos), programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos recetados y la Junta de Retiro Ferroviario.

Capítulo 3. Usar esta cobertura para sus medicamentos recetados de la Parte D 42

Explica las reglas que debe seguir al obtener sus medicamentos recetados de la Parte D. Indica cómo usar la *Lista de medicamentos cubiertos (formulary, en inglés)* de la cobertura para saber qué medicamentos están cubiertos. Le informa qué tipo de medicamentos *no* están cubiertos. Explica varios tipos de restricciones que se aplican a la cobertura de ciertos medicamentos. Explica dónde surtir sus recetas. Informa sobre los programas de la cobertura para la seguridad de los medicamentos y el manejo de medicamentos.

Capítulo 4. Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D 70

Informa sobre las cuatro etapas de la cobertura de medicamentos (*Etapas de deducible, Etapa de cobertura inicial, Etapa de brecha en la cobertura, Etapa de cobertura catastrófica*) y cómo estas etapas afectan lo que paga por sus medicamentos. Explica los 5 niveles de gastos compartidos para sus medicamentos de la Parte D y le informa lo que debe pagar por un medicamento en cada nivel de gastos compartidos.

| | |
|--|------------|
| Capítulo 5. Pedir que paguemos nuestra parte de los gastos de los medicamentos incluidos..... | 92 |
| Explica cuándo y cómo enviarnos una factura cuando desea solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte del costo de sus medicamentos incluidos en la cobertura. | |
| Capítulo 6. Sus derechos y responsabilidades | 99 |
| Explica los derechos y responsabilidades que tiene como asegurado de nuestra cobertura. Le informa qué puede hacer si cree que no se están respetando sus derechos. | |
| Capítulo 7. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas) | 115 |
| Le informa paso a paso qué hacer si tiene problemas o inquietudes como asegurado de nuestra cobertura. | |
| <ul style="list-style-type: none">• Le explica cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones si tiene problemas para obtener los medicamentos recetados que cree que están incluidos en nuestra cobertura. Esto incluye pedirnos que hagamos excepciones a las reglas y/o restricciones adicionales en su cobertura.• Explica cómo presentar quejas sobre la calidad de la atención, los plazos de espera, el servicio al cliente y otras inquietudes. | |
| Capítulo 8. Cancelación de su membresía al plan | 144 |
| Explica cuándo y cómo puede finalizar su membresía en la cobertura. Explica situaciones en las que nuestro plan debe finalizar su póliza. | |
| Capítulo 9. Avisos legales | 155 |
| Incluye avisos sobre la ley vigente y sobre la no discriminación. | |
| Capítulo 10. Definiciones de palabras importantes | 158 |
| Explica los términos clave utilizados en este manual. | |

CAPÍTULO 1

Su inicio como asegurado

Capítulo 1. Su inicio como asegurado**Capítulo 1. Su inicio como asegurado**

| | | |
|------------------|--|-----------|
| SECCIÓN 1 | Introducción..... | 6 |
| Sección 1.1 | Estás inscrito en Blue Cross MedicareRx Basic (PDP), que es un plan de medicamentos recetados de Medicare..... | 6 |
| Sección 1.2 | ¿De qué se trata el manual de <i>Evidencia de cobertura</i> ?..... | 6 |
| Sección 1.3 | Información legal sobre la <i>Evidencia de cobertura</i> | 6 |
| SECCIÓN 2 | ¿Qué lo hace elegible para ser asegurado de la cobertura? | 7 |
| Sección 2.1 | Sus requisitos de elegibilidad..... | 7 |
| Sección 2.2 | ¿De qué se trata la Parte A y la Parte B de Medicare?..... | 7 |
| Sección 2.3 | Aquí está el área de servicio del plan para Blue Cross MedicareRx Basic (PDP)..... | 8 |
| Sección 2.4 | Ciudadanía de Estados Unidos o residencia legal..... | 8 |
| SECCIÓN 3 | ¿Qué otros materiales recibirá de nosotros? | 8 |
| Sección 3.1 | Su tarjeta de asegurado de la cobertura - úsela para obtener todos los medicamentos recetados incluidos en la cobertura | 8 |
| Sección 3.2 | los <i>Directorio de farmacias</i> : Su guía de farmacias en nuestra red..... | 9 |
| Sección 3.3 | <i>Lista de Medicamentos Incluidos (formulario) de la cobertura</i> | 10 |
| Sección 3.4 | La <i>Explicación de la Parte D de beneficios</i> (la "EOB de la Parte D"): Informes con un resumen de los pagos realizados por sus medicamentos recetados de la Parte D | 10 |
| SECCIÓN 4 | Su prima mensual por Blue Cross MedicareRx Basic (PDP)..... | 11 |
| Sección 4.1 | ¿A cuánto asciende la prima de su cobertura? | 11 |
| SECCIÓN 5 | ¿Tiene que pagar la "multa por inscripción tardía" de la Parte D?..... | 12 |
| Sección 5.1 | ¿Qué es la "multa por inscripción tardía" de la Parte D? | 12 |
| Sección 5.2 | ¿Cuánto es la multa por inscripción tardía de la Parte D?..... | 12 |
| Sección 5.3 | En algunas situaciones, puede inscribirse tarde y no tener que pagar la multa..... | 13 |
| Sección 5.4 | ¿Qué puede hacer si no está de acuerdo con la multa por inscripción tardía de la Parte D? | 14 |
| SECCION 6 | ¿Tiene que pagar un monto adicional de la Parte D debido a sus ingresos? | 14 |
| Sección 6.1 | ¿Quién paga un monto adicional de la Parte D en función de los ingresos?. | 14 |
| Sección 6.2 | ¿Cuánto es el monto adicional de la Parte D?..... | 15 |

Capítulo 1. Su inicio como asegurado

| | | |
|-------------------|--|-----------|
| Sección 6.3 | ¿Qué puede hacer si no está de acuerdo con pagar un monto adicional de la Parte D? | 15 |
| Sección 6.4 | ¿Qué sucede si no se paga el monto adicional de la Parte D?..... | 15 |
| SECCIÓN 7 | Más información sobre su prima mensual..... | 15 |
| Sección 7.1 | Existen varias formas en las que puede pagar la prima de su cobertura | 16 |
| Sección 7.2 | ¿Podemos cambiar su prima mensual de la cobertura durante el año? | 18 |
| SECCIÓN 8 | Mantenga actualizado su registro de membresía de la cobertura..... | 18 |
| Sección 8.1 | Cómo ayudar a garantizar que tengamos la información exacta sobre usted..... | 18 |
| SECCIÓN 9 | Protegemos la privacidad de su información médica personal | 19 |
| Sección 9.1 | Nos aseguramos de que su información médica esté protegida | 19 |
| SECCIÓN 10 | Cómo funciona otro seguro con nuestro plan..... | 20 |
| Sección 10.1 | ¿Qué cobertura paga primero cuando tiene otro seguro? | 20 |

Capítulo 1. Su inicio como asegurado

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Estás inscrito en Blue Cross MedicareRx Basic (PDP), que es un plan de medicamentos recetados de Medicare

Está cubierto por Original Medicare para su cobertura de atención médica y ha elegido obtener su cobertura de medicamentos recetados de Medicare a través de nuestro plan, Blue Cross MedicareRx Basic (PDP).

Existen diferentes tipos de coberturas de Medicare. Blue Cross MedicareRx Basic (PDP) es un plan de medicamentos recetados de Medicare (PDP). Al igual que todas las coberturas de Medicare, esta cobertura de medicamentos recetados de Medicare está aprobado por Medicare y administrado por una empresa privada.

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

Este *manual de Evidencia de cobertura* le informa cómo obtener su cobertura de medicamentos recetados de Medicare a través de nuestra compañía aseguradora. Este manual explica sus derechos y responsabilidades, lo que está cubierto y lo que usted debe pagar como asegurado de la cobertura.

Las palabras “cobertura” y “medicamentos cubiertos” se refieren a la cobertura de medicamentos recetados que tiene a su disposición como asegurado de Blue Cross MedicareRx Basic (PDP).

Es importante que sepa cuáles son las reglas de la cobertura y qué cobertura está disponible para usted. Le recomendamos que dedique un poco de tiempo para revisar este manual de Evidencia de cobertura.

Si está confundido o preocupado o simplemente tiene una pregunta, comuníquese con el Servicio al cliente de nuestra cobertura (los números de teléfono están incluidos en la contraportada de este manual).

Sección 1.3 Información legal sobre la *Evidencia de cobertura***Es parte de nuestro contrato con usted**

Esta *Evidencia de cobertura* es parte de nuestro contrato con usted sobre cómo Blue Cross MedicareRx Basic (PDP) cubre su cuidado. Otras partes de este contrato incluyen su formulario de inscripción, la *Lista de medicamentos cubiertos (formulario)* y cualquier aviso que reciba de parte de nosotros sobre cambios en su cobertura o condiciones que afecten su cobertura. Estos avisos a veces se denominan "cláusula" o "enmiendas".

El contrato tiene vigencia durante los meses en los que está inscrito en Blue Cross MedicareRx Basic (PDP) entre el 1 de enero de 2021 y el 31 de diciembre de 2021.

Capítulo 1. Su inicio como asegurado

Cada año calendario, Medicare nos permite realizar cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de Blue Cross MedicareRx Basic (PDP) después del 31 de diciembre de 2021. También podemos optar por dejar de ofrecer la cobertura, u ofrecerla en un área de servicio diferente, después del 31 de diciembre de 2021.

Medicare debe aprobar nuestra cobertura cada año

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) deben aprobar Blue Cross MedicareRx Basic (PDP) cada año. Puede continuar obteniendo cobertura de Medicare como asegurado de nuestro plan siempre que decidamos continuar ofreciendo el plan y Medicare renueve su aprobación del plan.

SECCIÓN 2 ¿Qué lo hace elegible para ser asegurado de la cobertura?

| | |
|--------------------|---------------------------------------|
| Sección 2.1 | Sus requisitos de elegibilidad |
|--------------------|---------------------------------------|

Usted es elegible para ser asegurado de nuestro plan siempre que:

- Tenga Medicare Parte A o Medicare Parte B (o tenga la Parte A y la Parte B) (la Sección 2.2 le informa sobre Medicare Parte A y Medicare Parte B)
- - y - tenga ciudadanía de los Estados Unidos o residencia legal en los Estados Unidos
- -- y -- viva en nuestra área de servicio geográfica (la Sección 2.3 a continuación describe nuestra área de servicio)

| | |
|--------------------|--|
| Sección 2.2 | ¿De qué se trata la Parte A y la Parte B de Medicare? |
|--------------------|--|

Como se trató en la Sección 1.1 anterior, usted eligió obtener su cobertura de medicamento con receta (a veces denominada Medicare Parte D) a través de nuestra cobertura. Nuestra cobertura ha contratado a Medicare para proporcionarle la mayoría de estos beneficios de Medicare. En el Capítulo 3 describimos la cobertura de medicamentos que usted recibe bajo su cobertura de la Parte D de Medicare.

Cuando usted se inscribió por primera vez en Medicare, recibió información sobre qué servicios están cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Recuerde:

- La Parte A de Medicare generalmente ayuda a cubrir los servicios prestados por los hospitales para servicios de pacientes internados, centros de enfermería especializada o agencias de atención médica en el hogar.
- La Parte B de Medicare es para la mayoría de los demás servicios médicos (como servicios médicos, terapia de infusión en el hogar y otros servicios para pacientes externos) y ciertos artículos (como equipo médico duradero (DME) y suministros).

Capítulo 1. Su inicio como asegurado

Sección 2.3 Aquí está el área de servicio del plan para Blue Cross MedicareRx Basic (PDP)

Aunque Medicare es un programa federal, Blue Cross MedicareRx Basic (PDP) está disponible solo para personas que viven en el área de servicio de nuestro plan. Para seguir siendo asegurado de nuestra cobertura, debe continuar residiendo en el área de servicio. El área de servicio se describe a continuación.

Nuestra área de servicio incluye este estado: Texas

Ofrecemos cobertura en varios estados. Sin embargo, puede haber costos u otras diferencias entre los planes que ofrecemos en cada estado. Si se muda fuera del estado y se encuentra en un estado que todavía se encuentra dentro de nuestra área de servicio, debe llamar al Servicio al Cliente para actualizar su información. Si se muda a un estado fuera de nuestra área de servicio, no puede seguir siendo asegurado de nuestra cobertura. Llame a Servicio al Cliente para averiguar si tenemos una cobertura en su nuevo estado.

Si planea mudarse fuera del área de servicio, comuníquese con Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual). Cuando se mude, tendrá un período de inscripción especial que le permitirá inscribirse en una cobertura de salud o de medicamentos de Medicare que esté disponible en su nueva ubicación.

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

Sección 2.4 Ciudadanía de Estados Unidos o residencia legal

Un asegurado de una cobertura de salud de Medicare debe tener ciudadanía de los Estados Unidos o tener residencia legal en los Estados Unidos. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificará Blue Cross MedicareRx Basic (PDP) si no es elegible para seguir siendo asegurado sobre esta base. Blue Cross MedicareRx Basic (PDP) debe cancelar su inscripción si no cumple con este requisito.

SECCIÓN 3 ¿Qué otros materiales recibirá de nosotros?

Sección 3.1 Su tarjeta de asegurado de la cobertura - úsela para obtener todos los medicamentos recetados incluidos en la cobertura

Mientras sea asegurado de nuestra cobertura, debe usar su tarjeta de aseguramiento para nuestra cobertura de medicamentos recetados que obtiene en las farmacias de la red. También debe mostrarle al proveedor su tarjeta de Medicaid, si corresponde. A continuación, le presentamos un ejemplo de una tarjeta de asegurado para mostrarle cómo se verá la suya:

Capítulo 1. Su inicio como asegurado



Lleve su tarjeta con usted en todo momento y recuerde mostrarla cuando obtenga medicamentos incluidos en la cobertura. Si su tarjeta de membresía de la cobertura se daña, se pierde o se la roban, llame a Servicio al Cliente de inmediato y le enviaremos una nueva tarjeta. (Los números de teléfono del Servicio al cliente aparecen en la contraportada de este manual).

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

Sección 3.2 los Directorio de farmacias: Su guía de farmacias en nuestra red

¿Qué son las “farmacias de la red”?

Las farmacias de la red son todas las farmacias que han acordado surtir recetas cubiertas para los asegurados de nuestra cobertura.

¿Por qué necesita saber sobre las farmacias de la red?

Puede usar el *Directorio de farmacias* para encontrar la farmacia de la red que usted desee usar. Habrán cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. Un actualizado *Directorio de farmacias* se encuentra en nuestro sitio web en www.getbluetx.com/pdp/pharmacies. También puede llamar a Servicio al cliente para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitarnos que le enviemos un *Directorio de farmacias*. **Revise el Directorio de farmacias de 2021 para ver qué farmacias están en nuestra red.**

El *Directorio de farmacias* también le informará cuáles de las farmacias de nuestra red tienen gastos compartidos preferidos, que pueden ser más bajos que el gasto compartido estándar ofrecido por otras farmacias de la red para algunos medicamentos.

Si no tiene el *Directorio de farmacias*, puede obtener una copia del Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual). En cualquier momento, puede llamar a Servicio al cliente para obtener información actualizada sobre los cambios en la red de farmacias. También puede encontrar esta información en nuestro sitio web en www.getbluetx.com/pdp/pharmacies.

Capítulo 1. Su inicio como asegurado

Sección 3.3 Lista de Medicamentos Incluidos (formulario) de la cobertura

La cobertura tiene una *Lista de medicamentos (formulary, en inglés)*. Se denomina "Lista de medicamentos" en su forma abreviada. Indica qué medicamentos recetados de la Parte D están cubiertos por Blue Cross MedicareRx Basic (PDP). La cobertura selecciona los medicamentos de esta lista con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista debe cumplir con los requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la Lista de medicamentos de Blue Cross MedicareRx Basic (PDP).

La Lista de medicamentos también le informa si existen reglas que restrinjan la cobertura de sus medicamentos.

Le proporcionaremos una copia de la Lista de medicamentos. Para obtener la información más completa y actualizada sobre qué medicamentos están cubiertos, puede visite el sitio web de la cobertura www.getbluetx.com/pdp/druglist) o Llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).

Sección 3.4 La Explicación de la Parte D de beneficios (la "EOB de la Parte D"): Informes con un resumen de los pagos realizados por sus medicamentos recetados de la Parte D

Cuando usted use sus beneficios de medicamentos que requieren receta médica de la parte D, le enviaremos un informe resumido para ayudarlo a comprender y realizar un seguimiento de los pagos de sus medicamentos con receta de la Parte D. Este informe resumido se denomina *Explicación de beneficios de la Parte D* (o la "EDB de la Parte D").

La *Explicación de los beneficios de la Parte D* le informa el monto total que usted u otras personas en su nombre han gastado en medicamentos que requieren receta médica de la Parte D y el monto total que hemos pagado por cada uno de sus medicamentos que necesitan receta médica de la Parte D durante el mes. La Parte D de EOB proporciona más información sobre los medicamentos que toma, como los aumentos en el precio y otros medicamentos con gastos compartidos más bajos que pueden estar disponibles. Debe consultar con su médico sobre estas opciones de menor costo. Capítulo 4 (*Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D*) proporciona más información sobre la *Explicación de Beneficios de la Parte D* y cómo puede ayudarlo a realizar un seguimiento de su cobertura de medicamentos.

Si lo solicita, también puede recibir un resumen de la *Explicación de los beneficios de la Parte D*. Para obtener una copia, comuníquese con Servicio al cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual).

Capítulo 1. Su inicio como asegurado

SECCIÓN 4 Su prima mensual por Blue Cross MedicareRx Basic (PDP)

Sección 4.1 ¿A cuánto asciende la prima de su cobertura?

Como asegurado de nuestra cobertura, usted paga una prima mensual de la cobertura. Para 2021, la prima mensual de Blue Cross MedicareRx Basic (PDP) es de \$59.40. Adicionalmente, debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid u otro tercero pague su prima de la Parte B).

En algunas situaciones, la prima de su plan podría ser menos

Existen programas para ayudar a las personas con recursos limitados a pagar por sus medicamentos. Estos incluyen "Ayuda Adicional" y otros programas estatales de asistencia farmacéutica. El Capítulo 2, Sección 7, brinda más información sobre estos programas. Si califica, el inscribirse en el programa podría reducir la prima mensual de su cobertura.

Si usted ya está inscrito y está obteniendo ayuda de uno de estos programas, la información sobre las primas en esta Evidencia de cobertura puede que no aplique para usted. Hemos incluido un inserto por separado, llamado "Evidencia de la cláusula de cobertura para personas que reciben Beneficio Adicional para pagar sus medicamentos recetados" (también conocido como "Cláusula adicional de subsidio por bajos ingresos" o "Cláusula adicional de LIS"), que le informa sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este inserto, llame al Servicio al cliente y solicite la "cláusula LIS". (Los números de teléfono del Servicio al cliente aparecen en la contraportada de este manual).

En algunas situaciones, la prima de su cobertura podría ser mayor

En algunas situaciones, la prima de su cobertura podría ser mayor que la cantidad mencionada anteriormente en la Sección 4.1. Algunos asegurados deben pagar una multa **por inscripción tardía de la Parte D** debido a que no se inscribieron a una cobertura de medicamentos de Medicare cuando eran elegibles la primera vez o debido a que tuvieron un período continuo de 63 días o más donde no tuvieron una cobertura "válida" para los medicamentos que requieren receta médica. (Cobertura "acreditable" significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare.) Para estos asegurados, la multa por inscripción tardía de la Parte D se agrega a la prima mensual de la cobertura. El monto de su prima será la prima mensual de la cobertura, más el monto de la multa por inscripción tardía de la Parte D.

- Si debe pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D, el costo de la multa por inscripción tardía depende de cuánto tiempo estuvo sin la Parte D u otra cobertura válida de medicamentos recetados. El Capítulo 1, Sección 5 explica la multa por inscripción tardía de la Parte D.
- Si tiene una multa por inscripción tardía de la Parte D y no la paga, se podría cancelar la inscripción de su cobertura.

Capítulo 1. Su inicio como asegurado

Es posible que algunos asegurados deban pagar un cargo adicional, conocido como Monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos de la Parte D, también conocido como IRMAA, porque, hace 2 años, tenían un ingreso bruto ajustado modificado, por encima de una cierta cantidad, en su impuesto del IRS regreso. Los asegurados sujetos a IRMAA deberán pagar el monto de la prima estándar y este cargo adicional, que se agregará a su prima. El Capítulo 1, Sección 6 explica el IRMAA en mayor detalle.

SECCIÓN 5 ¿Tiene que pagar la "multa por inscripción tardía" de la Parte D?

| |
|--|
| Sección 5.1 ¿Qué es la "multa por inscripción tardía" de la Parte D? |
|--|

Nota: si recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos recetados, no pagará una multa por inscripción tardía.

La multa por inscripción tardía es un monto que se agrega a la prima de la Parte D. Es posible que usted deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si, en cualquier momento luego de la finalización de su período de inscripción inicial, usted no tuvo cobertura de la Parte D ni otra cobertura válida de medicamentos que requieren receta médica durante un período de 63 días consecutivos o más. (La “cobertura válida para medicamentos recetados” es una cobertura que cumple con los estándares mínimos de Medicare, ya que se espera que pague, en promedio, al menos el mismo monto que la cobertura estándar para los medicamentos recetados de Medicare). El costo de la multa por inscripción tardía depende de cuánto tiempo estuvo sin la Parte D u otra cobertura válida de medicamentos recetados. Deberá pagar esta multa mientras tenga 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 Cross MedicareRx Basic (PDP), le informamos el monto de la multa.

Su multa por inscripción tardía de la Parte D se considera parte de la prima de su plan. Si no paga su multa por inscripción tardía de la Parte D, podría ser dado de baja por no pagar la prima de su cobertura.

| |
|---|
| Sección 5.2 ¿Cuánto es la multa por inscripción tardía de la Parte D? |
|---|

Medicare determina el monto de la multa. A continuación le explicamos cómo funciona:

- Primero cuente la cantidad de meses en total que demoró en inscribirse en una cobertura de medicamentos de Medicare tras ser elegible para hacerlo. O cuente la cantidad de meses en total en los que no tuvo cobertura acreditable para los medicamentos recetados si la interrupción en la cobertura fue de 63 días o más. La multa es del 1% por cada mes que no tuvo cobertura válida. Por ejemplo, si pasa 14 meses sin cobertura, la multa será del 14%.

Capítulo 1. Su inicio como asegurado

- Luego, Medicare determina el monto de la prima mensual promedio para las coberturas de medicamentos de Medicare en el país desde el año anterior. Para 2021, esta cantidad promedio de la prima es \$33.06.
- Para calcular su multa mensual, multiplique el porcentaje de la multa y la prima mensual promedio y, luego, redondee la multa a los 10 centavos más cercanos. En el ejemplo aquí sería 14% por \$33.06, que es igual a \$4.6284. Esto se redondea a \$4.60. Este monto se agregaría a la **prima mensual de alguien con una multa por inscripción tardía de la Parte D**.

Hay tres cosas importantes que debe tener en cuenta sobre esta multa mensual por inscripción tardía de la Parte D:

- Primero, **la multa puede cambiar cada año**, ya que la prima mensual promedio puede cambiar cada año. Si la prima promedio a nivel nacional (según lo determinado por Medicare) aumenta, su multa aumentará.
- Segundo, **usted continuará pagando una multa** todos los meses durante el tiempo que esté inscrito en una cobertura que tenga beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare, incluso si cambia de cobertura.
- Tercero, si tiene menos de 65 años y, actualmente, recibe beneficios de Medicare, la multa por inscripción tardía de la Parte D se restablecerá cuando cumpla 65 años. Después de los 65 años, su multa por inscripción tardía de la Parte D se basará solo en los meses en que no tenga cobertura después de su período de inscripción inicial de envejecimiento en Medicare.

| | |
|--------------------|--|
| Sección 5.3 | En algunas situaciones, puede inscribirse tarde y no tener que pagar la multa |
|--------------------|--|

Incluso si ha pospuesto inscribirse en un plan que ofrece cobertura de la Parte D de Medicare tras llegar a ser elegible por primera vez, a veces no tiene que pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D.

No tendrá que pagar una multa por inscripción tardía si se encuentra en alguna de estas situaciones:

- Si ya tiene cobertura para medicamentos recetados que pagará, en promedio, al menos el mismo monto que la cobertura estándar para medicamentos recetados de Medicare Medicare lo denomina "**cobertura válida de medicamentos**". Por favor, tenga en cuenta que::
 - La cobertura acreditable podría incluir cobertura de medicamentos de un antiguo empleador o sindicato, TRICARE o el Departamento de Asuntos de Veteranos. Su compañía de seguros o su departamento de recursos humanos le informará cada año si su cobertura de medicamentos es acreditable. Esta información le puede ser enviada en una carta o ser incluida en un boletín de la cobertura.

Capítulo 1. Su inicio como asegurado

Conserve esta información, ya que puede necesitarla si se inscribe en un plan para medicamentos de Medicare más adelante.

- Tenga en cuenta: si recibe un "certificado de cobertura acreditable" cuando su cobertura de salud finaliza, no significa necesariamente que su cobertura de medicamentos que requieren receta médica era válida. El aviso debe indicar que usted contaba con una cobertura "válida" para medicamentos recetados que pagaría el mismo nivel que una cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare.
- Los siguientes *no* son parte de una cobertura válida para medicamentos recetados: tarjetas de descuento para medicamentos recetados, clínicas gratuitas y sitios web de descuentos en medicamentos.
- Para obtener información adicional sobre la cobertura válida, consulte su Manual *Medicare y usted 2021* o llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- Si no tuvo cobertura válida, pero estuvo sin ella por menos de 63 días consecutivos.
- Si recibe "Ayuda Adicional" de Medicare.

| | |
|--------------------|--|
| Sección 5.4 | ¿Qué puede hacer si no está de acuerdo con la multa por inscripción tardía de la Parte D? |
|--------------------|--|

Si no está de acuerdo con su multa por inscripción tardía de la Parte D, usted o su representante pueden solicitar una revisión de la decisión sobre su multa por inscripción tardía. En general, debe solicitar esta revisión **en un plazo de 60 días** a partir de la fecha de la primera carta que reciba que indique que debe pagar una multa por inscripción tardía. Si estaba pagando una multa antes de inscribirse a nuestro plan, es posible que no tenga otra oportunidad de solicitar una revisión de esa multa por inscripción tardía. Llame al Servicio al cliente para obtener más información sobre cómo hacerlo (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual).

Nota importante: no deje de pagar su multa por inscripción tardía de la Parte D mientras espera una revisión de la decisión sobre su multa por inscripción tardía. Si lo hace, su inscripción podría ser cancelada por no pagar las primas de su plan.

| | |
|------------------|---|
| SECCION 6 | ¿Tiene que pagar un monto adicional de la Parte D debido a sus ingresos? |
|------------------|---|

| | |
|--------------------|---|
| Sección 6.1 | ¿Quién paga un monto adicional de la Parte D en función de los ingresos? |
|--------------------|---|

Si su ingreso bruto ajustado modificado, tal y como se informa en su declaración de impuestos del IRS de hace dos años, es superior a cierto monto, usted pagará el monto de la prima estándar

Capítulo 1. Su inicio como asegurado

y un monto de ajuste mensual con respecto a los ingresos, también conocido como IRMAA, por sus siglas en inglés. El IRMAA es un cargo adicional que se agregará a su prima.

Si tiene que pagar un monto adicional, el Seguro Social, no su cobertura de Medicare, le enviará una carta que le informará cuál será tal monto adicional y cómo puede pagarlo. El monto adicional será retenido de su cheque de beneficios del Seguro Social, la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios o la Oficina de Administración de Personal, sin importar cómo pague generalmente la prima de su plan, a menos que su beneficio mensual no es 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. **Debe pagar el monto adicional al gobierno. No se puede pagar con la prima mensual de su plan.**

Sección 6.2 ¿Cuánto es el monto adicional de la Parte D?

Si usted no informa que su ingreso bruto ajustado modificado (MAGI, en inglés) en su declaración de impuestos del IRS es superior a cierto monto, pagará un monto adicional además de su prima mensual de la cobertura. Para obtener más información sobre el monto adicional que puede tener que pagar en función de sus ingresos, visite www.medicare.gov/part-d/costs/premiums/drug-plan-premiums.html.

Sección 6.3 ¿Qué puede hacer si no está de acuerdo con pagar un monto adicional de la Parte D?

Si su no está de acuerdo con pagar un monto adicional debido a sus ingresos, puede pedirle a su Seguro Social que revise la decisión. Para obtener más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con del Seguro Social al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

Sección 6.4 ¿Qué sucede si no se paga el monto adicional de la Parte D?

El monto adicional se paga directamente al gobierno (no a su cobertura de Medicare) por la cobertura de la Parte D de Medicare. Si la ley le exige que debe pagar el monto adicional y usted no lo paga, será dado de baja del plan y perderá la cobertura para medicamentos recetados.

SECCIÓN 7 Más información sobre su prima mensual

Muchos asegurados deben pagar otras primas de Medicare

Además de pagar la prima mensual de la cobertura, muchos asegurados deben pagar otras primas de Medicare. Algunos asegurados del plan (aquellos que no son elegibles para la Parte A sin prima) deben pagar una prima por la Parte A de Medicare. La mayoría de los asegurados de la cobertura pagan una prima por la Parte B de Medicare.

Si su ingreso bruto ajustado modificado, tal y como se informa en su declaración de impuestos del IRS de hace dos años, es superior a cierto monto, usted pagará el monto de la prima estándar

Capítulo 1. Su inicio como asegurado

y un monto de ajuste mensual con respecto a los ingresos, también conocido como IRMAA, por sus siglas en inglés. El IRMAA es un cargo adicional que se agregará a su prima.

- **Si debe pagar el monto adicional y no lo hace, usted será dado de baja de la cobertura y perder la cobertura para medicamentos recetados.**
- Si tiene que pagar un monto adicional, la Administración del Seguro Social, no su plan de Medicare, le enviará una carta que le informará cuál será tal monto adicional.
- Para obtener más información sobre las primas en la Parte D según el ingreso, consulte el Capítulo 1, Sección 6 de este manual. También puede visitar www.medicare.gov en la Web o llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O puede llamar al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

Su copia de *Medicare y usted 2021* brinda información sobre las primas de Medicare en la sección denominada "Costos de Medicare 2021". Esto explica cómo las primas de la Parte B y la Parte D de Medicare difieren para las personas con diferentes ingresos. Todas las personas con Medicare reciben una copia de *Medicare y usted* cada año en otoño. Aquellas personas que son nuevas en Medicare lo reciben en un plazo de un mes después de haberse inscrito. También puede descargar una copia de *Medicare y usted 2021* del sitio web de Medicare (www.medicare.gov). O puede solicitar una copia impresa por teléfono al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

| | |
|--------------------|--|
| Sección 7.1 | Existen varias formas en las que puede pagar la prima de su cobertura |
|--------------------|--|

Existen 3 formas en las que puede pagar la prima de su cobertura. Usted elige esta opción en el formulario de inscripción. Si no seleccionó cómo desea pagar su prima mensual, le enviaremos una factura. Usted puede llamar a Servicio al Cliente para cambiar su opción de pago.

Si decide cambiar la forma en la que paga su prima, puede tomar hasta tres meses para que su nuevo método de pago entre en vigor. Mientras procesamos su solicitud de un nuevo método de pago, usted es responsable de asegurarse de que la prima de su cobertura se pague a tiempo.

Opción 1: puede pagar con cheque

Recibirá un aviso mensual que le indicará cuándo vence la prima. Su prima se puede pagar en nuestra oficina antes del 1^{er} día del mes. Los cheques deben hacerse pagaderos a Blue Cross MedicareRx y deben enviarse por correo a:

Blue Cross MedicareRx (PDP)
P.O. Box 268845
Oklahoma City, OK 73126-8845

Capítulo 1. Su inicio como asegurado

Para enviar pagos durante la **noche**, envíe un correo a:

Blue Cross MedicareRx Basic (PDP)
3232 West Reno
Caja de seguridad 268845
Oklahoma City, OK 73107

Opción 2: puede pagar mediante retiro automático

En lugar de pagar con cheque, puede pagar su prima mensual de la cobertura automáticamente al realizar una deducción de su cuenta bancaria. Los retiros automáticos de la prima de su cuenta bancaria se realizarán mensualmente en aproximadamente en el 4 to día de cada mes.

Puede solicitar un formulario ACH para configurar retiros automáticos de su cuenta bancaria comunicándose con Servicio al Cliente o visitando nuestro sitio web, www.getbluetx.com/pdp.

Opción 3: Puede hacer que se deduzca su prima de la cobertura de su cheque mensual del Seguro Social

Puede solicitar que se deduzca el pago de la prima de la cobertura de su cheque mensual del Seguro Social. Póngase en contacto con Servicio al Cliente para obtener más información sobre cómo pagar la prima de su cobertura de esta manera. Será un placer ayudarle a programar este tipo de pagos. (Los números de teléfono del Servicio al cliente aparecen en la contraportada de este manual).

Qué hacer si tiene problemas para pagar la prima de su cobertura

La prima de su cobertura debe pagarse en nuestra oficina antes del 1^{er} día del mes. Si no hemos recibido su prima antes del 5^{to} día del mes, le enviaremos un aviso informándole que su membresía en la cobertura finalizará si no recibimos el pago de su prima dentro de 90 días.

Si tiene problemas para pagar la prima a tiempo, comuníquese con Servicio al Cliente para determinar si podemos remitirlo a programas que le ayuden con la prima de su cobertura. (Los números de teléfono del Servicio al cliente aparecen en la contraportada de este manual).

Si cancelamos su membresía porque no pagó sus primas, todavía tendrá cobertura de salud de Original Medicare.

Si cancelamos su membresía en la cobertura porque no pagó sus primas y actualmente no tiene cobertura de medicamentos recetados, es posible que no pueda recibir la cobertura de la Parte D hasta el año siguiente si se inscribe en una nueva cobertura durante el período de inscripción anual. Durante el período anual de inscripción abierta de Medicare, puede inscribirse en una cobertura para medicamentos recetados independiente o en un plan de salud que también brinde cobertura para medicamentos. (Si no tiene cobertura "acreditable" para medicamentos durante más de 63 días, es posible que deba pagar una multa por Inscripción tardía de la Parte D por el tiempo que tenga cobertura de la Parte D).

Capítulo 1. Su inicio como asegurado

En el momento en que cancelemos su póliza, es posible que aún nos deba primas que no ha pagado. Tenemos derecho cobrarle las primas que debe. En el futuro, si desea inscribirse nuevamente en nuestra cobertura (u otra cobertura que ofrezcamos), deberá pagar el monto que debe antes de poder inscribirse.

Si cree que hemos cancelado su membresía por error, tiene derecho a solicitarnos que reconsideremos esta decisión al presentar una reclamación. El Capítulo 7, Sección 7, de este manual le dice cómo presentar una queja. Si tuvo una circunstancia de emergencia que estuvo fuera de su control y causó que no pudiera pagar su prima del plan dentro de nuestro período de gracia, puede pedirnos que reconsideremos esta decisión llamando al 1-888-285-2249 Entre 8:00 a.m – 8:00 p.m., hora local, los 7 días de la semana. Si llama desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, se utilizarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz) los fines de semana y días feriados. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Debe realizar su solicitud a más tardar 60 días después de la fecha de cancelación de su póliza.

| | |
|--------------------|--|
| Sección 7.2 | ¿Podemos cambiar su prima mensual de la cobertura durante el año? |
|--------------------|--|

No. No podemos cambiar el monto que cobramos por la prima mensual de la cobertura durante el año. Si la prima mensual de la cobertura cambia para el próximo año, se lo informaremos en septiembre y el cambio entrará en vigor el 1 de enero del nuevo año.

Sin embargo, en algunos casos, la parte de la prima que debe pagar puede cambiar durante el año. Esto sucede si usted es elegible para el programa de "Ayuda Adicional" o si pierde su elegibilidad para el programa de "Ayuda Adicional" durante el año. Si un asegurado califica para recibir "Ayuda Adicional" con sus costos de medicamentos recetados, el programa de "Ayuda Adicional" pagará parte de la prima mensual de la cobertura del asegurado. Un asegurado que pierde su elegibilidad durante el año deberá comenzar a pagar su prima mensual completa. *Puede obtener más información sobre el programa de "Ayuda adicional" en el Capítulo 2, Sección 7.*

SECCIÓN 8 Mantenga actualizado su registro de membresía de la cobertura

| | |
|--------------------|--|
| Sección 8.1 | Cómo ayudar a garantizar que tengamos la información exacta sobre usted |
|--------------------|--|

Su registro de asegurado tiene información proveniente de su formulario de inscripción, incluyendo su dirección y número de teléfono. Muestra la cobertura específica de su cobertura.

Los farmacéuticos de la red de cobertura deben tener información correcta sobre usted. **Estos profesionales de la red usan su registro de membresía para saber qué medicamentos están incluidos y los montos de gasto compartido para usted.** Debido a esto, es muy importante que nos ayude a mantener su información actualizada.

Capítulo 1. Su inicio como asegurado

Háganos saber acerca de estos cambios:

- Cambios en su nombre, su dirección o su número de teléfono
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos que tenga (como la de su empleador, el empleador de su cónyuge, la compensación de trabajadores o Medicaid)
- Si tiene reclamos de responsabilidad, como reclamos de un accidente automovilístico
- Si ha sido admitido en un centro para personas mayores
- Si su parte responsable designada (como un cuidador) cambia

Si alguna de esta información cambia, infórmenos llamando a Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto)

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

Lea la información que le enviamos sobre cualquier otra cobertura de seguro que tenga.

Esto se debe a que debemos coordinar cualquier otra cobertura que tenga con sus beneficios de nuestro plan. (Para obtener más información sobre cómo funciona nuestra cobertura cuando tiene otro seguro, consulte la Sección 10 de este capítulo).

