

Este folleto proporciona detalles acerca de su cobertura de medicamentos con receta de Medicare desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2021. Explica cómo obtener cobertura para los medicamentos con receta que necesita. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

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

Comuníquese con nuestro departamento de servicio al cliente al **1-833-229-3593** para obtener más información. (Los usuarios de TTY deben llamar al **711**). El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., todos los días, hora local.

Esta información está disponible en diferentes formatos, incluido en letra grande y en español. Llame a nuestro departamento de servicio al cliente al número que figura en la contraportada de este folleto si necesita información del plan en otro formato o idioma.

Los beneficios, las primas, los deducibles o los copagos/ coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2022. El formulario o la red de farmacias pueden cambiar en cualquier momento. De ser necesario, recibirá un aviso.

Evidencia de cobertura

Del 1 de enero al
31 de diciembre de 2021

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



Un licenciatario independiente de Blue Cross Blue Shield Association

Evidencia de cobertura para 2021

Índice

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

Capítulo 1.	Primeros pasos como miembro.	2
	Explica lo que implica estar inscrito en un plan de medicamentos con receta de Medicare y cómo usar este folleto. Informa sobre los materiales que le enviaremos, la prima de su plan, la multa por inscripción tardía de la Parte D, su tarjeta de miembro del plan y cómo mantener actualizado su registro de miembro.	
Capítulo 2.	Números telefónicos y recursos importantes	15
	Le indica cómo comunicarse con nuestro plan (Blue MedicareRx Value) y con otras organizaciones, como Medicare, el Programa Estatal de Asistencia en Seguro de Salud (SHIP), la Organización para la mejora de la calidad, el Seguro Social, Medicaid (el programa estatal de asistencia sobre el seguro médico para personas con bajos ingresos), programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos con receta y la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB).	
Capítulo 3.	Usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D	25
	Explica las normas que debe seguir cuando obtiene sus medicamentos de la Parte D. Informa cómo usar la <i>Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)</i> del plan para conocer los medicamentos que están cubiertos. Informa los tipos de medicamentos que <i>no</i> están cubiertos. Explica varios tipos de restricciones que se aplican a la cobertura de ciertos medicamentos. Explica dónde obtener sus medicamentos con receta. Informa sobre los programas del plan para la seguridad y la administración de los medicamentos.	
Capítulo 4.	Lo que paga por sus medicamentos con receta de la Parte D	44
	Informa sobre las cuatro etapas de la cobertura de medicamentos (<i>etapa de deducible, período de cobertura inicial, etapa del período sin cobertura, etapa de cobertura catastrófica</i>) y cómo estas etapas afectan lo que paga por sus medicamentos. Explica los cinco niveles de costos compartidos para sus medicamentos de la Parte D y le indica lo que debe pagar por un medicamento en cada nivel de costos compartidos.	
Capítulo 5.	Solicitarnos que paguemos nuestra parte de los costos de los medicamentos cubiertos	57
	Explica cuándo y cómo enviarnos una factura cuando desea solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte del costo de sus medicamentos cubiertos.	
Capítulo 6.	Sus derechos y responsabilidades	62
	Explica los derechos y responsabilidades que tiene como miembro de nuestro plan. Informa lo que puede hacer si cree que no se están respetando sus derechos.	
Capítulo 7.	Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)	73
	Informa paso a paso qué debe hacer si tiene problemas o inquietudes como miembro de nuestro plan.	
	<ul style="list-style-type: none"> • Explica cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones si tiene problemas para obtener los medicamentos con receta que cree que están cubiertos por nuestro plan. Esto incluye solicitarnos que hagamos excepciones a las normas o restricciones adicionales en su cobertura. • Explica cómo presentar reclamos sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente y otras inquietudes. 	
Capítulo 8.	Finalizar su membresía en el plan.	90
	Explica cuándo y cómo puede finalizar su membresía en el plan. Explica las situaciones en las que nuestro plan debe finalizar su membresía.	
Capítulo 9.	Avisos legales	97
	Incluye avisos sobre la ley vigente y sobre la no discriminación.	
Capítulo 10.	Definiciones de palabras importantes	101
	Explica los términos clave utilizados en este folleto.	

CAPÍTULO 1

Primeros pasos como miembro

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

Sección 1	Introducción	5
Sección 1.1	Está inscrito en Blue MedicareRx Value, un plan de medicamentos con receta de Medicare . . .	5
Sección 1.2	¿Qué es el folleto de la <i>Evidencia de cobertura</i> ?	5
Sección 1.3	Información legal sobre la <i>Evidencia de cobertura</i>	5
Sección 2	¿Qué requisitos debe reunir para ser miembro del plan?	5
Sección 2.1	Requisitos de elegibilidad.	5
Sección 2.2	¿Qué son la Parte A y la Parte B de Medicare?	5
Sección 2.3	El área de servicio del plan para Blue MedicareRx Value.	6
Sección 2.4	Ciudadano estadounidense o presencia legal en el país	6
Sección 3	¿Qué otros materiales recibirá de nosotros?	6
Sección 3.1	Su tarjeta de miembro del plan: úsela para obtener todos los medicamentos con receta cubiertos	6
Sección 3.2	El <i>Directorio de farmacias</i> : Su guía para consultar las farmacias de nuestra red.	6
Sección 3.3	La <i>Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)</i> del plan	7
Sección 3.4	La <i>Explicación de beneficios de la Parte D</i> ("EOB de la Parte D"): Informes con un resumen de los pagos realizados por sus medicamentos con receta de la Parte D	7
Sección 4	Su prima mensual para Blue MedicareRx Value	7
Sección 4.1	¿Cuál es su prima del plan?	7
Sección 5	¿Tiene que pagar la "multa por inscripción tardía" de la Parte D?	8
Sección 5.1	¿Qué es la "multa por inscripción tardía" de la Parte D?	8
Sección 5.2	¿Cuánto es la multa por inscripción tardía de la Parte D?	8
Sección 5.3	En algunos casos, puede inscribirse tarde y no tener que pagar la multa.	9
Sección 5.4	¿Qué puede hacer si no está de acuerdo con la multa por inscripción tardía de la Parte D? . .	10
Sección 6	¿Tiene que pagar un monto adicional de la Parte D debido a sus ingresos?	10
Sección 6.1	¿Quién debe pagar un monto adicional de la Parte D debido a sus ingresos?	10
Sección 6.2	¿Cuál es el monto adicional de la Parte D?	10
Sección 6.3	¿Qué puede hacer si no está de acuerdo con el pago de un monto adicional de la Parte D? . .	10
Sección 6.4	¿Qué sucede si no paga el monto adicional de la Parte D?	10
Sección 7	Más información acerca de su prima mensual	10
Sección 7.1	Hay varias formas de pagar la prima del plan.	11
Sección 7.2	¿Podemos cambiar la prima mensual de su plan durante el año?	12
Sección 8	Mantenga actualizado su registro de miembro del plan	13
Sección 8.1	Cómo asegurarse de que tengamos información precisa sobre usted	13

Capítulo 1: Primeros pasos como miembro

Sección 9	Protegemos la privacidad de su información de salud personal.	13
Sección 9.1	Nos aseguramos de proteger su información de salud	13
Sección 10	Cómo funciona otro seguro con nuestro plan	13
Sección 10.1	¿Qué plan paga primero cuando usted tiene otro seguro?	13

Sección 1 Introducción

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

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

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

Sección 1.2 ¿Qué es el folleto de la *Evidencia de cobertura*?

En este folleto denominado *Evidencia de cobertura* se le explica cómo obtener cobertura para sus medicamentos con receta de Medicare a través de nuestro plan. En este folleto se le explican sus derechos y responsabilidades, cuáles son los servicios cubiertos y lo que paga como miembro del plan.

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

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

Si tiene alguna duda, inquietud o simplemente una pregunta, comuníquese con el departamento de servicio al cliente de nuestro plan (en la contraportada de este folleto encontrará impresos los números de teléfono).

Sección 1.3 Información legal sobre la *Evidencia de cobertura*

Es parte de nuestro contrato con usted

Esta *Evidencia de cobertura* es parte del contrato que tenemos con usted sobre cómo Blue MedicareRx Value cubre su atención. Otras partes de este contrato incluyen su formulario de inscripción, la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* y todos los avisos que reciba de nosotros acerca de cambios en

su cobertura o condiciones que afecten su cobertura. A estos avisos a veces se los denomina “cláusulas adicionales” o “enmiendas”.

El contrato tiene vigencia durante los meses en los que esté inscrito en Blue MedicareRx Value entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2021.

En cada nuevo año calendario, Medicare nos permite realizar cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos modificar los costos y beneficios de Blue MedicareRx Value después del 31 de diciembre de 2021. También podemos optar por dejar de ofrecer el plan o por ofrecerlo en un área de servicio diferente después del 31 de diciembre de 2021.

Medicare debe aprobar nuestro plan todos los años

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) deben aprobar Blue MedicareRx Value cada año. Usted puede seguir recibiendo la cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan en la medida en que decidamos seguir ofreciendo el plan y que Medicare renueve la aprobación del plan.

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

Sección 2.1 Requisitos de elegibilidad

Usted es elegible para una membresía siempre que cumpla todos los requisitos siguientes:

- Usted cuenta con la Parte A o la Parte B de Medicare (o tiene tanto la Parte A como la Parte B de Medicare). (En la Sección 2.2, se brinda información acerca de la Parte A y la Parte B de Medicare).
- Es ciudadano de Estados Unidos o está en el país de manera legal.
- Vive en nuestra área geográfica de servicios (en la Sección 2.3 a continuación, se describe nuestra área de servicios).

Sección 2.2 ¿Qué son la Parte A y la Parte B de Medicare?

Tal como se explica en la Sección 1.1, usted eligió obtener su cobertura de medicamentos con receta (a veces llamada Parte D de Medicare) a través de nuestro plan. Nuestro plan tiene un contrato con Medicare para proporcionarle la mayoría de estos beneficios de Medicare. Describimos la cobertura de medicamentos que recibe bajo su cobertura de la Parte D de Medicare en el Capítulo 3.

Capítulo 1: Primeros pasos como miembro

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

- La Parte A de Medicare generalmente ayuda a cubrir servicios brindados por hospitales en cuanto a servicios para pacientes internados, centros de enfermería especializada o agencias de atención médica a domicilio.
- La Parte B de Medicare es para la mayoría de los demás servicios médicos (como los servicios del médico, terapia de infusión en el domicilio y otros servicios para pacientes externos) y para ciertos artículos (como suministros y equipos médicos duraderos [DME]).

Sección 2.3 El área de servicio del plan para Blue MedicareRx Value

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

Nuestra área de servicio es el estado de Arizona.