Una vez al año, le enviaremos una carta que describe cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos de la cual tengas información. Lea esta información detenidamente. Si es exacta, no necesita hacer nada. Si la información es inexacta o si tiene otra cobertura que no figura en la lista, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

SECCIÓN 9 Protegemos la privacidad de su información médica personal

Sección 9.1 Nos aseguramos de que su información médica esté protegida

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de sus expedientes médicos e información médica personal. Protegemos su información médica personal según lo exigen estas leyes.

Para obtener más información sobre cómo protegemos su información personal de salud, vaya al Capítulo 6, Sección 1.3 de este manual.

Capítulo 1. Su inicio como asegurado**SECCIÓN 10 Cómo funciona otro seguro con nuestro plan****Sección 10.1 ¿Qué cobertura paga primero cuando tiene otro seguro?**

Cuando tiene otro seguro (como cobertura de salud grupal por parte del empleador), existen reglas establecidas por Medicare que determinan si nuestro plan o su otro seguro paga primero. El seguro que paga primero se llama “pagador primario” y paga hasta los límites de su cobertura. El que paga en segundo lugar, llamado “pagador secundario”, solo paga si la cobertura primaria deja costos sin cubrir. Puede que el pagador secundario no pague todos los costos no cubiertos.

Estas reglas se aplican a la cobertura de la cobertura grupal de salud del empleador o sindicato:

- Si tiene cobertura para jubilados, Medicare paga primero.
- Si la cobertura de su cobertura de salud grupal se basa en su empleo actual o la cobertura de un asegurado de su familia, quién paga primero depende de su edad, la cantidad de personas empleadas por su empleador y si usted tiene Medicare en función de la edad, discapacidad o una enfermedad renal en etapa terminal (ESRD, en inglés):
 - Si tiene menos de 65 años y está discapacitado y usted o un asegurado de su familia todavía trabajan, su cobertura de salud grupal paga primero si el empleador tiene 100 o más empleados o al menos un empleador en una cobertura de empleadores múltiples que tenga más de 100 empleados.
 - Si tiene más de 65 años y usted o su cónyuge aún trabajan, su cobertura de salud grupal paga primero si el empleador tiene 20 o más empleados o al menos un empleador en una cobertura de empleadores múltiples que tenga más de 20 empleados.
- Si tiene Medicare debido a una ESRD, su plan de salud grupal pagará primero durante los primeros 30 meses después de que sea elegible para Medicare.

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

- Seguro sin culpa (incluido el seguro de automóvil)
- Responsabilidad civil (incluido seguro de automóvil)
- Beneficios por la enfermedad de pulmones negros
- Compensación de trabajadores

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

Si tiene otro seguro, informe a su médico, hospital y farmacia. Si tiene preguntas sobre quién paga primero, o si necesita actualizar la información de su otro seguro, llame a Servicio al

Capítulo 1. Su inicio como asegurado

Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual). Es posible que deba proporcionar su número de identificación de asegurado de la cobertura a sus otras aseguradoras (una vez que haya confirmado su identidad) para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

CAPÍTULO 2

Números telefónicos y recursos importantes

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes

| | | |
|------------------|---|-----------|
| SECCIÓN 1 | Blue Cross MedicareRx Basic (PDP) contactos (cómo comunicarse con nosotros, incluido cómo comunicarse con nosotros Servicio al Cliente en el plan) | 24 |
| SECCIÓN 2 | Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal de Medicare) | 27 |
| SECCION 3 | Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare) | 29 |
| SECCIÓN 4 | Organización de mejora de calidad (lo paga Medicare para verificar la calidad de la atención de las personas con Medicare)..... | 30 |
| SECCIÓN 5 | Administración del Seguro Social | 31 |
| SECCION 6 | Medicaid (un programa conjunto federal y estatal que ayuda con los costos médicos a algunas personas con ingresos y recursos limitados) | 32 |
| SECCIÓN 7 | Información sobre programas para ayudar a las personas a pagar sus medicamentos recetados | 33 |
| SECCIÓN 8 | Cómo contactar a la Junta de jubilación de empleados ferroviarios | 39 |
| SECCIÓN 9 | ¿Tiene un "seguro grupal" u otro seguro médico de un empleador? | 40 |

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes

SECCIÓN 1 Blue Cross MedicareRx Basic (PDP) contactos (cómo comunicarse con nosotros, incluido cómo comunicarse con nosotros Servicio al Cliente en el plan)

Cómo contactar al Servicio al cliente de nuestro plan

Para obtener ayuda con reclamaciones, facturación o preguntas sobre tarjetas de asegurado, llame o escriba a Blue Cross MedicareRx Basic (PDP) Servicio al Cliente. Será un placer ayudarle.

| Método | Servicio al cliente: Información de contacto |
|------------------|---|
| LLAME AL | 1-888-285-2249 Las llamadas a este número son gratis. El horario es de 8:00 a.m. – 8:00 p.m., hora local, los 7 días de la semana. Si llama entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, se utilizarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz) los fines de semana y días feriados. El Servicio al cliente también pone a disposición servicios gratuitos de intérpretes de idiomas para personas que no hablan inglés. |
| TTY | 711 Las llamadas a este número son gratis. El horario es de 8:00 a.m. – 8:00 p.m., hora local, los 7 días de la semana. Si llama entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, se utilizarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz) los fines de semana y días feriados. |
| FAX | 1-855-297-4245 |
| ESCRIBA A | Customer Service PO Box 3897 Scranton, PA 18505 |
| SITIO WEB | www.getbluetx.com/pdp |

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes**Cómo comunicarse con nosotros cuando solicita una decisión de cobertura o hace una apelación acerca de sus medicamentos recetados de la Parte D**

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre el monto que pagaremos por sus medicamentos recetados cubiertos bajo el beneficio de la Parte D que está incluido en su cobertura. Puede llamarnos si tiene preguntas sobre nuestro proceso de decisión de cobertura.

Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hayamos tomado.

Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura o hacer una apelación sobre sus medicamentos recetados de la Parte D, consulte el Capítulo 7 (Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas))

| Método | Decisiones de cobertura y apelaciones para medicamentos recetados de la Parte D - Información de contacto |
|------------------|---|
| LLAME AL | 1-888-285-2249 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario es de 8:00 a.m. – 8:00 p.m., hora local, los 7 días de la semana. Si llama entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, se utilizarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz) los fines de semana y días feriados. |
| TTY | 711 Las llamadas a este número son gratis. El horario es de 8:00 a.m. – 8:00 p.m., hora local, los 7 días de la semana. Si llama desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, se utilizarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz) los fines de semana y días feriados. |
| FAX | 1-800-693-6703 |
| ESCRIBA A | Blue Cross MedicareRx Basic (PDP) SM Attn: Medicare D Clinical Review 2900 Ames Crossing Road Eagan, MN 55121 |
| SITIO WEB | www.getbluetx.com/pdp |

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes**¿Cómo comunicarse con nosotros al presentar una reclamación sobre sus medicamentos recetados de la Parte D?**

Puede presentar una queja sobre nosotros o una de las farmacias de nuestra red, incluida una queja sobre la calidad de su atención. Este tipo de reclamación no incluye controversias de cobertura o pago. (Si su problema es sobre la cobertura de la cobertura o el pago, debe consultar la sección anterior sobre cómo presentar una apelación). *Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre sus medicamentos recetados de la Parte D, consulte el Capítulo 7 (Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas))*

| Método | Quejas sobre medicamentos recetados de la Parte D –Información de contacto |
|------------------------------|---|
| LLAME AL | 1-888-285-2249 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario es de 8:00 a.m. – 8:00 p.m., hora local, los 7 días de la semana. Si llama entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, se utilizarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz) los fines de semana y días feriados. |
| TTY | 711 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario es de 8:00 a.m. – 8:00 p.m., hora local, los 7 días de la semana. Si llama desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, se utilizarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz) los fines de semana y días feriados. |
| FAX | 1-855-297-4248 |
| ESCRIBA A | Medicare Grievance Unit P.O. Box 4109 Scranton, PA 18505 |
| SITIO WEB DE MEDICARE | Puede enviar una queja sobre Blue Cross MedicareRx Basic (PDP) directamente a Medicare. Para enviar una reclamación en línea a Medicare, vaya a www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx . |

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes

Dónde enviar una solicitud pidiéndonos que paguemos nuestra parte del costo de una droga que ha recibido

El proceso de determinación de cobertura incluye la determinación de solicitudes para pagar nuestra parte de los costos de un medicamento que usted recibió. Para obtener más información sobre situaciones en las que es posible que deba solicitar un reembolso a la cobertura o pagar una factura que recibió de un profesional, consulte el Capítulo 5 (*Pedirnos que paguemos nuestra parte de los costos de los medicamentos incluidos*).

Por favor, tenga en cuenta que: si nos envía una solicitud de pago y denegamos cualquier parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Consulte el Capítulo 7 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones y reclamaciones]*) para más información.

| Método | Solicitudes de pago: información de contacto |
|------------------|--|
| ESCRIBA A | Prescription Drug Claims Payment Request PO Box 20970 Lehigh Valley, PA 18002-0970 |
| SITIO WEB | www.getbluetx.com/pdp |

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

Medicare es el programa de seguros de salud federal para personas de 65 años de edad o más, para algunas personas menores de 65 años con discapacidades y para personas con 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 (a veces llamados "CMS"). Esta agencia tiene contratos con coberturas de medicamento con receta de Medicare, incluidos nosotros.

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes

| Método | Medicare: información de contacto |
|------------------|--|
| LLAME AL | <p>1-800-MEDICARE, o 1-800-633-4227</p> <p>Las llamadas a este número son gratis.</p> <p>24 horas al día, 7 días a la semana.</p> |
| TTY | <p>1-877-486-2048</p> <p>Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o lingüísticas.</p> <p>Las llamadas a este número son gratis.</p> |
| SITIO WEB | <p>www.medicare.gov</p> <p>Este es el sitio web oficial del gobierno para Medicare. Le brinda información actualizada sobre Medicare y los problemas actuales de Medicare. También tiene información sobre hospitales, centros para personas mayores, médicos, agencias de salud en el hogar y centros de diálisis. Incluye manuales que puede imprimir directamente de su computadora. También puede encontrar contactos de Medicare en su estado.</p> <p>El sitio web de Medicare también brinda información detallada sobre su elegibilidad para Medicare y las opciones de inscripción a través de 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 las coberturas disponibles para medicamentos recetados de Medicare, los planes de salud de Medicare y las pólizas de Medigap (seguro complementario de Medicare) en su área. Estas herramientas brindan una <i>aproximación</i> de cuánto podrían ser los costos que tendría que desembolsar en los distintos planes de Medicare. |

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes

| Método | Medicare: información de contacto |
|-------------------------------------|---|
| SITIO WEB (continuación) | <p>También puede utilizar el sitio web para informar a Medicare sobre cualquier queja que tenga sobre Blue Cross MedicareRx Basic (PDP):</p> <ul style="list-style-type: none"> Informe a Medicare sobre su queja: Puede enviar una queja sobre Blue Cross MedicareRx Basic (PDP) directamente a Medicare. Para enviar una reclamación a Medicare, vaya a www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma en serio sus reclamaciones y utiliza esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare. <p>Si no tiene una computadora, su biblioteca local o centro para personas mayores puede ayudarle a visitar este sitio web en su computadora. O puede llamar a Medicare y decirles qué tipo de información desea. Encontrarán la información en el sitio web, la imprimirán y se la enviarán. (Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).</p> |

SECCION 3 Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)

Programa Estatal de Asistencia de Seguros Médicos (SHIP, por sus siglas en inglés) es un programa gubernamental con asesores capacitados en todos los estados. En Texas, el SHIP se llama Programa de información, asesoramiento y defensa de la salud (HICAP).

HICAP es una entidad independiente (no está relacionado con ninguna compañía de seguros o cobertura de salud). Es un programa estatal que obtiene dinero del gobierno federal para brindar asesoramiento gratuito a nivel local sobre seguros de salud a personas con Medicare.

Los asesores de HICAP pueden ayudarle con sus preguntas o problemas de Medicare. Pueden ayudarle a entender sus derechos de Medicare, a presentar reclamaciones sobre su atención o tratamiento médico y a resolver problemas con sus facturas de Medicare. Los asesores de HICAP también pueden ayudarle a comprender sus opciones de planes de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de planes.

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes

| Método | Programa de información, asesoramiento y defensa de la salud (HICAP) (Texas SHIP) - Información de contacto |
|------------------|--|
| LLAME AL | 1-800-252-9240 |
| ESCRIBA A | Health Information, Counseling and Advocacy Program (HICAP) P.O. Box 149104 Austin, Texas 78714-9030 |
| SITIO WEB | www.tdi.texas.gov/consumer/hicap/ |

SECCIÓN 4 Organización de mejora de calidad (lo paga Medicare para verificar la calidad de la atención de las personas con Medicare)

Hay una Organización de mejora de calidad designada para atender a los beneficiarios de Medicare en cada estado. Para Texas, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se llama KEPRO.

KEPRO tiene un grupo de médicos y otros profesionales de la salud pagados por el gobierno federal. Medicare le paga a esta organización para controlar y ayudar a mejorar la calidad de la atención de las personas con Medicare. KEPRO es una organización independiente. No está conectada con nuestro plan.

Debería comunicarse con KEPRO si tiene una queja sobre la calidad de la atención que ha recibido. Por ejemplo, puede contactar KEPRO si le dieron el medicamento equivocado o si le dieron medicamentos que interactúan de manera negativa.

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes

| | |
|------------------|--|
| Método | KEPRO (Organización para el Mejoramiento de la Calidad de Texas): información de contacto |
| LLAME AL | 1-888-315-0636: número de acceso gratuito Horario de atención de la Línea de ayuda: Lunes a Viernes: 9:00 a.m. - 5:00 pm Hora del este, central y de montaña Fines de semana y feriados: 11:00 a.m. a 3:00 pm Hora del este, central y de montaña |
| TTY | 1-855-843-4776 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o lingüísticas. |
| ESCRIBA A | KEPRO 5201 W. Kennedy Blvd., Suite 900 Tampa, FL 33609 |
| SITIO WEB | http://www.keproqio.com |

SECCIÓN 5 Administración del Seguro Social

La Administración del Seguro Social tiene la responsabilidad de determinar la elegibilidad y administrar la inscripción para Medicare. Los ciudadanos y residentes legales de los Estados Unidos de 65 años o más, que tienen una discapacidad o enfermedad renal en etapa terminal y cumplen con ciertas condiciones, son elegibles para Medicare. Si usted ya recibe cheques del Seguro Social, la inscripción en Medicare es automática. Si no recibe cheques del Seguro Social, debe inscribirse en Medicare. El Seguro Social administra el proceso de inscripción para Medicare. Para solicitar Medicare, puede llamar al Seguro Social o visitar la oficina local de esta.

El Seguro Social también tiene la responsabilidad de determinar quién tiene que pagar un monto adicional por su cobertura de medicamentos de la Parte D en función de ingresos superiores. Si recibió una carta de la Administración del Seguro Social que le informa que debe pagar el monto adicional y tiene preguntas sobre el monto o si sus ingresos disminuyeron debido a un evento que le cambió la vida, puede llamar a la administración para solicitar una reconsideración.

Si se muda o cambia su dirección de correo, es importante que se comunique con la Administración del Seguro Social para informarle.

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes

| Método | Seguro Social: información de contacto |
|------------------|--|
| LLAME AL | 1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 7:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes. Puede utilizar los servicios telefónicos automatizados del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunos trámites las 24 horas del día. |
| TTY | 1-800-325-0778 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o lingüísticas. Las llamadas a este número son gratis. Disponible de 7:00 am ET a 7:00 pm, de lunes a viernes. |
| SITIO WEB | www.ssa.gov/ |

SECCION 6**Medicaid**

(un programa conjunto federal y estatal que ayuda con los costos médicos a algunas personas con ingresos y recursos limitados)

Medicaid es un programa gubernamental conjunto a nivel federal y estatal que ayuda con los costos médicos a ciertas personas con ingresos y recursos limitados. Algunas personas con Medicare también son elegibles para Medicaid.

Además, hay programas que se ofrecen a través de Medicaid que ayudan a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare, como sus primas de Medicare. Estos "Programas de ahorros de Medicare ayudan a las personas con ingresos y recursos limitados a ahorrar dinero cada año:

- **Beneficiario calificado de Medicare (QMB, en inglés):** ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare y otros gastos compartidos (como deducibles, coaseguro y copagos). (Algunas personas con un QMB también son elegibles para recibir beneficios completos de Medicaid (QMB+)).
- **Beneficiarios especificados para personas de bajos ingresos de Medicare (SLMB, en inglés):** ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunas personas con SLMB también son elegibles para recibir beneficios completos de Medicaid (SLMB+)).
- **Individuo calificado (QI):** ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Personas discapacitadas y personas que trabajan (QDWI, por sus siglas en inglés):** ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes

Para obtener más información sobre Medicaid y sus programas, comuníquese con los Servicios de salud y humanos de Texas.

| Método | Salud y Servicios Humanos de Texas - Información de contacto |
|------------------|---|
| LLAME AL | 1-800-252-8263 Laborables: 8:00 a. m. – 5:00 p. m. hora local |
| TTY | 711 o 1-800-735-2989 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o lingüísticas. |
| ESCRIBA A | Texas Health and Human Services Commission Brown-Heatly Building 4900 N. Lamar Blvd Austin, TX 78751-2316 |
| SITIO WEB | www.hhs.texas.gov |

SECCIÓN 7 Información sobre programas para ayudar a las personas a pagar sus medicamentos recetados

Programa de "Beneficios adicionales" de Medicare

Medicare ofrece un programa de "Beneficios Adicionales" para pagar los costos de los medicamentos recetados a las personas que tienen ingresos y recursos limitados. Los recursos incluyen sus ahorros y acciones, pero no su hogar o automóvil. Si reúne los requisitos, recibirá ayuda para pagar la prima mensual, el deducible anual y los copagos de medicamentos con receta médica de cualquier plan de medicamentos de Medicare. Estos "Beneficios adicionales" también cuentan para los gastos de bolsillo.

Las personas con ingresos y recursos limitados pueden calificar para la "Ayuda adicional". Algunas personas califican automáticamente para la "Ayuda adicional" y no necesitan solicitarla. Medicare envía una carta por correo a las personas que califican automáticamente para el "Beneficio adicional".

Es posible que pueda obtener "Beneficios adicionales" para pagar las primas y los costos de sus medicamentos recetados. Para ver si califica para recibir "Beneficios Adicionales", llame al:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana;
- La Oficina de la Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213, entre las 7:00 a.m. y 7 pm, lunes a viernes. los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes);; o

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes

- La oficina de Medicaid de su estado (solicitudes). (Consulte la Sección 6 de este capítulo para obtener información de contacto).

Si cree que calificó para la “Ayuda Adicional” y cree que está pagando un monto de gasto compartido incorrecto cuando obtiene su receta en una farmacia, nuestra cobertura ha establecido un proceso que le permite solicitar asistencia para obtener evidencia de su nivel de copago adecuado o, si ya tiene la evidencia, para proporcionarnos esta evidencia.

- Los beneficiarios pueden contactar a nuestra área Servicio al Cliente y solicitar asistencia para obtener la mejor evidencia disponible (BAE, por sus siglas en inglés) y para proporcionar esta evidencia.
- Cuando se comunique con nosotros, verificaremos si hay una discrepancia y / o si podemos resolver la discrepancia con respecto a su ayuda adicional en función de la información a la que tenemos acceso. En algunos casos, es posible que debamos solicitarle que proporcione documentación si la tiene disponible. Si no tiene documentación disponible, intentaremos verificar el estado de su beneficio adicional a través de canales de comunicación y de acuerdo con la guía establecida por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, en inglés).
- Los documentos que se enumeran a continuación son válidos con el fin de establecer el nivel correcto de beneficio adicional y la fecha de vigencia para las personas que deberían ser consideradas elegibles para el Subsidio por bajos ingresos (LIS). Cada elemento enumerado a continuación debe mostrar que la persona era elegible para tener Medicaid durante un mes posterior a junio del año calendario anterior.
 - Una copia de la tarjeta de Medicaid del beneficiario que incluye el nombre del beneficiario y una fecha de elegibilidad
 - Si la copia de la tarjeta de Medicaid del beneficiario no indica una fecha de vigencia, no se aceptará como una forma de BAE.
 - Una copia de un documento estatal que confirme el estado activo en Medicaid
 - Una copia impresa del archivo de inscripción electrónica estatal que muestra el estado de Medicaid
 - Una impresión de pantalla de los sistemas de Medicaid del estado que muestre el estado de Medicaid 623
 - Otra documentación proporcionada por el estado que muestre la condición de Medicaid
 - Una carta de SSA que muestra que la persona recibe SSI; o
 - Una solicitud presentada por Considerado elegible confirmando que el beneficiario es "... automáticamente elegible para el Beneficio Adicional..."

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes

- Los patrocinadores de la Parte D deben aceptar cualquiera de las siguientes formas de evidencia del beneficiario o del farmacéutico, defensor, representante, asegurado de la familia u otra persona del beneficiario que actúe en nombre del beneficiario para establecer que el beneficiario está institucionalizado o, a partir de una fecha especificada por el Secretario, pero no antes del 1 de enero de 2012, es una persona que recibe servicios basados en el hogar y la comunidad (HCBS) y califica para un gasto compartido cero:
 1. Un justificante del centro que muestre el pago de Medicaid por un mes calendario completo para esa persona durante un mes después de junio del año calendario anterior;
 2. Una copia de un documento estatal que confirma el pago de Medicaid en nombre de la persona a la instalación durante un mes calendario completo después de junio del año calendario anterior;
 3. Una impresión de pantalla de los sistemas estatales de Medicaid que muestre el estado institucional de ese individuo basado en al menos un mes calendario completo para fines de pago de Medicaid durante un mes posterior a junio del año calendario anterior.
 4. En vigencia a partir de la fecha especificada por la Secretaría, pero no una fecha anterior al 1 de enero de 2012, una copia de:
 - a) Un Aviso de acción, Aviso de determinación o Aviso de inscripción emitido por el Estado que incluya el nombre del beneficiario y la fecha de elegibilidad de HCBS durante un mes después de junio del año calendario anterior;
 - b) Una cobertura de servicio HCBS aprobada por el estado que incluye el nombre del beneficiario y la fecha de vigencia que comienza durante un mes después de junio del año calendario anterior;
 - c) Una carta de aprobación de autorización previa emitida por el Estado para HCBS que incluye el nombre del beneficiario y la fecha de vigencia que comienza durante un mes después de junio del año calendario anterior;
 - d) Otra documentación proporcionada por el Estado que muestre el estado de elegibilidad de HCBS durante un mes después de junio del año calendario anterior; o,
 - e) Un documento emitido por el Estado, como un aviso de envío, que confirme el pago de HCBS, incluido el nombre del beneficiario y las fechas de HCBS
- Cuando recibamos la evidencia que muestre su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que pueda pagar el copago correcto cuando obtenga su próxima receta en la farmacia. Si paga en exceso su copago, le reembolsaremos el dinero. Le enviaremos un cheque por el monto de su sobrepago o restableceremos los copagos futuros. Si la farmacia no ha cobrado un copago suyo y su copago se considera una deuda que usted aun debe, nosotros podemos hacer el pago directamente a la farmacia. Si un estado pagó

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes

en su nombre, podemos hacer el pago directamente al estado. Comuníquese con el Servicio al cliente si tiene preguntas (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual).

Programa de descuento de lapso entre cobertura de Medicare

El Programa de descuento de brecha de la cobertura de Medicare ofrece descuentos de fabricantes en medicamentos de marca a los asegurados de la Parte D que han alcanzado la brecha entre cobertura y no reciben "Beneficio adicional". Para los medicamentos de marca, el 70% de descuento que ofrecen los fabricantes excluye cualquier tarifa por expendio por los costos en la brecha. Los asegurados pagan el 25% del precio negociado y una parte de la tarifa por expendio de medicamentos de marca.

Si está en el lapso sin cobertura, aplicaremos automáticamente el descuento cuando su farmacia le facture su receta y su Explicación de beneficios (EOB, en inglés) de la Parte D mostrará cualquier descuento proporcionado. Tanto el monto que usted paga como el monto descontado por el fabricante cuentan para los costos de desembolso como si los hubiera pagado y lo llevan a través del lapso sin cobertura. El monto pagado por la cobertura (5%) no cuenta para los costos que desembolsa.

También recibe cierta cobertura para medicamentos genéricos. Si alcanza el lapso sin cobertura, la cobertura paga el 75% del precio de los medicamentos genéricos y usted paga el 25% restante del precio. Para los medicamentos genéricos, el monto pagado por la cobertura (75%) no cuenta para los costos que desembolsa. Solo el monto que usted paga se tomará en cuenta y lo ayudará a pasar por la brecha entre cobertura. Además, la tarifa por expendio se incluye como parte de los costos de los medicamentos.

Si tiene alguna pregunta sobre la disponibilidad de descuentos para los medicamentos que está tomando o sobre el Programa de descuento de lapso de cobertura de Medicare en general, comuníquese con el Servicio al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).

¿Qué sucede si tiene cobertura de un Programa estatal de asistencia farmacéutica (SPAP, en inglés)?

Si está inscrito en un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica Programa de Asistencia (SPAP, en inglés) o en cualquier otro programa que brinde cobertura para medicamentos de la Parte D (que no sea "Ayuda Adicional"), aún obtiene el 70% de descuento en medicamentos de marca cubiertos. Además, la cobertura paga el 5% de los costos de los medicamentos de marca en el lapso sin cobertura. El 70% de descuento y el 5% pagado por la cobertura se aplican a los precios de los medicamentos antes de cualquier SPAP u otra cobertura.

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes

¿Qué sucede si tiene cobertura de un Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP, en inglés)?**¿Qué es el Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP, por sus siglas en inglés)?**

El Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP) ayuda a las personas elegibles para ADAP que viven con VIH/SIDA a tener acceso a medicamentos contra el VIH que salvan vidas. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por ADAP califican para la asistencia de gasto compartido de medicamentos recetados. El Programa de Medicamentos para el VIH de Texas (THMP) también opera el Programa de Asistencia Farmacéutica del Estado de Texas (SPAP) que ayuda a las personas VIH positivas que no califican para el Subsidio por Bajos Ingresos completo (Ayuda Adicional) con los gastos de bolsillo directo asociados con coberturas de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare, incluidos copagos, deducibles, coaseguro y durante el período sin cobertura (el “período sin cobertura”). Nota: Para ser elegible para el ADAP que opera en su estado, las personas deben cumplir con ciertos criterios, incluida la prueba de residencia en el estado y estado de VIH, bajos ingresos según lo define el estado y estado de no asegurado / con seguro insuficiente.

Si actualmente está inscrito en un ADAP, puede continuar brindándole asistencia de gastos compartidos de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare para los medicamentos que figuran en la lista de ADAP. Para asegurarse de continuar recibiendo esta asistencia, notifique a su trabajador de inscripción local de ADAP sobre cualquier cambio en el nombre de su plan de Medicare Parte D o en el número de póliza.

Texas HIV Medication Program (THMP)
P.O. Box 149347, MC1873
Austin, TX 78714
www.dshs.state.tx.us/hivstd/meds

Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al 1-800-255-1090.

¿Qué sucede si recibe “Beneficio adicional” de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos que requieren receta médica? ¿Puede obtener los descuentos?

No. Si recibe “Ayuda adicional”, ya obtiene cobertura para los costos de sus medicamentos que requieren receta médica durante la brecha de cobertura.

¿Qué sucede si no obtiene un descuento y cree que debería tenerlo?

Si considera que ha alcanzado la brecha entre cobertura y no obtuvo un descuento al pagar su medicamento de marca, debe leer su próximo aviso de la Explicación de beneficios de la Parte D (EOB de la parte D). Si el descuento no aparece en su Explicación de beneficios de la Parte D, debe comunicarse con nosotros para asegurarse de que sus registros de recetas sean correctos y estén actualizados. Si no aceptamos que se le debe un descuento, puede apelar la decisión.

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes

Puede obtener ayuda para presentar una apelación de su Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud (SHIP) (los números de teléfono están en Sección 3 de este capítulo) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica

Muchos estados tienen programas estatales de asistencia farmacéutica que ayudan a algunas personas a pagar los medicamentos recetados en función de sus necesidades financieras, edad, condición médica o discapacidad. Cada estado tiene diferentes reglas al brindar cobertura de medicamentos a sus asegurados.

En Texas, el Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica es el Programa de Cuidado de la Salud del Riñón (KHC) y Programa de medicamentos contra el VIH de Texas (THMP).

| Método | Programa de Asistencia de Salud del Riñón (KHC) Programa de Asistencia Farmacéutica del Estado de Texas) (Asistencia ESRD solamente) - Información de contacto |
|------------------|---|
| LLAME AL | 1-800-222-3986 El horario es de lunes - viernes. 8:00 a.m. - 5:00 pm |
| TTY | 1-800-735-2989 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o lingüísticas. |
| ESCRIBA A | Kidney Health Care Program (KHC) PO Box 149347 Austin, TX 78714-9347 |
| SITIO WEB | hhs.texas.gov/services/health/kidney-health-care |

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes

| Método | Programa de medicamentos contra el VIH de Texas (THMP): información de contacto |
|------------------|---|
| LLAME AL | 1-800-255-1090 El horario es de lunes - viernes. 8:00 a.m. - 5:00 p.m. |
| TTY | 1-800-735-2989 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o lingüísticas. |
| ESCRIBA A | Texas HIV Medication Program (THMP) PO Box 149347, MC 1873 Austin, TX 78714-9347 |
| SITIO WEB | www.dshs.texas.gov/hivstd/meds/spap.shtm |

SECCIÓN 8 Cómo contactar a la Junta de jubilación de empleados ferroviarios

La Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios es una agencia federal independiente que administra programas integrales de beneficios para los trabajadores ferroviarios de la nación y sus familias. Si tiene preguntas sobre sus beneficios por parte de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios, comuníquese con la agencia.

Si recibe su Medicare a través de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios, es importante que les informe si se muda o cambia su dirección postal.

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes

| Método | Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios: Información de contacto |
|------------------|--|
| LLAME AL | <p>1-877-772-5772</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>Si presiona "0", puede hablar con un representante de RRB de 9:00 a. m. a 3:30 p. m., lunes, martes, jueves y viernes, y de 9:00 a. m. a 12:00 p. m. el día miércoles.</p> <p>Si presiona "1", puede acceder a la línea de ayuda automatizada de RRB y a la información grabada las 24 horas del día, incluidos los fines de semana y días festivos.</p> |
| TTY | <p>1-312-751-4701</p> <p>Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o lingüísticas.</p> <p>Las llamadas a este número <i>no</i> son gratuitas.</p> |
| SITIO WEB | rrb.gov/ |

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

Si usted (o su cónyuge) obtienen beneficios de su empleador (o el de su cónyuge) o grupo de jubilados como parte de esta cobertura, puede llamar al administrador de beneficios del empleador o sindicato o al Servicio al Cliente si tiene alguna pregunta. Puede preguntar sobre los beneficios de salud, las primas o el período de inscripción de su empleador (o el de su cónyuge) o para jubilados. (Los números de teléfono del Servicio al cliente aparecen en la contraportada de este manual). 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 bajo este plan.

Si tiene otra cobertura para medicamentos recetados a través de su empleador (o el de su cónyuge) o grupo de jubilados, comuníquese con el administrador de beneficios de ese grupo. El administrador de los beneficios puede ayudarlo a determinar cómo funcionará su cobertura actual de medicamentos recetados con nuestra cobertura.

CAPÍTULO 3

*Usar la cobertura de la cobertura
para sus medicamentos que
requieren receta médica de la Parte
D*

Capítulo 3. Usar esta cobertura para sus medicamentos recetados de la Parte D**Capítulo 3. Usar esta cobertura para sus medicamentos recetados de la Parte D**

| | | |
|------------------|--|-----------|
| SECCIÓN 1 | Introducción..... | 44 |
| Sección 1.1 | Este capítulo describe su cobertura para medicamentos de la Parte D | 44 |
| Sección 1.2 | Reglas básicas para la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D de la cobertura | 45 |
| SECCIÓN 2 | Surta su receta médica en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo de la cobertura | 45 |
| Sección 2.1 | Para tener cubierta su receta médica, use una farmacia de la red..... | 45 |
| Sección 2.2 | Cómo encontrar las farmacias de la red | 46 |
| Sección 2.3 | Uso de los servicios de pedido por correo de la cobertura..... | 47 |
| Sección 2.4 | ¿Cómo puede recibir un suministro de medicamentos a largo plazo? | 48 |
| Sección 2.5 | ¿Cuándo puede usar una farmacia que no se encuentra en la red del plan?. | 49 |
| SECCIÓN 3 | Sus medicamentos recetados deben estar en la "Lista de medicamentos" de la cobertura | 50 |
| Sección 3.1 | La "Lista de medicamentos" indica qué medicamentos de la Parte D están cubiertos. | 50 |
| Sección 3.2 | Existen 5 “niveles de gasto compartido” para medicamentos de la Lista de medicamentos | 51 |
| Sección 3.3 | ¿Cómo puede saber si un medicamento específico está en la Lista de medicamentos? | 51 |
| SECCIÓN 4 | Existen restricciones en la cobertura de algunos medicamentos. | 52 |
| Sección 4.1 | ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?..... | 52 |
| Sección 4.2 | ¿Qué tipo de restricciones?..... | 52 |
| Sección 4.3 | ¿Alguna de estas restricciones se aplica a sus medicamentos? | 53 |
| SECCIÓN 5 | ¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera que usted desea? | 54 |
| Sección 5.1 | Hay cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera que usted desea | 54 |
| Sección 5.2 | ¿Qué puede hacer si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o si posee algún tipo de restricción?..... | 55 |
| Sección 5.3 | ¿Qué puede hacer si su medicamento está en un nivel de gastos compartidos que usted considera que es demasiado alto?..... | 57 |

Capítulo 3. Usar esta cobertura para sus medicamentos recetados de la Parte D

| | | |
|-------------------|---|-----------|
| SECCIÓN 6 | ¿Qué sucede si cambia la cobertura de uno de sus medicamentos? | 58 |
| Sección 6.1 | La Lista de medicamentos puede cambiar durante el año..... | 58 |
| Sección 6.2 | ¿Qué sucede si la cobertura de un medicamento que está tomando cambia?..... | 58 |
| SECCIÓN 7 | ¿Qué tipos de medicamentos <i>no</i> están cubiertos por la cobertura?..... | 61 |
| Sección 7.1 | Tipos de medicamentos que no cubrimos | 61 |
| SECCIÓN 8 | Muestre su tarjeta de póliza de la cobertura al surtir una receta médica | 62 |
| Sección 8.1 | Muestre su tarjeta de membresía..... | 62 |
| Sección 8.2 | ¿Qué sucede si no lleva consigo su tarjeta de membresía? | 62 |
| SECCIÓN 9 | Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales | 63 |
| Sección 9.1 | ¿Qué sucede si se encuentra en un hospital o en un centro de enfermería especializada para una estadía cubierta por Original Medicare?..... | 63 |
| Sección 9.2 | ¿Qué sucede si es residente en un centro de atención a largo plazo (LTC)?..... | 63 |
| Sección 9.3 | ¿Qué sucede si está tomando medicamentos incluidos por Original Medicare? | 64 |
| Sección 9.4 | ¿Qué sucede si tiene una póliza Medigap (seguro complementario de Medicare) con cobertura de medicamento con receta ? | 64 |
| Sección 9.5 | ¿Qué sucede si también obtiene cobertura de medicamentos de un empleador o cobertura grupal de jubilados? | 65 |
| Sección 9.6 | ¿Qué pasa si usted está en un hospicio certificado por Medicare? | 65 |
| SECCIÓN 10 | Programas sobre la seguridad y administración de medicamentos. | 66 |
| Sección 10.1 | Programas para ayudar a los asegurados a usar los medicamentos de manera segura..... | 66 |
| Sección 10.2 | Programa de administración de medicamentos (DMP, por sus siglas en inglés) para ayudar a los asegurados a usar los medicamento opiáceos de manera segura..... | 67 |
| Sección 10.3 | Programa de Administración de terapia con medicamentos (MTM, en inglés) para ayudar a los asegurados a administrar sus medicamentos..... | 67 |

Capítulo 3. Usar esta cobertura para sus medicamentos recetados de la Parte D**¿Sabía usted que existen programas que ayudan a las personas a pagar por sus medicamentos?**

Existen programas para ayudar a las personas con recursos limitados a pagar por sus medicamentos. Estos incluyen "Ayuda Adicional" y otros programas estatales de asistencia farmacéutica. Para obtener más información, consulte el Capítulo 2, Sección 7.

¿Recibe actualmente asistencia económica para la compra de sus medicamentos?

Si está en un programa que le ayuda a pagar sus medicamentos, *es posible que cierta información en este manual de Evidencia de cobertura sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D que no se aplique a su caso*. Hemos incluido un inserto por separado, llamado "Evidencia de la cláusula de cobertura para personas que reciben Beneficio Adicional para pagar sus medicamentos recetados" (también conocido como "Cláusula adicional de subsidio por bajos ingresos" o "Cláusula adicional de LIS"), que le informa sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este inserto, llame al Servicio al cliente y solicite la "cláusula LIS". (Los números de teléfono del Servicio al cliente aparecen en la contraportada de este manual).

SECCIÓN 1 Introducción**Sección 1.1 Este capítulo describe su cobertura para medicamentos de la Parte D**

Este capítulo **explica las reglas para el uso de su cobertura de medicamentos de la Parte D**. El siguiente capítulo le informa lo que paga por los medicamentos de la Parte D (Capítulo 4, Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D).

Además de su cobertura para medicamentos de la Parte D a través de nuestra cobertura, Original Medicare (Parte A y B de Medicare) también cubre algunos medicamentos:

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

Los dos ejemplos de medicamentos descritos anteriormente están incluidos por Original Medicare. (Para obtener más información sobre esta cobertura, consulte su manual Medicare y usted) Sus medicamentos recetados de la Parte D están dentro de nuestra cobertura.

Capítulo 3. Usar esta cobertura para sus medicamentos recetados de la Parte D

Sección 1.2 Reglas básicas para la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D de la cobertura

En general, la cobertura cubrirá sus medicamentos, siempre y cuando siga estas reglas básicas:

- Debe pedirle a un profesional (un médico, dentista u otra persona que recete) que escriba su receta.
- El profesional que expide sus recetas médicas debe aceptar Medicare o presentar documentación ante los CMS que demuestre que está calificado para expedir recetas médicas, o se denegará su reclamo de la Parte D. Debe consultar en la próxima visita a los profesionales que expiden las recetas médicas si cumplen con esta condición. Caso contrario, tenga en cuenta que lleva tiempo que el profesional que expide la receta médica presente los documentos necesarios para su procesamiento.
- Por lo general, debe usar una farmacia de la red para surtir su receta médica. (Consulte la Sección 2, *Surta sus recetas en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo de la cobertura.*)
- Su medicamento recetado debe estar en la *Lista de medicamentos cubiertos (formulario)* del plan (se denomina "Lista de medicamentos" en su forma abreviada). (Ver Sección 3, *Sus medicamentos deben estar en la "Lista de medicamentos" de la cobertura.*)
- Su medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. Una "indicación médicamente aceptada" es el uso del medicamento aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o respaldado por cierta documentación de referencia. (Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada).

SECCIÓN 2 Surta su receta médica en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo de la cobertura

Sección 2.1 Para tener cubierta su receta médica, use una farmacia de la red

En la mayoría de los casos, sus recetas médicas están cubiertas. *solo* si se surten en las farmacias de la red de la cobertura. (Consulte la Sección 2.5 para obtener información sobre cuándo cubriríamos las recetas médicas surtidas en farmacias fuera de la red).

Una farmacia de la red es una farmacia que tiene un contrato con la cobertura para suministrar sus medicamentos recetados cubiertos. El término "medicamentos cubiertos" se refiere a todos los medicamentos recetados de la Parte D que están cubiertos en la Lista de medicamentos de la cobertura.

Capítulo 3. Usar esta cobertura para sus medicamentos recetados de la Parte D

Nuestra red incluye farmacias que ofrecen gastos compartidos estándar y farmacias que ofrecen gastos compartidos preferidos. Puede ir a cualquier tipo de farmacia de la red para recibir sus medicamentos recetados cubiertos. Su gasto compartido puede ser menor en farmacias con gasto compartido preferido.

Sección 2.2 Cómo encontrar las farmacias de la red**¿Cómo encuentra una farmacia de la red en su área?**

Para encontrar una farmacia de la red, puede buscar en su *Directorio de farmacias*, Visite nuestro sitio web (www.getbluetx.com/pdp/pharmacies), o llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).

Puede ir a cualquiera de las farmacias de nuestra red. *Sin embargo, sus costos pueden ser aún menores para sus medicamentos cubiertos si utiliza una farmacia de la red que ofrece gastos compartidos preferidos en lugar de una farmacia de la red que ofrece gastos compartidos estándar. El Directorio de farmacias le informará cuáles de las farmacias de la red ofrecen gastos compartidos preferidos.* Puede obtener más información sobre cómo sus gastos de bolsillo podrían ser diferentes para diferentes medicamentos comunicándose con nosotros. *Si se cambia de una farmacia de la red a otra, y necesita una reposición de un medicamento que ha estado tomando, puede solicitar que un proveedor emita una nueva receta o que su receta se transfiera a su nueva farmacia de la red.*

¿Qué sucede si la farmacia que ha estado utilizando deja la red?

Si la farmacia que ha estado usando deja la red de la cobertura, deberá buscar una nueva farmacia que esté en la red. O si la farmacia que ha estado usando permanece dentro de la red pero ya no ofrece gastos compartidos preferidos, es posible que desee cambiarse a otra farmacia. Para encontrar otra farmacia de la red en su área, puede solicitar ayuda del Servicio al cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual) o puede usar el *Directorio de farmacias*. También puede encontrar información en nuestro sitio web en www.getbluetx.com/pdp/pharmacies.

¿Qué sucede si necesita una farmacia especializada?

A veces, las recetas médicas deben surtirse en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen:

- Farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusión en el hogar.
- Farmacias que suministran medicamentos para residentes de un centro de atención a largo plazo (LTC, en inglés). Por lo general, un centro de atención a largo plazo (como un centro para personas mayores) tiene su propia farmacia. Si se encuentra en un centro LTC, debemos asegurarnos de que pueda recibir sus beneficios de la Parte D de manera rutinaria a través de nuestra red de farmacias de LTC, que generalmente es la farmacia

Capítulo 3. Usar esta cobertura para sus medicamentos recetados de la Parte D

que utiliza el centro de LTC. Si tiene alguna dificultad para acceder a sus beneficios de la Parte D en un centro de LTC, comuníquese con Servicio al cliente.

- Farmacias que prestan servicios para Servicios de Salud Indígena/Tribal/Programa de Salud Indígena Urbano (no se encuentra disponible en Puerto Rico). Excepto en emergencias, solo los nativos americanos o nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias en nuestra red.
- Farmacias que dispensan medicamentos que están restringidos por la FDA a ciertos lugares o que requieren una manipulación especial, coordinación de prestadores de servicios médicos o educación sobre su uso. (Nota: Este caso no debería ser muy frecuente).

Para localizar una farmacia especializada, busque en el *Directorio de farmacias* o llame al Servicio al cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual).

| | |
|--------------------|--|
| Sección 2.3 | Uso de los servicios de pedido por correo de la cobertura |
|--------------------|--|

El servicio de pedido por correo de nuestra cobertura le permite ordenar un suministro de hasta 90 días.

Para obtener información sobre cómo surtir sus recetas por correo, comuníquese con AllianceRx Walgreens Prime al 1-888-277-5475, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. También puede enviar sus recetas por correo a AllianceRx Walgreens Prime o hacer que su recetador se comunique con nosotros. Utilice la información de contacto mencionada anteriormente para ayudarlo a enviar esta información, o puede visitar www.alliancerxwp.com. Prime Therapeutics LLC tiene una participación en AllianceRx Walgreens Prime, una farmacia especializada central y farmacia de entrega a domicilio. Prime Therapeutics LLC, brinda servicios de administración de beneficios de farmacia para Blue Cross y Blue Shield of Texas y es propiedad de 18 planes Blue Cross y Blue Shield, subsidiarias o afiliadas de esas coberturas.

Por lo general, recibirá un pedido de farmacia de pedidos por correo en no más de 10 días. Para volver a surtir sus recetas de pedidos por correo, comuníquese con AllianceRx Walgreens Prime entre 10 y 20 días antes de la fecha que supone que los medicamentos que tiene disponibles se agotarán, para asegurarse de que su próximo pedido se le envíe a tiempo.

- Si existe un retraso en el pedido por correo y está en peligro de interrumpir la terapia, su plan permite la anulación del retraso del correo. Llame al Servicio al cliente para obtener una aprobación de anulación. Una vez que se reciba la aprobación, la farmacia de pedido por correo transferirá su receta a la farmacia de su elección o le pedirá al médico que recete por teléfono un suministro más corto a una farmacia local.

La farmacia recibe las nuevas recetas médicas directamente del consultorio de su médico.

Una vez que la farmacia recibe una receta médica de un prestador de atención médica, se pondrá en contacto con usted para ver si desea que le surtan el medicamento recetado de

Capítulo 3. Usar esta cobertura para sus medicamentos recetados de la Parte D

inmediato o más adelante. Ello le dará la oportunidad de asegurarse de que la farmacia esté entregando el medicamento correcto (incluso la concentración, la cantidad y la formulación) y, de ser necesario, le permitirá cancelar o demorar el pedido antes de la facturación y el envío. Es importante que responda cada vez que la farmacia lo contacte a fin de que sepan qué hacer con la nueva receta médica e impedir demoras en el envío.

Reabastecimiento de las recetas médicas de pedidos por correo. Para recargas, comuníquese con su farmacia. 10 a 20 días antes de la fecha que supone que los medicamentos que tiene disponibles se agotarán, para asegurarse de que su próximo pedido se le envíe a tiempo.

Para que la farmacia pueda comunicarse con usted para confirmar su pedido antes del envío, asegúrese de informar a la farmacia las mejores formas de contactarle.

- Teléfono: llame a nuestro servicio de pedidos por correo al 1-888-277-5475 (TTY: 711) y dígame cómo le gustaría ser contactado
- Correo: complete toda la información de contacto relevante en nuestro Formulario de pedido de entrega a domicilio
- Sitio web - Visite www.alliancerxwp.com para iniciar sesión o registrarse

| | |
|--------------------|---|
| Sección 2.4 | ¿Cómo puede recibir un suministro de medicamentos a largo plazo? |
|--------------------|---|

La cobertura ofrece dos formas de obtener un suministro a largo plazo (que también se denomina “suministro prolongado”) de medicamentos de “mantenimiento” en la Lista de medicamentos de nuestra cobertura. (Los medicamentos de mantenimiento son medicamentos recetados que toma regularmente para una afección médica crónica o de largo plazo). Puede solicitar este suministro por correo (consulte la Sección 2.3) o puede acudir a una farmacia minorista.

1. **Algunas farmacias minoristas** de nuestra red le permiten recibir un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. *Su Directorio de farmacias le informa qué farmacias de nuestra red pueden proporcionarle un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento.* También puede llamar al Servicio al cliente para obtener más información (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual).
2. Puede usar los **servicios de pedido por correo** de la red del plan. El servicio de pedido por correo de nuestra cobertura le permite ordenar un suministro de hasta 90 días. Consulte la Sección 2.3 para obtener más información sobre el uso de nuestros servicios de pedido por correo.

| | |
|--------------------|--|
| Sección 2.5 | ¿Cuándo puede usar una farmacia que no se encuentra en la red del plan? |
|--------------------|--|

Su receta médica puede estar cubierta en ciertas situaciones

Por lo general, cubrimos los medicamentos que se surten en una farmacia fuera de la red. *solamente* cuando no puede usar una farmacia de la red. Para ayudarlo, contamos con farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio donde puede surtir sus recetas como asegurado de nuestra cobertura. Si no puede usar una farmacia de la red, Estas son las circunstancias en las que cubriríamos recetas surtidas en una farmacia fuera de la red:

- Si el asegurado viaja fuera del área de servicio de su plan y:
 - se queda sin o pierde sus medicamentos cubiertos de la Parte D; o
 - se enferma y necesita un medicamento cubierto de la Parte D; o
 - no puede acceder a una farmacia de la red.
- Si el asegurado no puede obtener un medicamento cubierto de la Parte D de manera oportuna dentro de su área de servicio porque, por ejemplo, no hay una farmacia de la red dentro de una distancia razonable en automóvil que brinde servicio 24/7;
- Si el asegurado obtiene una receta para un medicamento cubierto de la Parte D y ese medicamento en particular (por ejemplo, un medicamento huérfano u otro producto farmacéutico especializado) no se encuentra almacenado regularmente en una farmacia o de pedido por correo accesible de la red;
- Si el asegurado recibe medicamentos cubiertos de la Parte D dispensados por una farmacia de una institución fuera de la red mientras el beneficiario se encuentra en un departamento de emergencias, una clínica con un prestador de servicios médicos, una cirugía ambulatoria u otro entorno ambulatorio.
- Durante cualquier declaración federal de desastre u otra declaración de emergencia de salud pública en la que los afiliados de la Parte D son evacuados o desplazados de su lugar de residencia y no se puede esperar razonablemente que obtengan medicamentos cubiertos de la Parte D en una farmacia de la red. Además, en circunstancias en las que los canales de distribución normales no estén disponibles.
- Las recetas de reabastecimiento de medicamentos de rutina o de mantenimiento surtidos en farmacias fuera de la red en una situación que NO sea de emergencia o en circunstancias inusuales, no estarán disponibles para la cobertura de su beneficio de la Parte D de Medicare.
- Además, Blue Cross MedicareRx no permitirá de manera rutinaria que se dispense un suministro de medicamentos para más de un mes en una farmacia fuera de la red, aunque Blue Cross MedicareRx puede anular el límite de un mes según el caso justificado por circunstancias extraordinarias.
- Puede ubicar todas las farmacias participantes de Blue Cross MedicareRx en su área en nuestro sitio web en www.getbluetx.com/pdp/pharmacies o llamando a la línea del Localizador de Farmacias al 1-877-800-0746, contestado las 24 horas del día, los 365

Capítulo 3. Usar esta cobertura para sus medicamentos recetados de la Parte D

días del año. Los usuarios de TTY llaman al 711 y responden las 24 horas del día, los 365 días del año.

En estos casos, por favor consulte primero con el Servicio al cliente para determinar si hay una farmacia de la red cercana. (Los números de teléfono del Servicio al cliente aparecen en la contraportada de este manual). Es posible que deba pagar la diferencia entre lo que usted paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia dentro de la red.

¿Cómo se solicita un reembolso de la cobertura?

Si debe usar una farmacia fuera de la red, por lo general, tendrá que pagar el costo total (en lugar de su parte normal del costo) al momento de surtir su receta. Puede solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte del costo. (El Capítulo 5, Sección 2.1, explica cómo solicitarle a la cobertura que le reembolse).

SECCIÓN 3 Sus medicamentos recetados deben estar en la "Lista de medicamentos" de la cobertura

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

La cobertura tiene una "*Lista de medicamentos cubierta (formulary, en inglés)*". En esta *Evidencia de cobertura*, se denomina "**Lista de medicamentos**" en su forma abreviada.

La cobertura selecciona los medicamentos de esta lista con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista debe cumplir con los requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la Lista de medicamentos de la cobertura.

Los medicamentos de la Lista de medicamentos son solo aquellos cubiertos por la Parte D de Medicare (anteriormente en este capítulo, la Sección 1.1 explica acerca de los medicamentos recetados de la Parte D).

Por lo general, cubriremos un medicamento en la Lista de medicamentos de la cobertura, siempre y cuando cumpla con el resto de las reglas de cobertura explicadas en este capítulo y que el uso del medicamento sea una indicación médicamente aceptada. Una "indicación médicamente aceptada" es el *uso* de un medicamento que cumple con cualquiera de los siguientes requisitos:

- Aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos. (Es decir, la Administración de Alimentos y Medicamentos ha aprobado el medicamento para que sea utilizado en el diagnóstico o afección para la que se receta).
- - o - Respaldo por ciertas referencias, como la información sobre medicamentos del servicio de las lista de medicamentos de American Hospital y el sistema de información DRUGDEX.

Capítulo 3. Usar esta cobertura para sus medicamentos recetados de la Parte D

La Lista de medicamentos incluye tanto medicamentos genéricos como de marca

Un medicamento genérico es un medicamento que requiere una receta médica que tiene los mismos ingredientes activos que un medicamento de marca. En general, funciona tan bien como el medicamento de marca y generalmente cuesta menos. Hay sustitutos de medicamentos genéricos disponibles para muchos medicamentos de marca.

¿Qué medicamentos *no* están incluidos en la Lista de medicamentos?

La cobertura no cubre todos los medicamentos recetados.

- En algunos casos, la ley no permite que ninguna cobertura de Medicare cubra ciertos tipos de medicamentos (para obtener más información al respecto, consulte la Sección 7.1 de este capítulo).
- En otros casos, hemos decidido no incluir un medicamento en particular en nuestra Lista de medicamentos.

| | |
|--------------------|--|
| Sección 3.2 | Existen 5 “niveles de gasto compartido” para medicamentos de la Lista de medicamentos |
|--------------------|--|

Cada medicamento de la Lista de medicamentos del plan está en uno de cinco niveles de gastos compartidos. Por lo general, cuanto más alto es el nivel de gasto compartido, más alto es el costo de su medicamento:

- **Nivel 1** Genérico preferido (nivel más bajo)
- **Nivel 2** Genérico
- **Nivel 3** Marca preferencial
- **Nivel 4** Medicamentos no preferenciales
- **Nivel 5** Especialidad (nivel más alto)

Para saber en qué nivel de gasto compartido se encuentra su medicamento, búsquelo en la Lista de medicamentos de la cobertura.

El monto que paga por los medicamentos en cada nivel de gasto compartido se muestra en el Capítulo 4 (Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D).

| | |
|--------------------|---|
| Sección 3.3 | ¿Cómo puede saber si un medicamento específico está en la Lista de medicamentos? |
|--------------------|---|

Tiene 3 modos de hacerlo:

1. Verifique la Lista de medicamentos más reciente que le enviamos por correo.

Capítulo 3. Usar esta cobertura para sus medicamentos recetados de la Parte D

2. Visite el sitio web de la cobertura (www.getbluetx.com/pdp/druglist). La Lista de medicamentos en el sitio web siempre es la más actualizada.
3. Llame al Servicio al cliente para averiguar si un medicamento en particular está en la Lista de medicamentos de la cobertura o para solicitar una copia de la lista. (Los números de teléfono del Servicio al cliente aparecen en la contraportada de este manual).

SECCIÓN 4 Existen restricciones en la cobertura de algunos medicamentos.

Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?

Para ciertos medicamentos recetados, hay reglas especiales que restringen de qué forma y cuándo son cubiertos por la cobertura. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrollaron estas reglas para ayudar a nuestros asegurados a usar los medicamentos de la manera más efectiva. Estas reglas especiales también ayudan a controlar los costos totales de los medicamentos para que la cobertura de sus medicamentos sea más asequible.

En general, nuestras reglas lo incentivan a obtener un medicamento que funcione para su afección médica y que sea seguro y efectivo. Siempre que un medicamento seguro y de menor costo tenga la misma efectividad médica que un medicamento más caro, las reglas de la cobertura están diseñadas para fomentar que usted y su proveedor se decidan por la opción de menor costo. También debemos cumplir con las reglas y regulaciones de Medicare para la cobertura de medicamentos y el gasto compartido.

Si existe una restricción para su medicamento, por lo general, significa que usted o su prestador deberán tomar medidas adicionales para que cubramos el medicamento. Si desea que anulemos una restricción para usted, deberá utilizar el proceso de decisión de cobertura y solicitarnos que hagamos una excepción. Podemos aceptar o no el dejar sin efecto la restricción en su caso. (Consulte el Capítulo 7, Sección 5.2, para obtener información sobre cómo solicitar excepciones).

Tenga en cuenta que a veces un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra lista de medicamentos. Esto se debe a que es posible que se apliquen diferentes restricciones o gastos compartidos en función de factores como la concentración, la cantidad o la forma del medicamento recetado por su prestador de servicios médicos (por ejemplo, 10 mg comparado con 100 mg; una vez al día comparado con dos por día; tableta comparado con líquido).

Sección 4.2 ¿Qué tipo de restricciones?

Nuestra cobertura utiliza diferentes tipos de restricciones para ayudar a nuestros asegurados a usar los medicamentos de la manera más efectiva. Las secciones a continuación le brindan más información sobre los tipos de restricciones que usamos para ciertos medicamentos.

Capítulo 3. Usar esta cobertura para sus medicamentos recetados de la Parte D

Restringir los medicamentos de marca cuando hay disponible una versión genérica

En general, un medicamento "genérico" tiene la misma eficacia que un medicamento de marca y normalmente cuesta menos. **En la mayoría de los casos, cuando está disponible una versión genérica de un medicamento de marca, las farmacias de nuestra red le proporcionarán la versión genérica.** Por lo general, no cubriremos el medicamento de marca cuando haya una versión genérica disponible. Sin embargo, si su prestador de servicios médicos escribió nos ha informado la razón médica por la cual ni el medicamento genérico ni otros medicamentos cubiertos que tratan la misma afección funcionarán para usted, entonces cubriremos el medicamento de marca. (Su parte del costo puede ser mayor para el medicamento de marca que para el medicamento genérico).

Cómo obtener aprobación previa de la cobertura

Para ciertos medicamentos, usted o su proveedor deben obtener una aprobación del plan antes de que aceptemos cubrir el medicamento para usted. A esto se denomina "**autorización previa.**" A veces, el requisito de obtener la aprobación previa ayuda a guiar el uso apropiado de ciertos medicamentos. Si no obtiene esta aprobación, es posible que su medicamento no esté cubierto por la cobertura.

Trate de usar primero un medicamento distinto

Este requisito fomenta que usted pruebe medicamentos menos costosos, pero igualmente eficaces antes de que el Plan cubra otro medicamento. Por ejemplo, si el Medicamento A y el Medicamento B se utilizan para tratar la misma afección médica, la cobertura puede indicarle que pruebe el Medicamento A primero. Si el medicamento A no le funciona, la cobertura cubrirá el medicamento B. Este requisito que consiste en probar primero con un medicamento distinto se llama "**terapia escalonada.**"

Límites de cantidad

Para determinados medicamentos, limitamos la cantidad del medicamento que usted puede obtener limitando la cantidad que puede obtener de un medicamento recetado cada vez que lo surte. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro tomar solo una pastilla por día de cierto medicamento, podemos limitar la cobertura para su receta médica a no más de una pastilla por día.

| | |
|--------------------|---|
| Sección 4.3 | ¿Alguna de estas restricciones se aplica a sus medicamentos? |
|--------------------|---|

La Lista de medicamentos de la cobertura incluye información sobre las restricciones descritas anteriormente. Para averiguar si alguna de estas restricciones se aplica a un medicamento que toma o desea tomar, consulte la Lista de medicamentos. Para obtener la información más actualizada, llame al Servicio al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual) o visite nuestro sitio web (www.getbluetx.com/pdp).

Capítulo 3. Usar esta cobertura para sus medicamentos recetados de la Parte D

Si existe una restricción para su medicamento, por lo general, significa que usted o su prestador deberán tomar medidas adicionales para que cubramos el medicamento. Si existe una restricción en el medicamento que desea tomar, debe comunicarse con el Servicio al Cliente para saber qué debería hacer usted o su prestador para obtener cobertura para el medicamento. Si desea que anulemos una restricción para usted, deberá utilizar el proceso de decisión de cobertura y solicitarnos que hagamos una excepción. Podemos aceptar o no el dejar sin efecto la restricción en su caso. (Consulte el Capítulo 7, Sección 5.2, para obtener información sobre cómo solicitar excepciones).

SECCIÓN 5 ¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera que usted desea?

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

Esperamos que le sirva su cobertura de medicamentos. Pero es posible que pueda haber un medicamento con receta médica que esté tomando actualmente, o uno que usted y su prestador de servicios médicos consideren que debería tomar, que no está en nuestra lista de medicamentos o está en nuestro formulario con restricciones. Por ejemplo:

- El medicamento podría no tener ninguna cobertura. O puede que una versión genérica del medicamento esté cubierta, pero la versión de marca que usted desea tomar no lo está.
- **El medicamento está cubierto, pero existen reglas o restricciones adicionales en la cobertura de ese medicamento.** Como se explica en la Sección 4, algunos de los medicamentos cubiertos por la cobertura tienen reglas adicionales para restringir su uso. Por ejemplo, es posible que se le pida que primero use un medicamento diferente, para determinar si es efectivo, antes de que se cubra el medicamento que usted desea tomar. O pueden existir límites sobre la cantidad del medicamento (cantidad de pastillas, etc.) que se cubre durante un periodo en particular. En algunos casos, es posible que desee que anulemos una restricción para usted.
- El medicamento está cubierto, pero se encuentra en un nivel de gasto compartido que hace que su gasto compartido sea más caro de lo que cree que debería ser. **La cobertura coloca cada medicamento cubierto en uno de 5 diferentes niveles de gasto compartido.** Los que usted paga por su receta depende en parte del nivel de gasto compartido en el que se encuentra su medicamento.

Hay cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la forma que usted desea. Sus opciones dependen del tipo de problema que tenga:

- Si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o si su medicamento está restringido, consulte la Sección 5.2 para saber qué puede hacer.

Capítulo 3. Usar esta cobertura para sus medicamentos recetados de la Parte D

- Si su medicamento se encuentra en un nivel de gasto compartido que hace que su costo sea más alto de 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 está en la Lista de medicamentos o si posee algún tipo de restricción? |
|--------------------|---|

Si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o está restringido, a continuación se detallan los pasos que puede seguir:

- Es posible que pueda adquirir un suministro temporal del medicamento (solo los asegurados en ciertas situaciones pueden adquirir un suministro temporal). Esto permitirá que tanto usted como su prestador tengan tiempo de elegir otro medicamento o de presentar una solicitud para que se cubra el medicamento.
- Puede cambiarlo por otro medicamento.
- Puede solicitar una excepción y solicitar a la cobertura que cubra el medicamento o que elimine sus restricciones.

Es posible que pueda obtener un suministro temporal

Bajo ciertas circunstancias, la cobertura puede ofrecerle un suministro temporal de un medicamento cuando su medicamento no se encuentra en la Lista de medicamentos o cuando está restringido de alguna manera. Esto le brinda tiempo para consultar con su prestador de servicios médicos sobre el cambio en la cobertura y determinar qué hacer.

Para calificar para un suministro temporal, debe cumplir los dos requisitos siguientes:

1) El cambio en su cobertura de medicamentos debe ser uno de los siguientes tipos de cambios:

- El medicamento que ha estado tomando **ya no está en la Lista de medicamentos de la cobertura.**
- - o - El medicamento que ha estado tomando ahora está restringido de alguna manera (la Sección 4 de este capítulo le informa sobre las restricciones).

2) Debe estar en una de las situaciones que se describen a continuación:

- **Para aquellos asegurados que son nuevos o que estaban en la cobertura del año pasado:**

Cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros 90 días de su póliza en la cobertura si usted es nuevo y durante los primeros 90 días del año calendario si estaba en la cobertura el año pasado. Este suministro temporal será por un máximo de un suministro de 30 días. Si su receta está escrita por menos días, permitiremos múltiples surtidos para proporcionar hasta un máximo de un suministro de 30 días de medicación. El medicamento recetado debe ser adquirido en una farmacia de

Capítulo 3. Usar esta cobertura para sus medicamentos recetados de la Parte D

la red. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo puede proporcionar el medicamento en pequeñas cantidades a la vez para evitar desperdicios).

- **Para aquellos asegurados que han estado en la cobertura por más de 90 días, residen en un centro de atención a largo plazo (LTC, en inglés) y necesitan un suministro de inmediato:**

Cubriremos un suministro para 31 días de un medicamento en particular, o menos si su receta médica indica que es por menos días. Esto es aparte de la situación de suministro temporal mencionada anteriormente.

Existen circunstancias en las que podrían surgir transiciones no planificadas para los asegurados actuales y en las que los regímenes de medicamentos recetados pueden no estar en la lista de medicamentos del patrocinador de la cobertura. Estas circunstancias generalmente implican cambios en el nivel de atención en los que un asegurado cambia de un entorno de tratamiento a otro. Para estas transiciones no planificadas, los asegurados y los recetadores deben usar nuestros procesos de excepciones y apelaciones. Las determinaciones de cobertura se procesan y las redeterminaciones se realizan tan rápidamente como lo requiera su estado de salud.

- Para evitar una interrupción temporal en la atención cuando un asegurado es dado de alta a su hogar, los asegurados pueden tener un suministro completo para pacientes externos disponible para continuar la terapia una vez que el suministro limitado proporcionado al alta se agote. Este suministro ambulatorio está disponible antes del alta de una estadía de la Parte A.
- Cuando un asegurado es admitido o dado de alta de un LTC y no tiene acceso al resto de la receta prescrita previamente, se procesa una anulación única de las ediciones de "recarga demasiado pronto" para cada medicamento que se vería afectado debido a que un asegurado sea admitido o dado de alta de un centro de LTC. Las ediciones de reabastecimiento anticipado no se utilizan para limitar el acceso apropiado y necesario al beneficio de la Parte D de un asegurado, y dichos asegurados pueden acceder a un reabastecimiento al momento de la admisión o el alta.

Para solicitar un suministro temporal, llame al Servicio al cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este folleto).

Durante el tiempo en el que recibe un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su prestador de servicios médicos para decidir qué hacer cuando este suministro temporal se agote. Puede cambiar a un medicamento diferente cubierto por la cobertura o pedirle al plan que haga una excepción para usted y cubra su medicamento actual. Las secciones a continuación le brindan más información sobre estas opciones.

Puede elegir otro medicamento

En primer lugar, hable con su prestador de servicios médicos. Quizás haya un medicamento diferente cubierto por la cobertura que sea igual de efectivo para usted. Puede llamar a Servicio al Cliente para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que tratan la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su prestador de servicios médicos a encontrar un medicamento

Capítulo 3. Usar esta cobertura para sus medicamentos recetados de la Parte D

cubierto que pueda ser efectivo para usted. (Los números de teléfono del Servicio al cliente aparecen en la contraportada de este manual).

Puede solicitar una excepción

Usted y su prestador de servicios médicos pueden solicitarle al plan que haga una excepción para usted y que cubra el medicamento de la forma que usted lo desea. Si su prestador de servicios médicos afirma que usted tiene razones médicas que justifican solicitarnos una excepción, su prestador de servicios médicos puede ayudarle a solicitar una excepción a la regla. Por ejemplo, puede pedirle al plan que cubra un medicamento aunque no esté en la Lista de medicamentos del plan. O puede pedirle a la cobertura que haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

Si es un asegurado actual y un medicamento que está tomando será eliminado del formulario o restringido de alguna manera para el próximo año, le permitiremos solicitar una excepción al formulario por adelantado para el próximo año. Le informaremos sobre cualquier cambio en la cobertura de su medicamento para el próximo año. Puede solicitar una excepción antes del próximo año, y le daremos una respuesta dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su solicitud (o la declaración de respaldo de su médico). Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura antes de que el cambio entre en vigor.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, el Capítulo 7, Sección 5.4 le indica qué hacer. Explica los procedimientos y los plazos que ha establecido Medicare para asegurarse de que su solicitud se maneje de manera rápida y justa.

| | |
|--------------------|---|
| Sección 5.3 | ¿Qué puede hacer si su medicamento está en un nivel de gastos compartidos que usted considera que es demasiado alto? |
|--------------------|---|

Si su medicamento está en un nivel de gastos compartidos que considera que es demasiado alto, aquí hay algunas cosas que puede hacer:

Puede elegir otro medicamento

Si su medicamento está en un nivel de gasto compartido que considera que es demasiado alto, comience por hablar con su prestador de servicios médicos. Quizás exista un medicamento diferente en un nivel de gasto compartido más bajo que sea igual de efectivo para usted. Puede llamar a Servicio al Cliente para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que tratan la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su prestador de servicios médicos a encontrar un medicamento cubierto que pueda ser efectivo para usted. (Los números de teléfono del Servicio al cliente aparecen en la contraportada de este manual).

Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitar al plan que haga una excepción en el nivel de gasto compartido para el medicamento de manera que usted pague menos por él. Si su prestador de

Capítulo 3. Usar esta cobertura para sus medicamentos recetados de la Parte D

servicios médicos afirma que usted tiene razones médicas que justifican solicitarnos una excepción, su prestador de servicios médicos puede ayudarle a solicitar una excepción a la regla.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, el Capítulo 7, Sección 5.4 le indica qué hacer. Explica los procedimientos y los plazos que ha establecido Medicare para asegurarse de que su solicitud se maneje de manera rápida y justa.

Los medicamentos de nuestro Nivel de especialidad 5 no son elegibles para este tipo de excepción. No reducimos el monto del gasto compartido de los medicamentos en este nivel.

SECCIÓN 6 ¿Qué sucede si cambia la cobertura de uno de sus medicamentos?

| |
|---|
| Sección 6.1 La Lista de medicamentos puede cambiar durante el año |
|---|

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos se producen al comienzo de cada año (1 de enero). Sin embargo, durante el año, la cobertura podría realizar cambios en la Lista de medicamentos. Por ejemplo, la cobertura podría:

- **Agregar o retirar medicamentos de la Lista de medicamentos.** Pueden aparecer nuevos medicamentos disponibles, incluidos nuevos medicamentos genéricos. Puede suceder que el gobierno apruebe un nuevo uso de un medicamento existente. En ocasiones, se prohíbe la distribución de un medicamento y decidimos no cubrirlo. O bien, podríamos retirar un medicamento de la lista porque se ha descubierto que no es efectivo.
- **Transferir un medicamento a un nivel de gastos compartidos mayor o menor.**
- **Agregar o retirar una restricción en la cobertura de un medicamento** (para obtener más información sobre las restricciones de cobertura, consulte la Sección 4 de este capítulo).
- **Reemplazar un medicamento de marca con un medicamento genérico.**

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

| |
|--|
| Sección 6.2 ¿Qué sucede si la cobertura de un medicamento que está tomando cambia? |
|--|

Información sobre cambios en la cobertura de medicamentos

Cuando se producen cambios en la Lista de medicamentos durante el año, publicamos la información en nuestro sitio web sobre esos cambios. Actualizaremos nuestra Lista de medicamentos en línea regularmente para incluir cualquier cambio que haya ocurrido después de la última actualización. A continuación, le explicamos en que momento recibiría un aviso directo

Capítulo 3. Usar esta cobertura para sus medicamentos recetados de la Parte D

si se realizan cambios en un medicamento que está tomando. También puede llamar al Servicio al cliente para obtener más información (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual).

¿Los cambios en su cobertura de medicamentos lo afectan de inmediato?

Cambios que pueden afectarlo este año: en los siguientes casos, se verá afectado por los cambios de cobertura durante el año en curso:

- **Un nuevo medicamento genérico reemplaza un medicamento de marca en la Lista de medicamentos (o cambiamos el nivel de gasto compartido o agregamos nuevas restricciones al medicamento de marca o ambos)**
 - Es posible que eliminemos de inmediato un medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos si lo reemplazamos con una versión genérica recientemente aprobada del mismo medicamento que aparecerá en el mismo nivel de gasto compartido o con las mismas restricciones o con menos restricciones. Además, al agregar el nuevo medicamento genérico, podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos, pero inmediatamente pasarlo a un nivel de gasto compartido más alto o agregar nuevas restricciones o ambas.
 - Es posible que no le avisemos con anticipación antes de hacer ese cambio, incluso si actualmente está tomando el medicamento de marca.
 - Usted u otro profesional que expide la receta puede solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento de marca. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 7 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*).
 - Si toma el medicamento recetado de marca en el momento en que realizamos el cambio, le brindaremos información sobre los cambios específicos que hayamos realizado. Esto también incluirá información sobre los pasos que puede seguir para solicitar una excepción para cubrir el medicamento recetado de marca. Es posible que no reciba este aviso antes de que realicemos el cambio.
- **Medicamentos que no son seguros y otros medicamentos de la Lista de medicamentos que se retiran del mercado**
 - De vez en cuando, un medicamento puede ser retirado repentinamente porque se descubre que no es seguro o se retira del mercado por otro motivo. En este caso, eliminaremos inmediatamente el medicamento recetado de la Lista de medicamentos. Si está tomando ese medicamento, le informaremos de este cambio de inmediato.
 - El profesional que emite la receta médica también estará al tanto de este cambio y puede hablar con usted para encontrar otro medicamento para su afección.
- **Otros cambios en los medicamentos recetados en la Lista de medicamentos**

Capítulo 3. Usar esta cobertura para sus medicamentos recetados de la Parte D

- Es posible que realicemos otros cambios una vez que el año haya comenzado y que afecten los medicamentos que está tomando. Por ejemplo, podríamos agregar un medicamento genérico que no sea nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca o cambiar el nivel de gasto compartido o agregar nuevas restricciones al medicamento de marca o ambos. También podríamos hacer cambios basados en las advertencias de la FDA o en nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare. Debemos notificarle el cambio con al menos 30 días de anticipación o notificarle el cambio y o darle una reposición de 30 días del medicamento que está tomando en una farmacia de la red.
- Luego de que reciba el aviso de modificación, usted debe coordinar con el profesional que proporciona la receta médica para cambiarse a un medicamento diferente que cubramos.
- O usted u otro profesional que expide la receta puede solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 7 (*Qué hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)*).

Cambios a los medicamentos incluidos en la Lista de medicamentos que no afectarán a las personas que actualmente toman el medicamento: Para los cambios en la Lista de medicamentos que no se describieron anteriormente, si actualmente está tomando el medicamento, los siguientes tipos de cambios no lo afectarán hasta el 1 de enero del próximo año si permanece en la cobertura:

- Si cambiamos su medicamento a un nivel de gasto compartido más alto.
- Si establecemos una nueva restricción sobre su uso del medicamento.
- Si quitamos su medicamento de la Lista de medicamentos.

Si se produce cualquiera de estos cambios en algún medicamento que está tomando (pero no debido a un retiro del mercado, un medicamento genérico que reemplace un medicamento recetado de marca u otro cambio que se indique en las secciones anteriores), el cambio no afectará su uso o lo que paga como gastos compartidos hasta el primero de enero del año siguiente. Hasta esa fecha, probablemente no verá ningún aumento en sus pagos ni ninguna restricción adicional al uso del medicamento. No recibirá notificación directa este año sobre los cambios que no le afectan. Sin embargo, el 1 de enero del próximo año, los cambios lo afectarán, y es importante que consulte la Lista de medicamentos para el nuevo año de beneficios para ver si hay cambios en los medicamentos.

SECCIÓN 7 ¿Qué tipos de medicamentos *no* están cubiertos por la cobertura?

| |
|---|
| Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos |
|---|

Esta sección le dice qué tipos de medicamentos con receta están "excluidos". Esto significa que Medicare no paga por estos medicamentos.

Si usted adquiere medicamentos que están excluidos, deberá pagar por ellos. No pagaremos los medicamentos que se enumeran en esta sección. La única excepción: si se determina mediante una apelación que el medicamento solicitado es un medicamento que no está excluido conforme la Parte D y deberíamos haberlo pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hayamos tomado de no incluir un medicamento, consulte el Capítulo 7, Sección 5.5 de este manual).