Si tiene pensado mudarse fuera del área de servicio, comuníquese con el departamento de servicio al cliente de nuestro plan (en la contraportada de este folleto encontrará impresos los números de teléfono). Una vez que se mude, tendrá un Periodo de inscripción especial que le permitirá inscribirse en un plan de salud o de medicamentos de Medicare que esté disponible en su nueva ubicación.

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

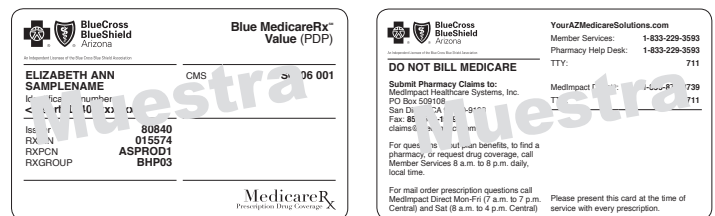
Sección 2.4 Ciudadano estadounidense o presencia legal en el país

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

Sección 3 ¿Qué otros materiales recibirá de nosotros?

Sección 3.1 Su tarjeta de miembro del plan: úsela para obtener todos los medicamentos con receta cubiertos

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



Lleve su tarjeta con usted en todo momento y recuerde mostrar su tarjeta cuando recibe medicamentos cubiertos. Si su tarjeta de miembro del plan se daña, se pierde o se la roban, llame inmediatamente al departamento de servicio al cliente y le enviaremos una tarjeta nueva. (En la contraportada de este folleto encontrará impresos los números de teléfono del departamento de servicio al cliente).

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

Sección 3.2 El Directorio de farmacias: Su guía para consultar las farmacias de nuestra red

¿Qué son las “farmacias de la red”?

Las farmacias de la red son todas las farmacias que acordaron ofrecer medicamentos con receta cubiertos a los miembros de nuestro plan.

¿Por qué es necesario que sepa qué farmacias están incluidas en nuestra red?

Puede usar el *Directorio de farmacias* para encontrar la farmacia de la red que desea usar. Puede encontrar un *Directorio de farmacias* actualizado en nuestro sitio web en www.YourAZMedicareSolutions.com. También puede llamar al departamento de servicio al cliente para obtener información actualizada sobre proveedores o para solicitarnos que le enviemos

por correo un *Directorio de farmacias*. **Consulte el Directorio de farmacias de 2021 para saber cuáles farmacias forman parte de nuestra red.**

Si no tiene el *Directorio de farmacias*, puede solicitar una copia al departamento de servicio al cliente (en la contraportada de este folleto encontrará impresos los números de teléfono). En cualquier momento, puede llamar al departamento de 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.YourAZMedicareSolutions.com**.

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

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

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

Le brindaremos una copia de la Lista de medicamentos. Para obtener la información más completa y actualizada acerca de qué medicamentos están cubiertos, puede visitar el sitio web del plan (**www.YourAZMedicareSolutions.com**) o llamar al departamento de servicio al cliente (en la contraportada de este folleto están impresos los números de teléfono).

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

Cuando use sus beneficios de medicamentos con receta de la Parte D, le enviaremos un informe resumido para que comprenda y lleve un registro de los pagos realizados por sus medicamentos con receta de la Parte D. Este informe resumido se denomina *Explicación de beneficios de la Parte D* (también llamada "EOB de la Parte D").

En la *Explicación de beneficios de la Parte D* se indica el monto total que usted gastó, o que otras personas gastaron en su nombre, en sus medicamentos con receta de la Parte D, así como el monto total que nosotros pagamos por cada uno de sus medicamentos con receta de la Parte D durante el mes. En la EOB de la Parte D se proporciona más información sobre los medicamentos que toma, tales como aumentos de precios y otros medicamentos con menor costo compartido que puedan estar disponibles. Debe consultar con el profesional que receta medicamentos sobre estas opciones de menor costo. En el Capítulo 4 (*Lo que usted paga por sus medicamentos con receta de la Parte D*) encontrará más información sobre la *Explicación de beneficios de la Parte D* y sobre cómo puede ayudarlo a llevar un registro de su cobertura de medicamentos.

También se le entregará un resumen de la *Explicación de beneficios de la Parte D* cuando lo solicite. Para obtener una copia, comuníquese con el departamento de servicio al cliente (en la contraportada de este folleto encontrará impresos los números de teléfono).

Sección 4 Su prima mensual para Blue MedicareRx Value

Sección 4.1 ¿Cuál es su prima del plan?

Como miembro de nuestro plan, usted paga una prima mensual del plan. Para 2021, la prima mensual para Blue MedicareRx Value es \$31.50. Además, debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid u otro tercero la paguen por usted).

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

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

Si usted *ya está inscrito* y recibe ayuda de uno de estos programas, **es posible que la información sobre primas de esta Evidencia de cobertura no se aplique en su caso.** Incluimos un documento separado que se llama "Cláusula de la Evidencia de cobertura para personas que reciben ayuda adicional para pagar sus medicamentos con receta" (también

Capítulo 1: Primeros pasos como miembro

conocida como “Cláusula de subsidios para personas de bajos ingresos” o “Cláusula LIS”) en la que se brinda información acerca de su cobertura de medicamentos. Si no tiene este documento, llame al departamento de servicio al cliente y solicite la “Cláusula LIS”. (En la contraportada de este folleto encontrará impresos los números de teléfono del departamento de servicio al cliente).

En algunos casos, su prima del plan puede ser **mayor**.

En algunos casos, es posible que su prima del plan sea mayor que el monto indicado anteriormente en la Sección 4.1. Algunos miembros deben pagar una **multa por inscripción tardía de la Parte D** por no haberse inscrito en ningún plan de medicamentos de Medicare en cuanto reunieron los requisitos necesarios o por no haber contado con una cobertura de medicamentos con receta “acreditable” durante un período de 63 días seguidos o más. (“Acreditable” significa que la cobertura de medicamentos es, como mínimo, equivalente a la cobertura de medicamentos estándar de Medicare). Para estos miembros, la multa por inscripción tardía de la Parte D se suma a la prima mensual del plan. El monto de la prima será la prima mensual del plan más el monto de la multa por inscripción tardía de la Parte D que les corresponda.

- Si debe pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D, el costo dependerá de cuánto tiempo estuvo sin la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D o sin una cobertura de medicamentos con receta acreditable. La multa por inscripción tardía de la Parte D se explica en la Sección 5 del Capítulo 1.
- Si usted tiene una multa por inscripción tardía de la Parte D y no la paga, se podría cancelar su inscripción en el plan.

Es posible que se solicite que algunos miembros paguen un cargo adicional, llamado monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso de la Parte D, también conocido como IRMAA, debido a que hace 2 años tenían un ingreso bruto ajustado y modificado que sobrepasaba un monto determinado en el informe de declaración de impuestos de su IRS. Los miembros que estén sujetos al IRMAA tendrán que pagar el monto de la prima estándar y este cargo adicional, que se añadirá a su prima. En la Sección 6 del Capítulo 1 se explica el IRMAA más detalladamente.

Sección 5 ¿Cuánto es 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 usted recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos con receta, no deberá pagar una multa por inscripción tardía.

La multa por inscripción tardía es un monto que se agrega a su prima de la Parte D. Es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si, en cualquier momento después de que haya terminado su Período de inscripción inicial, hubo un período de 63 días seguidos o más en el que no tuvo cobertura de la Parte D u otra cobertura acreditable de medicamentos con receta. La “cobertura acreditable de medicamentos con receta” es la cobertura que cumple los requisitos mínimos de Medicare, ya que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare. El costo de la multa por inscripción tardía dependerá de cuánto tiempo estuvo sin la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D o sin una cobertura de medicamentos con receta acreditable. Usted deberá pagar esta multa durante el tiempo que tenga la cobertura de la Parte D.

La multa por inscripción tardía de la Parte D se agrega a su prima mensual. Cuando se inscribe por primera vez en Blue MedicareRx Value, le informamos sobre el monto de la multa.

Su multa por inscripción tardía de la Parte D se considera parte de su prima del plan. Si no paga su multa por inscripción tardía de la Parte D, podría perder sus beneficios de medicamentos con receta por no pagar la prima de su plan.

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

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

- En primer lugar, cuente la cantidad de meses completos que demoró en inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare después de haber reunido los requisitos necesarios para poder inscribirse. O bien cuente la cantidad de meses completos durante los cuales no tuvo cobertura acreditable de medicamentos con receta, en el

Capítulo 1: Primeros pasos como miembro

caso de que la interrupción en la cobertura haya sido de 63 días o más. La multa es del 1 % por cada mes que no tuvo cobertura acreditable. Por ejemplo, si usted permanece 14 meses sin cobertura, la multa será del 14 %.

- Después, Medicare determina el monto de la prima mensual promedio de los planes de medicamentos de Medicare en el país del año anterior. Para el año 2021, el monto de la prima promedio será de \$33.06.
- Para calcular su multa mensual, debe multiplicar el porcentaje de la multa por la prima mensual promedio y, después, redondear el resultado a los 10 centavos más cercanos. En este ejemplo, sería 14 % por \$33.06, lo que equivale a \$4.62. Esto se redondea a \$4.70. Este monto se agregaría **a la prima mensual de quienes deban pagar la multa por inscripción tardía a la Parte D.**

Hay tres aspectos importantes que deben tenerse en cuenta sobre esta multa mensual por inscripción tardía de la Parte D:

- En primer lugar, **la multa puede cambiar todos los años**, ya que la prima mensual promedio también puede cambiar todos los años. Si aumenta la prima promedio nacional (según lo determine Medicare), su multa será mayor.
- En segundo lugar, **usted seguirá pagando una multa** todos los meses mientras esté inscrito en un plan que ofrezca beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare.
- Si tiene menos de 65 años y actualmente recibe beneficios de Medicare, la multa por inscripción tardía de la Parte D volverá a cero cuando cumpla 65 años. Después de los 65 años de edad, su multa por inscripción tardía de la Parte D dependerá exclusivamente de los meses durante los cuales no tenga cobertura después de su Período de inscripción inicial al cumplir la edad requerida para obtener acceso a Medicare.

Sección 5.3 En algunos casos, puede inscribirse tarde y no tener que pagar la multa

Incluso si usted se demoró en inscribirse en un plan con cobertura de la Parte D de Medicare en cuanto reunió los requisitos necesarios por primera vez, hay casos en los que no tendrá que pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D.