Aquí hay tres reglas generales sobre los medicamentos que los planes de medicamentos de Medicare no cubrirán según la Parte D:

- La cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestra cobertura no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto por Medicare Parte A o Parte B.
- Nuestro plan no puede cubrir un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Por lo general, nuestra cobertura no puede cubrir el uso sin marca. El "uso sin marca" es cualquier uso del medicamento distinto al indicado en la etiqueta del medicamento según lo aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos.
 - En general, la cobertura para el "uso sin marca" se permite solo cuando el uso está respaldado por ciertas referencias, como la Información sobre medicamentos del Servicio de formulario del American Hospital y el Sistema de información DRUGDEX. Si el uso no está respaldado por ninguna de estas referencias, nuestra cobertura no puede cubrir su "uso sin marca".

Además, por ley, estas categorías de medicamentos no están cubiertas por las coberturas de medicamentos de Medicare:

- Medicamentos que no requieren receta médica (también llamados medicamentos de venta libre)
- Medicamentos utilizados para tratamientos de fertilidad
- Medicamentos utilizados para el alivio de síntomas del resfriado o tos
- Medicamentos utilizados para fines cosméticos o para el crecimiento del cabello
- Vitaminas y productos minerales que requieren receta médica, excepto las vitaminas prenatales y los preparados con flúor

Capítulo 3. Usar esta cobertura para sus medicamentos recetados de la Parte D

- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la anorexia, la pérdida o el aumento de peso
- Medicamentos para pacientes ambulatorios para los cuales el fabricante quiere que además se contraten pruebas asociadas o servicios de control exclusivamente del fabricante como una condición de venta

Si recibe "Ayuda Adicional" para pagar sus medicamentos, es posible que su programa estatal de Medicaid cubra algunos medicamentos que requieren receta médica que normalmente una cobertura de medicamentos de Medicare no cubre. Comuníquese con el programa estatal de Medicaid 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 el apéndice al final de este manual).

SECCIÓN 8 Muestre su tarjeta de póliza de la cobertura al surtir una receta médica

Sección 8.1 Muestre su tarjeta de membresía

Para surtir su receta, muestre su tarjeta de asegurado de la cobertura en la farmacia de la red que elija. Cuando muestre su tarjeta de asegurado de la cobertura, la farmacia de la red automáticamente facturará a la cobertura *nuestra* parte del costo de los medicamentos que necesitan receta médica cubiertos. Usted tendrá que pagarle a la farmacia *su* parte del costo al recoger su receta.

Sección 8.2 ¿Qué sucede si no lleva consigo su tarjeta de membresía?

Si no lleva consigo su tarjeta de asegurado al surtir su receta médica, solicite a la farmacia que llame a la cobertura para obtener la información necesaria.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, **es posible que deba pagar el costo total de la receta cuando la retire.** (Entonces puede **solicitarnos que le reembolsemos** nuestra parte. Consulte la Sección 2.1 del Capítulo 5 para obtener información sobre cómo solicitar un reembolso a la cobertura).

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

Sección 9.1 ¿Qué sucede si se encuentra en un hospital o en un centro de enfermería especializada para una estadía cubierta por Original Medicare?

Si usted es ingresado en un hospital para una estadía cubierta por Original Medicare, La Parte A de Medicare generalmente cubrirá el costo de sus medicamentos recetados durante su estadía. Una vez que salga del hospital, nuestra compañía aseguradora cubrirá sus medicamentos siempre que estos cumplan con todas nuestras reglas de cobertura. Consulte las partes anteriores de este capítulo que informan sobre las reglas para obtener cobertura de medicamentos.

Si usted es ingresado en un centro de enfermería especializada para una estadía cubierta por Original Medicare, la Parte A de Medicare generalmente cubrirá sus medicamentos recetados durante toda o parte de su estadía. Si aún se encuentra en el centro de enfermería especializada y la Parte A ya no cubre sus medicamentos, nuestra cobertura cubrirá sus medicamentos siempre que cumplan con todas nuestras reglas de cobertura. Consulte las partes anteriores de este capítulo que informan sobre las reglas para obtener cobertura de medicamentos.

Por favor, tenga en cuenta que: Cuando ingresa, vive o deja un centro de enfermería especializada, tiene derecho a un Período de inscripción especial. Durante este período de tiempo, puede cambiar de cobertura o cambiar su cobertura. *(Capítulo 8, Finalizar su póliza en la cobertura, le indica cuándo puede abandonar nuestra cobertura y unirse a una cobertura de Medicare diferente).*

Sección 9.2 ¿Qué sucede si es residente en un centro de atención a largo plazo (LTC)?

Por lo general, un centro de atención a largo plazo (LTC) (como un centro para personas mayores) tiene su propia farmacia o una farmacia que suministra medicamentos a todos sus residentes. Si es residente de un centro de atención a largo plazo, puede obtener sus medicamentos que requieren receta médica a través de la farmacia del centro, siempre que forme parte de nuestra red.

Consulte su *Directorio de farmacias* para averiguar si la farmacia de su centro de atención a largo plazo es parte de nuestra red. En caso contrario, o si necesita más información, comuníquese con el Servicio al cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual).

Capítulo 3. Usar esta cobertura para sus medicamentos recetados de la Parte D

¿Qué sucede si es residente en un centro de atención a largo plazo (LTC) y se convierte en un nuevo asegurado de la cobertura?

Si necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o que está restringido de alguna manera, la cobertura cubrirá un **suministro temporal** de su medicamento durante los primeros 90 días de su póliza. El suministro total será para un máximo de 31 días, o menos si en su receta es por menos días. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo puede proporcionar el medicamento en pequeñas cantidades a la vez para evitar desperdicios). Si ha sido asegurado de la cobertura durante más de 90 días y necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o si la cobertura tiene alguna restricción en la cobertura del medicamento, cubriremos un suministro de 31 días, o menos si en su receta se establecen menos días.

Durante el tiempo en el que recibe un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su prestador de servicios médicos para decidir qué hacer cuando este suministro temporal se agote. Quizás haya un medicamento diferente cubierto por la cobertura que sea igual de efectivo para usted. O bien, usted y su proveedor pueden solicitarle a la cobertura que haga una excepción para usted y cubra el medicamento de la forma que usted desea. Si usted y su prestador de servicios médicos desean solicitar una excepción, el Capítulo 7, Sección 5.4 dice que hacer.

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

Su inscripción en Blue Cross MedicareRx Basic (PDP) no afecta su cobertura de medicamentos cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare. Si cumple con los requisitos de cobertura de Medicare, su medicamento aún estará incluido en la Parte A o la Parte B de Medicare, aunque esté inscrito en esta cobertura. Además, si su medicamento estuviera incluido en la Parte A o la Parte B de Medicare, nuestra compañía aseguradora no puede incluirlo, incluso si elige no inscribirse en la Parte A o la Parte B.

Algunos medicamentos pueden estar cubiertos por la Parte B de Medicare en algunas situaciones y por Blue Cross MedicareRx Basic (PDP) en otras situaciones. Pero los medicamentos nunca están incluidos en la Parte B y nuestra cobertura al mismo tiempo. En general, su farmacéutico o proveedor determinará si facturará el medicamento a la Parte B de Medicare o a Blue Cross MedicareRx Basic (PDP).

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

Si actualmente tiene una póliza de Medigap que incluye cobertura para medicamentos recetados, debe comunicarse con su emisor de Medigap y decirles que se ha inscrito en nuestra cobertura. Si decide mantener su póliza Medigap actual, su emisor de Medigap eliminará la porción de cobertura de medicamento con receta de su póliza Medigap y reducirá su prima.

Capítulo 3. Usar esta cobertura para sus medicamentos recetados de la Parte D

Cada año, su compañía de seguros Medigap debe enviarle un aviso que le indique si su cobertura de medicamento con receta es "acreditable" y las opciones que tiene para la cobertura de medicamentos. **(Si la cobertura de la póliza Medigap es "acreditable", significa que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare.)** El aviso también explicará cuánto se reduciría su prima si elimina la porción de cobertura de medicamentos recetados de su póliza Medigap. Si no recibió este aviso, o si no puede encontrarlo, comuníquese con su compañía de seguros Medigap y solicite otra copia.

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

¿Cuenta actualmente con otra cobertura de medicamentos recetados a través de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge)? Si es así, por favor comuníquese con el **administrador de beneficios de ese grupo**. Él o ella pueden ayudarle a determinar cómo funcionará su cobertura actual de medicamentos recetados actual con nuestra cobertura.

Por lo general, si actualmente está empleado, la cobertura de medicamentos recetados que recibe de nosotros será *secundaria* respecto a la cobertura de su empleador o cobertura grupal de jubilados. Eso significa que su cobertura grupal pagará primero.

Nota especial sobre la 'cobertura válida':

Cada año su empleador o grupo de jubilados debe enviarle un aviso que le informe si su cobertura de medicamentos recetados para el siguiente año calendario es "válida" y las opciones que tiene para la cobertura de medicamentos.

Si la cobertura del plan del grupo es "válida", significa que el plan tiene cobertura de medicamentos que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare.

Conserve estos avisos sobre cobertura válida porque puede necesitarlos en el futuro. Si se inscribe en una cobertura de Medicare que incluye cobertura de medicamentos de la Parte D, es posible que necesite estos avisos para demostrar que ha mantenido una cobertura válida. Si no recibió un aviso de su cobertura válida por parte de su patrono o grupo de jubilados, puede solicitar una copia al administrador de beneficios de su patrono o grupo de jubilados o al patrono o al sindicato.

Sección 9.6 ¿Qué pasa si usted está en un hospicio certificado por Medicare?

Los medicamentos nunca son cubiertos por el centro de cuidados paliativos y nuestra cobertura al mismo tiempo. Si está inscrito en un centro de cuidados paliativos de Medicare y necesita medicamentos contra las náuseas, laxantes, contra la ansiedad, analgésicos y esos medicamentos

Capítulo 3. Usar esta cobertura para sus medicamentos recetados de la Parte D

no están cubiertos por su centro de cuidados paliativos porque no está relacionado con su enfermedad terminal y afecciones relacionadas, nuestra cobertura debe recibir una notificación del profesional que expide la receta médica o del proveedor del centro de cuidados paliativos antes de que nuestro plan cubra el medicamento. Para evitar demoras en la recepción de cualquier medicamento no relacionado que debería estar cubierto por nuestra cobertura, puede pedirle a su proveedor de cuidados paliativos o a la persona que receta que se asegure de que tengamos la notificación donde se informa que el medicamento no está relacionado antes de pedirle a una farmacia que surta su receta.

En caso de que su centro de cuidados paliativos revoque o lo retire del centro de cuidados paliativos nuestra cobertura debería cubrir todos sus medicamentos. Para prevenir algún retraso en la farmacia cuando el beneficio de centro de cuidados paliativos de Medicare culmine, debería traer la documentación a la farmacia para verificar que ha sido retirado del centro de cuidados paliativos. Consulte las partes previas de esta sección que incluyen información sobre las reglas para obtener cobertura de medicamentos según la Parte D. El Capítulo 4 (Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D) brinda más información sobre la cobertura de medicamentos y lo que usted paga.

SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad y administración de medicamentos.

| |
|--|
| Sección 10.1 Programas para ayudar a los asegurados a usar los medicamentos de manera segura |
|--|

Realizamos revisiones del uso de los medicamentos para estar seguros de que nuestros asegurados estén recibiendo una atención segura y adecuada. Estas revisiones son especialmente importantes para los asegurados que tienen más de un proveedor que les receta sus medicamentos.

Realizamos una revisión cada vez que usted surte una receta. También revisamos nuestros registros de manera regular. Durante estas revisiones, buscamos posibles problemas como:

- Posibles errores en los medicamentos
- Medicamentos que podrían no ser necesarios debido a que está tomando otro medicamento para tratar la misma afección médica
- Medicamentos que podrían no ser seguros o apropiados debido a su edad o sexo
- Ciertas combinaciones de medicamentos que podrían perjudicarlo si los toman al mismo tiempo
- Recetas médicas emitidas para medicamentos que tienen ingredientes a los que usted es alérgico
- Posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que está tomando
- Cantidades inseguras de analgésicos opiáceos

Capítulo 3. Usar esta cobertura para sus medicamentos recetados de la Parte D

Si observamos un posible problema en su utilización de los medicamentos, nos pondremos en contacto con su prestador de servicios médicos para corregir el problema.

| | |
|---------------------|---|
| Sección 10.2 | Programa de administración de medicamentos (DMP, por sus siglas en inglés) para ayudar a los asegurados a usar los medicamento opiáceos de manera segura |
|---------------------|---|

Tenemos un programa que puede ayudar a garantizar que nuestros asegurados usen de manera segura sus medicamentos opioides recetados y otros medicamentos que se abusan con frecuencia. Este programa se llama Programa de Administración de Medicamentos (DMP, en inglés). Si usa medicamentos opioides que obtiene de varios médicos o farmacias, podemos hablar con sus médicos para asegurarnos de que su uso de medicamentos opioides sea apropiado y medicamento necesario. Trabajando con sus médicos, si decidimos que su uso de medicamentos opioides recetados no es seguro, podemos limitar la forma en que puede obtener esos medicamentos. Las limitaciones pueden ser:

- Exigirle que obtenga todas sus recetas de medicamentos opioides en una determinada farmacia (s)
- Exigirle que obtenga todas sus recetas de medicamentos opioides de un médico determinado (s)
- Limitar la cantidad de medicamentos opioides que cubriremos para usted

Si creemos que una o más de estas limitaciones deberían aplicarse a su caso, le enviaremos una carta por adelantado. La carta tendrá información que explica las limitaciones que creemos que deberían aplicarse a usted. También tendrá la oportunidad de decirnos qué médicos o farmacias prefiere usar, y sobre cualquier otra información que crea que es importante que sepamos. 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 cree que cometimos un error o no está de acuerdo con nuestra determinación de que está en riesgo de uso indebido de medicamentos recetados o con la limitación, usted y su médico tienen derecho a solicitar una apelación. Si elige apelar, revisaremos su caso y le daremos una decisión. Si continuamos denegando cualquier parte de su solicitud relacionada con las limitaciones que se aplican a su acceso a los medicamentos, enviaremos su caso automáticamente a un revisor independiente fuera de nuestra cobertura. Consulte el Capítulo 7 para obtener información sobre cómo solicitar una apelación.

Es posible que el DMP no se aplique a usted si tiene ciertas afecciones médicas, como cáncer, si está recibiendo cuidados para enfermos terminales, cuidados paliativos o cuidados al final de su vida, o si vive en un centro de atención a largo plazo.

| | |
|---------------------|--|
| Sección 10.3 | Programa de Administración de terapia con medicamentos (MTM, en inglés) para ayudar a los asegurados a administrar sus medicamentos |
|---------------------|--|

Contamos con un programa que puede ayudar a nuestros asegurados con necesidades de salud complejas.

Capítulo 3. Usar esta cobertura para sus medicamentos recetados de la Parte D

Este programa es voluntario y gratuito para los asegurados. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrolló el programa para nosotros. Este programa puede ayudar a garantizar que nuestros asegurados obtengan el mayor beneficio de los medicamentos que toman. Nuestro programa se llama de Programa de Manejo de Farmacoterapia (MTM, en inglés).

Algunos asegurados que toman medicamentos para diferentes afecciones médicas y tienen altos costos de medicamentos pueden obtener servicios a través de un programa MTM. Un farmacéutico u otro profesional de la salud le dará una revisión integral de todos sus medicamentos. Puede hablar con ellos sobre la mejor manera de tomar sus medicamentos, sus costos y sobre cualquier problema o pregunta que tenga sobre sus medicamentos recetados y los de venta libre. Usted obtendrá un resumen escrito de esa discusión. El resumen contiene un plan de acción de medicamentos que le recomienda la mejor manera de tomarlos, con espacios para sus notas y para escribir cualquier pregunta. También obtendrá una lista de medicamentos personales que incluirá todos los medicamentos que está tomando y por qué los toma.

Recomendamos que realice la revisión de sus medicamentos antes de la visita anual de “bienestar” para que pueda hablar con su médico sobre el plan de acción y la lista de medicamentos. Lleve con usted su plan de acción y la lista de medicamentos a su visita o en cualquier momento que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. Además, mantenga su lista de medicamentos con usted (por ejemplo, con su identificación) en caso de que acuda al hospital o la sala de emergencias.

Si contamos con un programa que se adapte a sus necesidades, lo inscribiremos automáticamente en el programa y le enviaremos información. Si decide no participar, notifiquenos y lo retiraremos del programa. Si tiene alguna pregunta sobre estos programas, comuníquese con el Servicio al cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual).

CAPÍTULO 4

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

Capítulo 4. Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte**D**

| | | |
|------------------|--|-----------|
| SECCIÓN 1 | Introducción..... | 72 |
| Sección 1.1 | Use este capítulo junto con los demás materiales que explican su cobertura de medicamentos | 72 |
| Sección 1.2 | Tipos de gastos de bolsillo que posiblemente pague por sus medicamentos cubiertos | 73 |
| SECCIÓN 2 | Lo que paga por un medicamento recetado depende de en qué “etapa de pago por medicamento” se encuentra al recibirlo | 73 |
| Sección 2.1 | ¿Cuáles son las etapas de pago de medicamentos para Blue Cross MedicareRx Basic (PDP) asegurados?..... | 73 |
| SECCIÓN 3 | Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y en qué etapa de pago se encuentra..... | 74 |
| Sección 3.1 | Le enviamos un informe mensual denominado " Explicación de beneficios de la parte D " (la "EDB de la Parte D")..... | 74 |
| Sección 3.2 | Ayúdenos a mantener actualizada nuestra información sobre sus pagos de medicamentos | 75 |
| SECCIÓN 4 | Durante la Etapa de deducible, usted paga el costo total de sus medicamentos. | 77 |
| Sección 4.1 | Permanece en la Etapa de deducible hasta que haya pagado \$445 para su medicamento | 77 |
| SECCIÓN 5 | Durante la etapa de cobertura inicial, la cobertura paga su parte de los costos de sus medicamentos y usted paga la suya | 77 |
| Sección 5.1 | Lo que usted paga por un medicamento depende del medicamento y del lugar donde surta su receta | 77 |
| Sección 5.2 | Una tabla que muestra sus gastos para un suministro de <i>un mes</i> de una medicamento | 78 |
| Sección 5.3 | Si su médico le receta un suministro de menos de un mes completo, es posible que no tenga que pagar el gasto del suministro de todo el mes | 82 |
| Sección 5.4 | Cuadro que muestra sus costos por un suministro a <i>largo plazo</i> (hasta 90 días) de un medicamento | 82 |
| Sección 5.5 | Permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que los costos totales de medicamentos para el año lleguen a \$4,130..... | 84 |

Capítulo 4. Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

| | | |
|------------------|--|-----------|
| SECCIÓN 6 | En la Etapa de brecha de cobertura, usted recibe un descuento en los medicamentos de marca y paga no más del 25% de los costos por los medicamentos genéricos | 85 |
| Sección 6.1 | Permanece en la Etapa de período sin cobertura hasta que su gasto de bolsillo alcance \$6.550 | 85 |
| Sección 6.2 | Cómo calcula Medicare los gastos de bolsillo por los medicamentos que requieren receta médica..... | 86 |
| SECCIÓN 7 | Durante la etapa de cobertura catastrófica, la cobertura paga la mayor parte de los costos de sus medicamentos. | 88 |
| Sección 7.1 | Cuando esté en la etapa de cobertura catastrófica, permanecerá en esta etapa por el resto del año. | 88 |
| SECCIÓN 8 | Lo que usted paga por las vacunas cubiertas por la Parte D depende de cómo y dónde las reciba..... | 88 |
| Sección 8.1 | Nuestra cobertura puede tener una cobertura separada para el medicamento de la vacuna en sí de la Parte D y para el costo de administración | 88 |
| Sección 8.2 | Le recomendamos que llame al Servicio al cliente antes de recibir una vacuna..... | 90 |

Capítulo 4. Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

**¿Sabía usted que existen programas que ayudan a las personas a pagar por sus medicamentos?**

Existen programas para ayudar a las personas con recursos limitados a pagar por sus medicamentos. Estos incluyen "Ayuda Adicional" y otros programas estatales de asistencia farmacéutica. Para obtener más información, consulte el Capítulo 2, Sección 7.

¿Recibe actualmente asistencia económica para la compra de sus medicamentos?

Si está en un programa que le ayuda a pagar sus medicamentos, *es posible que cierta información en este manual de Evidencia de cobertura sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D que no se aplique a su caso. Nosotros: hemos incluido un inserto separado, llamado "Cláusula de Evidencia de Cobertura para personas que reciben ayuda extra para pagar sus medicamentos recetados" (también conocida como la "Cláusula de subsidio de bajos ingresos" o la "Cláusula de LIS"), que le informa sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este inserto, llame al Servicio al cliente y solicite la "cláusula LIS". (Los números de teléfono del Servicio al cliente aparecen en la contraportada de este manual).*

SECCIÓN 1 Introducción

| |
|--|
| Sección 1.1 Use este capítulo junto con los demás materiales que explican su cobertura de medicamentos |
|--|

Este capítulo se enfoca en lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D. Para facilitar su consulta, usamos la palabra "medicamento" en este capítulo para referirnos a un medicamento recetado de la Parte D. Como se explica en el Capítulo 3, no todos los medicamentos son medicamentos de la Parte D: algunos medicamentos están incluidos en la Parte A o la Parte B de Medicare y la ley excluye otros medicamentos de la cobertura de Medicare.

Para comprender la información sobre el pago que le brindamos en este capítulo, debe conocer los conceptos básicos sobre qué medicamentos están cubiertos, dónde debe surtir sus recetas y qué reglas seguir cuando obtiene sus medicamentos cubiertos. A continuación se presentan los materiales que explican estos conceptos básicos:

- **Lista de medicamentos (formulary, en inglés) de la cobertura.** Para facilitar su consulta, a esta lista la denominamos "Lista de medicamentos".
 - Esta Lista de medicamentos le indica qué medicamentos están cubiertos para usted.

Capítulo 4. Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

- También le indica en cuál de los cinco “niveles de gasto compartido” se encuentra el medicamento y si existe alguna restricción en su cobertura para el medicamento.
- Si necesita una copia de la Lista de medicamentos, llame al Servicio al cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual). También puede encontrar la Lista de medicamentos en nuestro sitio web en www.getbluetx.com/pdp/druglist. La Lista de medicamentos en el sitio web siempre es la más actualizada.
- **Capítulo 3 de este manual.** El Capítulo 3 brinda detalles sobre su cobertura de medicamento con receta, incluidas las reglas que debe seguir cuando obtiene sus medicamentos incluidos. El Capítulo 3 también le dice qué tipos de medicamentos recetados no están incluidos en nuestra cobertura.
- **Directorio de farmacias de la cobertura.** En la mayoría de las situaciones, debe usar una farmacia de la red para obtener sus medicamentos incluidos (consulte el Capítulo 3 para obtener detalles). El *Directorio de farmacias* contiene una lista de farmacias de la red del plan. También le indica en qué farmacias de nuestra red puede obtener un suministro a largo plazo de un medicamento (como, por ejemplo, adquirir un suministro de tres meses de un medicamento recetado).

| | |
|--------------------|--|
| Sección 1.2 | Tipos de gastos de bolsillo que posiblemente pague por sus medicamentos cubiertos |
|--------------------|--|

Para entender la información de pago que le brindamos en este capítulo, debe conocer los tipos de gastos de bolsillo por sus servicios cubiertos. El monto que paga por un medicamento se denomina “gasto compartido” y hay tres formas en que se le puede solicitar que pague.

- **"Deducible"** es el monto que debe pagar por los medicamentos antes de que nuestra cobertura comience a pagar la parte que le corresponde.
- **"Copago"** significa que usted paga un monto fijo cada vez que surte una receta médica.
- **"Coaseguro"** significa que usted paga un porcentaje del costo total del medicamento cada vez que surte una receta médica.

| | |
|------------------|--|
| SECCIÓN 2 | Lo que paga por un medicamento recetado depende de en qué “etapa de pago por medicamento” se encuentra al recibirlo |
|------------------|--|

| | |
|--------------------|--|
| Sección 2.1 | ¿Cuáles son las etapas de pago de medicamentos para Blue Cross MedicareRx Basic (PDP) asegurados? |
|--------------------|--|

Como se muestra en la tabla a continuación, existen “etapas de pago de medicamentos” para su cobertura de medicamentos recetados bajo Blue Cross MedicareRx Basic (PDP). El monto que paga por un medicamento depende de la etapa en que se encuentre en el momento en que surta o

Capítulo 4. Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

surta nuevamente una receta. Tenga en cuenta que siempre es responsable de pagar la prima mensual de la cobertura, independientemente de la etapa de pago del medicamento en la que se encuentre.

| Etapa 1 <i>Etapa del deducible anual</i> | Etapa 2 <i>Etapa de cobertura inicial</i> | Etapa 3 <i>Etapa de el lapso sin cobertura</i> | Etapa 4 <i>Etapa de cobertura catastrófica</i> |
|---|---|---|---|
| <p>Usted comienza en esta etapa de pago cuando surte su primera receta del año.</p> <p>Durante esta etapa, paga el costo total de sus medicamentos.</p> <p>Usted permanece en esta etapa hasta que haya pagado \$445 por sus medicamentos (\$445 es el monto de su deducible).</p> <p>(Los detalles se encuentran en la Sección 4 de este capítulo).</p> | <p>Durante esta etapa, la cobertura paga su parte del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo.</p> <p>Permanece en esta etapa hasta el año en curso. "Costos totales de medicamentos" (sus pagos más los pagos del plan de la Parte D) total \$4,130.</p> <p>(Hay más detalles en la Sección 5 de este capítulo).</p> | <p>Durante esta etapa, usted paga el 25% del precio de los medicamentos de marca (además de una parte de la tarifa por expendio) y el 25% del precio de los medicamentos genéricos.</p> <p>Permanece en esta etapa hasta que sus "costos de desembolso personal" (sus pagos) del año hasta la fecha lleguen a un total de \$6,550. Este monto y las reglas para calcular los costos para llegar a este monto han sido establecidos por Medicare.</p> <p>(Hay más detalles en la Sección 6 de este capítulo).</p> | <p>Durante esta etapa, la cobertura pagará la mayor parte del costo de sus medicamentos por el resto del año calendario (hasta el 31 de diciembre del 2021).</p> <p>(Hay más detalles en la Sección 7 de este capítulo).</p> |

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

| | |
|--------------------|---|
| Sección 3.1 | Le enviamos un informe mensual denominado " Explicación de beneficios de la parte D " (la "EDB de la Parte D") |
|--------------------|---|

Nuestra cobertura mantiene un registro de los costos de sus medicamentos recetados y de los pagos que usted ha efectuado cuando adquiere sus recetas médicas o las reposiciones en la farmacia. De esta manera, podemos informarle si ha pasado de una etapa de pago de

Capítulo 4. Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

medicamentos a la siguiente. En particular, existen dos tipos de costos a los que les hacemos seguimiento:

- Llevamos un registro de cuánto ha pagado. Esto se denomina "**gastos de bolsillo**".
- Llevamos un registro de sus "**costos totales de medicamentos**". Este es el monto de desembolso que usted paga o que otras personas pagan en su nombre más el monto que paga la cobertura.

Nuestra compañía aseguradora preparará un informe escrito llamado Explicación de beneficios de la Parte D (a veces se le llama "EOB") cuando se le surtieron una o más recetas a través de la cobertura durante el mes anterior. La Parte D de EOB proporciona más información sobre los medicamentos que toma, como los aumentos en el precio y otros medicamentos con gastos compartidos más bajos que pueden estar disponibles. Debe consultar con su médico sobre estas opciones de menor costo. Este informe incluye:

- **Información para ese mes.** Este informe proporciona los detalles de pago sobre las recetas médicas ha surtido durante el mes anterior. Muestra los costos totales de medicamentos, lo que pagó la cobertura y lo que usted y otras personas en su nombre pagaron.
- **Totales del año desde el 1 de enero.** Esto se denomina información "acumulada del año". Allí se muestran los costos totales de los medicamentos y los pagos totales por sus medicamentos recetados desde que comenzó el año
- **Información sobre precios de medicamentos.** Esta información mostrará aumentos porcentuales acumulativos para cada reclamo de recetas.
- **Prescripciones alternativas disponibles de menor costo.** Esto incluirá información sobre otros medicamentos con un gasto compartido más bajo para cada reclamo de recetas que pueda estar disponible..

| | |
|--------------------|--|
| Sección 3.2 | Ayúdenos a mantener actualizada nuestra información sobre sus pagos de medicamentos |
|--------------------|--|

Para llevar un registro de los costos de sus medicamentos y de los pagos que realizó por ellos, utilizamos los registros que nos facilitan las farmacias. A continuación, le mostramos de qué forma puede ayudarnos a que su información esté actualizada y sea correcta:

- **Muestre su tarjeta de membresía cuando surta una receta médica.** Para asegurarse de estar informados sobre las recetas que surte y lo que paga, muestre su tarjeta de asegurado de la cobertura cada vez que surta una receta.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** En ocasiones es posible que pague por medicamentos que necesitan receta médica donde no obtendremos automáticamente la información que necesitamos para llevar un registro de sus costos de desembolso. Para ayudarnos a llevar un registro de sus costos de desembolso, puede darnos copias de los recibos de los medicamentos que ha comprado. (Si le facturan un

Capítulo 4. Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

medicamento cubierto, puede solicitar a nuestra cobertura que pague nuestra parte del costo. Para obtener instrucciones sobre cómo hacer esto, vaya al Capítulo 5, Sección 2 de este manual). A continuación, se incluyen algunos tipos de situaciones en las que es recomendable que nos entregue copias de sus recibos de medicamentos para asegurarse de que tengamos un registro completo de lo que ha gastado en ellos:

- Cuando adquiere un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuento que no forma parte de los beneficios de nuestra cobertura.
 - Cuando realizó un copago por medicamentos provistos por un programa de asistencia para el paciente del fabricante de medicamentos.
 - Cada vez que haya comprado medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red u otras veces que haya pagado el precio total de un medicamento cubierto bajo circunstancias especiales.
- **Envíenos información sobre los pagos que otras personas han realizado por usted.** Los pagos realizados por otras personas y organizaciones también cuentan para sus gastos de bolsillo y le ayudan a calificar para una cobertura catastrófica. Por ejemplo, los pagos realizados por un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica, un programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP, en inglés), el Servicio de Salud Indígena y la mayoría de las organizaciones benéficas se consideran parte para sus gastos de bolsillo. Debe mantener un registro de estos pagos y enviarnoslos para que podamos hacer un seguimiento de sus costos.
 - **Consulte el informe escrito que le enviamos.** *Cuando recibe una Explicación de Beneficios de la Parte D (una EOB) en el correo, revísela para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si considera que falta algo en el informe o si tiene alguna pregunta, llámenos al Servicio al cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual).* También puede inscribirse para recibir el resumen de la Explicación de beneficios de la Parte D en línea en lugar de por correo.
 - Para registrarse, inicie sesión en MyPrime.com.
 - Haga clic en la flecha desplegable junto a su nombre.
 - Seleccione Preferencias de comunicación.
 - Marque la casilla Correo electrónico.
 - Haga clic en Guardar.

Si cambia de opinión y desea recibir su EOB por correo otra vez, puede actualizar su preferencia de comunicación en MyPrime.com. Asegúrese de conservar estos informes. Son registros importantes de sus gastos por medicamentos.

SECCIÓN 4 Durante la Etapa de deducible, usted paga el costo total de sus medicamentos.

| |
|---|
| Sección 4.1 Permanece en la Etapa de deducible hasta que haya pagado \$445 para su medicamento |
|---|

La Etapa de deducible es la primera etapa de pago para su cobertura de medicamentos. Esta etapa comienza cuando surte su primera receta en el año. Cuando se encuentre en esta etapa de pago, **debes pagar el costo total de tus drogas** hasta que alcance el monto deducible del plan, que es de \$445 para 2021.

- Su "**costo total**", por lo general, es más bajo que el precio total normal del medicamento, ya que nuestra cobertura ha negociado costos más bajos para la mayoría de los medicamentos.
- El "**deducible**" es el monto que debe pagar por sus medicamentos recetados de la Parte D antes de que el plan comience a pagar su parte.

Una vez que haya pagado \$445 por sus medicamentos, abandona la Etapa de deducible y pasa a la siguiente etapa de pago de medicamentos, que es la Etapa de cobertura inicial.

SECCIÓN 5 Durante la etapa de cobertura inicial, la cobertura paga su parte de los costos de sus medicamentos y usted paga la suya

| |
|---|
| Sección 5.1 Lo que usted paga por un medicamento depende del medicamento y del lugar donde surta su receta |
|---|

Durante la etapa de cobertura inicial, el plan paga su parte del costo de medicamentos recetados cubiertos y usted paga la suya (el monto de su copago o coseguro). Su parte del costo variará según el medicamento y el lugar donde surta su receta.

La cobertura tiene 5 niveles de gasto compartido

Cada medicamento de la Lista de medicamentos del plan está en uno de cinco niveles de gastos compartidos. En general, cuanto más alto sea el nivel de gasto compartido, mayor será el costo del medicamento.

- **Nivel 1** Genérico preferido (nivel más bajo)
- **Nivel 2** Genérico
- **Nivel 3** Marca preferencial

Capítulo 4. Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

- **Nivel 4** Medicamentos no preferenciales
- **Nivel 5** Especialidad (nivel más alto)

Para saber en qué nivel de gasto compartido se encuentra su medicamento, búsquelo en la Lista de medicamentos de la cobertura.

Sus opciones de farmacias

El monto que paga por un medicamento depende del lugar donde lo obtenga:

- Una farmacia minorista de la red que ofrece gastos compartidos estándar
- Una farmacia de la red que ofrece gastos compartidos preferidos
- Una farmacia que no está en la red de la cobertura
- La farmacia de pedido por correo de la cobertura

Para obtener más información sobre estas opciones de farmacia y surtir sus recetas, consulte el Capítulo 3 de este folleto y *el Directorio de farmacias de la cobertura*.

En general, cubriremos sus recetas *solamente* si se surten en una de nuestras farmacias de la red. Algunas de las farmacias de nuestra red también ofrecen gastos compartidos preferidos. Puede ir a farmacias de la red que ofrecen gastos compartidos preferidos u otras farmacias de la red que ofrecen gastos compartidos estándar para recibir sus medicamentos recetados cubiertos. Sus costos pueden ser menores en farmacias que ofrecen gastos compartidos preferidos.

| | |
|--------------------|---|
| Sección 5.2 | Una tabla que muestra sus gastos para un suministro de <i>un mes de un medicamento</i> |
|--------------------|---|

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

- **"Copago"** significa que usted paga un monto fijo cada vez que surte una receta médica.
- **"Coaseguro"** significa que usted paga un porcentaje del costo total del medicamento cada vez que surte una receta médica.

Como se muestra en la tabla a continuación, el monto del copago o coseguro depende del nivel en el que se encuentre su medicamento. Por favor, tenga en cuenta que:

- Si su medicamento cubierto cuesta menos que el monto del copago que figura en el cuadro, usted pagará ese precio más bajo por el medicamento. Usted pagará *ya sea* el precio completo del medicamento *o* bien el monto del copago, *el menor de ambos*.

Capítulo 4. Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

- Nosotros cubrimos las recetas médicas surtidas en las farmacias fuera de la red solo en situaciones limitadas. Consulte el Capítulo 3, Sección 2.5 para obtener información sobre cuándo incluiremos una receta surtida en una farmacia fuera de la red.

Su parte del costo cuando obtiene un suministro para *un mes* de un medicamento recetado cubierto de la Parte D:

| | Gastos compartidos estándar minorista (dentro de la red) (suministro de hasta 30 días) | Gastos compartidos preferido (dentro de la red) (suministro de hasta 30 días) | Gastos compartidos de pedidos por correo (suministro de hasta 30 días) | Gastos compartidos para cuidado a largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés) (suministro de hasta 31 días) | Gastos compartidos fuera de la red (La cobertura se limita a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 3 para más detalles). (hasta un suministro de 30 días) |
|---|---|--|--|--|--|
| Nivel | | | | | |
| Nivel 1 de gastos compartidos (Genérico preferido) | Copago de \$8 | Copago de \$1 | Copago de \$8 en una farmacia estándar de entrega de medicamentos a domicilio. Copago de \$1 en una farmacia preferencial de entrega de medicamentos a domicilio. | Copago de \$8 | Copago de \$8 |

Capítulo 4. Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

| Nivel | Gastos compartidos estándar minorista (dentro de la red) (suministro de hasta 30 días) | Gastos compartidos preferido (dentro de la red) (suministro de hasta 30 días) | Gastos compartidos de pedidos por correo (suministro de hasta 30 días) | Gastos compartidos para cuidado a largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés) (suministro de hasta 31 días) | Gastos compartidos fuera de la red (La cobertura se limita a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 3 para más detalles). (hasta un suministro de 30 días) |
|--|--|---|---|---|--|
| Nivel 2 de gastos compartidos (Genérico) | Copago de \$11 | Copago de \$4 | Copago de \$11 en una farmacia estándar de entrega de medicamentos a domicilio. Copago de \$4 en una farmacia preferencial de entrega de medicamentos a domicilio. | Copago de \$11 | Copago de \$11 |
| Nivel 3 de gastos compartidos (Marca preferencial) | 15% del costo total | 13% del costo total | 15% del costo total en una farmacia estándar de pedido por correo. 13% del costo total en una farmacia preferencial de entrega de medicamentos a domicilio. | 15% del costo total | 15% del costo total |

Capítulo 4. Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

| Nivel | Gastos compartidos estándar minorista (dentro de la red) (suministro de hasta 30 días) | Gastos compartidos preferido (dentro de la red) (suministro de hasta 30 días) | Gastos compartidos de pedidos por correo (suministro de hasta 30 días) | Gastos compartidos para cuidado a largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés) (suministro de hasta 31 días) | Gastos compartidos fuera de la red (La cobertura se limita a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 3 para más detalles). (hasta un suministro de 30 días) |
|--|--|---|--|---|--|
| Nivel 4 de gastos compartidos (Medicamentos no preferenciales) | 45% del costo total | 43% del costo total | 45% del costo total en una farmacia estándar de pedido por correo. 43% del costo total en una farmacia preferencial de entrega de medicamentos a domicilio | 45% del costo total | 45% del costo total |
| Nivel 5 de gastos compartidos (Especialidad) | 25% del gasto total | 25% del gasto total | 25% del costo total en una farmacia estándar de entrega de medicamentos por correo. 25% del gasto total en una farmacia preferencial de entrega de medicamentos por correo. | 25% del gasto total | 25% del gasto total |

Capítulo 4. Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

| | |
|--------------------|---|
| Sección 5.3 | Si su médico le receta un suministro de menos de un mes completo, es posible que no tenga que pagar el gasto del suministro de todo el mes |
|--------------------|---|

Por lo general, el monto que usted paga por un medicamento recetado cubre el suministro de un medicamento cubierto para un mes completo. Sin embargo, su médico puede recetarle un suministro de medicamentos para menos de un mes. Puede haber ocasiones en que le pedirá a su médico que le recete un suministro de un medicamento para menos de un mes (por ejemplo, cuando está probando un medicamento por primera vez que se sabe que tiene efectos secundarios graves). Si su médico le receta un suministro de menos de un mes completo, no tendrá que pagar por el suministro del mes completo de ciertos medicamentos.