No tendrá que pagar una multa por inscripción tardía en ninguno de estos casos:

- Si usted ya tiene una cobertura de medicamentos con receta que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura de medicamentos con receta estándar de Medicare. Medicare denomina esto **“cobertura acreditable de medicamentos”**. Recuerde:
 - La cobertura acreditable puede incluir la cobertura para medicamentos que proporcione un empleador o sindicato, TRICARE o el Departamento de Asuntos de Veteranos. Su aseguradora o su departamento de Recursos Humanos le informarán cada año si su cobertura de medicamentos es una cobertura acreditable. Esta información se le puede enviar en una carta o puede incluirse en un boletín de noticias del plan. Guarde esta información, ya que puede necesitarla si más adelante se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.
 - Recuerde: Si recibe un “certificado de cobertura acreditable” al terminar su cobertura de salud, es posible que esto no signifique que su cobertura de medicamentos con receta fuese acreditable. En el aviso, debe constar que usted tenía una cobertura “acreditable” de medicamentos con receta que se esperaba que pague lo mismo que paga el plan de medicamentos con receta estándar de Medicare.
 - Las siguientes alternativas *no* se consideran coberturas acreditables de medicamentos con receta: tarjetas de descuentos para medicamentos con receta, clínicas gratuitas y sitios web de descuentos para medicamentos.
 - Para obtener información adicional sobre la cobertura acreditable, consulte el manual *Medicare & You 2021* (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 sin cargo durante las 24 horas al día, los 7 días de la semana.
- Si no tuvo cobertura acreditable por un período inferior a 63 días seguidos.
- Si recibe “Ayuda adicional” de Medicare.

Capítulo 1: Primeros pasos como miembro

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 dicha multa. Por lo general, usted debe solicitar esta revisión **en un plazo de 60 días** a partir de la fecha que aparece en la primera carta que recibió, en la que se le indicaba que debía pagar una multa por inscripción tardía. Si estaba pagando una multa antes de inscribirse en nuestro plan, es posible que no tenga otra posibilidad de solicitar una revisión de esa multa por inscripción tardía. Llame al departamento de servicio al cliente para obtener más información acerca de cómo hacerlo (en la contraportada de este folleto encontrará impresos los números de teléfono).

Importante: No deje de pagar su multa por inscripción tardía de la Parte D mientras espera una revisión de la decisión sobre dicha multa. Si lo hace, podría cancelarse su inscripción por no pagar sus primas del plan.

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

Sección 6.1 ¿Quién debe pagar un monto adicional de la Parte D debido a sus ingresos?

Si en el informe de declaración de impuestos del IRS de hace 2 años su ingreso bruto ajustado y modificado sobrepasaba un monto determinado, deberá pagar el monto de la prima estándar y un monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso (IRMAA). El IRMAA es un cargo adicional que se agrega a su prima.

Si usted tiene que pagar un monto adicional, el Seguro Social, no su plan de Medicare, le enviará una carta en la que constará el monto adicional que debe pagar y de qué forma puede hacerlo. El monto adicional se deducirá de su cheque de beneficios del Seguro Social, de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios o de la Oficina de Administración de Personal, sin importar cómo pague normalmente su prima del plan, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir el monto adicional adeudado. Si su cheque de beneficios no es suficiente para cubrir el monto adicional, recibirá una factura de

Medicare. **Usted debe pagar ese monto adicional al gobierno. No es posible pagarlo conjuntamente con su prima mensual del plan.**

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

Si en el informe de declaración de impuestos del IRS su ingreso bruto ajustado y modificado (MAGI) sobrepasa un monto determinado, deberá pagar un monto adicional además de su prima mensual del plan. Para obtener más información sobre el monto adicional que posiblemente deba pagar según 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 el pago de un monto adicional de la Parte D?

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

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

El monto adicional se paga directamente al gobierno (no a su plan de Medicare) por su cobertura de la Parte D de Medicare. Si la ley le exige pagar el monto adicional y usted no lo paga, su inscripción en el plan **se cancelará** y perderá la cobertura de medicamentos con receta.

Sección 7 Más información acerca de su prima mensual

Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare

Además de pagar la prima mensual del plan, muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare. Algunos miembros del plan (quienes no reúnen los requisitos para tener acceso a la Parte A sin prima) pagan una prima por la Parte A de Medicare. La mayoría de los miembros del plan paga una prima por la Parte B de Medicare.

Si en el informe de declaración de impuestos del IRS de hace 2 años su ingreso bruto ajustado y modificado sobrepasaba un monto determinado,

Capítulo 1: Primeros pasos como miembro

deberá pagar el monto de la prima estándar y un monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso (IRMAA). El IRMAA es un cargo adicional que se agrega a su prima.

■ **Si se le exige pagar el monto adicional y usted no lo paga, su inscripción en el plan se cancelará y perderá la cobertura de medicamentos con receta.**

■ Si usted tiene que pagar un monto adicional, el Seguro Social, no su plan de Medicare, le enviará una carta en la que constará el monto adicional que debe pagar.

■ Para obtener más información sobre las primas de la Parte D según los ingresos, consulte la Sección 6 del Capítulo 1 de este folleto. También puede visitar www.medicare.gov en línea o llamar al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**. También puede llamar al Seguro Social al **1-800-772-1213**. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-325-0778**.

En su copia de *Medicare & You 2021* (Medicare y usted 2021), encontrará información sobre las primas de Medicare en la sección llamada “2021 Medicare Costs” (Costos de Medicare para el año 2021). Allí se explica de qué manera varían las primas de la Parte B y de la Parte D de Medicare según los diferentes ingresos de las personas. Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de *Medicare & You* (Medicare y usted) todos los años, durante el otoño. Los nuevos miembros de Medicare la reciben en el transcurso del mes siguiente a su inscripción. También puede descargar una copia de *Medicare & You 2021* (Medicare y usted 2021) del sitio web de Medicare (www.medicare.gov). También puede solicitar una copia impresa por teléfono al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.

Sección 7.1 Hay varias formas de pagar la prima del plan

Hay cuatro formas de pagar la prima del plan. Los miembros pueden indicar una opción de pago de la prima en el momento de la inscripción. Comuníquese con el departamento de servicio al cliente o visítenos en línea en www.YourAZMedicareSolutions.com/bcsaz-change-payment-option en cualquier momento para cambiar sus preferencias de pago.

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

Opción 1: Puede pagar con cheque

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

Los cheques deben ser pagaderos a:
Blue Cross Blue Shield of Arizona, y se deben enviar a:

Blue Cross Blue Shield of Arizona
P.O. Box 841623
Los Angeles, CA 90084-1623

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

Opción 2: Puede pagar con transferencia electrónica de fondos

En lugar de pagar con cheque, puede hacer que su prima del plan se deduzca automáticamente de su cuenta bancaria. Para iniciar este proceso, llame al departamento de servicio al cliente al número que figura en la contraportada de este folleto para solicitar un formulario de transferencia electrónica de fondos (EFT). También recibió este formulario en su nuevo kit de bienvenida al inscribirse en el plan. Puede acceder al formulario de cambio de pago en línea al www.YourAZMedicareSolutions.com/bcsaz-change-payment-option. Para una cuenta de ahorros, envíe el formulario de EFT con el nombre de su institución financiera, su número de cuenta y el número de ruta bancaria. Los retiros tendrán lugar aproximadamente el quinto día de cada mes. Las primas pendientes de pago cuando el EFT surta efecto se deducirán en ese momento para actualizar su cuenta. Esto no se aplica a las primas que se deducen de su cheque de Seguro Social o de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios.

Capítulo 1: Primeros pasos como miembro

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

Puede hacer que la prima del plan se deduzca de su cheque mensual del Seguro Social. Comuníquese con el departamento de servicio al cliente para obtener más información sobre cómo pagar su prima del plan de esta manera. Será un placer ayudarlo con este procedimiento. (En la contraportada de este folleto encontrará impresos los números de teléfono del departamento de servicio al cliente).

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

Puede hacer que la prima del plan se deduzca de su cheque mensual de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios. Comuníquese con el departamento de servicio al cliente para obtener más información sobre cómo pagar su prima del plan de esta manera. Será un placer ayudarlo con este procedimiento. (En la contraportada de este folleto encontrará impresos los números de teléfono del departamento de servicio al cliente). Puede acceder al formulario de cambio de pago en línea al www.YourAZMedicareSolutions.com/bcbsaz-change-payment-option.

Qué hacer si tiene dificultades para pagar su prima del plan

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

Si tiene dificultades para pagar su prima a tiempo, comuníquese con el departamento de servicio al cliente para saber si podemos indicarle programas que lo ayuden a pagar su prima del plan. En la contraportada de este folleto encontrará impresos los números de teléfono del departamento de servicio al cliente.

Si finalizamos su membresía debido a que usted no pagó su prima del plan, recibirá cobertura de salud mediante Original Medicare.

Si finalizamos su membresía en el plan debido a que usted no pagó su prima, y usted actualmente no cuenta con cobertura de medicamentos con receta, es posible que no pueda recibir la cobertura de la Parte D hasta el próximo año si se inscribe en un nuevo plan durante el Período de inscripción anual. Durante el

Período de inscripción abierta anual de Medicare, podrá inscribirse en un plan de medicamentos con receta independiente o en un plan de salud que también brinde cobertura de medicamentos. (Si usted sigue sin una cobertura de medicamentos “acreditable” durante más de 63 días, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D durante el tiempo que tenga la cobertura de la Parte D).

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

Si considera que hemos puesto fin a su membresía de manera indebida, tiene derecho a solicitarnos que reconsideremos esta decisión mediante la presentación de un reclamo. En la Sección 7 del Capítulo 7 de este folleto, se explica cómo presentar un reclamo. En el caso de haber tenido una emergencia que no pudo controlar y que hizo que no pudiera pagar las primas dentro del período de gracia, puede solicitarnos que reconsideremos esta decisión llamando al **1-833-229-3593** entre las 8:00 a. m. y 8:00 p. m., hora local, todos los días. Los usuarios de TTY deben llamar al **711**. Debe presentar su solicitud antes de los 60 días posteriores a la fecha en que finalice su membresía.

Sección 7.2 ¿Podemos cambiar la prima mensual de su plan durante el año?

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

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

Sección 8 Mantenga actualizado su registro de miembro del plan

Sección 8.1 Cómo asegurarse de que tengamos información precisa sobre usted

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

Los farmacéuticos de la red de nuestro plan necesitan tener información correcta sobre usted. **Estos proveedores de la red usan su registro de miembro para informarse sobre qué medicamentos tiene cubiertos y los montos de costo compartido que le corresponden a usted.** Debido a esto, es muy importante que nos ayude a mantener su información actualizada.

Infórmenos sobre los siguientes cambios:

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

Si cualquiera de estos datos cambia, infórmenos llamando al departamento de servicio al cliente (en la contraportada de este folleto encontrará impresos los números de teléfono). Puede acceder al formulario de cambio de dirección en línea en **www.YourAZMedicareSolutions.com/bcbsaz-update-contact-information**.

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

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

Medicare requiere que recopilemos información suya sobre cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos que tenga. El motivo es que debemos coordinar cualquier otra cobertura que tenga con sus beneficios de nuestro plan. (Para obtener más información sobre cómo funciona nuestra cobertura cuando tiene otro seguro, consulte la Sección 10 de este capítulo).