El monto que paga cuando obtiene un suministro de menos de un mes completo dependerá de si usted es responsable de pagar el coaseguro (un porcentaje del costo total) o un copago (un monto fijo en dólares).

- Si usted es responsable del coaseguro, paga un *porcentaje* del costo total del medicamento. Usted paga el mismo porcentaje independientemente de si la receta es para un suministro de un mes completo o para menos días. Sin embargo, debido a que el costo total del medicamento será menor si obtiene un suministro de menos de un mes completo, el *monto* que paga será menor.
- Si usted es responsable de un copago por el medicamento, su copago se basará en la cantidad de días del medicamento que reciba. Calcularemos el monto que paga por día por su medicamento (la "tasa de gasto compartido diario") y lo multiplicaremos por la cantidad de días del medicamento que recibe.
 - Por ejemplo: Digamos que su copago para un suministro mensual por medicamentos (por 30 días) es de \$30. Esto significa que el monto que paga por día por su medicamento es de \$1. Si recibe un suministro del medicamento para 7 días, su pago será de \$1 por día multiplicado por 7 días, es decir, un pago total de \$7.

El gasto compartido diario le permite asegurarse de que un medicamento funcione para usted antes de que tenga que pagar el suministro de un mes completo. También puede pedirle a su médico que le recete, y a su farmacéutico que dispense, un suministro de medicamentos o medicamentos para menos de un mes completo, si esto lo ayudará a planificar mejor las fechas de resurtido de diferentes recetas y así haga menos viajes a la farmacia. El monto que pague dependerá del suministro de días que reciba.

| | |
|--------------------|---|
| Sección 5.4 | Cuadro que muestra sus costos por un suministro a <i>largo plazo</i> (hasta 90 días) de un medicamento |
|--------------------|---|

En el caso de algunos medicamentos, usted puede obtener un suministro a largo plazo (también llamado "suministro prolongado") cuando surte su receta. Un suministro a largo plazo es un

Capítulo 4. Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

suministro de hasta 90 días. (Para obtener detalles sobre dónde y cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento, consulte el Capítulo 3, Sección 2.4).

La siguiente tabla muestra lo que usted paga al obtener un suministro de un medicamento a largo plazo (*hasta 90 días*).

- Por favor, tenga en cuenta que: si su medicamento cubierto cuesta menos que el monto del copago que figura en la tabla, usted pagará ese precio más bajo por el medicamento. Usted pagará *ya sea* el precio completo del medicamento *o* bien el monto del copago, *el menor de ambos*.

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

| Nivel | Gastos compartidos estándar minoristas (dentro de la red) (hasta un 90 suministro diario) | Gastos compartidos minoristas preferidos (dentro de la red) (hasta un suministro diario) | Gastos compartidos de pedidos por correo (hasta un suministro de 90 días) |
|--|--|---|--|
| Nivel 1 de gastos compartidos (Genérico preferido) | Copago de \$24 | Copago de \$3 | Copago de \$24 en una farmacia estándar de entrega de medicamentos a domicilio. Copago de \$3 en una farmacia preferencial de entrega de medicamentos a domicilio. |
| Nivel 2 de gastos compartidos (Genérico) | Copago de \$33 | Copago de \$12 | Copago de \$33 en una farmacia estándar de entrega de medicamentos a domicilio. Copago de \$12 en una farmacia preferencial de entrega de medicamentos a domicilio. |

Capítulo 4. Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

| Nivel | Gastos compartidos estándar minoristas (dentro de la red) (hasta un 90 suministro diario) | Gastos compartidos minoristas preferidos (dentro de la red) (hasta un suministro diario) | Gastos compartidos de pedidos por correo (hasta un suministro de 90 días) |
|--|--|---|--|
| Nivel 3 de gastos compartidos (Marca preferida) | 15% del costo total | 13% del costo total | 15% del costo total en una farmacia estándar de pedido por correo. 13% del costo total en una farmacia preferencial de entrega de medicamentos a domicilio. |
| Nivel 4 de gastos compartidos (Medicamentos no preferenciales) | 45% del costo total | 43% del costo total | 45% del costo total en una farmacia estándar de pedido por correo. 43% del costo total en una farmacia preferencial de entrega de medicamentos a domicilio |
| Nivel 5 de gastos compartidos (Especialidad) | Un suministro a largo plazo no está disponible para medicamentos en el Nivel 5. | Un suministro a largo plazo no está disponible para medicamentos en el Nivel 5. | Un suministro a largo plazo no está disponible para medicamentos en el Nivel 5. |

| | |
|--------------------|--|
| Sección 5.5 | Permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que los costos totales de medicamentos para el año lleguen a \$4,130 |
|--------------------|--|

Permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que el monto total de los medicamentos recetados que haya surtido y reabastecido alcance el límite de **\$4,130 para la Etapa de cobertura inicial**.

Su costo total de medicamentos se calcula sumando lo que usted pagó y lo que cualquier cobertura de la Parte D pagó:

- **El monto que usted pagó** por todos los medicamentos cubiertos que ha obtenido desde la primera compra de medicamentos que realizó en el año. (Consulte la Sección 6.2 para

Capítulo 4. Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

obtener más información sobre cómo Medicare calcula sus gastos de bolsillo), Esto incluye lo siguiente:

- Los \$445 que pagó cuando estaba en la etapa de deducible.
- El total que pagó por concepto de su parte del costo por sus medicamentos durante la Etapa de cobertura inicial.
- **El monto que la cobertura pagó** como su parte del costo que le corresponde de sus medicamentos durante la etapa de cobertura inicial. (Si estuvo inscrito en un plan de la Parte D diferente en cualquier momento durante 2021, la cantidad que ese plan pagó durante la Etapa de cobertura inicial también cuenta para los costos totales de sus medicamentos).

La Explicación de beneficios (EOB) que le enviamos lo ayudará a realizar un seguimiento de cuánto han gastado usted y la cobertura, así como cualquier tercero, en su nombre durante el año. Mucha gente no alcanza el límite de \$4,130 en un año.

Le informaremos si alcanza este monto de \$4,130. Si alcanza este monto, dejará la etapa de cobertura inicial y pasará a la etapa de lapso sin cobertura.

SECCIÓN 6 En la Etapa de brecha de cobertura, usted recibe un descuento en los medicamentos de marca y paga no más del 25% de los costos por los medicamentos genéricos

| |
|---|
| Sección 6.1 Permanece en la Etapa de período sin cobertura hasta que su gasto de bolsillo alcance \$6,550 |
|---|

Cuando usted está en la Etapa de el lapso sin cobertura, el Programa de descuento de la brecha de cobertura de Medicare proporciona descuentos de los fabricante en los medicamentos de marca. Usted paga el 25% del precio negociado y una parte de la tarifa por expendio de los medicamentos de marca. Tanto el monto que paga como el monto descontado por el fabricante cuentan para sus costos desembolsados como si los hubiera pagado y lo llevan a través de lapso sin cobertura.

También recibe cierta cobertura para medicamentos genéricos. Usted no paga más del 25% del costo de los medicamentos genéricos y la cobertura paga el resto. Para los medicamentos genéricos, el monto pagado por la cobertura (75%) no cuenta para los costos que desembolsa. Solo el monto que usted paga se tomará en cuenta y lo ayudará a pasar por la brecha entre cobertura.

Usted continúa pagando el precio con descuento por medicamentos de marca y no más del 25% de los costos por medicamentos genéricos hasta que sus pagos de desembolso anuales alcancen el monto máximo establecido por Medicare. En 2021, ese monto es de \$6,550.

Capítulo 4. Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

Medicare establece normas sobre lo que se consideran gastos de bolsillo y lo que no. Cuando alcanza un límite de desembolso personal de \$6,550, abandona la etapa de período sin cobertura y pasa a la Etapa de cobertura catastrófica.

| | |
|--------------------|--|
| Sección 6.2 | Cómo calcula Medicare los gastos de bolsillo por los medicamentos que requieren receta médica |
|--------------------|--|

A continuación se presentan las reglas de Medicare que debemos seguir cuando llevamos el registro de los gastos de bolsillo para sus medicamentos.

Estos pagos están incluidos en sus gastos de bolsillo personal

Cuando suma sus gastos de bolsillo, **puede incluir** los pagos enumerados a continuación (siempre que sean para medicamentos incluidos en la Parte D y usted haya seguido las reglas para la cobertura de medicamentos que se explican en el Capítulo 3 de este folleto):

- El monto que paga por los medicamentos cuando se encuentra en cualquiera de las siguientes etapas de pago de medicamentos:
 - La etapa deducible
 - La etapa de cobertura inicial
 - La etapa de lapso entre cobertura
- Cualquier pago que haya realizado durante este año calendario como asegurado de una cobertura diferente de medicamentos recetados de Medicare antes de unirse a nuestra cobertura.

Es importante determinar quién paga:

- Si es **usted mismo** quien efectúa estos pagos, se tomarán en cuenta para sus gastos de bolsillo.
- Estos pagos *también están incluidos* si ciertas personas u organizaciones **efectúan los pagos en su nombre**. Esto incluye los pagos por sus medicamentos efectuados por un amigo o pariente, por la mayoría de las organizaciones benéficas, por los Programas de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA, por un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica calificado por Medicare o por el Servicio de Salud Indígena. También se incluyen los pagos realizados por el programa de "Beneficio adicional" de Medicare.
- Se incluyen algunos de los pagos realizados por el Programa de descuento de lapso sin cobertura de Medicare. Se incluye el monto que paga el fabricante por sus

Capítulo 4. Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

medicamentos de marca. Sin embargo, no se incluye el monto que la cobertura paga por sus medicamentos genéricos.

Pasar a la etapa de cobertura catastrófica:

Cuando usted (o los que pagan en su nombre) hayan gastado un total de \$6,550 en gastos de bolsillo dentro del año calendario, pasará de la Etapa de brecha de cobertura a la Etapa de cobertura catastrófica.

Estos pagos no se incluyen en sus gastos de bolsillo

Al sumar sus gastos de bolsillo, no se le permite **incluir** ninguno de los siguientes tipos de pagos para medicamentos recetados:

- El monto que paga por su prima mensual.
- Medicamentos que compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Medicamentos que no están cubiertos por nuestra cobertura.
- Medicamentos que obtiene en una farmacia fuera de la red que no cumplen con los requisitos de la cobertura para la cobertura fuera de la red.
- Medicamentos que no pertenecen a la Parte D, incluidos los medicamentos recetados cubiertos por la Parte A o la Parte B y otros medicamentos excluidos de la cobertura de la Parte D por Medicare.
- Los pagos que realiza por medicamentos que requieren receta médica que normalmente no están cubiertos en una cobertura de medicamentos que requieren receta médica de Medicare.
- Los pagos realizados por la cobertura por los medicamentos de marca o medicamentos genéricos mientras usted se encuentra en la etapa de lapso sin cobertura.
- Los pagos por sus medicamentos realizados por las coberturas de salud grupales, incluidos las coberturas de salud del empleador.
- Los pagos por sus medicamentos realizados por ciertos planes de seguro y programas de salud financiados por el gobierno, como TRICARE y el Departamento de Asuntos de Veteranos.
- Los pagos por sus medicamentos realizados por un tercero con la obligación legal de pagar los costos de los medicamentos que requieren receta médica (por ejemplo, indemnización por un accidente laboral).

Recordatorio: Si cualquier otra organización, como las mencionadas anteriormente, paga parte o la totalidad de sus costos de desembolso personal por los medicamentos, usted debe informárselo a nuestro plan. Llame al Servicio al cliente para informarnos (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual).

Capítulo 4. Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

¿Cómo puede hacer el seguimiento del total de los gastos de bolsillo personal

- **Nosotros le ayudaremos.** El informe de la *Explicación de beneficios de la Parte D* (EDB de la Parte D) que le enviamos incluye el monto actual de sus costos de desembolso personal (la Sección 3 de este capítulo describe este informe). Cuando alcanza un total de \$6,550 en gastos de bolsillo en el año, este informe le indicará que ha dejado la Etapa de brecha de cobertura y ha pasado a la Etapa de cobertura catastrófica.
- **Asegúrese de comunicarnos la información que necesitamos.** La Sección 3.2 explica lo que puede hacer para asegurarse de que nuestros registros de lo que usted ha gastado estén completos y actualizados.

SECCIÓN 7 Durante la etapa de cobertura catastrófica, la cobertura paga la mayor parte de los costos de sus medicamentos.

Sección 7.1 Cuando esté en la etapa de cobertura catastrófica, permanecerá en esta etapa por el resto del año.

Usted califica para la Etapa de cobertura catastrófica cuando sus gastos de bolsillo han alcanzado el límite de \$6,550 para el año natural. Una vez que esté en la etapa de cobertura catastrófica, permanecerá en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.

Durante esta etapa, la cobertura pagará la mayor parte del costo de sus medicamentos.

- **Su parte** de los costos de un medicamento cubierto será un coseguro o un copago, el que fuese *mayor*:
 - - *ya sea* - un coseguro del 5% del costo del medicamento
 - - *o* - \$3.70 por un medicamento genérico o un medicamento que se trata como genérico y \$9.20 por todos los demás medicamentos.
- **Nuestra cobertura paga el resto** de los costos.

SECCIÓN 8 Lo que usted paga por las vacunas cubiertas por la Parte D depende de cómo y dónde las reciba.

Sección 8.1 Nuestra cobertura puede tener una cobertura separada para el medicamento de la vacuna en sí de la Parte D y para el costo de administración

Nuestra cobertura brinda cobertura para varias vacunas de la Parte D. Hay dos partes en nuestra cobertura de vacunas:

Capítulo 4. Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

- La primera parte de la cobertura es el costo de **medicamento de la vacuna en sí**. La vacuna es un medicamento recetado.
- La segunda parte de la cobertura es por el costo **de administrarle la vacuna**. (A veces, se denomina la "administración" de la vacuna).

¿Qué debe pagar usted por una vacuna de la Parte D?

Lo que usted debe pagar por una vacuna de la Parte D depende de tres cosas:

1) El tipo de vacuna ((la enfermedad contra la que se inmuniza).

- Algunas vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Usted puede encontrar la lista de estas vacunas en la *Lista de medicamentos cubiertos (formulary, en inglés)* de la cobertura.
- Otras vacunas se consideran beneficios médicos. Están incluidos por Original Medicare.

2) ¿Dónde obtiene la medicación de la vacuna?

3) ¿Quién le aplica la vacuna?

Lo que usted paga al momento de recibir la vacuna de la Parte D puede variar según las circunstancias. Por ejemplo:

- A veces, cuando a usted se le debe administrar una vacuna, deberá pagar el costo total de la vacuna en sí y de su administración. Puede solicitar a nuestra cobertura un reembolso por la parte que nos corresponde del costo.
- En otras ocasiones, cuando obtiene el medicamento de la vacuna o se le administra la vacuna, pagará solo su parte del costo.

Para mostrarle cómo funciona este mecanismo, a continuación presentamos tres formas comunes en que puede recibir una vacuna de la Parte D. Recuerde que usted es responsable de todos los costos asociados con las vacunas (incluida su administración) durante la Etapa de deducible y Etapa de brecha de cobertura de su beneficio.

Situación 1: Usted compra la vacuna de la Parte D en la farmacia y recibe su vacuna en la farmacia de la red. (La disponibilidad de esta opción depende del lugar donde viva. Algunos estados no permiten que las farmacias administren vacunas).

- Tendrá que pagarle a la farmacia el monto de su coseguro o copago por la vacuna y el costo de administrarle la vacuna.
- Nuestra cobertura pagará el resto de los costos.

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

- Al recibir la vacuna, usted pagará el costo total de la vacuna y su administración.

Capítulo 4. Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

- *Luego, puede solicitar a nuestra cobertura que pague nuestra parte del costo utilizando los procedimientos que se describen en el Capítulo 5 de este manual (Pedirnos que paguemos nuestra parte de los costos de los medicamentos incluidos).*
- *Se le reembolsará el monto que pagó menos su coseguro o copago normal por la vacuna (incluida su administración) menos cualquier diferencia entre el monto que cobre el médico y lo que pagamos normalmente. (Si recibe “Beneficio adicional”, le reembolsaremos esta diferencia).*

Situación 3: Usted compra la vacuna de la Parte D en su farmacia y, luego, la lleva al consultorio de su médico donde se la administran.

- Tendrá que pagar a la farmacia el monto de su coseguro o copago por la vacuna en sí.
- Cuando su médico le administre la vacuna, usted pagará el costo total de este servicio. Luego puede solicitar a nuestra cobertura que pague nuestra parte del costo utilizando los procedimientos descritos en el Capítulo 5 de este manual.
- Se le reembolsará el monto cobrado por el médico por administrarle la vacuna, menos cualquier diferencia entre el monto que el médico cobre y lo que pagaríamos normalmente. (Si recibe “Beneficio adicional”, le reembolsaremos esta diferencia).

| | |
|--------------------|---|
| Sección 8.2 | Le recomendamos que llame al Servicio al cliente antes de recibir una vacuna |
|--------------------|---|

Las reglas para la cobertura de las vacunas son complicadas. Estamos aquí para ayudarle. Le recomendamos que nos llame primero al Servicio al Cliente cuando esté planeando vacunarse. (Los números de teléfono del Servicio al cliente aparecen en la contraportada de este manual).

- Podemos informarle cómo nuestra cobertura cubre la vacuna y explicarle su parte del costo.
- Podemos informarle cómo para mantener sus costos bajos si usa prestadores de servicios médicos y farmacias de nuestra red.
- Si no puede utilizar un prestador de servicios médicos o una farmacia de la red, podemos informarle qué debe hacer para solicitarnos el reembolso de nuestra parte del costo.

CAPÍTULO 5

*Pedir que paguemos nuestra parte
de los gastos de los medicamentos
incluidos.*

**Capítulo 5. Pedir que paguemos nuestra parte de los gastos de los
medicamentos incluidos.**

| | | |
|------------------|--|-----------|
| SECCIÓN 1 | Situaciones en las que debe solicitarnos que paguemos nuestra parte del gasto de sus medicamentos incluidos | 93 |
| Sección 1.1 | Si paga la parte que le corresponde a nuestra cobertura del costo de sus medicamentos incluidos, puede solicitarnos el pago..... | 93 |
| SECCIÓN 2 | Cómo solicitarnos un reembolso | 94 |
| Sección 2.1 | Cómo y dónde debe enviarnos su solicitud de pago | 94 |
| SECCIÓN 3 | Consideraremos su solicitud de pago y la aceptaremos o rechazaremos | 95 |
| Sección 3.1 | Verificamos si debemos incluir el medicamento y cuánto debemos..... | 95 |
| Sección 3.2 | Si le decimos que no pagaremos todo o parte del medicamento, puede hacer una apelación | 95 |
| SECCIÓN 4 | Otras situaciones en las que deberá guardar sus recibos y enviarnos copias | 96 |
| Sección 4.1 | En algunos casos, deberá enviarnos copias de sus recibos para ayudarnos a llevar un registro de los costos de desembolso personal por los medicamentos | 96 |

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe solicitarnos que paguemos nuestra parte del gasto de sus medicamentos incluidos

| | |
|--------------------|--|
| Sección 1.1 | Si paga la parte que le corresponde a nuestra cobertura del costo de sus medicamentos incluidos, puede solicitarnos el pago |
|--------------------|--|

A veces, cuando obtiene un medicamento con receta, es posible que deba pagar el costo total de inmediato. En otras oportunidades, es posible que se dé cuenta de que ha pagado más de lo que esperaba de acuerdo con las reglas de cobertura de la cobertura. En cualquier caso, puede solicitarle a nuestro plan que le reembolse (a menudo, el reembolso se denomina “reembolso”).

Estos son ejemplos de situaciones en las que es posible que deba solicitarle a nuestra cobertura que le reembolse. Todos estos ejemplos son tipos de decisiones de cobertura (para obtener más información sobre decisiones de cobertura, consulte el Capítulo 7 de este manual).

1) Cuando usa una farmacia fuera de la red para surtir una receta

Si acude a una farmacia fuera de la red e intenta usar su tarjeta de membresía para surtir una receta, es posible que la farmacia no pueda enviarnos el reclamo directamente. En este caso, deberá pagar el costo total de su receta. (Cubrimos las recetas surtidas en farmacias fuera de la red solo en algunas situaciones especiales. Vaya al Capítulo 3, Sección 2.5 para obtener más información).

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

2) Cuando paga el costo total de una receta porque no tiene su tarjeta de membresía de la cobertura con usted

Si no tiene su tarjeta de póliza de la cobertura, puede pedirle a la farmacia que llame a la cobertura o busque su información de inscripción. Sin embargo, si la farmacia no puede obtener la información de inscripción que necesita de inmediato, es posible que deba pagar el costo total de la receta usted mismo.

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

3) Cuando paga el costo total de una receta en otras situaciones

Puede pagar el costo total de la receta porque descubre que el medicamento no está cubierto por alguna razón.

- Por ejemplo, es posible que el medicamento no figure en la *Lista de medicamentos cubiertos (formulario)* de la cobertura; o bien podría tener un requisito o restricción que

Capítulo 5. Pedir que paguemos nuestra parte de los gastos de los medicamentos incluidos.

no conocía o que no considere que debería aplicarse a usted. Si decide obtener el medicamento de inmediato, es posible que deba pagar el costo total del mismo.

- Guarde su recibo y envíenos una copia del mismo cuando nos solicite el reembolso. En algunas situaciones, es posible que necesitemos obtener más información de su médico para reembolsarle nuestra parte del costo.

4. Si está asegurado retroactivamente en nuestra cobertura

A veces, la inscripción de una persona en la cobertura es retroactiva. (Retroactiva significa que el primer día de su inscripción ya pasó. La fecha de inscripción incluso puede haber ocurrido el año pasado.)

Si se aseguró retroactivamente en nuestra cobertura y pagó de su bolsillo cualquiera de sus medicamentos después de la fecha de inscripción, puede solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte de los costos. Deberá enviarnos la documentación para que administremos el reembolso.

Llame al Servicio al cliente para obtener información adicional sobre cómo solicitarnos un reembolso y los plazos para presentar su solicitud. (Los números de teléfono del Servicio al cliente están impresos en la contraportada de este folleto).

Todos los ejemplos anteriores son tipos de decisiones de cobertura. Esto significa que si rechazamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión. El Capítulo 7 de este manual (*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*) contiene información sobre cómo presentar una apelación.

SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos un reembolso

| |
|--|
| Sección 2.1 Cómo y dónde debe enviarnos su solicitud de pago |
|--|

Envíenos su solicitud de pago, junto con su recibo que documente el pago que ha realizado. Es una buena idea hacer una copia de sus recibos para sus registros.

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

- No tiene que usar el formulario, pero nos ayudará a procesar la información más rápido.
- Descargue una copia del formulario de nuestro sitio web (www.getbluetx.com/pdp) o llame al Servicio al Cliente y pida el formulario. (Los números de teléfono del Servicio al cliente aparecen en la contraportada de este manual).

Envíenos su solicitud de pago junto con los recibos a esta dirección:

Prescription Drug Claims Payment Request
PO Box 20970
Lehigh Valley, PA 18002-0970

Debe enviarnos su reclamo dentro de los 36 meses de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual). Si no sabe lo que debería haber pagado, podemos ayudarlo. También puede llamarnos si desea brindarnos más información acerca de una solicitud de pago que ya nos ha enviado.

SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y la aceptaremos o rechazaremos

| |
|--|
| Sección 3.1 Verificamos si debemos incluir el medicamento y cuánto debemos |
|--|

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

- Si decidimos que el medicamento está incluido en la cobertura y usted siguió todas las reglas para obtener el medicamento, pagaremos nuestra parte del costo. Le enviaremos por correo su reembolso de nuestra parte del costo. (El Capítulo 3 explica las reglas que debe seguir para obtener sus medicamentos recetados incluidos en la Parte D). Enviaremos el pago dentro de los 30 días posteriores a la recepción de su solicitud.
- Si decidimos que el medicamento *no* está no incluido, o usted *no* siguió todas las reglas, no pagaremos nuestra parte. En cambio, le enviaremos una carta que explique los motivos por los que no enviamos el pago que ha solicitado y sus derechos para apelar esa decisión.

| |
|--|
| Sección 3.2 Si le decimos que no pagaremos todo o parte del medicamento, puede hacer una apelación |
|--|

Si cree 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 nos solicita que cambiemos la decisión que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Capítulo 5. Pedir que paguemos nuestra parte de los gastos de los medicamentos incluidos.

Para obtener detalles sobre cómo presentar esta apelación, consulte el Capítulo 7 de este manual (*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*). El proceso de apelaciones es un proceso formal que consta de procedimientos detallados y vencimientos importantes. Si no tiene experiencia en la presentación de una apelación, le será útil comenzar por el Capítulo 7, Sección 4. La Sección 4 es una sección introductoria que explica el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones y proporciona definiciones de términos como "apelación". Luego, después de haber leído la Sección 4, puede ir a la Sección 5.5 en el Capítulo 7 para obtener una explicación paso a paso sobre cómo presentar una apelación.

SECCIÓN 4 Otras situaciones en las que deberá guardar sus recibos y enviarnos copias

| | |
|--------------------|---|
| Sección 4.1 | En algunos casos, deberá enviarnos copias de sus recibos para ayudarnos a llevar un registro de los costos de desembolso personal por los medicamentos |
|--------------------|---|

Hay algunas situaciones en las que debe informarnos sobre los pagos que ha realizado por sus medicamentos. En estos casos, no estará solicitándonos un pago. En su lugar, nos informará qué pagos ha realizado para que podamos calcular correctamente sus costos de desembolso personal. Esto puede ayudarle a calificar para la Etapa de cobertura catastrófica más rápidamente.

A continuación, se presentan dos situaciones en las que debe enviarnos copias de los recibos para informarnos sobre los pagos que ha realizado por sus medicamentos:

1) Cuando compra el medicamento por un precio que es menor al nuestro

A veces cuando está en la Etapa de deducible y la Etapa de lapso sin cobertura puede comprar su medicamento **en una farmacia de la red por un** precio inferior a nuestro precio.

- Por ejemplo, una farmacia podría ofrecer un precio especial por el medicamento. O puede tener una tarjeta de descuento que esté fuera de nuestro beneficio y que ofrezca un precio más bajo.
- A menos que se apliquen condiciones especiales, debe usar una farmacia de la red en estas situaciones y su medicamento debe estar en nuestra Lista de medicamentos.
- Guarde su recibo y envíenos una copia para que sus gastos de desembolso para el cálculo de su calificación para la etapa de cobertura catastrófica.
- **Tenga en cuenta:** Si está en la Etapa de deducible y la Etapa de lapso sin cobertura, es posible que no paguemos ninguna parte de los gastos de estos medicamentos. Pero al enviarnos una copia del recibo, nos permite calcular correctamente sus gastos de bolsillo y quizás ayudarle a calificar de forma más rápida para la etapa de cobertura catastrófica.

Capítulo 5. Pedir que paguemos nuestra parte de los gastos de los medicamentos incluidos.

2) Cuando obtiene un medicamento a través de un programa de asistencia para pacientes ofrecido por un fabricante de medicamentos

Algunos asegurados están inscritos en un programa de asistencia para pacientes ofrecido por un fabricante de medicamentos que está fuera de los beneficios del plan. Si obtiene algún medicamento a través de un programa ofrecido por un fabricante de medicamentos, puede pagar un copago al programa de asistencia al paciente.

- Guarde su recibo y envíenos una copia para que sus gastos de desembolso para el cálculo de su calificación para la etapa de cobertura catastrófica.
- **Por favor, tenga en cuenta que:** Debido a que usted recibe su medicamento a través del programa de asistencia para pacientes y no a través de los beneficios de la cobertura, no pagaremos ninguna parte de los costos de estos medicamentos. Pero al enviarnos una copia del recibo, nos permite calcular correctamente sus gastos de bolsillo y quizás ayudarlo a calificar de forma más rápida para la etapa de cobertura catastrófica.

Debido a que en los casos descritos anteriormente usted no está solicitando un pago, estas situaciones no se consideran decisiones de cobertura. Por lo tanto, no puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión.

CAPÍTULO 6

Sus derechos y responsabilidades

Capítulo 6. Sus derechos y responsabilidades

Capítulo 6. Sus derechos y responsabilidades

| | | |
|------------------|--|------------|
| SECCIÓN 1 | Nuestro plan debe respetar sus derechos como asegurado del plan..... | 100 |
| Section 1.1 | We must provide information in a way that works for you (in languages other than English, in braille, in Spanish, in large print, or other alternate formats, etc.)..... | 100 |
| SECCIÓN 1 | Nuestra aseguradora debe respetar y hacer valer sus derechos como nuestro asegurado..... | 100 |
| Sección 1.1 | Debemos proporcionar información en un formato eficaz para usted (en idiomas distintos al inglés, en braille, en letra grande u otros formatos alternativos, etc.) | 100 |
| Sección 1.2 | Debemos asegurarnos de que tenga acceso oportuno a sus medicamentos incluidos en la cobertura..... | 101 |
| Sección 1.3 | Debemos proteger la privacidad de su información médica personal..... | 101 |
| Sección 1.4 | Debemos brindarle información sobre la cobertura, su red de farmacias y sus medicamentos incluidos en la cobertura | 107 |
| Sección 1.5 | Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su atención | 109 |
| Sección 1.6 | Usted tiene derecho a presentar reclamaciones y a solicitarnos que reconsideremos las decisiones que hemos tomado..... | 110 |
| Sección 1.7 | ¿Qué puede hacer si considera que lo hemos tratado de forma injusta o no hemos respetado sus derechos? | 110 |
| Sección 1.8 | Cómo obtener más información sobre sus derechos | 111 |
| SECCIÓN 2 | Usted tiene ciertas responsabilidades como asegurado de la cobertura..... | 111 |
| Sección 2.1 | ¿Cuáles son sus responsabilidades? | 111 |

Capítulo 6. Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos como asegurado del plan

| | |
|--------------------|--|
| Section 1.1 | We must provide information in a way that works for you (in languages other than English, in braille, in Spanish, in large print, or other alternate formats, etc.) |
|--------------------|--|

Para obtener información de nuestra parte de una manera que sea conveniente para usted, llame al Servicio al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Nuestra cobertura cuenta con servicios de interpretación gratuitos que están disponibles para responder cualquier pregunta por parte de los asegurados que no son angloparlantes o que tienen alguna discapacidad. También podemos brindarle información en braille, en español, en letra grande u otros formatos alternativos sin costo si lo necesita. Se nos exige que le demos información sobre los beneficios de la cobertura en un formato que sea accesible y apropiado para usted. Para obtener información de nuestra parte de una manera que sea conveniente para usted, llame al Servicio al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Si tiene algún problema para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted, llame para presentar una queja ante Blue Cross MedicareRx Basic (PDP) en 1-888-285-2249. También puede presentar una reclamación a Medicare llamando a 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente en la Oficina de Derechos Civiles. Contact information is included in this Evidence of Coverage, or you may contact 1-888-285-2249 for additional information.

SECCIÓN 1 Nuestra aseguradora debe respetar y hacer valer sus derechos como nuestro asegurado

| | |
|--------------------|---|
| Sección 1.1 | Debemos proporcionar información en un formato eficaz para usted (en idiomas distintos al inglés, en braille, en letra grande u otros formatos alternativos, etc.) |
|--------------------|---|

Comuníquese con Atención al Asegurado para recibir información en un formato eficaz para usted (los números telefónicos aparecen en la contraportada de este manual).

Nuestra aseguradora cuenta con personas y servicios gratuitos de interpretación para responder preguntas de asegurados con alguna discapacidad o que no hablen inglés. Si lo necesita, también podemos proporcionarle sin costo información en braille, en letra grande u otros formatos. Tenemos la obligación de proporcionarle información sobre los beneficios de la cobertura en un formato accesible, eficaz y apropiado para usted. Comuníquese con Atención al Asegurado para recibir información en un formato eficaz para usted (los números telefónicos aparecen en la contraportada de este manual).

Capítulo 6. Sus derechos y responsabilidades

Si tiene algún inconveniente para recibir información de nuestra cobertura en un formato accesible, eficaz y apropiado para usted, presente su inconformidad por teléfono: Blue Cross MedicareRx Basic (PDP) en 1-888-285-2249. También podrá presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights). La información de contacto aparece en esta Evidencia de Cobertura, también puede solicitar más información al 1-888-285-2249.

| | |
|--------------------|--|
| Sección 1.2 | Debemos asegurarnos de que tenga acceso oportuno a sus medicamentos incluidos en la cobertura |
|--------------------|--|

Como asegurado de nuestra cobertura, tiene derecho a surtir o reabastecer sus recetas en cualquiera de las farmacias de nuestra red sin grandes demoras. Si cree que no está recibiendo sus medicamentos de la Parte D dentro de un período de tiempo razonable, el Capítulo 7, Sección 7 de este manual le indica qué puede hacer. (Si denegamos la cobertura de sus medicamentos recetados y usted no está de acuerdo con nuestra decisión, el Capítulo 7, Sección 4 le informa qué puede hacer).

| | |
|--------------------|---|
| Sección 1.3 | Debemos proteger la privacidad de su información médica personal |
|--------------------|---|

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de sus expedientes médicos e información médica personal. Protegemos su información médica personal según lo exigen estas leyes.

- Su "información personal médica" incluye la información personal que nos entregó cuando se inscribió en esta cobertura, así como sus expedientes médicos y otra información médica y de salud.
- Las leyes que protegen su privacidad le otorgan derechos relacionados con la obtención de información y con el control de la manera en la que se usa su información médica. Le enviamos un aviso por escrito, que se denomina "Notice of Privacy Practice" (Aviso de práctica de privacidad), en el que se le informa sobre estos derechos y se le explica cómo protegemos la privacidad de la información de salud.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información médica?

- Nos aseguramos de que las personas no autorizadas no puedan ver ni cambiar su historial médico.
- En la mayoría de las situaciones, si brindamos su información médica a cualquier persona que no le brinda atención o que pague por ella, *primero debemos obtener su permiso por escrito*. Usted o alguien a quien le haya otorgado poder legal para tomar decisiones por usted puede otorgar el permiso por escrito.
- Existen ciertas excepciones que no requieren que obtengamos primero su permiso por escrito. Estas excepciones están permitidas o requeridas por la ley.
 - Por ejemplo, estamos obligados a divulgar información médica a agencias gubernamentales que controlan la calidad de la atención.

Capítulo 6. Sus derechos y responsabilidades

- Debido a que usted es asegurado de nuestra cobertura a través de Medicare, debemos proporcionarle a Medicare su información médica, incluida la información sobre sus medicamentos recetados de la Parte D. Si Medicare divulga su información para investigaciones u otros usos, lo hará conforme a los estatutos y las reglamentaciones federales.

Puede ver la información en sus registros y saber cómo se ha compartido con otros.

Tiene derecho a ver sus expedientes médicos que se conservan en la cobertura y obtener una copia de los mismos. Se nos permite cobrarle una tarifa por hacer copias. También tiene derecho a solicitarnos que agreguemos o corriamos sus expedientes médicos. Si nos solicita que lo hagamos, analizaremos la situación con su prestador de atención de salud para decidir si se deben hacer los cambios.

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

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su información personal médica, llame al Servicio al cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este folleto).

Blue Cross and Blue Shield of Texas (BCBSTX) debe proporcionarle un Aviso de prácticas de privacidad de HIPAA, así como un Aviso estatal de prácticas de privacidad. El Aviso de prácticas de privacidad de HIPAA describe cómo BCBSTX puede usar o divulgar su información de salud protegida y sus derechos a esa información según la ley federal. El Aviso estatal de prácticas de privacidad describe cómo BCBSTX puede usar o divulgar su información financiera personal no pública y sus derechos a esa información según la ley estatal. Tómese unos minutos y revise estos avisos. Le recomendamos que visite el portal [Blue Access for Members \(BAM\)](#) en [BCBSTX.com](#) para registrarse para recibir estos avisos electrónicamente. Nuestra información de contacto se puede encontrar al final de estos avisos.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE HIPAA - Efectivo del 23/09/13

SUS DERECHOS. Cuando se trata de su información de salud, tiene ciertos derechos.

Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarlo.