Una vez por año, le enviaremos una carta que detalla cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos que conozcamos. Lea detenidamente esta información. Si es correcta, no debe hacer nada. Si la información es incorrecta o si tiene otra cobertura que no está en la lista, llame al departamento de servicio al cliente (en la contraportada de este folleto encontrará impresos los números de teléfono).

Sección 9 Protegemos la privacidad de su información de salud personal

Sección 9.1 Nos aseguramos de que su información de salud esté protegida

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

Para obtener más información sobre cómo protegemos su información de salud personal, consulte la Sección 1.3 del Capítulo 6 de este folleto.

Sección 10 Cómo funciona otro seguro con nuestro plan

Sección 10.1 ¿Qué plan paga primero cuando tiene otro seguro?

Cuando tiene otro seguro (como cobertura de salud de grupo del empleador), hay normas establecidas por Medicare que definen si nuestro plan o su otro seguro pagan primero. El seguro que paga primero se denomina "pagador principal" y paga hasta los límites de su cobertura. El que paga segundo, que se denomina "pagador secundario", paga únicamente si

Capítulo 1: Primeros pasos como miembro

hay costos no cubiertos por la cobertura principal. Es posible que el pagador secundario no pague todos los costos no cubiertos.

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

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

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

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

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

Si tiene otro seguro, informe a su médico, hospital y farmacia. Si tiene dudas acerca de quién paga primero, o necesita actualizar la información de su otro seguro, llame al departamento de servicio al cliente (en la contraportada de este folleto encontrará impresos los números de teléfono). Es posible que

deba dar su número de identificación de miembro del plan a sus otras aseguradoras (una vez que confirme su identidad) para que sus facturas se paguen en tiempo y forma.

CAPÍTULO 2

Números telefónicos y recursos importantes

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes

Sección 1	Contactos de Blue MedicareRx Value (cómo comunicarse con nosotros, incluso con el departamento de servicio al cliente del plan)	17
Sección 2	Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal de Medicare)	18
Sección 3	Programa Estatal de Asistencia en Seguro de Salud (ayuda gratuita, información y respuestas sobre sus inquietudes relacionadas con Medicare)	19
Sección 4	Organización para la mejora de la calidad (pagada por Medicare para controlar la calidad de atención para las personas que tienen Medicare)	20
Sección 5	Seguro Social	20
Sección 6	Medicaid (un programa federal y estatal conjunto que contribuye con los costos médicos para algunas personas que tienen ingresos y recursos limitados).	21
Sección 7	Información sobre los programas para ayudar a las personas a pagar sus medicamentos con receta	21
Sección 8	Cómo comunicarse con la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios	23
Sección 9	¿Tiene un “seguro de grupo” u otro seguro de salud de un empleador?	24

Sección 1 Contactos de Blue MedicareRx Value (cómo comunicarse con nosotros, incluso con el departamento de servicio al cliente del plan)

Cómo comunicarse con el departamento de servicio al cliente

Para recibir asistencia con las reclamaciones, la facturación o la tarjeta de miembros, llame o escriba al departamento de servicio al cliente de Blue MedicareRx Value. Con gusto lo ayudaremos.

Método	Departamento de servicio al cliente - Información de contacto
--------	---

POR	1-833-229-3593
------------	-----------------------

TELÉFONO	Las llamadas a este número son gratuitas. De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., todos los días, hora local.
-----------------	---

El departamento de servicio al cliente también ofrece servicios gratuitos de interpretación para personas que no hablan inglés.

El buzón de voz está disponible fuera del horario de atención.

TTY	711
------------	------------

POR	Blue MedicareRx Value
ESCRITO	P.O. Box 3777
	Scranton, PA 18505

SITIO WEB www.YourAZMedicareSolutions.com

Cómo comunicarse con nosotros cuando solicita una decisión de cobertura o presenta una apelación sobre sus medicamentos con receta 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 con receta cubiertos por el beneficio de la Parte D que se incluye en su plan. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura o presentar una

apelación sobre sus medicamentos con receta de la Parte D, consulte el Capítulo 7 (*Qué hacer si tiene un problema o un reclamo [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos]*).

Puede llamarnos si tiene alguna pregunta sobre nuestra decisión de cobertura o el proceso de apelaciones.

Método	Decisiones de cobertura y apelaciones para medicamentos con receta de la Parte D - Información de contacto
--------	--

POR	1-833-229-3593
------------	-----------------------

TELÉFONO	Las llamadas a este número son gratuitas. Llame las 24 horas, los siete días de la semana.
-----------------	--

TTY	711
------------	------------

Las llamadas a este número son gratuitas. Llame las 24 horas, los siete días de la semana.

FAX	1-858-790-6060
------------	-----------------------

POR	Blue MedicareRx Value
ESCRITO	MedImpact Healthcare Systems, Inc. 10181 Scripps Gateway Court San Diego, CA 92131

SITIO WEB www.YourAZMedicareSolutions.com

Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta un reclamo sobre sus medicamentos con receta de la Parte D

Puede presentar un reclamo sobre nosotros o una de las farmacias de nuestra red, incluido un reclamo sobre la calidad de su atención. Este tipo de reclamo no involucra disputas sobre la cobertura o el pago. (Si su problema está relacionado con la cobertura del plan o el pago, debe consultar la sección anterior sobre cómo presentar una apelación). Para obtener más información sobre cómo presentar un reclamo sobre sus medicamentos con receta de la Parte D, consulte el Capítulo 7 (*Qué hacer si tiene un problema o un reclamo [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos]*).

Método	Reclamos sobre medicamentos con receta de la Parte D - Información de contacto
POR TELÉFONO	1-833-229-3593 Las llamadas a este número son gratuitas. De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., todos los días, hora local. El buzón de voz está disponible fuera del horario de atención.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., todos los días, hora local.
FAX	1-858-790-6060
POR ESCRITO	Blue MedicareRx Value Grievance Department MedImpact Healthcare Systems, Inc. 10181 Scripps Gateway Court San Diego, CA 92131
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar un reclamo sobre Blue MedicareRx Value directamente ante Medicare. Para presentar un reclamo en línea ante Medicare, ingrese a www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

Método	Solicitudes de pago - Información de contacto
POR ESCRITO	Blue MedicareRx Value MedImpact Healthcare Systems, Inc. 10181 Scripps Gateway Court San Diego, CA 92131
SITIO WEB	www.YourAZMedicareSolutions.com

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

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

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

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

El proceso de determinación de cobertura incluye determinar las solicitudes para pagar nuestra parte de los costos de un medicamento que ha recibido. Para obtener más información sobre las situaciones en las que usted pueda necesitar solicitar al plan un reembolso o que pague una factura que recibió de un proveedor, consulte el Capítulo 5 (*Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de los costos por los medicamentos cubiertos*).

Recuerde: 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 un reclamo [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos]*) para obtener más información.

Capítulo 2: Números telefónicos y recursos importantes

Método	Medicare - Información de contacto
POR TELÉFONO	1-800-MEDICARE , o 1-800-633-4227 Las llamadas a este número son gratuitas. 24 horas al día, 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Para llamar a este número, necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.

SITIO WEB **www.medicare.gov**
Este es el sitio web oficial del gobierno para Medicare. Le brinda información actualizada sobre Medicare y asuntos actuales de Medicare. También brinda información sobre hospitales, residencias para adultos mayores, médicos, agencias de atención médica en el hogar y centros de diálisis. Incluye folletos que puede imprimir directamente desde su computadora. También puede encontrar contactos de Medicare en su estado.

El sitio web de Medicare también tiene información detallada sobre su elegibilidad para Medicare y sus opciones de inscripción con las siguientes herramientas:

- **Herramienta de elegibilidad de Medicare:** Proporciona información sobre el estado de elegibilidad de Medicare.
- **Buscador de planes de Medicare:** Proporciona información personalizada sobre los planes de medicamentos con receta de Medicare, los planes de salud de Medicare y las pólizas Medigap (Seguro complementario de Medicare) en su área. Estas herramientas brindan una *estimación* de lo que podrían ser los costos que paga de su bolsillo en diferentes planes de Medicare.

También puede usar el sitio web para informar a Medicare sobre los reclamos que tenga con respecto a Blue MedicareRx Value:

SITIO WEB (continuación) ■ **Informe a Medicare sobre su reclamo:** Puede presentar un reclamo sobre Blue MedicareRx Value directamente ante Medicare. Para presentar un reclamo ante Medicare, ingrese a **www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx**. Medicare toma en serio sus reclamos y usará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa Medicare.

Si no tiene una computadora, la biblioteca local o el centro de atención para adultos mayores pueden ayudarlo a visitar este sitio web usando la computadora del lugar. O bien, puede llamar a Medicare y decirles qué información está buscando. Ellos buscarán la información en el sitio web, 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**).

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

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

La DAAS es independiente (no está relacionada con ninguna compañía de seguros o plan de salud). Es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para brindar asesoramiento local gratuito sobre seguros de salud a personas con Medicare.

Los asesores de la DAAS pueden ayudarlo si tiene preguntas o problemas relacionados con Medicare. Puede recibir ayuda para entender sus derechos de

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

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

Sección 4 Organización para la mejora de la calidad (pagada por Medicare para controlar la calidad de atención para las personas que tienen Medicare)

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

Livanta tiene un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica a quienes les paga el gobierno federal. Medicare le paga a esta organización para controlar y ayudar a mejorar la calidad de la atención para las personas que tienen Medicare. Livanta es una organización independiente. No está relacionada con nuestro plan.

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

Método	Livanta (Organización para la mejora de la calidad de Arizona) - Información de contacto
POR TELÉFONO	Número gratuito: 1-877-588-1123
TTY	1-855-887-6668 Para llamar a este número, necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Estamos disponibles de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., de lunes a viernes, hora local.
FAX	1-833-868-4063
POR ESCRITO	Livanta LLC BFCC-QIO Program 10820 Guilford Rd, Ste 202 Annapolis Junction, MD 20701
SITIO WEB	www.Livantaqio.com/en

Sección 5 Seguro Social

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

El Seguro Social también es responsable de determinar quiénes tienen que pagar un monto adicional por su cobertura de medicamentos de la Parte D porque tienen un ingreso más alto. Si recibió una carta del Seguro Social informándole que tiene que pagar el monto adicional y tiene preguntas sobre el monto, o si sus ingresos disminuyeron debido a un evento que cambió su vida, puede llamar al Seguro Social para solicitar una reconsideración.

Si se muda o cambia su dirección postal, es importante que se comunique con el Seguro Social para informarle.

Capítulo 2: Números telefónicos y recursos importantes

Método	Seguro Social - Información de contacto
POR TELÉFONO	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. Estamos disponibles de 7:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes. Puede usar los servicios telefónicos automatizados del Seguro Social para obtener información grabada y realizar trámites las 24 horas del día.
TTY	1-800-325-0778 Para llamar a este número, necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Estamos disponibles de 7:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes.
SITIO WEB	www.ssa.gov

Sección 6 Medicaid (un programa federal y estatal conjunto que contribuye con los costos médicos para algunas personas que tienen ingresos y recursos limitados)

Medicaid es un programa conjunto de los gobiernos federal y estatal que contribuye con los costos médicos para algunas personas que tienen ingresos y recursos limitados. Algunas personas con Medicare también son elegibles para recibir Medicaid.