Obtenga una copia de sus registros de salud y reclamos

- Puede solicitar ver u obtener una copia de sus registros de salud y reclamos y otra información de salud que tengamos sobre usted. Pregúntenos cómo hacerlo utilizando la información de contacto al final de este aviso.
 - Le proporcionaremos una copia o un resumen de sus registros de salud y reclamaciones, generalmente dentro de los 30 días posteriores a la solicitud. Podemos cobrar una tarifa razonable basada en el gasto.
-

Capítulo 6. Sus derechos y responsabilidades

| | |
|---|--|
| Solicitarnos que corriamos los registros médicos y de reclamos | <ul style="list-style-type: none">• Puede solicitarnos que corriamos sus registros de salud y reclamaciones si cree que son incorrectos o están incompletos. Pregúntenos cómo hacerlo utilizando la información de contacto al final de este aviso.• Podemos decir "no" a su solicitud. Le diremos por qué por escrito dentro de los 60 días. |
| Solicitar comunicaciones confidenciales | <ul style="list-style-type: none">• Puede solicitarnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica o que le enviemos un correo a una dirección diferente. Pregúntenos cómo hacerlo utilizando la información de contacto al final de este aviso.• Consideraremos todas las solicitudes razonables y debemos decir "sí" si nos informa que estaría en peligro si no lo hacemos. |
| Solicítenos que limitemos lo que usamos o compartimos | <ul style="list-style-type: none">• Puede solicitarnos que no compartamos o usemos cierta información de salud para tratamiento, pago o nuestras operaciones. Pregunte cómo hacer esto utilizando la información de contacto al final de este aviso.• No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podemos decir "no" si afectaría su atención. |
| Obtenga una lista de aquellos con quienes hemos compartido información | <ul style="list-style-type: none">• Puede solicitar una lista (contabilidad) durante seis años antes de la fecha de solicitud de cuándo compartimos su información, con quién la compartimos y por qué. Pregúntenos cómo hacerlo utilizando la información de contacto al final de este aviso.• Incluiremos todas las divulgaciones, excepto las relacionadas con el tratamiento, el pago y nuestras operaciones, y algunas otras divulgaciones (las que nos haya pedido que hagamos). Proporcionaremos una contabilidad al año de forma gratuita, pero podemos cobrar una tarifa razonable basada en el costo si solicita otra dentro de los 12 meses. |
| Obtenga una copia de este aviso | <ul style="list-style-type: none">• Puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si ha aceptado recibirlo electrónicamente. Para solicitar una copia de este aviso, use la información de contacto al final de este aviso y le enviaremos uno de inmediato. |
| Elija a alguien que actúe por usted | <ul style="list-style-type: none">• Si le ha otorgado a alguien un poder notarial médico o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones por usted.• Confirmamos esta información antes de divulgarles algo de su información. |

Capítulo 6. Sus derechos y responsabilidades**Presente una queja si considera que se violan sus derechos**

- Puede presentar una queja si considera que hemos violado sus derechos de privacidad utilizando la información de contacto al final de este aviso.
- También puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos llamando al 1-877-696-6775; o visitando www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/ o enviándoles una carta a:
200 Independence Ave., SW, Washington, D.C. 20201.
- No tomaremos represalias contra usted por presentar una reclamación.

SUS OPCIONES. Para cierta información de salud, puede decirnos sus opciones sobre lo que compartimos.

Si tiene una preferencia clara sobre cómo desea que compartamos su información en las situaciones que se describen a continuación, infórmenos y seguiremos sus instrucciones. Use la información de contacto al final de este aviso.

En estos casos, tiene el derecho y la opción de decirnos que:

- Compartamos información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en el pago de su atención.
- Compartir información en una situación de desastre o ayuda.
- Contactarle para recaudar fondos

Si hay una razón por la que no puede decirnos con quién podemos compartir información, podemos compartirla si creemos que lo mejor para usted es hacerlo. También podemos compartir información para disminuir una amenaza grave o inminente para la salud o la seguridad.

Nunca compartimos su información en estas situaciones a menos que nos dé permiso por escrito

- Fines de marketing
- Venta de su información

NUESTROS USOS Y DIVULGACIONES. ¿Cómo usamos o compartimos su información de salud?

Normalmente usamos o compartimos su información de salud de las siguientes maneras.

Ayudar a administrar el tratamiento de atención médica que recibe

- Podemos usar su información de salud y compartirla con profesionales que lo están tratando.
Ejemplo: Un médico nos envía información sobre su diagnóstico y cobertura de tratamiento para que podamos organizar servicios adicionales.

Dirigir nuestra organización

- Podemos usar y divulgar su información para administrar nuestra organización y contactarle cuando sea necesario.
Ejemplo: Usamos información médica para desarrollar mejores servicios para usted.

Capítulo 6. Sus derechos y responsabilidades

No podemos usar ninguna información genética para decidir si le daremos cobertura, excepto para las coberturas de atención a largo plazo.

Pague por sus servicios de salud

- Podemos usar y divulgar su información de salud ya que pagamos por sus servicios de salud.

Ejemplo: Compartimos información sobre usted con su cobertura dental para coordinar el pago de su trabajo dental.

Administrar su cobertura

- Podemos divulgar su información médica al patrocinador de su cobertura de salud para fines de administración de la cobertura.

Ejemplo: Si su empresa nos contrata para proporcionar una cobertura de salud, es posible que les proporcionemos ciertas estadísticas para explicar las primas que cobramos.

¿De qué otra manera podemos usar o compartir su información de salud?

Se nos permite o exige que compartamos su información de otras maneras, generalmente de manera que contribuyan al bien público, como la salud pública y la investigación. Tenemos que cumplir muchas condiciones legales antes de poder compartir su información para estos propósitos. Para obtener más información, visite:

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

Ayuda con problemas de salud y seguridad pública

- Podemos compartir su información de salud para ciertas situaciones, tales como:
 - Prevenir enfermedades
 - Ayudar con el retiro de productos
 - Informar reacciones adversas a medicamentos
 - Informar sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica
 - Prevenir o reducir una amenaza grave para la salud o la seguridad de cualquier persona

Hacer investigación

- Podemos usar o compartir su información para investigaciones de salud.

Consentir con ley

- Compartiremos información sobre usted cuando la ley estatal o federal lo requiera, incluido el Departamento de Salud y Servicios Humanos si desean determinar que estamos cumpliendo con las leyes federales de privacidad.

Responder a solicitudes de donación de órganos / tejidos y trabajar con ciertos profesionales.

- Podemos compartir información sobre su salud con una organización de obtención de órganos.
- Podemos compartir información con un médico forense, coroner o director de funeraria.

Capítulo 6. Sus derechos y responsabilidades

Abordar las solicitudes de compensación laboral, cumplimiento de la ley y otras solicitudes gubernamentales

- Podemos usar o compartir información sobre su salud:
 - Para reclamos de compensación de trabajadores
 - Para fines de aplicación de la ley o con un oficial de la ley
 - Con agencias de supervisión de salud para actividades autorizadas por ley
 - Para funciones gubernamentales especiales como servicios militares, de seguridad nacional y de protección presidencial o con prisiones en relación con los reclusos.

Responder a demandas y acciones legales

- Podemos compartir información sobre su salud en respuesta a una orden administrativa o judicial, o en respuesta a una citación.

Cierta información de salud

- La ley estatal puede proporcionar protección adicional sobre algunas condiciones médicas específicas o información de salud. Por ejemplo, estas leyes pueden prohibirnos divulgar o usar información relacionada con VIH/SIDA, salud mental, abuso de alcohol o sustancias e información genética sin su autorización. En estas situaciones, seguiremos los requisitos de la ley estatal.

NUESTRAS RESPONSABILIDADES Cuando se trata de su información, tenemos ciertas responsabilidades.

- La ley nos exige mantener la privacidad y seguridad de su información de salud protegida.
- Le informaremos de inmediato si se produce una violación que comprometa la privacidad o la seguridad de su información.
- Debemos seguir los deberes y las prácticas de privacidad descritos en este aviso y darle una copia del mismo.
- No utilizaremos ni compartiremos su información de otra manera que la descrita aquí, a menos que usted nos diga que podemos hacerlo por escrito.

Puede cambiar de opinión en cualquier momento. Háganos saber por escrito si cambia de opinión.

Para más información: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html.

AVISO ESTATAL DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD: en vigencia a partir del 23/09/13

Blue Cross and Blue Shield of Texas (BCBSTX) recopila información personal no pública sobre usted de su solicitud de seguro, reclamos de atención médica, información de pago y agencias de informes del consumidor. BCBSTX:

- **No divulgará** esta información, incluso si su relación de cliente con nosotros termina, a terceros no afiliados, excepto con su consentimiento o según lo permita la ley.
- **Restringirá el acceso a esta información solo a aquellos empleados que realicen funciones necesarias para administrar nuestro negocio y brindar servicios a nuestros clientes.**
- **Mantendrá** prácticas de seguridad y privacidad que incluyan salvaguardas físicas, técnicas y administrativas para proteger esta información del acceso no autorizado.

Capítulo 6. Sus derechos y responsabilidades

- **Utilizará** esta información únicamente para administrar su cobertura de seguro, procesar sus reclamos, garantizar una facturación adecuada, brindarle servicio al cliente y cumplir con la ley.

BCBSTX puede compartir esta información con ciertos terceros que realizan funciones o servicios en nuestro nombre o cuando lo exige la ley. Estos son algunos ejemplos de terceros con los que podemos compartir su información:

- Empresas afiliadas
- Socios comerciales que brindan servicios en nuestro nombre (gestión de reclamaciones, marketing, soporte clínico)
- Corredores o agentes de seguros, empresas de servicios financieros, compañías de stop-loss
- Agencias reguladoras, otras entidades gubernamentales y agencias de aplicación de la ley.
- Su cobertura de salud grupal para empleadores

Tiene derecho a preguntarnos qué información financiera no pública tenemos sobre usted y solicitar acceso a ella.

CAMBIOS A ESTAS NOTIFICACIONES

Tenemos derecho a cambiar los términos de estos avisos, y los cambios que hagamos se aplicarán a toda la información que tengamos sobre usted. Los nuevos avisos estarán disponibles a pedido o desde nuestro sitio web. También le enviaremos por correo una copia de los nuevos avisos según lo exija la ley.

INFORMACIÓN DE CONTACTO PARA ESTOS AVISOS

Si desea información general sobre sus derechos de privacidad o desea una copia de estos avisos, vaya a: www.bcbstx.com/important-info/hipaa

Si tiene preguntas específicas sobre sus derechos o estos avisos, contáctenos de una de las siguientes maneras:

- Llámenos utilizando el número gratuito que se encuentra en el reverso de su tarjeta de identificación de asegurado.
- Llámenos al 1-877-361-7594.
- Escríbanos a: Privacy Office Divisional Vice President
Blue Cross and Blue Shield of Texas
PO Box 804836
Chicago, IL 60680-4110

REVISADO Enero de 2020

| | |
|--------------------|---|
| Sección 1.4 | Debemos brindarle información sobre la cobertura, su red de farmacias y sus medicamentos incluidos en la cobertura |
|--------------------|---|

Como asegurado de Blue Cross MedicareRx Basic (PDP), tiene derecho a que le proporcionemos varios tipos de información. (Como se explicó anteriormente en la Sección 1.1, usted tiene derecho a que le proporcionemos información de una manera que sea conveniente para usted.

Capítulo 6. Sus derechos y responsabilidades

Esto incluye obtener la información en otros idiomas además del inglés y en letra grande u otros formatos alternativos).

Si desea obtener cualquiera de los siguientes tipos de información, llame a Servicio al cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual):

- **Información sobre nuestra cobertura.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera del plan. También incluye información sobre la cantidad de apelaciones hechas por los asegurados y las calificaciones de desempeño de la cobertura, incluyendo cómo ha sido calificado por los asegurados de la cobertura y cómo se compara con otras coberturas de medicamento con receta de Medicare.
- **Información sobre nuestras farmacias de la red.**
 - Por ejemplo, tiene derecho a que le enviemos información sobre las farmacias de nuestra red.
 - Para obtener una lista de las farmacias de la red del plan, consulte el *Directorio de farmacias*
 - Para obtener información más detallada sobre nuestras farmacias, puede llamar al Servicio al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual). o visite nuestro sitio web en www.getbluetx.com/pdp/pharmacies.
- **Información sobre su cobertura y las reglas que debe seguir al usarla.**
 - Para obtener detalles sobre la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D, consulte Los capítulos 3 y 4 de este manual más la cobertura *Lista de medicamentos (formulary, en inglés)*. En estos capítulos, además de la Lista de medicamentos cubiertos (Formulario), *se describe qué medicamentos están cubiertos y las normas que debe cumplir, así como las restricciones que se aplican a la cobertura para determinados medicamentos.*
 - Si tiene preguntas sobre las reglas o restricciones, llame al Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual).
- **Información sobre por qué algo no está cubierto y qué puede hacer al respecto.**
 - Si un medicamento de la Parte D no está incluido para usted, o si su cobertura está restringida de alguna manera, puede solicitarnos una explicación por escrito. Tiene derecho a esta explicación incluso si recibió el medicamento de una farmacia fuera de la red.
 - Si no está satisfecho o si no está de acuerdo con una decisión que tomamos sobre qué medicamento de la Parte D está incluido para usted, tiene derecho a solicitarnos que cambiemos la decisión. Nos puede pedir que cambiemos la decisión a través de una apelación. Para obtener detalles sobre qué hacer si algo no está cubierto como considera que debería estarlo, consulte el Capítulo 7 de este manual. Le proporciona los detalles sobre cómo presentar una apelación si desea que cambiemos nuestra decisión. (El Capítulo 7 también explica cómo presentar una reclamación sobre la calidad de la atención, los plazos de espera y otras inquietudes).

Capítulo 6. Sus derechos y responsabilidades

- Si desea solicitar a nuestra cobertura que pague nuestra parte del costo de un medicamento recetado de la Parte D, consulte el Capítulo 5 de este folleto.

| | |
|--------------------|---|
| Sección 1.5 | Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su atención |
|--------------------|---|

Tiene derecho a dar instrucciones sobre lo que se debe hacer si no puede tomar las decisiones médicas por sí mismo

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

- Completar un formulario escrito para concederle **a alguien la autoridad legal para tomar decisiones médicas en su nombre** si algún día pierde la capacidad para tomar decisiones por sí mismo.
- **Darle instrucciones escritas a sus médicos** sobre cómo desea que ellos manejen su atención médica si usted pierde la capacidad para tomar decisiones por sí mismo.

Los documentos legales que puede utilizar para dar instrucciones por adelantado en estas situaciones se denominan "**Instrucciones anticipadas**". Existen diferentes tipos de instrucciones anticipadas y diferentes nombres para ellas. Los documentos denominados "**Testamento en vida "y" poder legal para la atención de salud**" son ejemplos de instrucciones anticipadas.

Si desea utilizar una "instrucción anticipada" para dar sus instrucciones, debe hacer lo siguiente:

- **Obtener el formulario.** Si desea tener una directiva anticipada, puede obtener un formulario de su abogado, de un trabajador social o de algunas tiendas de suministros de oficina. En ocasiones, puede obtener formularios de instrucciones anticipadas de organizaciones que brindan información a las personas sobre Medicare.
- **Completarlo y firmarlo.** Independientemente de dónde obtenga este formulario, tenga en cuenta que es un documento legal. Debe considerar que un abogado lo ayude a prepararlo.
- **Entregar copias a las personas apropiadas.** Debe entregar una copia del formulario a su médico y a la persona que designe en el formulario para tomar decisiones en caso de que usted no pueda hacerlo. Es red que desee dar copias a amigos cercanos o familiares también. Asegúrese de guardar una copia en casa.

Si sabe de antemano que va a ser hospitalizado y ha firmado una instrucción anticipada, **lleve una copia al hospital.**

- Si lo admiten en el hospital, le preguntarán si ha firmado un formulario de instrucción anticipada y si lo tiene con usted.

Capítulo 6. Sus derechos y responsabilidades

- Si no ha firmado un formulario de instrucción anticipada, el hospital tiene formularios disponibles, y le preguntarán si desea firmar uno.

Recuerde que es su decisión si desea completar una instrucción anticipada (incluso si desea firmar una si está en el hospital). Según la ley, nadie puede negarse a brindarle atención ni puede discriminarlo por haber firmado o no instrucciones anticipadas.

¿Qué sucede si no se cumplen sus instrucciones?

Si ha firmado una directiva anticipada y cree que un médico u hospital no siguió las instrucciones que contiene, puede presentar una queja ante los Servicios de Salud y Humanos de Texas.

| | |
|--------------------|--|
| Sección 1.6 | Usted tiene derecho a presentar reclamaciones y a solicitarnos que reconsideremos las decisiones que hemos tomado |
|--------------------|--|

Si tiene algún problema o inquietud sobre sus servicios o atención cubiertos, el Capítulo 7 de este manual le indica qué puede hacer. Brinda detalles sobre cómo resolver todo tipo de problemas y reclamaciones. Lo que debe hacer para dar seguimiento a un problema o inquietud depende de la situación. Es posible que deba pedirle a nuestro plan tomar una decisión de cobertura para usted, presentar ante nosotros una apelación para cambiar una decisión de cobertura o presentar un reclamo. Independientemente de lo que haga, solicite una decisión de cobertura, presente una apelación o presente una reclamación. **estamos obligados a tratarlo de manera justa.**

Tiene derecho a obtener un resumen de la información sobre las apelaciones y las quejas que otros asegurados hayan presentado contra nuestra cobertura en el pasado. Para obtener esta información, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este folleto).

| | |
|--------------------|---|
| Sección 1.7 | ¿Qué puede hacer si considera que lo hemos tratado de forma injusta o no hemos respetado sus derechos? |
|--------------------|---|

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

Si cree que ha recibido un trato injusto o que no se han respetado sus derechos debido a su raza, discapacidad, religión, sexo, salud, origen étnico, credo (creencias), edad o nacionalidad, debe llamar a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697, o llame a su oficina local de Derechos civiles.

¿Es por algún otro motivo?

Si cree que ha sido tratado injustamente o que no se han respetado sus derechos, y *no* se trata de discriminación, puede obtener ayuda para resolver su problema:

Capítulo 6. Sus derechos y responsabilidades

- **Llame a Servicio al Cliente** (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual).
- **Llame al Programa Estatal de Asistencia de Seguros Médicos.** Para obtener detalles sobre esta organización y cómo contactarla, consulte el Capítulo 2, Sección 3.
- **O, puede llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

| | |
|--------------------|--|
| Sección 1.8 | Cómo obtener más información sobre sus derechos |
|--------------------|--|

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

- **Llame a Servicio al Cliente** (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual).
- **Llame al Programa Estatal de Asistencia de Seguros Médicos.** Para obtener detalles sobre esta organización y cómo contactarla, consulte el Capítulo 2, Sección 3.
- **Comuníquese con Medicare.**
 - Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación "Derechos y protecciones de Medicare". (La publicación está disponible en: www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf).
 - O puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 2 Usted tiene ciertas responsabilidades como asegurado de la cobertura

| | |
|--------------------|---|
| Sección 2.1 | ¿Cuáles son sus responsabilidades? |
|--------------------|---|

A continuación, se enumera lo que usted debe hacer como asegurado de la cobertura. Si tiene alguna pregunta, llame al Servicio al cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este folleto). Estamos aquí para ayudarle.

- **Familiarícese con sus medicamentos incluidos en la cobertura y las reglas que debe seguir para obtener tales medicamentos.** Use este manual de Evidencia de cobertura para conocer qué está incluido para usted y las reglas que debe seguir para obtener sus medicamentos incluidos en la cobertura.
 - Los capítulos 3 y 4 brindan detalles sobre su cobertura para los medicamentos recetados de la Parte D.
- **Si tiene otra cobertura de medicamento con receta además de nuestra cobertura, debe informarnos.** Llame a Servicio al Cliente para informarnos (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual).

Capítulo 6. Sus derechos y responsabilidades

- Estamos obligados a seguir las reglas establecidas por Medicare para asegurarnos de que esté utilizando toda su cobertura en combinación cuando obtenga sus medicamentos incluidos en nuestra cobertura. Esto se llama "**coordinación de beneficios**" porque implica coordinar los beneficios de medicamentos que obtiene de nuestra cobertura con cualquier otro beneficio de medicamentos disponible para usted. Lo ayudaremos a coordinar sus beneficios. (Para obtener más información sobre la coordinación de beneficios, consulte el Capítulo 1, Sección 10.)
- **Informe a su médico y farmacéutico que está asegurado en nuestra cobertura.**
Muestre su tarjeta de asegurado de la cobertura siempre que obtenga sus medicamentos recetados de la Parte D.
- **Colabore con sus médicos y los demás prestadores de servicios médicos al proporcionarles información, hacer preguntas y seguir el tratamiento propuesto.**
 - Para ayudar a sus médicos y otros prestadores de servicios médicos a brindarle la mejor atención, aprenda todo lo que pueda sobre sus problemas de salud y bríndeles la información que necesitan sobre usted y su salud. Siga los planes de tratamiento y las instrucciones que usted y sus médicos acuerden.
 - Asegúrese de que sus médicos conozcan todos los medicamentos que está tomando, incluidos los medicamentos de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
 - Si tiene alguna pregunta, asegúrese de preguntar. Sus médicos y otros proveedores de atención de salud deben explicarle las cosas de una manera que usted pueda comprender. Si hace una pregunta y no comprende la respuesta que recibe, pregunte nuevamente.
- **Pague lo que debe.** Como asegurado del plan, usted es responsable de estos pagos:
 - Debe pagar las primas de su cobertura para continuar siendo asegurado de esta.
 - Para la mayoría de sus medicamentos cubiertos por el plan, debe pagar su parte del costo cuando obtiene el medicamento. Esto será un copago (un monto fijo) o un coseguro (un porcentaje del costo total). El Capítulo 4 le indica lo que debe pagar por sus medicamentos recetados de la Parte D.
 - Si obtiene medicamentos que no están incluidos en nuestra cobertura o en otro seguro que pueda tener, debe pagar el costo total.
 - Si no está de acuerdo con nuestra decisión de negar la cobertura para un medicamento, puede presentar una apelación. Consulte el Capítulo 7 de este folleto para obtener información sobre cómo presentar una apelación.
 - Si debe pagar una multa por inscripción tardía, debe pagar la multa para seguir siendo asegurado de la cobertura.
 - Si se le exige que pague el monto adicional para la Parte D debido a sus ingresos anuales, deberá pagarlo directamente al gobierno para permanecer como asegurado del plan.

Capítulo 6. Sus derechos y responsabilidades

- **Infórmenos si se muda.** Si va a mudarse, es importante que nos lo comunique de inmediato. Llame al Servicio al cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual).
 - **Si se muda *fuera del área de servicio de nuestra cobertura, no puede seguir siendo asegurado de esta.*** (El Capítulo 1 le indica sobre nuestra área de servicio). Podemos ayudarle a averiguar si se va a mudar fuera de nuestra área de servicio. Si se va de nuestra área de servicio, tendrá un Período de inscripción especial en el que puede inscribirse en cualquier plan de Medicare disponible en su nueva área. Podemos informarle si tenemos un plan en su nueva área.
 - **Si se muda *dentro de nuestra área de servicio, necesitamos estar al tanto*** para que podamos mantener actualizado su registro de membresía y saber cómo contactarlo.
 - Si se muda, también es importante que informe al Seguro Social (o a la Junta de Retiro Ferroviario). Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto para estas organizaciones en el Capítulo 2.
- **Llame a Servicio al Cliente para obtener ayuda si tiene preguntas o inquietudes.** También aceptamos con agrado cualquier sugerencia que pueda tener para mejorar nuestro plan.
 - Los números de teléfono y el horario de atención de Servicio al Cliente aparecen en la contraportada de este manual.
 - Para obtener más información sobre cómo comunicarse con nosotros, incluida nuestra dirección postal, consulte el Capítulo 2.

CAPÍTULO 7

Qué hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Capítulo 7. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Capítulo 7. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

| | | |
|--|--|------------|
| SECCIÓN 1 | Introducción..... | 117 |
| Sección 1.1 | Qué hacer si tiene un problema o inquietud..... | 117 |
| Sección 1.2 | ¿Qué sucede con los términos legales? | 117 |
| SECCIÓN 2 | Usted puede obtener ayuda de las organizaciones gubernamentales que no están relacionadas con nosotros. | 118 |
| Sección 2.1 | Dónde obtener más información y asistencia personalizada..... | 118 |
| SECCIÓN 3 | ¿Qué proceso debe utilizar para abordar su problema? | 119 |
| Sección 3.1 | ¿Debe utilizar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O debe utilizar el proceso de presentación de reclamaciones? | 119 |
| DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES | | 120 |
| SECCIÓN 4 | Guía para conocer los aspectos básicos de las decisiones de cobertura y apelaciones | 120 |
| Sección 4.1 | Cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: consideraciones generales | 120 |
| Sección 4.2 | Cómo obtener ayuda al solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación..... | 121 |
| SECCIÓN 5 | Sus medicamentos recetados de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación..... | 122 |
| Sección 5.1 | Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea que le reembolsemos un medicamento de la Parte D..... | 122 |
| Sección 5.2 | ¿Qué es una excepción? | 124 |
| Sección 5.3 | Cosas importantes que debe saber sobre la solicitud de excepciones | 127 |
| Sección 5.4 | Paso a paso: cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción..... | 127 |
| Sección 5.5 | Paso a paso: cómo presentar una apelación de nivel 1 (cómo solicitar una revisión de una decisión de cobertura realizada por nuestra compañía aseguradora) | 131 |
| Sección 5.6 | Paso a paso: cómo presentar una apelación de nivel 2..... | 134 |
| SECCIÓN 6 | Llevando su apelación al Nivel 3 y más allá | 136 |
| Sección 6.1 | Niveles de apelación 3, 4 y 5 para peticiones de medicamentos de la Parte D..... | 136 |

Capítulo 7. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

| | |
|--|------------|
| PRESENTACIÓN DE RECLAMACIONES | 138 |
| SECCIÓN 7 Cómo presentar una reclamación sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes..... | 138 |
| Sección 7.1 ¿Qué tipo de problemas maneja el proceso de queja? | 138 |
| Sección 7.2 El nombre formal para "presentar una reclamación" es "presentar una inconformidad" | 140 |
| Sección 7.3 Paso a paso: presentar una reclamación | 140 |
| Sección 7.4 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad | 142 |
| Sección 7.5 También puede informarle a Medicare sobre su reclamación..... | 142 |

Capítulo 7. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Qué hacer si tiene un problema o inquietud

Este capítulo explica dos tipos de procesos para manejar problemas e inquietudes:

- Para algunos tipos de problemas, debe usar el **proceso para decisiones de cobertura y apelaciones**.
- Para otros tipos de problemas, debe usar el **proceso de presentación de quejas**.

Ambos procesos han sido aprobados por Medicare. Para garantizar la imparcialidad y el manejo rápido de sus problemas, cada proceso tiene un conjunto de reglas, procedimientos y plazos que nosotros y usted debemos seguir.

¿Qué proceso debe utilizar? Eso depende del tipo de problema que tenga. La guía en la Sección 3 le ayudará a identificar el proceso correcto que debe usar.

Sección 1.2 ¿Qué sucede con los términos legales?

Existen términos legales técnicos para algunas de las reglas, procedimientos y tipos de plazos que se explican en este capítulo. Muchos de estos términos no son familiares para la mayoría de las personas y pueden ser difíciles de entender.

Para simplificar las cosas, este capítulo explica las reglas y procedimientos legales utilizando palabras más simples en lugar de ciertos términos legales. Por ejemplo, este capítulo generalmente dice "presentar una reclamación" en lugar de "interponer una inconformidad", "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 usa abreviaturas lo menos posible.

Sin embargo, puede ser útil, y a veces bastante importante, que conozca los términos legales correctos para la situación en la que se encuentra. Saber qué términos usar le ayudará a comunicarse de manera más clara y precisa cuando esté abordando su problema y obtenga la ayuda o información correcta para su situación. Para ayudarlo a saber qué términos usar, incluimos términos legales cada vez que describimos los detalles para manejar situaciones específicas.

Capítulo 7. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

SECCIÓN 2 Usted puede obtener ayuda de las organizaciones gubernamentales que no están relacionadas con nosotros.

| |
|--|
| Sección 2.1 Dónde obtener más información y asistencia personalizada |
|--|

A veces, puede ser confuso comenzar o seguir el proceso para tratar un problema. Esto puede ser especialmente cierto si no se siente bien o tiene poca energía. Otras veces, es posible que no tenga el conocimiento que necesita para dar el siguiente paso.

Obtenga ayuda de una organización gubernamental independiente

Siempre estamos disponibles para ayudarle. Pero en algunas situaciones, es posible que también quiera recibir ayuda u orientación de alguien que no está relacionado con nosotros. Siempre puede comunicarse con su **Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (SHIP, por sus siglas en inglés)**. Este programa gubernamental cuenta con asesores capacitados en todos los estados. El programa no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o cobertura de salud. Los asesores de este programa pueden ayudarle a comprender qué proceso debe utilizar para resolver un problema que tenga. También pueden responder a sus preguntas, brindarle más información y ofrecerle orientación sobre qué hacer.

Los servicios de los asesores de SHIP son gratuitos. Encontrará los números de teléfono en el Capítulo 2, Sección 3 de este folleto.

También puede obtener ayuda e información de Medicare

Para obtener más información y ayuda para resolver un problema, también puede comunicarse con Medicare. A continuación se presentan dos formas de obtener información directamente de Medicare:

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

Capítulo 7. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

SECCIÓN 3 ¿Qué proceso debe utilizar para abordar su problema?

| |
|---|
| Sección 3.1 ¿Debe utilizar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O debe utilizar el proceso de presentación de reclamaciones? |
|---|

Si tiene un problema o una inquietud, solo necesita leer las partes de este capítulo que se aplican a su situación. La guía que aparece a continuación le resultará de utilidad.

Para averiguar qué parte de este capítulo le ayudará con su problema o inquietud específicos, **COMIENCEAQUÍ**

¿El problema o inquietud están relacionados con los beneficios o cobertura?

(Esto incluye problemas sobre si cierta atención médica particular o los medicamentos recetados están cubiertos o no, la forma en que están cubiertos y los problemas relacionados con el pago de la atención médica o los medicamentos recetados).

Sí. Mi problema es sobre beneficios o cobertura.

Pase a la siguiente sección de este capítulo, **Sección 4, "Guía para conocer los aspectos básicos sobre las decisiones de cobertura y apelaciones"**.

No. Mi problema no está relacionado con los beneficios o la cobertura.

Vaya directamente a la **Sección 7** al final de este capítulo: "Cómo presentar una reclamación sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes".

Capítulo 7. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES****SECCIÓN 4 Guía para conocer los aspectos básicos de las decisiones de cobertura y apelaciones****Sección 4.1 Cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: consideraciones generales**

El proceso para decisiones de cobertura y apelaciones se ocupa de los problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura de medicamentos recetados, incluidos los problemas relacionados con el pago. Este es el proceso que utiliza para cuestiones como si un medicamento está incluido o no y la forma en que está incluido.

Solicitud de decisiones de cobertura

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

Tomamos una decisión de cobertura para usted cada vez que decidimos qué está cubierto para usted y cuánto debemos pagar. En algunos casos, podríamos decidir que un medicamento no está incluido o que Medicare ya no lo incluye en su cobertura. Si no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura y usted no está satisfecho con esta decisión, puede "apelar" la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hayamos tomado.

Cuando apela una decisión por primera vez, esto se llama Apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que tomamos para verificar si seguimos todas las reglas correctamente. Su apelación es analizada por diferentes revisores que aquellos que tomaron la decisión desfavorable original. Cuando hayamos completado la revisión, le informaremos nuestra decisión. En ciertas circunstancias, que abordaremos más adelante, puede solicitar una "decisión de cobertura rápida" o una apelación rápida de una decisión de cobertura.

Si rechazamos la totalidad o parte de su Apelación de Nivel 1, puede solicitar una Apelación de Nivel 2. La Apelación de Nivel 2 es realizada por una Organización de Revisión Independiente que no está relacionada con nosotros. Si no está satisfecho con la decisión en la Apelación de Nivel 2, puede continuar con niveles adicionales de apelación.

Capítulo 7. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

| | |
|--------------------|--|
| Sección 4.2 | Cómo obtener ayuda al solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación |
|--------------------|--|

¿Desea obtener asistencia? A continuación se presentan algunos de los recursos que puede utilizar si decide solicitar cualquier tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- **Puede llamarnos al Servicio al cliente** (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este folleto).
- **Usted puede obtener ayuda gratuita de su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud** (consulte la Sección 2 de este capítulo).
- **Su médico u otra persona que recete puede hacer una solicitud por usted.** Para los medicamentos recetados de la Parte D, su médico u otra persona expide la receta médica pueden solicitar una decisión de cobertura o una Apelación de Nivel 1 o Nivel 2 en su nombre. Para solicitar una apelación después del Nivel 2, su médico u otra persona que recete deben ser nombrados como su representante.
- **Puede pedirle a alguien que actúe en su nombre.** Si así lo desea, puede designar a otra persona para que actúe en su nombre como su "representante" para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
 - Quizás ya haya alguien que esté legalmente autorizado para actuar como su representante según la ley estatal.
 - Si desea que un amigo, pariente, su médico u otra persona que recete, u otra persona sea su representante, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual) y solicite el formulario "Nombramiento 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 www.getbluetx.com/pdp.) El formulario le otorga a esa persona un permiso para actuar en su nombre. Debe estar firmado por usted y por la persona que desea nombrar como representante. Debe entregarnos una copia del formulario firmado.
- **También tiene derecho a contratar a un abogado para que lo represente.** Puede comunicarse con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado del colegio de abogados local u otro servicio de referencia. También hay grupos que le brindarán servicios legales gratuitos si reúne los requisitos. Sin embargo, **no está obligado a contratar a un abogado** para solicitar algún tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión.

Capítulo 7. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

SECCIÓN 5 Sus medicamentos recetados de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación



¿Ha leído la Sección 4 de este capítulo (Guía para conocer los "aspectos básicos" sobre las decisiones de cobertura y apelaciones)? Si no lo ha hecho, puede leerla antes de comenzar esta sección.

| |
|---|
| <p>Sección 5.1 Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea que le reembolsemos un medicamento de la Parte D</p> |
|---|

Sus beneficios como asegurado de nuestra cobertura incluyen la cobertura de muchos medicamentos recetados. Consulte la *Lista de medicamentos cubiertos*. Para estar cubierto, el medicamento debe usarse para una indicación médicamente aceptada. (Una "indicación médicamente aceptada" es el uso del medicamento aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o respaldado por ciertos libros de referencia. Consulte el Capítulo 3, Sección 3 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada).

- **Esta sección trata solo sobre sus medicamentos de la Parte D.** Para facilitar su consulta, generalmente utilizamos el término "medicamento" en el resto de esta sección, en lugar de repetir "medicamento recetado cubierto para pacientes ambulatorios" o "medicamento de la Parte D" cada vez.
- *Para obtener detalles sobre lo que entendemos por medicamentos de la Parte D, la lista de medicamentos cubiertos, normas y restricciones sobre cobertura e información de costos, consulte el Capítulo 3 (Cómo usar nuestra cobertura para sus medicamentos con receta de la Parte D) y el capítulo 4 (Lo que paga por sus medicamentos con receta de la Parte D).*

Decisiones de cobertura y apelaciones de la Parte D

Como se analizó en la Sección 4 de este capítulo, una decisión de cobertura es una decisión que tomamos acerca de sus beneficios y su cobertura o sobre el monto que pagaremos por sus medicamentos.

| Términos legales |
|--|
| <p>Una decisión de cobertura inicial sobre sus medicamentos de la Parte D se denomina "determinación de cobertura".</p> |

Capítulo 7. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

A continuación se presentan ejemplos de decisiones de cobertura que usted nos solicita que tomemos sobre sus medicamentos de la Parte D:

- Usted nos solicita que hagamos una excepción, incluidos los siguientes casos:
 - Solicita que cubramos un medicamento de la Parte D que no está en la *Lista de medicamentos cubiertos*.
 - Solicita que anulemos una restricción en la cobertura para un medicamento (por ejemplo, límites en la cantidad del medicamento que puede obtener).
 - Solicita pagar un monto de gastos compartidos más bajo por un medicamento cubierto en un nivel de gasto compartido más alto
- Nos consulta si un medicamento está cubierto y si usted cumple con las reglas de cobertura correspondientes. (Por ejemplo, cuando su medicamento está incluido en la *Lista de medicamentos cubiertos* pero requerimos que obtenga nuestra aprobación antes de cubrir el medicamento).
 - *Tenga en cuenta:* Si su farmacia le informa que su receta no se puede surtir como está escrito, la farmacia le enviará un aviso por escrito que le explicará cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.
- Nos solicita que paguemos un medicamento que requiere receta médica que ya compró. Esta es una solicitud de una decisión de cobertura por pagos.

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

Capítulo 7. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Esta sección le informa cómo solicitar decisiones de cobertura y cómo solicitar una apelación. Use el cuadro a continuación para ayudarle a determinar qué parte de esta sección tiene información útil para su situación:

¿En cuál de estas situaciones se encuentra?

| Si se encuentra en esta situación: | Esto es lo que puede hacer: |
|--|--|
| Si necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o necesita que anulemos una regla o restricción de un medicamento que cubrimos. | Puede solicitarnos que hagamos una excepción. (Este es un tipo de decisión de cobertura). Empezar con la Sección 5.2 de este capítulo |
| Si desea que cubramos un medicamento de nuestra Lista de medicamentos y que a su criterio cumple con las reglas o restricciones del plan (como obtener la aprobación previa) del medicamento que necesita. | Puede solicitarnos una decisión de cobertura. Vaya directamente a la Sección 5.4 de este capítulo. |
| Si desea solicitarnos que le reembolsemos un medicamento que ya recibió y pagó. | Puede solicitarnos que le hagamos un reembolso. (Este es un tipo de decisión de cobertura). Vaya directamente a la Sección 5.4 de este capítulo. |
| Si ya le informamos que no cubriremos ni pagaremos un medicamento de la manera en que usted desea que se cubra o pague. | Puede presentar una apelación. (Esto significa que nos solicita que reconsideremos nuestra decisión). Consulte la Sección 5.5 de este capítulo. |

Sección 5.2 ¿Qué es una excepción?