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

- **Beneficiario calificado de Medicare (QMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos). (Algunas personas con QMB también son elegibles para los beneficios de Medicaid [QMB+]).
- **Beneficiarios de Medicare con bajos ingresos especificados (SLMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunas personas con SLMB también

son elegibles para los beneficios completos de Medicaid [SLMB+]).

- **Persona calificada (QI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B.

- **Trabajadores discapacitados calificados (QDWI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A.

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

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

SITIO WEB <https://azahcccs.gov>

Sección 7 Información sobre los programas para ayudar a las personas a pagar sus medicamentos con receta

Programa "Ayuda adicional" de Medicare

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

Las personas con ingresos y recursos limitados pueden reunir los requisitos para la "Ayuda adicional". Algunas personas reúnen los requisitos automáticamente para la "Ayuda adicional" y no necesitan solicitarla. Medicare enviará una carta a las personas que reúnan los requisitos de forma automática para obtener "Ayuda adicional".

Es posible que pueda obtener "Ayuda adicional" para pagar las primas y los costos de sus medicamentos con receta. Para saber si cumple los requisitos para recibir "Ayuda adicional", llame al:

Capítulo 2: Números telefónicos y recursos importantes

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

Si considera que ha reunido los requisitos para recibir “Ayuda adicional” y cree que está pagando un monto de costo compartido incorrecto cuando obtiene un medicamento con receta en una farmacia, nuestro plan ha establecido un proceso que le permite solicitar asistencia para obtener evidencia de su nivel de copago adecuado o, si ya tiene la evidencia, presentarnos esta evidencia.

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

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

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

- Una remisión del centro que demuestre el pago de Medicaid para un mes calendario completo.
- Una copia de un documento estatal que confirme el pago de Medicaid al centro para un mes calendario completo.

- Una impresión de pantalla de los sistemas de Medicaid del estado que demuestre su estado institucional con base, al menos, en una estadía de un mes calendario completo para que Medicaid realice los pagos.

Debe enviar su documentación a:

Blue MedicareRx Value
P.O. Box 3777
Scranton, PA 18505

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

Programa de descuento para el período sin cobertura de Medicare

El Programa de descuento para el período sin cobertura de Medicare proporciona descuentos del fabricante sobre medicamentos de marca a los miembros de la Parte D que hayan alcanzado la etapa sin cobertura y no reciban “Ayuda adicional”. Para los medicamentos de marca, el descuento del 70 % que los fabricantes proporcionan excluye cualquier cargo por despacho por los costos en el período sin cobertura. Los miembros pagan el 25 % del precio negociado y una parte del cargo por despacho de los medicamentos de marca.

Si alcanza el período sin cobertura, aplicaremos el descuento de forma automática cuando la farmacia le facture sus medicamentos con receta, y su *Explicación de beneficios de la Parte D* (EOB) mostrará los descuentos realizados. El monto que usted paga y el monto descontado por el fabricante cuentan para los costos que paga de su bolsillo como si los hubiera pagado usted, y lo sacan del período sin cobertura. El monto pagado por el plan (5 %) no cuenta como parte de los costos que paga de su bolsillo.

También recibe cobertura parcial por los medicamentos genéricos. Si alcanza el período sin cobertura, el plan pagará el 75 % del precio de los medicamentos genéricos y usted pagará el 25 % restante del precio. Para los medicamentos genéricos, el monto que paga el plan (75 %) no cuenta como parte de los costos que paga de su bolsillo. Solo cuenta el monto que usted paga y lo saca del período sin cobertura. Además, el cargo de despacho se incluye como parte del costo del medicamento.

Si tiene alguna pregunta sobre los descuentos disponibles para los medicamentos que está tomando o sobre el Programa de descuento para el período sin cobertura de Medicare en general, comuníquese con el departamento de servicio al cliente (en la contraportada de este folleto encontrará impresos los números de teléfono).

¿Qué sucede si tiene cobertura de un Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP)? ¿Qué es el Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP)?

El Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP) ayuda a que las personas elegibles para el ADAP que tienen VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos contra el VIH que salvan vidas. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el ADAP califican para la asistencia de costo compartido de medicamentos con receta a través del Departamento de Servicios de Salud de Arizona, Oficina de Integración de las Enfermedades y Servicios. Nota: Para ser elegible para el ADAP en su estado, las personas deben cumplir ciertos criterios, que incluyen prueba de residencia en el estado y estado del VIH, bajos ingresos según la definición del estado y estado sin seguro o con seguro insuficiente.

Si actualmente está inscrito en ADAP, este puede continuar proporcionándole ayuda con el costo compartido de medicamentos con receta de la Parte D de Medicare para medicamentos incluidos en el formulario de ADAP. Para asegurarse de seguir recibiendo esta asistencia, informe al funcionario encargado de las inscripciones en ADAP local sobre cualquier cambio en su número de póliza o nombre del plan de la Parte D de Medicare.

Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al ADAP de Arizona.

Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA - Información de contacto

Método

POR TELÉFONO

Número gratuito: **1-800-334-1540**

POR ESCRITO

Arizona Department of Health Services
Office of Disease Integration and Services
150 N. 18th Avenue, Suite 110
Phoenix, AZ 85007

SITIO WEB www.adap.directory/arizona

¿Qué sucede si obtiene “Ayuda adicional” de Medicare para ayudar a pagar sus costos de medicamentos con receta? ¿Puede obtener los descuentos?

No. Si recibe “Ayuda adicional”, ya tiene cobertura para los costos de sus medicamentos con receta durante el período sin cobertura.

¿Qué sucede si no obtiene un descuento que usted considera que le corresponde?

Si considera que llegó al período sin cobertura y no obtuvo un descuento cuando pagó su medicamento de marca, debe revisar 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 medicamentos con receta sean los correctos y estén actualizados. Si no estamos de acuerdo en que le debemos un descuento, usted puede apelar. Puede obtener ayuda para presentar una apelación de su Programa Estatal de Asistencia en Seguro de Salud (SHIP) (los números de teléfono están incluidos en la 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**.

Sección 8 Cómo comunicarse con la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios

La Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios es una agencia federal independiente que administra programas de beneficios integrales para los empleados ferroviarios del país y sus familias. Si tiene alguna pregunta sobre sus beneficios de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios, comuníquese con la agencia.

Capítulo 2: Números telefónicos y recursos importantes

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

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

Sección 9 ¿Tiene un "seguro de grupo" u otro seguro de salud 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 este plan, puede llamar al empleador o al administrador de beneficios del sindicato o al departamento de servicio al cliente si tiene alguna duda. Puede preguntar sobre los beneficios de salud, las primas o el período de inscripción de su empleador (o el de su cónyuge) o para jubilados. (En la contraportada de este folleto encontrará impresos los números de teléfono del departamento de servicio al cliente). También puede llamar al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048)** si tiene alguna pregunta relacionada con su cobertura de Medicare conforme a este plan.

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

CAPÍTULO 3

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

Capítulo 3. Usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D

Sección 1	Introducción	28
Sección 1.1	Este capítulo describe su cobertura de medicamentos de la Parte D	28
Sección 1.2	Normas básicas para la cobertura de medicamentos de la Parte D del plan	28
Sección 2	Obtener sus medicamentos con receta en una farmacia de la red de servicios o mediante el servicio de pedido por correo del plan	28
Sección 2.1	Para tener cobertura de medicamentos con receta, use una farmacia de la red.	29
Sección 2.2	Cómo buscar farmacias de la red.	29
Sección 2.3	Uso de los servicios de pedido por correo del plan	29
Sección 2.4	¿Cómo puede obtener un suministro de medicamentos a largo plazo?	31
Sección 2.5	¿Cuándo puede usar una farmacia que no se encuentra dentro de la red del plan?	31
Sección 3	Sus medicamentos deben figurar en la “Lista de medicamentos” del plan	32
Sección 3.1	La “Lista de medicamentos” indica qué medicamentos de la Parte D están cubiertos	32
Sección 3.2	Hay cinco “niveles de costo compartido” para los medicamentos de la Lista de medicamentos	32
Sección 3.3	¿Cómo puede saber si un medicamento específico se encuentra en la Lista de medicamentos?	33
Sección 4	Hay restricciones de cobertura para algunos medicamentos	33
Sección 4.1	¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?	33
Sección 4.2	¿Cuáles son las restricciones?	33
Sección 4.3	¿Alguna de estas restricciones se aplica a sus medicamentos?	34
Sección 5	¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no cuenta con la cobertura que quisiera? . . .	34
Sección 5.1	Hay cosas que puede hacer si su medicamento no cuenta con la cobertura que quisiera	34
Sección 5.2	¿Qué puede hacer si su medicamento no se encuentra en la Lista de medicamentos o si el medicamento tiene algún tipo de restricción?	35
Sección 5.3	¿Qué puede hacer si su medicamento se encuentra en un nivel de costo compartido que considera demasiado elevado?	36
Sección 6	¿Qué sucede si su cobertura de uno de sus medicamentos se modifica?	37
Sección 6.1	La Lista de medicamentos puede cambiar durante el año	37
Sección 6.2	¿Qué sucede si cambia la cobertura de un medicamento que toma?	37
Sección 7	¿Qué tipo de medicamentos <i>no</i> están cubiertos por el plan?	38
Sección 7.1	Tipos de medicamentos que no cubrimos.	38
Sección 8	Mostrar su tarjeta de miembro del plan cuando obtenga un medicamento con receta .39	
Sección 8.1	Mostrar su tarjeta de miembro	39
Sección 8.2	¿Qué sucede si no lleva consigo su tarjeta de miembro?	39

Capítulo 3: Usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D

Sección 9	Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales	40
Sección 9.1	¿Qué sucede si se encuentra en un hospital o un centro de atención de enfermería especializada por una estadía cubierta por Original Medicare?	40
Sección 9.2	¿Qué sucede si reside en un centro de cuidado a largo plazo (LTC)?	40
Sección 9.3	¿Qué sucede si toma medicamentos cubiertos por Original Medicare?	40
Sección 9.4	¿Qué sucede si tiene una póliza de Medigap (Seguro complementario de Medicare) con cobertura de medicamentos con receta?	41
Sección 9.5	¿Qué sucede si también recibe cobertura de medicamentos de un empleador o de un plan grupal para jubilados?	41
Sección 9.6	¿Qué sucede si se encuentra en un centro de servicios de hospicio certificado por Medicare?	41
Sección 10	Programas sobre seguridad y administración de los medicamentos	42
Sección 10.1	Programas para ayudar a los miembros a usar medicamentos de manera segura	42
Sección 10.2	Programa de Administración de Medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar los medicamentos opioides de manera segura	42
Sección 10.3	Programa de Administración de Terapia con Medicamentos (MTM) para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos	43

Capítulo 3: Usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D**? ¿Sabía que hay programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos?**

El programa de “Ayuda adicional” ayuda a las personas con recursos limitados a pagar sus medicamentos. Para obtener más información, consulte la Sección 7 del Capítulo 2.