Si un medicamento no está cubierto de la manera en que le gustaría, puede solicitarnos que hagamos una "excepción". Una excepción es un tipo de decisión de cobertura. De manera similar a lo que ocurre con otros tipos de decisiones de cobertura, si rechazamos su solicitud de una excepción, puede apelar nuestra decisión.

Cuando solicita una excepción, su médico u otro profesional expide receta deberá explicar los motivos médicos por los que necesita que se apruebe la excepción. En ese caso, consideraremos su solicitud. A continuación, se presentan tres ejemplos de excepciones que usted, su médico u otro profesional que expide la receta puede solicitarnos que hagamos:

Capítulo 7. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

1. Cobertura de un medicamento de la Parte D para usted que no está en nuestra *Lista de medicamentos cubiertos*. (Se denomina "Lista de medicamentos" en su forma abreviada).

| Términos legales |
|------------------|
|------------------|

| |
|--|
| En ocasiones, solicitar la cobertura de un medicamento que no aparece en la Lista de Medicamentos, se denomina solicitar una "excepción a la lista de medicamentos" . |
|--|

- Si aceptamos hacer una excepción y cubrir un medicamento que no está en la Lista de medicamentos, deberá pagar la cantidad del gasto compartido que corresponde a los medicamentos del Nivel 4. No puede solicitar una excepción al monto de copago o coseguro que le requerimos que pague por el medicamento.

2. Cómo eliminar una restricción en nuestra cobertura para un medicamento cubierto.

Existen reglas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos en nuestra *Lista de medicamentos* incluidos de la cobertura (para más información, vaya al Capítulo 3).

| Términos legales |
|------------------|
|------------------|

| |
|---|
| En ocasiones, solicitar que se elimine una restricción en la cobertura de un medicamento, se denomina solicitar una "excepción a la lista de medicamentos" . |
|---|

- Las reglas y restricciones adicionales sobre la cobertura de ciertos medicamentos incluyen las siguientes:
 - *Estar obligado a usar la versión genérica de un medicamento en lugar del medicamento de marca.*
 - *Obtener la aprobación previa antes de que aceptemos cubrir el medicamento para usted.* (Esto a veces se denomina "autorización previa").
 - *Estar obligado a probar otro medicamento primero antes de que aceptemos cubrir el medicamento que está solicitando.* (Esto a veces se denomina "terapia escalonada").
 - *Límites de cantidad.* Para ciertos medicamentos, existen restricciones sobre la cantidad de medicamento que puede obtener.

Capítulo 7. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Si aceptamos hacer una excepción y desestimamos una restricción en su caso, puede solicitar una excepción para el monto de copago o coseguro que le exigimos que pague por el medicamento.

3. Cómo cambiar la cobertura de un medicamento a un nivel de gastos compartidos más bajo. Todos los medicamentos de nuestra lista de medicamentos se encuentran en uno de los 5 niveles de gasto compartido. En general, cuanto menor sea el nivel de gasto compartido, la parte que deberá pagar por el costo del medicamento también será menor.

| Términos legales |
|---|
| En ocasiones, solicitar pagar un precio más bajo por un medicamento no preferido cubierto se llama denomina solicitar una "excepción de niveles". |

- Si nuestra lista de medicamentos contiene medicamentos alternativos para tratar su afección médica que se encuentran en un nivel de gasto compartido más bajo que su medicamento, puede solicitarnos que cubramos su medicamento al monto de gasto compartido que se aplica a los medicamentos alternativos. Esto disminuiría su parte del gasto del medicamento.
 - Si el medicamento que está tomando es un producto biológico, puede solicitarnos que cubramos su medicamento al monto de gasto compartido que aplica al nivel más bajo que contenga alternativas de productos biológicos para el tratamiento de su condición.
 - Si el medicamento que está tomando es un medicamento de marca, puede solicitarnos que cubramos su medicamento por el monto de gasto compartido más bajo que contiene alternativas de marca para tratar su afección.
 - Si el medicamento que está tomando es un medicamento genérico, puede solicitarnos que cubramos su medicamento por el monto de gasto compartido al nivel más bajo que contiene alternativas genéricas o de marca para tratar su afección.
- No puede pedirnos que cambiemos el nivel de gasto compartido de ningún medicamento en Nivel 5 (especialización).
- Si aprobamos su solicitud de excepción de niveles y existe más de un nivel de gasto compartido más bajo con medicamentos alternativos que no puede tomar, por lo general, usted pagará el monto más bajo.

Capítulo 7. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**Sección 5.3 Cosas importantes que debe saber sobre la solicitud de excepciones****Su médico debe comunicarnos los motivos médicos.**

Su médico u otra persona que expida la receta médica deben entregarnos una declaración que explique los motivos médicos para solicitar una excepción. Para una decisión más agilizada, incluya esta información médica de su médico u otro profesional que expide la receta cuando solicite la excepción.

Por lo general, nuestra Lista de medicamentos incluye más de un medicamento para tratar una afección en particular. Estas diferentes posibilidades se llaman medicamentos "alternativos". Si un medicamento alternativo fuera tan efectivo como el medicamento que solicita y no causara más efectos secundarios u otros problemas de salud, por lo general, *no* aprobaremos su solicitud de una excepción. *Si nos solicita una excepción de niveles, generalmente no aprobaremos su solicitud de excepción, a menos que todos los medicamentos alternativos en los niveles más bajos de gastos compartidos no funcionen tan bien para usted o puedan causar una reacción adversa u otro daño.*

Podemos aceptar o rechazar su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de una excepción, nuestra aprobación, por lo general, tiene validez hasta el final del año de la cobertura. Esto es cierto siempre que su médico continúe recetándole el medicamento y ese medicamento continúe siendo seguro y efectivo para tratar su afección.
- Si rechazamos su solicitud de una excepción, puede solicitar que revisemos nuestra decisión mediante una apelación. La Sección 5.5 le informa cómo presentar una apelación si rechazamos su solicitud.

La siguiente sección le indica cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción.

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

Paso 1: Nos solicita que tomemos una decisión de cobertura sobre los medicamentos o el pago que necesita. Si su salud requiere una respuesta rápida, debe solicitarnos que tomemos una "decisión de cobertura agilizada". No se puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura agilizada si nos pide que le reembolsemos un medicamento que ya compró.

Qué debe hacer

- **Solicite el tipo de decisión de cobertura que desea.** En primer lugar, llámenos, enviarnos una carta o envíenos un fax para hacer su solicitud. Usted, su representante o su médico (u otra persona que expida la receta médica) pueden hacerlo. También puede

Capítulo 7. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

acceder al proceso de decisión de cobertura a través de nuestro sitio web. Para obtener los detalles, consulte el Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección llamada '*Cómo ponerse en contacto con nosotros cuando solicita una decisión de cobertura o hace una apelación sobre sus medicamentos con receta de la Parte D*'. O si nos solicita que le reembolsemos el costo de un medicamento, vaya a la sección llamada *Dónde enviar una solicitud pidiéndonos que paguemos nuestra parte del costo de un medicamento que recibió*.

- **Usted, su médico u otra persona que actúe en su nombre** pueden solicitar una decisión de cobertura. La Sección 4 de este capítulo explica cómo puede otorgar un permiso por escrito a otra persona para que actúe como su representante. También puede optar por un abogado para que sea su representante.
- **Si desea solicitarnos que le reembolsemos el costo de un medicamento**, comience leyendo el Capítulo 5 de este folleto: *Pedirnos que paguemos nuestra parte de los costos de los medicamentos incluidos*. El Capítulo 5 describe las situaciones en las que es posible que deba solicitar un reembolso. También le indica cómo enviarnos la documentación para solicitar un reembolso de nuestra parte del costo de un medicamento que ha pagado.
- **Si solicita una excepción, brinde la "declaración de respaldo"**. Su médico u otra persona que expida la receta médica deben proporcionarnos los motivos médicos para la excepción del medicamento que solicita. (A esto lo denominamos "Declaración de respaldo".) Su médico u otra persona que expida la receta médica puede enviarnos la declaración por fax o correo. O bien, su médico u otra persona que expida la receta médica pueden informarnos por teléfono y, luego, enviarnos por fax o correo una declaración por escrito si es necesario. Consulte las Secciones 5.2 y 5.3 para obtener más información sobre las solicitudes de excepción.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito**, incluida una solicitud presentada en el Formulario de solicitud de determinación de cobertura modelo de los CMS, que está disponible en nuestro sitio web.

Si su salud lo requiere, puede solicitarnos que tomemos una "decisión de cobertura agilizada"

| Términos legales |
|---|
| Una "decisión de cobertura agilizada" se denomina "determinación de cobertura agilizada". |

- Cuando tomemos nuestra decisión, utilizaremos los plazos "estándares" a menos que hayamos acordado utilizar los plazos "agilizados". Una decisión de cobertura estándar significa que le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibir la declaración de su médico. Una decisión de cobertura agilizada significa que responderemos en un plazo de 24 horas después de recibir la declaración de su médico.

Capítulo 7. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- **Para obtener una decisión de cobertura agilizada, debe cumplir con dos requisitos:**
 - Puede obtener una decisión de cobertura agilizada *solamente* si solicita un medicamento que aún no ha recibido. (No puede pedir una decisión de cobertura agilizada si nos pide que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró).
 - Puede obtener una decisión de cobertura agilizada *solamente* si el hecho de usar los plazos estándar podría *causar daños graves a su salud o dañar la capacidad de sus funciones corporales*.
- **Si su médico u otro profesional que expide la receta nos indica que su salud requiere una "decisión de cobertura agilizada", aceptaremos automáticamente tomar una decisión de cobertura agilizada.**
- Si usted solicita por su cuenta una decisión de cobertura agilizada (sin el respaldo de su médico u otro profesional que expide la receta), nosotros decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión de cobertura agilizada.
 - Si decidimos que su condición médica no cumple con los requisitos para solicitar una decisión de cobertura agilizada, le enviaremos una carta que lo diga (y utilizaremos los plazos estándar en su lugar).
 - Esta carta le informará que, si su médico u otro profesional que expide la receta solicita una decisión de cobertura agilizada, automáticamente tomaremos una decisión de cobertura agilizada.
 - La carta también le informará cómo puede presentar una queja sobre nuestra decisión de tomar una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura agilizada que haya solicitado. Le indica cómo presentar una reclamación "agilizada", lo que significa que recibirá nuestra respuesta a su queja en un plazo de 24 horas a partir de la recepción de la reclamación. (El proceso para presentar una reclamación es diferente del proceso para decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener más información sobre el proceso para presentar reclamaciones, consulte la Sección 7 de este capítulo).

Paso 2: Consideraremos su solicitud y le daremos nuestra respuesta.

Plazos para una decisión de cobertura "agilizada"

- Si usamos los plazos agilizados, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 24 horas**.
 - Generalmente, esto significa en un plazo de 24 horas tras haber recibido su solicitud. Si solicita una excepción, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas de haber recibido la declaración de su médico que respalda su solicitud. Le informaremos nuestra respuesta antes si su estado de salud así lo requiere.
 - Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una Organización de Revisión

Capítulo 7. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Independiente. Más adelante en esta sección, incluimos más detalles sobre esta organización de revisión y explicamos qué sucede en el Nivel 2 de apelaciones.

- **Si nuestra respuesta es afirmativa de forma total o parcial para su solicitud,** debemos proporcionar la cobertura que hemos acordado brindar en un plazo de 24 horas a partir de la recepción de su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es negativa en forma total o parcial a su solicitud,** le enviaremos una declaración por escrito que explica por qué lo hicimos. También le diremos cómo puede apelar.

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

- Si estamos utilizando los plazos estándar, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas.**
 - Por lo general, esto significa un plazo de 72 horas después de haber recibido su solicitud. Si solicita una excepción, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de haber recibido la declaración de su médico que respalda su solicitud. Le informaremos nuestra respuesta antes si su estado de salud así lo requiere.
 - Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una Organización de Revisión Independiente. Más adelante en esta sección, incluimos más detalles sobre esta organización de revisión y explicamos qué sucede en el Nivel 2 de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa de forma total o parcial para su solicitud,**
 - Si aprobamos su solicitud de cobertura, debemos **proporcionar la cobertura** que hemos acordado brindar **en un plazo de 72 horas** a partir de la fecha en que recibamos la solicitud o la declaración del médico que respalde su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es negativa en forma total o parcial a su solicitud,** le enviaremos una declaración por escrito que explica por qué lo hicimos. También le diremos cómo puede apelar.

Plazos para una decisión de cobertura "estándar" sobre el pago de un medicamento que ya ha comprado

- Debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 14 días calendario** a partir de la recepción de su solicitud.
 - Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una Organización de Revisión Independiente. Más adelante en esta sección, incluimos más detalles sobre esta organización de revisión y explicamos qué sucede en el Nivel 2 de apelaciones.

Capítulo 7. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Si nuestra respuesta es afirmativa de forma total o parcial para su solicitud también estamos obligados a realizar el pago en un plazo de 14 días calendario a partir de la fecha en que recibamos su solicitud.
- Si nuestra respuesta es negativa en forma total o parcial a su solicitud, le enviaremos una declaración por escrito que explica por qué lo hicimos. También le diremos cómo puede apelar.

Paso 3: Si rechazamos su solicitud de cobertura, usted decide si desea presentar una apelación.

- Si rechazamos su solicitud, tiene derecho a solicitar una apelación. Solicitar una apelación significa pedirnos que reconsideremos, y posiblemente cambiemos, la decisión que tomamos.

Sección 5.5

Paso a paso: cómo presentar una apelación de nivel 1
(cómo solicitar una revisión de una decisión de cobertura realizada por nuestra compañía aseguradora)

Términos legales

Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de medicamentos recetados de la Parte D se denomina "redeterminación" del plan.

Paso 1: Usted se comunica con nosotros y presenta su apelación de Nivel 1. Si su salud requiere una respuesta rápida, debe solicitar una "apelación rápida".

Qué debe hacer

- Para iniciar su apelación, usted (o su representante o su doctor u otra persona que prescribe) debe contactarnos.
 - *Para obtener detalles sobre cómo ponerse en contacto con nosotros por teléfono, fax o correo o en nuestro sitio web, para cualquier propósito relacionado con su apelación, consulte el Capítulo 2, Sección 1, y busque la sección llamada 'Cómo ponerse en contacto con nosotros cuando presenta una decisión de cobertura o hace una apelación sobre sus medicamentos recetados de la Parte D'.*
- Si solicita una apelación estándar, presente una solicitud por escrito.
- Si solicita una apelación rápida, puede presentarla por escrito o puede llamarnos al número de teléfono que se muestra en el Capítulo 2, Sección 1 (*Cómo contactarnos cuando pide una decisión de cobertura o presenta una apelación sobre sus medicamentos recetados de la Parte D*)

Capítulo 7. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito**, incluida una solicitud presentada en el Formulario de solicitud de determinación de cobertura modelo de los CMS, que está disponible en nuestro sitio web.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en un plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha en la que le enviamos el aviso escrito para informarle nuestra respuesta a su solicitud de una decisión de cobertura. Si no cumple con este plazo y tiene una buena razón para no cumplirlo, es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Entre los ejemplos de buenos motivos para no cumplir con el plazo se pueden incluir si tuvo una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le proporcionamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información en su apelación y agregar más información.**
 - Tiene derecho a solicitarnos una copia de la información sobre su apelación. Se nos permite cobrarle una tarifa por copiar y enviarle esta información.
 - Si lo desea, usted y su médico u otra persona que receta pueden brindarnos información adicional para respaldar su apelación.

Si su salud lo requiere, solicite una "apelación agilizada"

| Términos legales |
|---|
| Una "apelación agilizada" también se llama "redeterminación agilizada". |

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre un medicamento que aún no ha recibido, usted y su médico u otra persona que expida la receta médica deberán decidir si necesita una "apelación agilizada".
- Los requisitos para obtener una "apelación rápida" son los mismos que para obtener una "decisión de cobertura agilizada" en la Sección 5.4 de este capítulo.

Paso 2: Consideramos su apelación y le brindamos nuestra respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, nuevamente analizamos detenidamente toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificamos si seguimos todas las reglas cuando rechazamos su solicitud. Es posible que nos comuniquemos con usted o con su médico u otra persona que expida la receta médica para obtener más información.

Plazos para una apelación "agilizada"

- Si usamos los plazos agilizados, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 72 horas a partir de la recepción de su apelación**. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.
 - Si no le damos una respuesta en un plazo de 72 horas, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una

Capítulo 7. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Organización de Revisión Independiente. (Más adelante en esta sección, hablamos sobre esta organización de revisión y explicamos qué sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones).

- **Si nuestra respuesta es afirmativa de forma total o parcial para su solicitud,** debemos proporcionar la cobertura que hemos acordado brindar en un plazo de 72 horas a partir de la recepción de su apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa a todo o parte de lo que solicitó,** Le enviaremos una declaración por escrito que explique por qué dijimos que no y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una apelación "estándar"

- Si utilizamos los plazos estándar, debemos darle nuestra respuesta. **en un plazo de 7 días calendario** a partir de la fecha en que recibamos su apelación por un medicamento que aún no ha recibido. Tomaremos nuestra decisión antes si aún no ha recibido el medicamento y su estado de salud requiere que lo hagamos. Si cree que su salud lo requiere, debe solicitar una apelación "agilizada".
 - Si no tomamos una decisión en un plazo de 7 días calendario, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una Organización de Revisión Independiente. Más adelante en esta sección, le informamos sobre esta organización de revisión y le explicamos lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa de forma total o parcial para su solicitud,**
 - Si aprobamos una solicitud de cobertura, debemos **proporcionar la cobertura** que hemos acordado brindarle tan pronto como su salud lo requiera, pero **a más tardar a los 7 días calendario** a partir de su recepción de apelación.
 - Si aprobamos una solicitud para el reembolso por un medicamento que ya compró, estamos obligados a **enviarle el pago dentro de los 30 días calendario** a partir de la recepción de su solicitud de apelación.
- **Si nuestra respuesta es no a todo o parte de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito que explica por qué denegamos y cómo puede apelar nuestra decisión.
- Si solicita que le reembolsemos un medicamento que ya compró, debemos darle nuestra respuesta. **en un plazo de 14 días calendario** a partir de la recepción de su solicitud.
 - Si no le damos una decisión dentro de los 14 días calendario, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una Organización de Revisión Independiente. Más adelante en esta sección, incluimos más detalles sobre esta organización de revisión y explicamos qué sucede en el Nivel 2 de apelaciones.

Capítulo 7. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Si nuestra respuesta es afirmativa de forma total o parcial para su solicitud, también estamos obligados a realizar el pago en un plazo de 30 días calendario a partir de la recepción de su solicitud.
- Si nuestra respuesta es negativa en forma total o parcial a su solicitud, le enviaremos una declaración por escrito que explica por qué lo hicimos. También le diremos cómo puede apelar nuestra decisión.

Paso 3: Si contestamos negativamente a su apelación, usted decide si desea continuar con el proceso de apelaciones y presentar otra apelación.

- Si denegamos su apelación, usted debe elegir si acepta esta decisión o si continúa presentando otra apelación.
- Si decide presentar otra apelación, significa que su apelación pasará al Nivel 2 del proceso de apelaciones (consulte la siguiente sección).

Sección 5.6 Paso a paso: cómo presentar una apelación de nivel 2

Si denegamos su apelación, usted debe elegir si acepta esta decisión o si continúa presentando otra apelación. Si decide pasar a una apelación de Nivel 2, la **Organización de Revisión Independiente** revisa la decisión que tomamos cuando rechazamos su primera apelación. Esta organización decide si la decisión que tomamos debe cambiarse.

Términos legales

El nombre formal de la "Organización de Revisión Independiente" es "**Entidad de revisión independiente**". A veces, se la denomina "**IRE**".

Paso 1: Para presentar una apelación de Nivel 2, usted (o su representante, su médico u otra persona que expida la receta médica) debe comunicarse con la Organización de Revisión Independiente y solicitar una revisión de su caso.

- Si rechazamos su apelación de Nivel 1, el aviso por escrito que le enviemos incluirá **instrucciones sobre cómo presentar una apelación de Nivel 2** con la Organización de Revisión Independiente. Estas instrucciones le informarán quién puede presentar esta apelación de Nivel 2, qué plazos debe seguir y cómo comunicarse con la organización de revisión.
- Cuando presente una apelación ante la Organización de Revisión Independiente, le enviaremos la información que tenemos sobre su apelación a esta organización. A esta información se le denomina el "expediente de su caso". **Tiene derecho a solicitarnos una copia de su expediente.** Se nos permite cobrarle una tarifa por copiar y enviarle esta información.

Capítulo 7. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Tiene derecho a proporcionar información adicional a la Organización de Revisión Independiente para respaldar su apelación.

Paso 2: La Organización de Revisión Independiente revisa su apelación y le da una respuesta.

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una compañía elegida por Medicare para revisar nuestras decisiones sobre sus beneficios de la Parte D que tiene con nosotros.
- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación. La organización le comunicará su decisión por escrito y le explicará sus motivos.

Plazos para una apelación "agilizada" en el Nivel 2

- Si su salud lo requiere, solicite a la Organización de Revisión Independiente una "apelación agilizada".
- Si la organización de revisión autoriza una "apelación agilizada", la organización de revisión debe responder a su Apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud de apelación.
- **Si la Organización de revisión independiente acepta en forma total o parcial su solicitud,** debemos proporcionar la cobertura de medicamentos aprobada por la organización de revisión **en un plazo de 24 horas** a partir de la fecha en que recibamos la decisión de la organización de revisión.

Plazos para la apelación "estándar" en el Nivel 2

- Si presenta una apelación estándar en el Nivel 2, la organización de revisión debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** a partir de la recepción de su apelación si es para un medicamento que aún no ha recibido. Si lo que solicita es que le reembolsemos el costo de 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** a partir de la fecha en que recibamos su solicitud.
- **Si la Organización de Revisión Independiente acepta en forma total o parcial su solicitud**
- Si la Organización de Revisión Independiente aprueba una solicitud de cobertura, debemos **brinda la cobertura de medicamentos** que fue aprobada por la organización de revisión **en un plazo de 72 horas** a partir de la fecha en que recibamos la decisión de la organización de revisión.
- Si la Organización de Revisión Independiente aprueba una solicitud de reembolso por un medicamento que ya compró, estamos obligados a **enviarle el pago en un plazo de 30 días calendario a partir de la fecha en que recibamos la decisión de la organización de revisión.**

Capítulo 7. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

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

Si esta organización rechaza su apelación, significa que está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. (A esto se le denomina "ratificar la decisión". También se llama "rechazar su apelación").

Si la Organización de Revisión Independiente "ratifica la decisión", usted tiene derecho a una apelación de Nivel 3. Sin embargo, para presentar otra apelación en el Nivel 3, el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita debe cumplir con un monto mínimo. Si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación y la decisión en el Nivel 2 es definitiva. El aviso que recibe de la Organización de Revisión Independiente le informará el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelaciones.

Paso 3: Si el valor en dólares de la cobertura que solicita cumple con el requisito, usted deberá elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (hasta llegar a un total de cinco niveles de apelación).
- Si se deniega su apelación de Nivel 2 y cumple con los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, debe decidir si desea pasar al Nivel 3 y presentar una tercera apelación. Si usted decide presentar una tercera apelación, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso por escrito que recibió después de su segunda apelación.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez especializado en derecho administrativo o un abogado adjudicador. La Sección 6 de este capítulo brinda más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 6 Llevando su apelación al Nivel 3 y más allá

| |
|---|
| Sección 6.1 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para peticiones de medicamentos de la Parte D |
|---|

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2, y ambas de sus apelaciones fueron rechazadas.

Si el valor del medicamento por el que ha apelado alcanza cierto monto en dólares, es posible que pueda pasar a otros niveles de apelación. Si el monto en dólares es menor, no puede seguir apelando. La respuesta por escrito que reciba para su apelación de Nivel 2 le explicará a quién contactar y qué debe hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

Capítulo 7. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Para la mayoría de las situaciones que involucran apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan de la misma manera. A continuación se detalla quién maneja la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de nivel 3 Un juez (llamado Juez especializado en Derecho Administrativo) o un abogado adjudicatario que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si se acepta la apelación, el proceso de apelación ha terminado.** Lo que solicitó en la apelación ha sido aprobado. Debemos **autorizar o brindar la cobertura** para medicamentos que fue aprobada por el juez administrativo o el abogado mediador **en un plazo de 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago, a más tardar, en un plazo de 30 días calendario** a partir de la fecha de recibir la resolución.
- **Si el juez especializado en derecho administrativo o el abogado adjudicatario rechaza su apelación, el proceso de apelación puede terminar o no.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación termina.
 - Si no desea aceptar la decisión, puede continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el juez especializado en derecho administrativo o el abogado adjudicatario rechaza su apelación, el aviso que reciba le explicará qué debe hacer si decide continuar con su apelación.

Apelación de nivel 4 La junta de apelaciones de Medicare (Junta) revisará su apelación y le dará una respuesta. La junta es parte del gobierno federal.

- **Si se acepta la apelación, el proceso de apelación ha terminado.** Lo que solicitó en la apelación ha sido aprobado. Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos** que fue aprobada por la Junta **en un plazo de 72 horas (24 horas para las apelaciones agilizadas) o realizar el pago a más tardar 30 días calendario** después de recibir la decisión.
- **Si la apelación se rechaza el proceso de apelación puede concluir o no.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación termina.
 - Si no desea aceptar la decisión, es posible que pueda continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si la Junta rechaza su apelación o rechaza su solicitud de revisión, la notificación que reciba le informará si las reglas le permiten pasar a una Apelación de Nivel 5. Si las reglas le permiten continuar, el aviso por escrito también le indicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer si decide continuar con su apelación.


Capítulo 7. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Apelación de nivel 5 Un juez en el **Tribunal federal** revisará su apelación.

- Este es el último paso del proceso de apelaciones.

PRESENTACIÓN DE RECLAMACIONES

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

 **Si tiene problemas con las decisiones relacionadas con los beneficios, la cobertura o el pago, esta sección no es la indicada. En su lugar, debe usar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones. Consulte la Sección 4 de este capítulo.**

Sección 7.1 **¿Qué tipo de problemas maneja el proceso de queja?**

Esta sección explica cómo usar el proceso de presentación de reclamaciones. *El proceso de reclamaciones se aplica a ciertos tipos de problemas únicamente.* Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. A continuación, encontrará algunos ejemplos de los tipos de problemas que pueden gestionarse a través del proceso de reclamos.

Si tiene alguno de estos tipos de problemas, puede "presentar una reclamación"

| Reclamación | Ejemplo |
|---|--|
| Calidad de su atención médica | <ul style="list-style-type: none"> • ¿No está satisfecho con la calidad de la atención que recibió? |
| Respeto por su privacidad | <ul style="list-style-type: none"> • ¿Considera que alguien no respetó su derecho a la privacidad o divulgó información sobre usted que considera que debería ser confidencial? |
| Falta de respeto, mal servicio al cliente u otro comportamiento negativo | <ul style="list-style-type: none"> • ¿Alguien ha sido grosero o irrespetuoso con usted? • ¿No está satisfecho con la forma en que nuestro Servicio al cliente lo ha tratado? • ¿Considera que se le está alentando a abandonar el plan? |

Capítulo 7. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

| Reclamación | Ejemplo |
|---|---|
| Plazos de espera | <ul style="list-style-type: none"> • ¿Le han hecho esperar demasiado los farmacéuticos? ¿O al Servicio al cliente u otro personal de nuestro plan? <ul style="list-style-type: none"> ○ Los ejemplos incluyen esperar demasiado en el teléfono o al obtener una receta. |
| Limpieza | <ul style="list-style-type: none"> • ¿No está satisfecho con la limpieza o el estado de una farmacia? |
| Información que obtiene de nosotros | <ul style="list-style-type: none"> • ¿Considera que no le hemos enviado un aviso que debíamos enviarle? • ¿Considera que la información que le dimos por escrito es difícil de entender? |
| Puntualidad (Este tipo de reclamaciones están relacionadas con la <i>puntualidad</i> de nuestras acciones relacionadas con decisiones de cobertura y apelaciones) | <p>El proceso de solicitar una decisión de cobertura y presentar apelaciones se explica en las secciones 4 a 6 de este capítulo. Si solicita una decisión de cobertura o presenta una apelación, utilice ese proceso, no el proceso de quejas.</p> <p>Sin embargo, si ya nos ha solicitado una decisión de cobertura o ha presentado una apelación, y considera que no estamos respondiendo lo suficientemente rápido, también puede presentar una queja por nuestra lentitud. Estos son algunos ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si nos ha pedido que le demos una "decisión de cobertura agilizada" o una "apelación agilizada", y le hemos dicho que no lo haremos, puede presentar una queja. • Si considera que no estamos cumpliendo con los plazos para darle una decisión de cobertura o una respuesta a una apelación que ha presentado, puede presentar una reclamación. • Cuando se revisa una decisión de cobertura que tomamos y se nos informa que debemos cubrir o reembolsarle ciertos medicamentos, se aplican plazos. Si cree que no estamos cumpliendo con nuestros plazos, puede presentar un reclamo. • Cuando no le damos una decisión a tiempo, estamos obligados a enviar su caso a la Organización de Revisión Independiente. Si no lo hacemos dentro del plazo obligatorio, puede presentar un reclamo. |

Capítulo 7. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Sección 7.2 El nombre formal para "presentar una reclamación" es "presentar una inconformidad"

Términos legales

- Lo que esta sección denomina "**reclamación**" también se llama "**reclamo formal**".
- Otro término para "**presentar una reclamación**" es "**presentar un reclamo formal**".

Otra forma de decir "**usar el proceso para quejas**" es "**usar el proceso para presentar un reclamo formal**".

Sección 7.3 Paso a paso: presentar una reclamación

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

- **Por lo general, llamar al Servicio al cliente es el primer paso.** Si hay algo más que deba hacer, el Servicio al cliente se lo informará. Favor comunicarse con nuestro número de Servicio al Cliente por el 1-888-285-2249. (TTY: 711.) El horario es de 8:00 a.m. – 8:00 p.m., hora local, los 7 días de la semana. Si llama desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, se utilizarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz) los fines de semana y días feriados.
- **Si no desea llamar (o si llamó y no quedó satisfecho), puede enviarnos su reclamación por escrito.** Si nos presenta su reclamación por escrito, le responderemos de la misma manera.
- Las inconformidades recibidas verbalmente se responderán por escrito, a menos que solicite una respuesta verbal.
- Aunque es posible que nos comuniquemos con usted verbalmente para discutir su inconformidad o la resolución, las inconformidades recibidos por escrito serán respondidos por escrito.
- Las inconformidades relacionadas con la calidad de la atención, independientemente de cómo se presente la inconformidad, se responderán por escrito, incluida una descripción de su derecho a presentar una reclamación por escrito ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO).

Capítulo 7. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Todas las inconformidades (verbales y escritas) serán respondidas dentro de los siguientes plazos:
 - Las inconformidades estándar (cualquier reclamación que no sea acelerada definida anteriormente) serán respondidas tan rápidamente como lo requiera su caso, en función de su estado de salud, pero a más tardar 30 días después de su recepción. Blue Cross MedicareRx Basic (PDP) puede extender el plazo de 30 días hasta 14 días si usted solicita la extensión o si Blue Cross MedicareRx Basic (PDP) determina que se necesita información adicional y que la demora es en su mejor interés. Si hay una demora, Blue Cross MedicareRx Basic (PDP) le notificará por escrito el motivo de la demora.
 - Las quejas formales aceleradas solo se pueden presentar si Blue Cross MedicareRx Basic (PDP) deniega su solicitud de una determinación de cobertura acelerada o una redeterminación acelerada. Las reclamaciones aceleradas serán respondidas dentro de las 24 horas.
- **Ya sea que llame o escriba, debe comunicarse con Servicio al Cliente de inmediato.** La reclamación debe presentarse dentro de los 60 días calendario posteriores a la fecha en que tuvo el problema del que desea quejarse.
- **Si presenta una reclamación porque se rechazó su solicitud de una "decisión de cobertura agilizada" o una "apelación agilizada", le daremos automáticamente una reclamación "agilizada".** Si tiene una reclamación "agilizada", significa que le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas.

| Términos legales |
|---|
| Lo que esta sección denomina "reclamación agilizada" también se llama "inconformidad informal acelerada". |

Paso 2: Analizamos su reclamación y le damos nuestra respuesta.

- **De ser posible, le responderemos de inmediato.** Si nos llama con una reclamación, es posible que podamos que le demos una respuesta en la misma llamada telefónica. Si su estado de salud requiere que respondamos rápidamente, lo haremos.
- **La mayoría de las reclamaciones se responden dentro de los 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora es en su beneficio o si solicita más tiempo, podemos demorar hasta 14 días calendario más (44 días calendario en total) para responder a su reclamación. Si decidimos tomar días adicionales, se lo informaremos por escrito.
- **Si no estamos de acuerdo** con parte o la totalidad de su reclamación o no nos hacemos responsables por el problema por el que reclama, se lo haremos saber. Nuestra respuesta incluirá nuestras razones para esta respuesta. Debemos responder si estamos de acuerdo con la reclamación o no.

Capítulo 7. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Sección 7.4 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad

Puede presentar su reclamación sobre la calidad de la atención que recibió mediante el proceso paso a paso descrito anteriormente.

Cuando su reclamación es sobre *calidad de atención*, también tiene otras dos opciones adicionales:

- **Puede presentar su queja ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.** Si lo prefiere, puede presentar su reclamación sobre la calidad de la atención que recibió directamente a esta organización (*sin* presentar la reclamación ante nosotros).
 - La Organización para el Mejoramiento de la Calidad es un grupo de médicos y otros expertos en atención médica pagados por el gobierno federal para supervisar y mejorar la atención que se le brinda a los pacientes de Medicare.
 - Para encontrar el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado, consulte el Capítulo 2, Sección 4 de este folleto. Si presenta una reclamación ante esta organización, trabajaremos con ellos para resolver su queja.
- **O puede presentar su reclamación ante ambos al mismo tiempo.** Si lo desea, puede presentarnos su reclamación sobre la calidad de la atención y también ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.

Sección 7.5 También puede informarle a Medicare sobre su reclamación

Puede enviar una queja sobre Blue Cross MedicareRx Basic (PDP) directamente a Medicare. Para enviar una reclamación a Medicare, vaya a www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma en serio sus reclamaciones y utiliza esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare.

Si tiene algún otro comentario o inquietud, o si cree que el plan no le brinda respuesta a su problema, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD pueden llamar al 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 8

*Cancelación de su membresía al
plan*

Capítulo 8. Cancelación de su membresía al plan

Capítulo 8. Cancelación de su membresía al plan

| | | |
|------------------|---|------------|
| SECCIÓN 1 | Introducción..... | 145 |
| Sección 1.1 | Este capítulo se enfoca en la cancelación de su póliza..... | 145 |
| SECCIÓN 2 | ¿Cuándo puede cancelar su póliza? | 145 |
| Sección 2.1 | Puede cancelar su membresía durante el período de inscripción anual..... | 145 |
| Sección 2.2 | En ciertas situaciones, puede finalizar su membresía durante un Período de inscripción especial..... | 146 |
| Sección 2.3 | ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía?..... | 148 |
| SECCIÓN 3 | ¿Cómo puede cancelar su póliza?..... | 148 |
| Sección 3.1 | Por lo general, usted cancela su membresía al inscribirse en otra cobertura | 148 |
| SECCIÓN 4 | Hasta que finalice su membresía, debe seguir obteniendo sus medicamentos a través de nuestra cobertura | 151 |
| Sección 4.1 | Usted sigue siendo asegurado de nuestro plan hasta que termine su membresía | 151 |
| SECCION 5 | Blue Cross MedicareRx Basic (PDP) debe finalizar su membresía en el plan en determinadas situaciones | 151 |
| Sección 5.1 | ¿Cuándo debemos cancelar su póliza? | 151 |
| Sección 5.2 | Nosotros <u>no podemos</u> pedirle que abandone nuestra cobertura debido a un tema relacionado con su salud..... | 152 |
| Sección 5.3 | Tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestra cobertura | 152 |

Capítulo 8. Cancelación de su membresía al plan

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Este capítulo se enfoca en la cancelación de su póliza

Terminar su membresía en Blue Cross MedicareRx Basic (PDP) puede ser **voluntario** (su propia elección) o **involuntario** (no es su propia elección):

- Es posible que usted deje nuestro plan porque ha decidido que *desea* hacerlo.
 - Solo hay ciertos momentos del año, o ciertas situaciones, en las que puede cancelar voluntariamente su póliza. La sección 2 le indica *cuando* puede cancelar su póliza.
 - El proceso para cancelar voluntariamente su póliza varía según el tipo de cobertura nueva que elija. La sección 3 le explica *cómo* cancelar su póliza en cada situación.
- También existen situaciones limitadas en las que no elige dejar la cobertura, si no que se nos requiere que cancelemos su membresía. La Sección 5 le explica las situaciones en las que debemos cancelar su póliza.

Si abandona nuestra membresía, debe continuar obteniendo sus medicamentos recetados de la Parte D hasta que finalice su membresía.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su póliza?

Puede cancelar su membresía en nuestro plan solo durante determinados momentos del año, conocidos como períodos de inscripción. Todos los asegurados tienen la oportunidad de abandonar la cobertura durante el Período de inscripción anual. En ciertas situaciones, también puede ser elegible para cancelar la póliza en otros momentos del año.

Sección 2.1 Puede cancelar su membresía durante el período de inscripción anual

Puede cancelar su membresía durante el **período de inscripción anual** (también conocido como el "período de inscripción abierta anual"). Este es el momento en que debe revisar su cobertura de salud y medicamentos y tomar una decisión sobre su cobertura para el próximo año.

- **¿Cuándo es el período de inscripción anual?** El periodo se extiende desde el 15 de octubre al 7 de diciembre.
- **¿A qué tipo de cobertura puede cambiarse durante el Período de inscripción anual?** Puede elegir mantener su cobertura actual o hacer cambios a su cobertura para el próximo año. Si decide cambiarse a una nueva cobertura, puede elegir cualquiera de las siguientes:
 - Otra cobertura de medicamento con receta de Medicare.

Capítulo 8. Cancelación de su membresía al plan

- Medicare Original *sin* una cobertura separada de medicamentos que requieren receta médica de Medicare.
 - **Si recibe “Beneficio adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos recetados: Si no se inscribe en una cobertura de medicamento con receta de Medicare por separado, Medicare puede inscribirlo en una cobertura de medicamentos, a menos que haya optado por la solicitud de cobertura automática.**
- - *o* - Una cobertura médica de Medicare. Una cobertura médica de Medicare es una cobertura ofrecida por una compañía privada que tiene contrato con Medicare para proporcionar todos los beneficios de la Parte A (Hospital) y la Parte B (Médica) de Medicare. Algunas coberturas médicas de Medicare también incluyen cobertura de medicamento con receta de la Parte D.
 - Si se inscribe en la mayoría de los planes de salud de Medicare, se cancelará su inscripción en Blue Cross MedicareRx Basic (PDP) cuando comience la cobertura de su nuevo plan. Sin embargo, si elige un plan privado de pago por servicio sin cobertura de medicamentos de la Parte D, un plan de cuenta de ahorros médicos de Medicare o un plan de costos de Medicare, puede inscribirse en ese plan y mantener Blue Cross MedicareRx Basic (PDP) para la cobertura de su medicamento. Si no desea conservar nuestra cobertura, puede optar por inscribirse en otra cobertura de medicamento con receta de Medicare o cancelar la cobertura de medicamento con receta de Medicare.

Nota: Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamento con receta de Medicare y se queda sin cobertura acreditable de medicamento con receta durante 63 o más días seguidos, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía si solicita cobertura en una cobertura de medicamentos de Medicare más adelante. (Cobertura "acreditable" significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare). Consulte el Capítulo 1, Sección 5 para obtener más información sobre la multa por inscripción tardía.

- **¿Cuándo terminará su membresía?** Su membresía terminará cuando la cobertura de su nueva cobertura comience el 1 de enero.

Sección 2.2 En ciertas situaciones, puede finalizar su membresía durante un Período de inscripción especial

En determinadas situaciones, los asegurados de Blue Cross MedicareRx Basic (PDP) pueden ser elegibles para finalizar su membresía en otras épocas del año. Esto se conoce como **Período de inscripción especial**.

- **¿Quién es elegible para un Período de inscripción especial?** Si cualquiera de las siguientes situaciones se aplica a su caso, usted puede ser elegible para cancelar su membresía durante un período de inscripción especial. Estos son solo ejemplos; para obtener la lista completa, puede comunicarse con la cobertura, llamar a Medicare o visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov):

Capítulo 8. Cancelación de su membresía al plan

- Si se mudó fuera del área de servicio de su cobertura.
- Si tiene Medicaid
- Si es elegible para recibir “Beneficio adicional” para pagar sus recetas médicas de Medicare.
- Si no cumplimos nuestro contrato con usted.
- Si está recibiendo atención en una institución, como un hogar de ancianos o un hospital de atención a largo plazo (LTC).
- Si se inscribe en el Programa de atención integral para personas de la tercera edad (PACE, por sus siglas en inglés).

Nota: Si está en un programa de administración de medicamentos, es posible que no pueda cambiarse de cobertura. El Capítulo 3, Sección 10, le brinda más información sobre los programas de administración de medicamentos.

- **¿Cuándo son los períodos de inscripción especiales?** Los períodos de inscripción varían según su situación.
- **¿Qué puede hacer?** Para saber si es elegible para un Período de inscripción especial, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si es elegible para cancelar su membresía debido a una situación especial, puede elegir cambiar tanto su cobertura de salud de Medicare como su cobertura de medicamentos que requieren receta médica. Esto significa que puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de coberturas:
 - Otra cobertura de medicamento con receta de Medicare.
 - Medicare Original *sin* una cobertura separada de medicamentos que requieren receta médica de Medicare.
 - **Si recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos recetados:** si se cambia a Medicare Original y no se inscribe en una cobertura de medicamentos recetados de Medicare por separado, Medicare puede inscribirlo en una cobertura de medicamentos, a menos que haya optado por la inscripción automática.
 - - o - Una cobertura médica de Medicare. Una cobertura médica de Medicare es una cobertura ofrecida por una compañía privada que tiene contrato con Medicare para proporcionar todos los beneficios de la Parte A (Hospital) y la Parte B (Médica) de Medicare. Algunas coberturas médicas de Medicare también incluyen cobertura de medicamento con receta de la Parte D.
 - Si se inscribe en la mayoría de los planes de salud de Medicare, se cancelará automáticamente su inscripción en Blue Cross MedicareRx Basic (PDP) cuando comience la cobertura de su nuevo plan. Sin embargo, si elige un plan privado de pago por servicio sin cobertura de medicamentos de la Parte D, un plan de cuenta de ahorros médicos de Medicare o un plan de costos de Medicare, puede inscribirse en ese plan y mantener Blue Cross MedicareRx Basic (PDP) para la cobertura de su medicamento. Si no desea conservar nuestra cobertura, puede optar por

Capítulo 8. Cancelación de su membresía al plan

inscribirse en otra cobertura de medicamento con receta de Medicare o cancelar la cobertura de medicamento con receta de Medicare.

Nota: Si cancela su inscripción a la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y se queda sin cobertura acreditable de medicamentos recetados por un período continuo de 63 días o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe en una cobertura de medicamentos de Medicare más adelante. (Cobertura "acreditable" significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare). Consulte el Capítulo 1, Sección 5 para obtener más información sobre la multa por inscripción tardía.

- **¿Cuándo terminará su membresía?** Su membresía generalmente finalizará el primer día del mes posterior a la recepción de su solicitud de cambio de cobertura.

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

Si tiene alguna pregunta o desea obtener más información sobre cuándo puede cancelar su membresía:

- **Llame a Servicio al Cliente** (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual).
- Puede encontrar la información en el *Manual Medicare y usted 2021*.
 - Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de *Medicare y usted* cada otoño. Aquellas personas que son nuevas en Medicare lo reciben en un plazo de un mes después de haberse inscrito.
 - También puede descargar una copia del sitio web de Medicare (www.medicare.gov) O puede solicitar una copia impresa llamando a Medicare al número que figura a continuación.
- Puede comunicarse con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 3 **¿Cómo puede cancelar su póliza?**

| | |
|--------------------|--|
| Sección 3.1 | Por lo general, usted cancela su membresía al inscribirse en otra cobertura |
|--------------------|--|

Normalmente, para cancelar su membresía en nuestro plan, solo tiene que inscribirse en otro plan Medicare durante uno de los períodos de inscripción (para obtener información sobre los períodos de inscripción, consulte la Sección 2 de este capítulo). Sin embargo, hay dos situaciones en las que deberá finalizar su membresía de una manera diferente:

- Si desea cambiar de nuestra cobertura a Original Medicare *sin cobertura* de medicamento con receta de Medicare, debe solicitar que se cancele su inscripción en nuestra cobertura.

Capítulo 8. Cancelación de su membresía al plan

- Si se une a un plan privado de pago por servicio sin cobertura de medicamento con receta, una cobertura de cuenta de ahorros médicos de Medicare o una cobertura de costos de Medicare, la inscripción en la nueva cobertura no cancelará su membresía en nuestra cobertura. En este caso, puede inscribirse en ese plan y mantener Blue Cross MedicareRx Basic (PDP) para su cobertura de medicamentos. Si no desea conservar nuestra cobertura, puede optar por inscribirse en otra cobertura de medicamentos recetados de Medicare o solicitar que se cancele su inscripción en nuestra cobertura.

Si se encuentra en una de estas dos situaciones y desea abandonar nuestra cobertura, hay dos formas de solicitar la cancelación de su inscripción:

- Puede hacernos una solicitud por escrito. Comuníquese con el Servicio al cliente si necesita más información sobre cómo hacerlo (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este folleto).
- --o-- Puede contactar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Nota: Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y se queda sin cobertura acreditable de medicamentos recetados durante un período continuo de 63 días o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe en una cobertura de medicamentos de Medicare más adelante. (Cobertura "acreditable" significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare). Consulte el Capítulo 1, Sección 5 para obtener más información sobre la multa por inscripción tardía.

El cuadro a continuación explica cómo debe cancelar su membresía a nuestra cobertura.

| Si desea cambiarse de nuestra cobertura: | Esto es lo que debe hacer: |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Otra cobertura de medicamento con receta de Medicare. | <ul style="list-style-type: none"> • Inscribese en el nuevo plan de medicamentos recetados de Medicare entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Se cancelará automáticamente su inscripción en Blue Cross MedicareRx Basic (PDP) cuando comience la cobertura de su nuevo plan. |

Capítulo 8. Cancelación de su membresía al plan

| Si desea cambiarse de nuestra cobertura: | Esto es lo que debe hacer: |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> Una cobertura médica de Medicare. | <ul style="list-style-type: none"> Inscríbase en la cobertura médica de Medicare antes del 7 de diciembre. Con la mayoría de los planes de salud de Medicare, su inscripción en Blue Cross MedicareRx Basic (PDP) se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su nuevo plan. Sin embargo, si elige un plan privado de pago por servicio sin cobertura de medicamentos de la Parte D, un plan de cuenta de ahorros médicos de Medicare o un plan de costos de Medicare, puede inscribirse en ese nuevo plan y mantener Blue Cross MedicareRx Basic (PDP) para su cobertura de medicamentos. Si desea abandonar nuestra cobertura, debe <i>tanto</i> inscribirse en otra cobertura de medicamento con receta de Medicare <i>o</i> solicitar que se cancele su inscripción. Para solicitar que se cancele su inscripción, debe enviarnos una solicitud por escrito (contacte a Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual) si necesita más información sobre cómo hacerlo) o comuníquese con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días una semana (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). |
| <ul style="list-style-type: none"> Medicare Original <i>sin</i> una cobertura separada de medicamentos que requieren receta médica de Medicare. <p>Nota: Si cancela su inscripción en una cobertura de medicamentos recetados de Medicare y pasa 63 días seguidos o más cobertura acreditable de medicamentos recetados, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante. Consulte el Capítulo 1, Sección 5 para obtener más información sobre la multa por inscripción tardía.</p> | <ul style="list-style-type: none"> Envíenos una solicitud por escrito para cancelar su inscripción. Comuníquese con Servicio al Cliente si necesita más información sobre cómo hacerlo (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este folleto). También puede comunicarse con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicitar que le cancelen la membresía en nuestro plan. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. |

Capítulo 8. Cancelación de su membresía al plan

SECCIÓN 4 Hasta que finalice su membresía, debe seguir obteniendo sus medicamentos a través de nuestra cobertura

| | |
|--------------------|--|
| Sección 4.1 | Usted sigue siendo asegurado de nuestro plan hasta que termine su membresía |
|--------------------|--|

Si abandona Blue Cross MedicareRx Basic (PDP), puede pasar un tiempo antes de que finalice su membresía y entre en vigencia su nueva cobertura de Medicare. (Consulte la Sección 2 para obtener información sobre cuándo comienza su nueva cobertura). Durante este tiempo, debe continuar obteniendo sus medicamentos recetados a través de nuestra cobertura.

- **Debe continuar utilizando nuestras farmacias de la red para surtir sus recetas médicas hasta que termine su membresía en nuestra cobertura.** Por lo general, sus medicamentos que requieren receta médica solo están cubiertos si se surten en una farmacia de la red, incluso a través de nuestros servicios de farmacia de compra por correo.

SECCION 5 Blue Cross MedicareRx Basic (PDP) debe finalizar su membresía en el plan en determinadas situaciones

| | |
|--------------------|--|
| Sección 5.1 | ¿Cuándo debemos cancelar su póliza? |
|--------------------|--|

Blue Cross MedicareRx Basic (PDP) debe cancelar su membresía en el plan si ocurre alguna de las siguientes situaciones:

- Si ya no tiene Medicare Parte A o Parte B (o ambos).
- Si usted se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si está fuera de nuestra área de servicio por más de 12 meses.
 - Si se muda o realiza un viaje largo, debe llamar a Servicio al Cliente para averiguar si el lugar al que se muda o viaja se encuentra en el área de nuestra cobertura. (Los números de teléfono del Servicio al cliente aparecen en la contraportada de este folleto).
- Si lo encarcelan (va a prisión).
- Si no es ciudadano o residente legal de los Estados Unidos.
- Si miente u oculta información sobre otro seguro que tiene que proporciona cobertura de medicamentos recetados.
- Si intencionalmente nos brinda información incorrecta cuando se inscribe y esa información afecta su elegibilidad para nuestra cobertura (No podemos hacer que

Capítulo 8. Cancelación de su membresía al plan

abandone nuestra cobertura por este motivo a menos que primero obtengamos permiso de Medicare).

- Si se comporta continuamente de una manera que es perjudicial y nos dificulta brindarle atención a usted y a otros asegurados de nuestra cobertura. (No podemos hacer que abandone nuestra cobertura por este motivo a menos que primero obtengamos permiso de Medicare).
- Si deja que otra persona use su tarjeta de membresía para obtener medicamentos recetados. (No podemos hacer que abandone nuestra cobertura por este motivo a menos que primero obtengamos permiso de Medicare).
 - Si cancelamos su membresía por esta razón, Medicare puede hacer que su caso sea investigado por el Inspector General.
- Si no paga las primas por 90 días.
 - Debemos notificarle por escrito que tiene 90 días para pagar la prima antes de que cancelemos su membresía.
- Si se le exige que pague el monto adicional de la Parte D debido a sus ingresos y no lo hace, Medicare cancelará su membresía y usted perderá la cobertura de medicamentos recetados.

¿Dónde se puede obtener más información?

Si tiene preguntas o desea obtener más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía:

- Puede llamar **Servicio al cliente** para obtener más información (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual).

| | |
|--------------------|--|
| Sección 5.2 | Nosotros <u>no podemos</u> pedirle que abandone nuestra cobertura debido a un tema relacionado con su salud |
|--------------------|--|

Blue Cross MedicareRx Basic (PDP) no tiene permitido pedirle que abandone 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 la salud, debe llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar durante las 24 horas, 7 días a la semana.

| | |
|--------------------|--|
| Sección 5.3 | Tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestra cobertura |
|--------------------|--|

Si cancelamos su membresía en nuestra cobertura, debemos informarle nuestros motivos por escrito para hacerlo. También debemos explicar cómo presentar una inconformidad o puede

Capítulo 8. Cancelación de su membresía al plan

presentar una reclamación sobre nuestra decisión de finalizar su membresía. También puede consultar la Sección 7 del Capítulo 7 para obtener información sobre cómo presentar una reclamación.

CAPÍTULO 9

Avisos legales

Capítulo 9. Avisos legales

| | | |
|------------------|---|------------|
| SECCIÓN 1 | Aviso sobre las leyes vigentes..... | 156 |
| SECCIÓN 2 | Aviso de antidiscriminación..... | 156 |
| SECCIÓN 3 | Aviso de los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare..... | 156 |

Capítulo 9. Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre las leyes vigentes

Muchas leyes se aplican a esta *Evidencia de cobertura* y también pueden aplicarse algunas disposiciones adicionales porque así lo exige la ley. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades incluso si las leyes no están incluidas o explicadas en este documento. La ley principal que se aplica a este documento es el Título XVIII de la Ley de Seguro Social y las reglamentaciones creadas en virtud de la Ley del Seguro Social por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, o CMS. Además, pueden aplicarse otras leyes federales y, bajo ciertas circunstancias, las leyes del estado en el que vive.

SECCIÓN 2 Aviso de antidiscriminación

Nuestra cobertura debe obedecer las leyes que lo protegen contra la discriminación o el trato injusto. **No discriminamos** según la raza, el origen étnico, el origen nacional, el color de piel, la religión, el sexo, el género, la edad, la discapacidad mental o física, el estado de salud, la experiencia sinistral, el historial médico, la información genética, la evidencia de asegurabilidad o la ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que ofrecen coberturas de medicamento con receta de Medicare, como nuestro plan, deben obedecer las leyes federales contra la discriminación, incluido el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, La Sección 1557 de la Ley del Cuidado de Salud Asequible, todas las demás leyes que se aplican a las organizaciones que obtienen fondos federales, y cualquier otra ley y regla que se aplique por cualquier otro motivo.

Si desea más información o tiene inquietudes sobre la discriminación o el trato injusto, llame al Departamento de Salud y Servicios Humanos **Oficina de Derechos Civiles** al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o en su Oficina local de derechos civiles.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda con el acceso a la atención, llámenos al Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). Si tiene una queja, como un problema con el acceso para sillas de ruedas, el Servicio al cliente puede ayudarle.

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

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los medicamentos recetados incluidos de Medicare para los cuales Medicare no es el pagador primario. De acuerdo con las regulaciones de CMS en 42 CFR secciones 422.108 y 423.462, Blue Cross MedicareRx Basic (PDP), como patrocinador de un plan de medicamentos recetados de Medicare, ejercerá los mismos derechos de recuperación que ejerce el Secretario según las regulaciones de CMS en las subpartes B a D de la parte 411 del 42 CFR y las reglas establecidas en esta sección reemplazan cualquier ley estatal.

CAPÍTULO 10

Definiciones de palabras importantes

Capítulo 10. Definiciones de palabras importantes

Apelación - Una apelación es algo que usted hace si no está de acuerdo con nuestra decisión de denegar una solicitud de cobertura de medicamentos recetados o pago para medicamentos que ya recibió. Por ejemplo, puede solicitar una apelación si no pagamos un medicamento que cree que debería poder recibir. El Capítulo 7 explica las apelaciones, incluido el proceso para presentar una apelación.

Período de inscripción anual: Un período establecido en otoño durante el cual los asegurados pueden cambiar sus planes de medicamentos o de salud, o pueden cambiarse a Medicare Original. El período de inscripción anual es del 15 de octubre al 7 de diciembre.

Medicamento de marca: Un medicamento que requiere de receta médica que es fabricado y vendido por la compañía farmacéutica que originalmente investigó y desarrolló el medicamento. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de ingredientes activos que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otros fabricantes de medicamentos y, en general, no están disponibles hasta después de que la patente del medicamento de marca haya expirado.

Etapa de cobertura catastrófica: la etapa en el beneficio de medicamentos de la Parte D donde paga un copago o coseguro bajo por sus medicamentos después de que usted u otras partes calificadas en su nombre hayan gastado \$6,550 en medicamentos cubiertos durante el año cubierto.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, en inglés): La agencia federal que administra Medicare. El Capítulo 2 explica cómo comunicarse con los CMS.

Coseguro - Un monto que se le puede solicitar que pague como su parte del costo de los medicamentos recetados después de pagar los deducibles. El coseguro suele ser un porcentaje (por ejemplo, 20%).

Reclamación: El nombre completo para "presentar una reclamación" es "presentar un reclamo". El proceso para presentar reclamos se utiliza para ciertos tipos de problemas, solamente. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. Consulte también la definición de "inconformidad formal" en esta lista de definiciones.

Copago (o "copago") - Un monto que posiblemente deba pagar como su parte del costo de un medicamento con receta. Un copago es un monto fijo, en lugar de un porcentaje. Por ejemplo, puede pagar \$10 o \$20 por un medicamento con receta.

Capítulo 10. Definiciones de palabras importantes

Gastos compartidos - El gasto compartido se refiere a las cantidades que un asegurado tiene que pagar cuando se reciben medicamentos. (Esto es adicional a la prima mensual de la cobertura). El gasto compartido incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) cualquier monto deducible que pueda imponer un plan antes de que se cubran los medicamentos; (2) cualquier monto fijo de “copago” que requiera un plan cuando se recibe un medicamento específico; o (3) cualquier monto de “coaseguro”, un porcentaje del monto total pagado por un medicamento, que una cobertura requiere cuando se recibe un medicamento específico. Se puede aplicar una "tasa de gasto compartido diario" cuando el médico le receta una cantidad menor que el suministro de un mes completo de ciertos medicamentos y usted debe pagar un copago.

Nivel de gasto compartido - Todos los medicamentos de la lista de medicamentos cubiertos están en uno de 5 niveles de gastos compartidos. En general, mientras más alto es el nivel de gastos compartidos, más alto es su costo por el medicamento.

Determinación de cobertura: una decisión sobre si un medicamento que le recetaron está cubierto por el plan y el monto, si lo hubiera, que usted debe pagar por la receta médica. En general, el hecho de llevar su receta médica a una farmacia y que ésta le informe que dicha receta médica no está cubierta, no constituye una determinación de cobertura. Debe llamar o enviar una carta a su plan para solicitar una decisión formal sobre la cobertura. Las determinaciones de cobertura se denominan "decisiones de cobertura" en este manual. El Capítulo 7 explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

Medicamentos cubiertos: El término que utilizamos para referirnos a todos los medicamentos recetados cubiertos por nosotros.

Cobertura acreditable de medicamentos que requieren receta médica: La cobertura de medicamentos que requieren receta médica (por ejemplo, de un empleador o sindicato) que paga, en promedio, por lo menos lo mismo que la cobertura de medicamentos que requieren receta médica estándar de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura al momento de calificar para Medicare pueden, generalmente, mantener esa cobertura sin pagar una multa, si deciden inscribirse en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare en una fecha posterior.

Servicio al cliente: Uno de nuestros departamentos que está a cargo de responder sus preguntas sobre su membresía, beneficios, reclamos y apelaciones. Consulte el Capítulo 2 para obtener información sobre cómo ponerse en contacto con Servicio al Cliente.

Tasa de gasto compartido diario: Una “tasa de gasto compartido diario” puede aplicar cuando un médico receta médica menos del suministro de un mes completo de determinados medicamentos y se le exige hacer un copago. Una tasa de gasto compartido diario es el copago dividido por el número de días correspondiente al suministro de un mes. Por ejemplo, si su copago para el suministro de un medicamento de un mes es de \$30 y el suministro de un mes en su plan es de 30 días, su "tasa de gasto compartido diario" será de \$1 por día. Esto significa que usted paga \$1 por el suministro diario cuando surte su receta.

Deducible - El monto que debe pagar para recetas antes de que nuestra compañía aseguradora

Capítulo 10. Definiciones de palabras importantes

comience a pagar.

Cancelar o cancelación de la membresía: El proceso de cancelar su membresía. La cancelación de la membresía puede ser voluntaria (su propia elección) o involuntaria (ajena a su propia elección).

Tarifa por expendio: Es un pago que se cobra cada vez que se expende un medicamento recetado para pagar el costo de surtir la receta médica. La tarifa por expendio cubre costos tales como el tiempo que el farmacéutico requiere para preparar y empacar la receta médica.

Emergencia: Una emergencia médica se produce cuando usted u otra persona prudente, no experta en medicina, con un conocimiento promedio sobre salud y medicina, consideran que usted presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar el fallecimiento o la pérdida de una extremidad o de una función de esta. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor agudo o una afección médica que empeora rápidamente.

Evidencia de cobertura (EOC, en inglés) y divulgación de información: Este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otros anexos, cláusulas adicionales u otra cobertura opcional elegida, que explica su cobertura, lo que debemos hacer, sus derechos y lo que debe hacer como asegurado de nuestra cobertura.

Excepción: un tipo de decisión de cobertura que, si se aprueba, le permite obtener un medicamento que no está en el formulario del patrocinador de su cobertura (una excepción a la lista de medicamentos), u obtiene un medicamento no preferido a un nivel de gasto compartido más bajo (una excepción de nivel). También puede solicitar una excepción si el patrocinador de su plan requiere que pruebe otro medicamento antes de recibir el medicamento que está solicitando, o si el plan limita la cantidad o la dosis del medicamento que está solicitando (una excepción a la lista de medicamentos).

Beneficio adicional: Un programa de Medicare para ayudar a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos recetados de Medicare, como primas, deducibles y coseguro.

Medicamento genérico: Es un medicamento recetado que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, en inglés) con la certificación de que posee los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. En general, un medicamento "genérico" tiene la misma eficacia que un medicamento de marca y generalmente cuesta menos.

Inconformidad - Un tipo de queja que usted hace sobre nosotros o una de las farmacias de nuestra red, incluida una queja sobre la calidad de su atención. Este tipo de reclamación no incluye controversias de cobertura o pago.

Capítulo 10. Definiciones de palabras importantes

Monto de ajuste mensual por sus ingresos (IRMAA, por sus siglas en inglés): Si su ingreso bruto ajustado modificado, como se informa en su declaración de impuestos del IRS de hace dos años es superior a cierto monto, pagará el monto de la prima estándar y un monto de ajuste mensual por sus ingresos, también conocido como IRMAA. El IRMAA es un cargo adicional que se agregará a su prima. Menos del 5% de las personas con Medicare se ven afectadas, por lo que la mayoría de las personas no pagarán una prima más alta.

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

Etapa de cobertura inicial: esta es la etapa antes de su costo total de medicamentos, incluidos los montos que haya pagado y lo que su cobertura pagó en su nombre para el año han alcanzado \$4,130.

Período de inscripción inicial: Es el período de tiempo en el que puede inscribirse en la Parte A y Parte B de Medicare cuando usted califica para este por primera vez. Por ejemplo, si califica para Medicare al cumplir la edad de 65, su Período de inscripción inicial es el período de 7 meses que inicia 3 meses antes del mes en el que cumple 65 años, incluido este mes, y que finaliza 3 meses después del mes en el que cumple 65 años.

Lista de medicamentos cubiertos ("Lista de medicamentos"): Es una lista de los medicamentos recetados cubiertos. Los medicamentos en esta lista son seleccionados por la cobertura con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La lista incluye medicamentos de marca y genéricos.

Subsidio por bajos ingresos (LIS, en inglés): Consulte "Beneficio adicional".

Medicaid (o asistencia médica): Un programa conjunto federal y estatal que ayuda con los costos médicos a algunas personas con bajos ingresos y recursos limitados. Los programas de Medicaid varían de estado a estado, pero la mayoría de los costos de atención médica están cubiertos si califica para Medicare y Medicaid. Consulte el Capítulo 2, Sección 6 para obtener información sobre cómo comunicarse con Medicaid en su estado.

Indicación médicamente aceptada: El uso de un medicamento aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o respaldado por ciertos libros de consulta. Consulte el Capítulo 3, Sección 3, para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada. Los medicamentos también deben ser "Medicamentos de la Parte D" como se define en el presente para estar cubiertos.

Medicare: El programa federal de seguros médicos para personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas con enfermedad renal en etapa terminal (por lo general, aquellas personas que tienen insuficiencia renal permanente que necesitan diálisis o un trasplante de riñón). Las personas con Medicare pueden obtener su cobertura de salud de Medicare a través de Medicare Original, un plan PACE o un plan Medicare Advantage.

Capítulo 10. Definiciones de palabras importantes

Plan Medicare Advantage (MA, por sus siglas en inglés): A veces se llama Medicare Parte C. Una cobertura ofrecida por una compañía privada que tiene contrato con Medicare para brindarle todos sus beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare. Un plan Medicare Advantage puede ser una HMO, PPO, una cobertura privada de pago por servicio (PFFS, en inglés) o una cobertura de cuenta de ahorros médicos de Medicare (MSA, en inglés). Si está inscrito en una cobertura Medicare Advantage, los servicios de Medicare están cubiertos y no se pagan con Original Medicare. En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D de Medicare (cobertura de medicamentos recetados). Estos planes se denominan **Planes Medicare Advantage con cobertura de medicamentos recetados**. Todas las personas que tienen Medicare Parte A y Parte B son elegibles para unirse a cualquier cobertura de salud Medicare Advantage que se ofrezca en su área.

Programa de descuento de brecha entre cobertura de Medicare: Es un programa que ofrece descuentos en la mayoría de los medicamentos de marca cubiertos de la Parte D a los asegurados de la Parte D que hayan alcanzado la etapa de brecha entre cobertura y que aún no estén recibiendo la “Ayuda adicional”. Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y determinados fabricantes de medicamentos. Por esta razón, la mayoría, pero no todos, los medicamentos de marca tienen descuento.

Servicios cubiertos por Medicare: Son servicios cubiertos por la Parte A y Parte B de Medicare.

Plan de salud de Medicare: Es una cobertura de salud de Medicare que es ofrecido por una compañía privada que tiene contrato con Medicare para proporcionarle los beneficios de la Parte A y la Parte B a las personas con Medicare que se inscriben en nuestro seguro. Este término incluye todos los planes Medicare Advantage, los planes de costos de Medicare, los programas piloto/de demostración y los Programa de atención integral para personas de la tercera edad (PACE, en inglés).

Cobertura de medicamentos recetados de Medicare (Medicare Parte D): Es un seguro para ayudar a pagar los medicamentos recetados para pacientes ambulatorios, las vacunas, los productos biológicos y algunos suministros que no están cubiertos por la Parte A o Parte B de Medicare.

Póliza "Medigap" (Seguro Suplementario de Medicare): Es un seguro complementario de Medicare que lo venden compañías de seguros privadas para subsanar las deficiencias en Medicare Original. Las pólizas de Medigap solo funcionan con Medicare Original. (Una cobertura Medicare Advantage no es una póliza de Medigap).

Asegurado (asegurado de nuestro plan o "Miembro de nuestra cobertura"): Es una persona con Medicare que califica para recibir servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestra cobertura y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, en inglés).

Capítulo 10. Definiciones de palabras importantes

Farmacia de la red: una farmacia de la red es una farmacia donde los asegurados de nuestra cobertura pueden obtener sus beneficios de medicamentos recetados. Las denominamos "farmacias de la red" porque tienen contrato con nuestra cobertura. En la mayoría de los casos, sus recetas están cubiertas solo si se surten en una de las farmacias de nuestra red.

Medicare Original ("Medicare tradicional" o "Pago por servicio" de Medicare): Medicare Original es ofrecido por el gobierno, y no por un plan de salud privado como los planes Medicare Advantage y las coberturas de medicamentos recetados. Conforme a Medicare Original, los servicios de Medicare están cubiertos al pagarle a los médicos, los hospitales y otros proveedores de atención de salud los montos de pago establecidos por el Congreso. Puede consultar a cualquier médico, hospital u otro prestador de atención médica que acepte Medicare. Debe pagar el deducible. Medicare paga su parte del monto aprobado por Medicare y usted paga su parte. Medicare Original tiene dos partes: Parte A (seguro hospitalario) y Parte B (seguro médico) y está disponible en cualquier parte de los Estados Unidos.

Farmacia fuera de la red: Es una farmacia que no tiene un contrato con nosotros para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a los asegurados de nuestra cobertura. Como se explicó en esta Evidencia de cobertura, la mayoría de los medicamentos que usted obtiene de las farmacias fuera de la red no están cubiertos por nosotros a menos que se apliquen ciertas condiciones.

Gastos de bolsillo: consulte la definición de "gasto compartido" anterior. El requisito de gasto compartido de un asegurado para pagar una parte de los medicamentos recibidos también se conoce como el requisito de gasto "de bolsillo" del asegurado.

Plan PACE: Un plan PACE (Programa Integral de Atención para Personas de la Tercera Edad) combina servicios médicos, sociales y de atención a largo plazo (LTC, en inglés) para personas cuyo estado de salud es delicado, para ayudarlas a permanecer independientes y a vivir en sus comunidades (en lugar de mudarse a un centro para personas mayores) tanto tiempo como sea posible, mientras reciben la atención de alta calidad que necesitan. Las personas inscritas en los planes PACE reciben sus beneficios de Medicare y Medicaid a través del plan.

Parte C: Consulte "Plan Medicare Advantage (MA, en inglés)".

Parte D: El programa de beneficios voluntarios de medicamentos recetados de Medicare. (Para facilitar su consulta, nos referiremos al programa de beneficios de medicamentos recetados como la "Parte D").

Capítulo 10. Definiciones de palabras importantes

Medicamentos de la Parte D: Son medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte D. Podemos o no ofrecer todos los medicamentos de la Parte D. (Consulte su lista de medicamentos para obtener una lista específica de los medicamentos cubiertos). Ciertas categorías de medicamentos fueron específicamente excluidos por el Congreso de estar cubiertos como medicamentos de la Parte D. Los medicamentos no aprobados por la Administración Federal de Alimentos y Medicamentos (FDA) como medicamentos recetados no están cubiertos por la Parte D. Un fabricante de medicamentos debe participar en el Programa de descuentos para el período sin cobertura de Medicare (acuerdo firmado con CMS) para que los medicamentos correspondientes de ese fabricante sean medicamentos cubiertos de la Parte D.

Multa por inscripción tardía de la Parte D: es un monto que se suma a su prima mensual por la cobertura de medicamentos de Medicare si permanece sin una cobertura acreditable (cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare) durante un período continuo de 63 días seguidos o más después de la primera vez que es elegible para unirse a una cobertura de la Parte D. Puede pagar este monto superior siempre y cuando tenga una cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Existen algunas excepciones. Por ejemplo, si recibe "Beneficio adicional" de Medicare para pagar los costos de su cobertura de medicamento con receta, las reglas de penalización por inscripción tardía no se aplican a usted. Si recibe "Beneficio adicional", no paga una multa por inscripción tardía.

Gasto compartido preferido: El gasto compartido preferido significa un gasto compartido más bajo para ciertos medicamentos cubiertos de la Parte D en ciertas farmacias de la red.

Prima: Es el pago periódico que se realiza a Medicare, a una compañía de seguros o a una cobertura de atención de salud por la cobertura de salud o por medicamentos recetados.

Autorización Previa: Aprobación por adelantado para obtener ciertos medicamentos que pueden estar o no en nuestra lista de medicamentos. Algunos medicamentos están cubiertos solo si su médico u otro prestador de la red obtienen nuestra "autorización previa". Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en la lista de medicamentos.

Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO, en inglés): Es un grupo de médicos y otros expertos en la atención médica a los que el gobierno federal les paga para supervisar y mejorar la atención que se les brinda a los pacientes de Medicare. Consulte el Capítulo 2, Sección 4 para obtener información sobre cómo comunicarse con la QIO de su estado.

Límites de cantidad: Es una herramienta de administración que está diseñada para limitar el uso de medicamentos seleccionados por motivos relacionados con la calidad, la seguridad o la utilización. Los límites pueden aplicarse a la cantidad del medicamento que cubrimos por receta médica o por un período definido.

Área de servicio - Un área geográfica donde una cobertura de medicamento con receta acepta asegurados si limita la membresía según el lugar donde viven las personas. Podemos cancelar su inscripción si se muda permanentemente fuera del área de servicio.

Capítulo 10. Definiciones de palabras importantes

Período de inscripción especial: Un tiempo fijo en el que los asegurados pueden cambiar sus coberturas de salud o de medicamentos o regresar a Medicare Original. Situaciones en las que puede ser elegible para un período de inscripción especial incluyen: si se muda fuera del área de servicio, si recibe “Beneficio extra” para pagar los costos de los medicamentos que requieren receta médica, si se muda a un hogar de ancianos o si no cumplimos nuestro contrato.

Gasto compartido estándar: *El gasto compartido estándar es un gasto compartido diferente al gasto compartido preferido que se ofrece en una farmacia de la red.*

Terapia escalonada: Una herramienta de utilización que exige que usted primero pruebe otro medicamento para tratar su enfermedad antes de que cubramos el medicamento que su médico pueda haberle recetado inicialmente.

Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, en inglés): Es un beneficio mensual que emite la Administración del Seguro Social a las personas con ingresos y recursos limitados que se consideran personas discapacitadas, ciegas o mayores de 65 años. Los beneficios de la Seguridad de Ingreso Suplementario no son lo mismo que los beneficios de la Administración del Seguro Social.

Blue Cross MedicareRx Basic (PDP) Servicio al Cliente

| Método | Servicio al cliente: Información de contacto |
|------------------|---|
| LLAME AL | 1-888-285-2249 Las llamadas a este número son gratis. El horario es de 8:00 a.m. – 8:00 p.m., hora local, los 7 días de la semana. Si llama desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, se utilizarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz) los fines de semana y días feriados. El Servicio al cliente también pone a disposición servicios gratuitos de intérpretes de idiomas para personas que no hablan inglés. |
| TTY | 711 Las llamadas a este número son gratis. El horario es de 8:00 a.m. – 8:00 p.m., hora local, los 7 días de la semana. Si llama del 1 de abril al 30 de septiembre, se utilizarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz) los fines de semana y feriados |
| FAX | 1-855-297-4245 |
| ESCRIBA A | Customer Service P.O. Box 3897 Scranton, PA 18505 |
| SITIO WEB | www.getbluetx.com/pdp |

Programa de información, asesoramiento y defensa de la salud (HICAP) (Texas SHIP)

HICAP es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para brindar asesoramiento local gratuito sobre seguros de salud a las personas con Medicare.

| Método | Información de contacto |
|------------------|--|
| LLAME AL | 1-800-252-9240 |
| ESCRIBA A | Health Information, Counseling and Advocacy Program (HICAP) P.O. Box 149104 Austin, Texas 78714-9030 |
| SITIO WEB | www.tdi.texas.gov/consumer/hicap/ |

Declaración de divulgación de PRA Conforme a la Ley de Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona está obligada a responder un formulario de recopilación de información, a menos que este tenga a la vista un número de control de la OMB válido. El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.