¿Actualmente recibe ayuda para pagar sus medicamentos?

Si está en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos, **parte de la información en esta Evidencia de cobertura sobre los costos para los medicamentos con receta de la Parte D podría no aplicarse a su caso.** Le enviamos un documento separado que se llama “Cláusula de la Evidencia de cobertura para personas que reciben ayuda adicional para pagar sus medicamentos con receta” (también conocida como “Cláusula de subsidios para personas de bajos ingresos” o “Cláusula LIS”) en la que se brinda información acerca de su cobertura de medicamentos. Si no tiene este documento, llame al departamento de servicio al cliente y solicite la “Cláusula LIS”. (En la contraportada de este folleto encontrará impresos los números de teléfono del departamento de servicio al cliente).

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

Este capítulo **describe las normas de uso de su cobertura de medicamentos de la Parte D.**

El capítulo siguiente informa lo que paga por sus medicamentos de la Parte D (Capítulo 4, *Lo que paga por sus medicamentos con receta de la Parte D*).

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

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

Los dos ejemplos de medicamentos aquí descritos están cubiertos por Original Medicare. (Para obtener más información sobre esta cobertura, consulte su manual *Medicare & You* [Medicare y usted]). Sus medicamentos con receta de la Parte D están cubiertos conforme a nuestro plan.

Sección 1.2 Normas básicas para la cobertura de medicamentos de la Parte D del plan

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

- Un proveedor (un médico, dentista u otro profesional que recete medicamentos) debe darle la receta.
- El profesional que receta medicamentos debe aceptar Medicare o presentar la documentación ante los CMS, en la que se demuestre que está calificado para dar recetas, o se rechazará su reclamo de la Parte D. La próxima vez que llame o visite a esta persona, debe preguntarle si cumple esta condición. Si no es así, tenga en cuenta que se requiere tiempo para que el profesional que receta medicamentos envíe la documentación necesaria para su procesamiento.
- Por lo general, debe acudir a una farmacia de la red para obtener un medicamento con receta. (Consulte la Sección 2 *Obtener sus medicamentos con receta en una farmacia de la red de servicios o mediante el servicio de pedido por correo del plan*).
- Su medicamento debe estar en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan (nosotros la denominamos “Lista de medicamentos” para abreviar). (Consulte la Sección 3, *Sus medicamentos deben figurar en la “Lista de medicamentos” del plan*).
- Debe administrar su medicamento para una indicación médicamente aceptada. Una “indicación médicamente aceptada” es la administración de un medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o que tiene el respaldo de ciertos libros de referencia. (Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada).

Sección 2 Obtener sus medicamentos con receta en una farmacia de la red de servicios o mediante el servicio de pedido por correo del plan

Capítulo 3: Usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D

Sección 2.1 Para tener cobertura de medicamentos con receta, use una farmacia de la red

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

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

Sección 2.2 Cómo buscar farmacias de la red

¿Cómo buscar una farmacia de la red en su área?

Para encontrar una farmacia de la red, puede buscar en el *Directorio de farmacias*, visitar nuestro sitio web (www.YourAZMedicareSolutions.com) o llamar al departamento de servicio al cliente (en la contraportada de este folleto encontrará impresos los números de teléfono).

Usted puede ir a cualquiera de las farmacias de nuestra red. Si cambia de una farmacia de la red a otra y necesita volver a obtener un medicamento con receta que ha estado tomando, puede solicitar que un proveedor le haga una nueva receta o que transfieran su receta a su nueva farmacia de la red.

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

Si la farmacia a la cual ha estado acudiendo abandona la red del plan, deberá buscar una farmacia nueva que pertenezca a la red. Para buscar otra farmacia de la red en su área, puede obtener ayuda del departamento de servicio al cliente (en la contraportada de este folleto encontrará impresos los números de teléfono) o usar el *Directorio de farmacias*. También puede encontrar información en nuestro sitio web en www.YourAZMedicareSolutions.com.

¿Qué sucede si necesita una farmacia especializada?

En algunos casos, debe obtener el medicamento con receta en una farmacia especializada. Entre las farmacias especializadas se incluyen las siguientes:

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

Para encontrar una farmacia de la red, puede buscar en el *Directorio de farmacias* o llamar al departamento de servicio al cliente (en la contraportada de este folleto encontrará impresos los números de teléfono).

Sección 2.3 Uso de los servicios de pedido por correo del plan

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

Capítulo 3: Usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D

Los servicios de pedido por correo de nuestro plan le permiten pedir un **suministro de 90 días como máximo**.

Para obtener formularios de pedido e información sobre cómo obtener sus medicamentos por correo, comuníquese con MedImpact Direct Mail®+ (la información de contacto se encuentra al final de esta sección). También puede enviarnos sus recetas por correo o solicitar al profesional que receta medicamentos que se comuniquen con nosotros. Para obtener más información, visite **www.YourAZMedicareSolutions.com**.

A menudo, la farmacia puede enviar los pedidos de resurtido en el mismo día hábil, pero, por lo general, los pedidos pueden demorar hasta 10 días en llegar después de que los realice. MedImpact Direct Mail ofrece envíos acelerados por un cargo adicional. Con el envío acelerado, se reduce el tiempo de tránsito del pedido una vez enviado, es posible que todavía rijan los tiempos de procesamiento interno para pedidos de entre 2 y 5 días.

Si un pedido se retrasa o se cancela por alguna razón, MedImpact Direct se comunicará con usted mediante su método preferido registrado. El costo del envío acelerado es de \$25.00 fijos por pedido, que se realiza el próximo día hábil en las áreas que ofrecen este servicio.

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

La farmacia abastecerá automáticamente y entregará las nuevas recetas que reciba de los proveedores de atención médica, sin consultarle primero, si sucede lo siguiente:

- Utilizó los servicios de pedido por correo con este plan anteriormente.
- Usted se inscribe para la entrega automática de todas las recetas nuevas recibidas directamente de los proveedores de atención médica. Usted puede solicitar la entrega automática de todas las recetas nuevas ahora o en cualquier momento llamando a MedImpact Direct Mail o a través de nuestro sitio web (la información de contacto se encuentra al final de esta sección).

Si recibe una receta de forma automática por correo que usted no quiere, y no se contactaron con usted para saber si la quería antes de enviarla, usted puede tener derecho a obtener un reembolso.

Si alguna vez utilizó el servicio de pedido por correo y no desea que la farmacia surta y envíe automáticamente cada nueva receta, comuníquese con MedImpact Direct Mail o a través de nuestro sitio web (la información de contacto se encuentra al final de esta sección). Después de hacer esta solicitud, la farmacia dejará de enviar automáticamente los pedidos y tendrá que pedir en línea o por teléfono cuando necesite resurtidos.

Si nunca utilizó nuestra entrega de pedido por correo o decide interrumpir el surtido automático de nuevas recetas, la farmacia se comunicará con usted cada vez que reciba una nueva receta de su proveedor de atención médica para saber si desea obtener el medicamento y recibirlo de inmediato. Esto le dará la oportunidad de asegurarse de que la farmacia le entregue el medicamento correcto (incluida la concentración, la cantidad y la forma) y, de ser necesario, le permitirá cancelar o retrasar el pedido antes de que se le facture y envíe. Es importante que responda cada vez que la farmacia se comunica con usted para que comunicarle qué hacer con la nueva receta y evitar cualquier demora en el envío.

Para interrumpir la entrega automática de las nuevas recetas que se reciben directamente del consultorio de su proveedor de atención médica, comuníquese con nosotros llamando a MedImpact Direct Mail o a través de nuestro sitio web (la información de contacto se encuentra al final de esta sección). Después de hacer esta solicitud, la farmacia dejará de enviar automáticamente los pedidos y tendrá que pedir en línea o por teléfono cuando necesite resurtidos.

Resurtido de medicamentos con receta de pedido por correo.

Para obtener resurtidos de sus medicamentos, tiene la opción de inscribirse en un programa de resurtido automático. Con este programa, comenzaremos a procesar su siguiente resurtido automáticamente cuando aparezca en nuestros registros que su medicamento esté próximo a acabarse. Si decide no usar el programa de resurtido automático, comuníquese con su farmacia 15 días antes de que crea que los medicamentos que tiene disponibles se acabarán para asegurarse de que su próximo pedido se envíe a tiempo.

Para excluirse de nuestro programa que prepara automáticamente los resurtidos de los pedidos por correo, póngase en contacto con nosotros llamando

Capítulo 3: Usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D

a MedImpact Direct Mail o a través de nuestro sitio web (la información de contacto se encuentra al final de esta sección).

Para que la farmacia pueda comunicarse con usted para confirmar su pedido antes del envío, asegúrese de hacerles saber las mejores formas de contactarlo. Llame a MedImpact Direct Mail o cree una cuenta en nuestro sitio web (la información de contacto se encuentra al final de esta sección) para proporcionar su método preferido de contacto.

Si necesita actualizar su información de contacto, visite www.YourAZMedicareSolutions.com/bcsaz-update-contact-information. También puede actualizar su información de contacto comunicándose con el departamento de servicio al cliente de Blue MedicareRx al número de teléfono que figura al dorso de su tarjeta de identificación de miembro.

Comuníquese con MedImpact Direct Mail

Tenga su tarjeta de identificación de miembro disponible al llamar. **1-855-873-8739** (TTY: **711**) 24 horas al día, 7 días de la semana.

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

Si obtiene un suministro de medicamentos a largo plazo, es posible que su costo compartido sea más bajo. En el plan se ofrecen dos maneras de obtener un suministro a largo plazo (también denominado “suministro prolongado”) de medicamentos de “mantenimiento” incluidos en la Lista de medicamentos de nuestro plan. (Los medicamentos de mantenimiento son aquellos que usted toma de manera regular debido a una afección médica crónica o a largo plazo). Usted puede pedir el suministro a través del servicio de pedido por correo (consulte la Sección 2.3) o puede ir a una farmacia minorista.

1. **Algunas farmacias minoristas** de nuestra red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. En el *Directorio de farmacias* se indica qué farmacias de nuestra red pueden ofrecerle un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar al departamento de servicio al cliente (en la contraportada de este folleto encontrará impresos los números de teléfono).
2. También puede usar el **servicio de pedido por correo** de la red del plan. Los medicamentos que *no* están disponibles a través del servicio de pedido por correo del plan están marcados con

“NM” en nuestra Lista de medicamentos. Los servicios de pedido por correo de nuestro plan le permiten pedir un suministro de 90 días como máximo. Consulte la Sección 2.3 para obtener más información sobre cómo usar nuestro servicio de pedido por correo.

Sección 2.5 ¿Cuándo puede usar una farmacia que no se encuentra dentro de la red del plan?

Su receta puede tener cobertura en algunas circunstancias

Por lo general, ofrecemos la cobertura si los medicamentos se obtienen en una farmacia fuera de la red *únicamente* cuando usted no puede utilizar una farmacia de la red. Para ayudarlo, contamos con farmacias de la red fuera del área de servicios donde puede obtener sus medicamentos con receta como miembro de nuestro plan. Si no puede utilizar una farmacia de la red, estas son las circunstancias en las que cubriremos los medicamentos con receta obtenidos en una farmacia fuera de la red:

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

Capítulo 3: Usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D

En estos casos, **verifique primero con el departamento de servicio al cliente** para comprobar si hay alguna farmacia de la red cerca. (En la contraportada de este folleto encontrará impresos los números de teléfono del departamento de servicio al cliente). Es posible que deba pagar la diferencia entre lo que paga por el medicamento en una farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia de la red.

¿Cómo pedir un reembolso al plan?

Si usted utiliza una farmacia fuera de la red, por lo general, tendrá que pagar el costo total (en lugar de pagar la parte normal del costo) en el momento de obtener el medicamento con receta. Puede solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte del costo. (En la Sección 2.1 del Capítulo 5 se explica cómo solicitar un reembolso del plan).

Sección 3 Sus medicamentos deben figurar en la “Lista de medicamentos” del plan

Sección 3.1 La “Lista de medicamentos” le indica qué medicamentos de la Parte D están cubiertos

El plan tiene una “*Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*”. En esta *Evidencia de cobertura*, **la denominamos “Lista de medicamentos” para abreviar.**

Los medicamentos de esta lista son seleccionados por el plan con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista debe cumplir los requisitos establecidos por Medicare. Medicare aprobó la Lista de medicamentos del plan.

En la Lista de medicamentos se incluyen los medicamentos que cubre la Parte D de Medicare (anteriormente en este capítulo, en la Sección 1.1 se describen los medicamentos de la Parte D).

En general, cubriremos un medicamento que esté en la Lista de medicamentos del plan siempre y cuando siga las otras normas de cobertura que se explican en este capítulo, y si el uso del medicamento es una indicación médicamente aceptada.

“Indicación médicamente aceptada” se refiere a que el uso del medicamento cumple *una de las siguientes* condiciones:

- Está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos. (Es decir, la Administración de Alimentos y Medicamentos aprobó el medicamento para el diagnóstico o la afección para los cuales se recetó).
- *O bien*, está respaldado por ciertos libros de referencia, como Información sobre Medicamentos del Servicio de Farmacia Hospitalaria Estadounidense y el Sistema de Información DRUGDEX.

La Lista de medicamentos incluye tanto medicamentos de marca como genéricos.

Un medicamento genérico es un medicamento con receta que contiene los mismos principios activos que sus equivalentes de marca. En general, funciona del mismo modo que el medicamento de marca y, a menudo, su costo es menor. Hay medicamentos genéricos disponibles como sustitutos para muchos medicamentos de marca.

¿Qué *no* se incluye en la Lista de medicamentos?

El plan no cubre todos los medicamentos con receta.

- En algunos casos, la ley no permite que ningún plan de Medicare cubra ciertos tipos de medicamentos (para obtener más información sobre esto, consulte la Sección 7.1 de este capítulo).
- En otros casos, decidimos no incluir un medicamento en particular en nuestra Lista de medicamentos.

Sección 3.2 Hay cinco “niveles de costo compartido” para los medicamentos de la Lista de medicamentos

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

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

Capítulo 3: Usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D

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

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

El monto que paga por los medicamentos en cada nivel de costos compartidos se muestra en el Capítulo 4 (*Lo que paga por los medicamentos con receta de la Parte D*).

Sección 3.3 ¿Cómo puede saber si un medicamento específico se encuentra en la Lista de medicamentos?

Usted tiene tres maneras de averiguarlo:

1. Consulte la Lista de medicamentos más reciente que brindamos electrónicamente.
2. Visite el sitio web del plan (www.YourAZMedicareSolutions.com). La Lista de medicamentos del sitio web es siempre la más actualizada.
3. Comuníquese con el departamento de servicio al cliente para saber si un medicamento en particular está en la Lista de medicamentos del plan o pida una copia de la lista. (En la contraportada de este folleto encontrará impresos los números de teléfono del departamento de servicio al cliente).

Sección 4 Hay restricciones de cobertura para algunos medicamentos

Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?

Existen normas especiales que restringen cómo y cuándo nuestro plan cubre ciertos medicamentos con receta. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrolló estas normas para ayudar a nuestros miembros a utilizar los medicamentos del modo más efectivo. Estas normas especiales también ayudan a controlar los costos totales de los medicamentos, lo que hace que la cobertura sea más accesible.

En general, nuestras normas le recomiendan que obtenga un medicamento que funcione para su afección médica y que sea seguro y eficaz. Cuando un medicamento de bajo costo y seguro funcione médicamente del mismo modo que un medicamento de costo más alto, las normas de nuestro plan están diseñadas de tal modo que usted y su proveedor utilicen la opción de menor costo. También debemos cumplir las normas y reglamentaciones de Medicare con respecto a la cobertura de medicamentos y al costo compartido.

Si el medicamento que toma tiene alguna restricción, por lo general, significa que usted o su proveedor deberán tomar medidas adicionales para que cubramos el medicamento. Si desea que eliminemos la restricción, deberá utilizar el proceso de decisión de cobertura y solicitarnos que hagamos una excepción. Podemos aceptar o rechazar la eliminación de la restricción. (Consulte la Sección 5.2 del Capítulo 7 para obtener información sobre cómo solicitar excepciones).

Tenga en cuenta que a veces un medicamento puede aparecer más de una vez en la Lista de medicamentos. Esto sucede porque se pueden aplicar diferentes restricciones o costos compartidos en factores tales como la concentración, cantidad o forma del medicamento con receta por el proveedor de atención médica (por ejemplo, 10 mg frente a 100 mg; uno por día o dos por día; comprimido o líquido).

Sección 4.2 ¿Cuáles son las restricciones?

En nuestro plan se utilizan diferentes tipos de restricciones para ayudar a nuestros miembros a administrar los medicamentos de la forma más efectiva. Las siguientes secciones le brindan más información sobre qué tipo de restricciones utilizamos para ciertos medicamentos.

Restricción de los medicamentos de marca cuando se encuentra disponible una versión genérica

Por lo general, un medicamento “genérico” funciona del mismo modo que un medicamento de marca y, comúnmente, es menos costoso. **En la mayoría de los casos, cuando se encuentra disponible una versión genérica de un medicamento de marca, nuestras farmacias de la red le brindarán la versión genérica.** En general, no cubriremos el medicamento de marca si existe una versión genérica disponible.

Capítulo 3: Usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D

Sin embargo, cubriremos el medicamento de marca si su proveedor nos informa la razón médica por la que el medicamento genérico u otros medicamentos cubiertos que tratan la misma afección no le surtirán efecto. (Su parte del costo puede ser mayor para el medicamento de marca que para el genérico).

Cómo obtener la aprobación del plan por anticipado

Para ciertos medicamentos, usted o su proveedor deben obtener aprobación del plan antes de que acordemos cubrirle el medicamento. Esto se denomina **“autorización previa”**. A veces, el requisito de obtener aprobación por anticipado ayuda a orientarlo sobre la administración apropiada de ciertos medicamentos. Si no obtiene esta aprobación, es posible que su medicamento no esté cubierto por el plan.

Probar primero un medicamento diferente

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

Límites de cantidad

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

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

La Lista de medicamentos del plan incluye información sobre las restricciones que se describen arriba. Para averiguar si alguna de estas restricciones se aplica al medicamento que toma o desea tomar, consulte la Lista de medicamentos. Si desea obtener información más actualizada, llame al departamento de servicio al cliente (en la contraportada de este folleto encontrará impresos los números de teléfono) o consulte nuestro sitio web (www.YourAZMedicareSolutions.com).

Si el medicamento que toma tiene alguna restricción, por lo general, significa que usted o su proveedor deberán tomar medidas adicionales para que cubramos el medicamento. Si el medicamento que toma tiene alguna restricción, por lo general, significa que usted o su proveedor deberán tomar medidas adicionales para que cubramos el medicamento. Si desea que eliminemos la restricción, deberá utilizar el proceso de decisión de cobertura y solicitarnos que hagamos una excepción. Podemos aceptar o rechazar la eliminación de la restricción. (Consulte la Sección 5.2 del Capítulo 7 para obtener información sobre cómo solicitar excepciones).

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

Sección 5.1 Hay cosas que puede hacer si su medicamento no cuenta con la cobertura que quisiera

Esperamos que su cobertura de medicamentos le sea útil. Pero es posible que pudiera existir un medicamento con receta que usted esté tomando actualmente o uno que usted y su proveedor crean que debería tomar que no esté en nuestra lista o que esté, pero con restricciones. Por ejemplo:

- Es posible que el medicamento no tenga ningún tipo de cobertura. O quizás una versión genérica del medicamento está cubierta, pero no la versión de marca que desea.
- El medicamento está cubierto, pero hay normas o restricciones adicionales para ese medicamento. Como se explicó en la Sección 4, algunos de los medicamentos cubiertos por nuestro plan están sujetos a normas que restringen su uso. Por ejemplo, se le podría exigir que pruebe primero un medicamento diferente, para ver si funciona, antes de que el medicamento que usted desea tomar tenga cobertura para usted. O pueden existir límites en la cantidad del medicamento (cantidad de píldoras, etc.) que se cubre durante un período de tiempo en particular. En algunos casos, tal vez desee que eliminemos la restricción.

Capítulo 3: Usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D

- Hay cosas que usted puede hacer si su medicamento no tiene la cobertura que desea. El plan asigna cada uno de los medicamentos cubiertos a uno de los cinco niveles diferentes de costos compartidos. El monto que usted paga por su medicamento con receta depende, en parte, del nivel de costos compartidos al que se asignó su medicamento.

Hay cosas que puede hacer si su medicamento no cuenta con la cobertura que quisiera. Sus opciones dependen del tipo de problema que tenga:

- Si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o si su medicamento está sujeto a restricciones, consulte la Sección 5.2 para saber qué puede hacer.
- Si su medicamento está en un nivel de costos compartidos en el cual el costo que usted debe pagar es superior a lo que considera que debería ser, consulte la Sección 5.3 para saber qué puede hacer.

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

Si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o tiene algún tipo de restricción, puede hacer lo siguiente:

- Puede obtener un suministro temporal del medicamento (solo los miembros en ciertas circunstancias pueden obtener un suministro temporal). Esto les dará tiempo a usted y a su proveedor para cambiar de medicamento o presentar una solicitud para que cubramos el medicamento.
- Puede cambiar de medicamento.
- Puede solicitar una excepción y pedir al plan que cubra el medicamento o quite las restricciones.

Puede obtener un suministro temporal

En ciertas circunstancias, el plan puede ofrecerle un suministro temporal de un medicamento cuando este no se encuentre en la Lista de medicamentos o cuando tenga alguna restricción. Al hacer esto, usted gana tiempo para hablar con su proveedor sobre el cambio en la cobertura y decidir qué debe hacer.

Para reunir las condiciones para recibir un suministro temporal, debe cumplir los siguientes dos requisitos:

1. El cambio de la cobertura de su medicamento debe ser uno de los siguientes tipos de cambio:

- El medicamento que estuvo tomando **ya no está en la Lista de medicamentos del plan.**
- El medicamento que tomaba **ahora tiene algún tipo de restricción.** (En la Sección 4 de este capítulo se explican las restricciones).

2. Su situación debe ser alguna de las descritas a continuación:

- **Para aquellos miembros que son nuevos o ya estaban en el plan el año anterior:**

Cubriremos un suministro temporal de su medicamento **durante los primeros 90 días de su membresía en el plan si usted fuera nuevo y durante los primeros 90 días del año calendario si estaba en el plan desde el año pasado.** Este suministro temporal estará vigente durante un máximo de 30 días. Si en su receta figuran menos días, permitiremos que le entreguen múltiples resurtidos hasta un suministro máximo de 30 días de medicamento. Debe obtener el medicamento con receta en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo puede brindar el medicamento en menores cantidades por vez para evitar que se desperdicie).

- **Para los miembros que estuvieron en el plan por más de 90 días, que residen en un centro de cuidado a largo plazo (LTC) y necesitan un suministro de inmediato:**

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

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

Si tiene un cambio en el nivel de atención, como ser dado de alta de un hospital o de un centro de cuidado a largo plazo a su hogar o un cambio similar en los entornos de cuidado, es posible que obtenga nuevas recetas para los medicamentos que le administraban en el hospital o en el centro de cuidado a largo plazo. Tenemos procesos en marcha para asegurarnos de que pueda recibir sus medicamentos con receta y evitar una interrupción en su tratamiento farmacológico.

Capítulo 3: Usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D

Si usted no es residente de un centro de cuidado a largo plazo y tiene un cambio de nivel de cuidado, como ser dado de alta de un hospital, su farmacia le proporcionará automáticamente un surtido de transición de cada uno de sus medicamentos. Si usted es residente de un centro de cuidado a largo plazo y tiene un cambio de nivel de cuidado, como ser dado de alta de un centro de cuidado a largo plazo, su farmacia presentará una solicitud para permitirle obtener un surtido de hasta 30 días de cada uno de sus medicamentos. Su farmacéutico debe ser capaz de decir cuándo presenta electrónicamente su reclamación que indica que la receta es el resultado de un cambio de nivel de cuidado. Si el farmacéutico no puede decir eso a partir de su reclamación, puede llamar al Servicio de ayuda de farmacia y obtener el permiso necesario para recibir su medicamento con receta. El número de teléfono figura al dorso de su tarjeta de identificación de miembro.

Para solicitar un suministro temporal, comuníquese con el departamento de servicio al cliente (en la contraportada de este folleto encontrará impresos los números de teléfono).

Durante el tiempo en que recibe un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se quede sin el suministro temporal. Puede cambiar a un medicamento diferente cubierto por el plan o solicitar al plan que haga una excepción y cubra su medicamento actual. En las secciones a continuación se incluye más información acerca de estas opciones.

Puede cambiar de medicamento

Primero hable con su proveedor. Quizás exista un medicamento cubierto diferente en nuestro plan que pueda servirle. Puede llamar al departamento de servicio al cliente para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que sirvan para el tratamiento de la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que sea eficaz para usted. (En la contraportada de este folleto encontrará impresos los números de teléfono del departamento de servicio al cliente).

Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitar al plan que haga una excepción y cubra el medicamento del modo en que a usted le gustaría. Si su proveedor afirma

que usted cuenta con razones médicas que justifican el pedido de una excepción, este puede ayudarlo a solicitar una excepción a la norma. Por ejemplo, puede pedir que el plan cubra un medicamento, aunque no esté en la Lista de medicamentos del plan. O puede solicitar al plan que haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

Si es un miembro actual y un medicamento que está tomando se eliminará del formulario o se restringirá de alguna manera el próximo año, le permitiremos que solicite una excepción al formulario por adelantado para el próximo año. Le informaremos sobre cualquier cambio en la cobertura de su medicamento para el año siguiente. Puede solicitar una excepción antes del próximo año y le daremos una respuesta a su solicitud en el plazo de 72 horas de haber recibido su solicitud (o la declaración de respaldo del profesional que receta medicamentos). Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura antes de que el cambio surta efecto.

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

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

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

Puede cambiar de medicamento

Si su medicamento está en un nivel de costos compartidos que usted considera demasiado elevado, hable primero con su proveedor. Quizás haya un medicamento diferente que esté en un nivel de costos compartidos más bajo y que le podría surtir efecto igual. Puede llamar al departamento de servicio al cliente para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que sirvan para el tratamiento de la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que sea eficaz para usted. (En la contraportada de este folleto encontrará impresos los números de teléfono del departamento de servicio al cliente).

Capítulo 3: Usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D

Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitarle al plan que haga una excepción al nivel de costos compartidos para dichos medicamentos de manera que usted pague menos por ellos. Si su proveedor afirma que usted cuenta con razones médicas que justifican el pedido de una excepción, este puede ayudarlo a solicitar una excepción a la norma.

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

Los medicamentos especiales no son elegibles para este tipo de excepción. No reducimos el monto de los costos compartidos de los medicamentos en este nivel.

Sección 6 ¿Qué sucede si su cobertura de uno de sus medicamentos se modifica?

Sección 6.1 La Lista de medicamentos puede cambiar durante el año

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos ocurre a comienzos de año (el 1 de enero). Sin embargo, durante el año, el plan puede realizar cambios en la Lista de medicamentos. Por ejemplo, el plan puede:

- **Agregar o quitar medicamentos de la Lista de medicamentos.** Hay medicamentos nuevos disponibles, incluidos nuevos medicamentos genéricos. Quizás el gobierno aprobó un uso nuevo de un medicamento ya existente. A veces, se retira del mercado un medicamento y decidimos no cubrirlo. O retiramos un medicamento de la lista debido a que se descubrió que no es eficaz.
- **Trasladar un medicamento a un nivel más alto o más bajo de costos compartidos.**
- **Agregar o quitar una restricción de cobertura de un medicamento** (para obtener más información sobre las restricciones de la cobertura, consulte la Sección 4 de este capítulo).
- **Reemplazar un medicamento de marca por un medicamento genérico.**

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

Sección 6.2 ¿Qué sucede si cambia la cobertura de un medicamento que toma?

Información sobre cambios en la cobertura de medicamentos

Cuando se realicen cambios en la Lista de medicamentos durante el año, publicaremos información en nuestro sitio web con relación a ellos. Actualizaremos nuestra Lista de medicamentos en línea regularmente para incluir cualquier cambio que haya ocurrido luego de la última actualización. A continuación, resaltamos las veces que usted recibirá una notificación directa si se realizan cambios en un medicamento que está tomando. También puede llamar al departamento de servicio al cliente (en la contraportada de este folleto encontrará impresos los números de teléfono).

¿Los cambios en la cobertura de su medicamento lo afectan de inmediato?

Cambios que pueden afectarlo este año: En los siguientes casos, resultará afectado por los cambios en la cobertura durante el año actual:

- **Un medicamento genérico nuevo reemplaza un medicamento de marca en la Lista de medicamentos (cambiamos el nivel de costo compartido o agregamos nuevas restricciones al medicamento de marca, o ambas opciones)**
 - Es posible que eliminemos inmediatamente un medicamento de marca de nuestra Lista de medicamentos si lo reemplazamos por una versión genérica recién aprobada del mismo medicamento que aparecerá en el mismo nivel de costos compartidos, o en uno más bajo, y con las mismas restricciones, o menos. Además, al agregar el nuevo medicamento genérico, es posible que decidamos mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos, pero moverlo inmediatamente a un nivel de costos compartidos más alto o agregar nuevas restricciones.
 - Es posible que no le avisemos con anticipación antes de implementar el cambio, incluso si actualmente está tomando el medicamento de marca.
 - Usted o el profesional que receta medicamentos pueden pedirnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo su medicamento de marca. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 7 (*Qué hacer si tiene un problema o un reclamo [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos]*).

Capítulo 3: Usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D

- Si está tomando el medicamento de marca en el momento que hacemos el cambio, le proporcionaremos información sobre los cambios específicos que realizamos. También se incluirá información sobre los pasos que puede seguir para solicitar una excepción para cubrir el medicamento de marca. Es probable que no reciba esta notificación antes de que realicemos el cambio.

■ Medicamentos no seguros y otros medicamentos en la Lista de medicamentos que se retiran del mercado

- De vez en cuando, se puede retirar repentinamente un medicamento del mercado porque se descubre que no es seguro o por otras razones. Si esto ocurre, lo eliminaremos inmediatamente de la Lista de medicamentos. Si usted está tomando ese medicamento, le avisaremos sobre el cambio de inmediato.
- El profesional que receta medicamentos también sabrá acerca de este cambio y puede trabajar con usted para encontrar otro medicamento para su afección.

■ Otros cambios en los medicamentos de la Lista de medicamentos

- Podemos realizar otros cambios que afecten a los medicamentos que usted está tomando una vez que el año haya comenzado. Por ejemplo, podemos agregar un medicamento genérico que no es nuevo en el mercado para reemplazar a un medicamento de marca, cambiar el nivel de costos compartidos o agregar nuevas restricciones al medicamento de marca. También podemos hacer cambios en función de la presencia de recuadros de advertencia de la FDA o nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare. Debemos darle aviso del cambio con al menos 30 días de anticipación o darle aviso del cambio y un resurtido de 30 días del medicamento que está tomando en una farmacia de la red.
- Una vez que reciba el aviso del cambio, deberá trabajar junto con el profesional que receta medicamentos para cambiar a un medicamento diferente que cubramos.
- O bien, usted o el profesional que receta medicamentos pueden pedirnos 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 un reclamo [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos]*).

Cambios en los medicamentos de la Lista de medicamentos que no afectarán a las personas que actualmente lo están tomando:

Para conocer los cambios en la Lista de medicamentos que no se describieron anteriormente, si actualmente toma el medicamento, los siguientes tipos de cambios no lo afectarán hasta el 1 de enero del siguiente año si permanece en el plan:

- Si transferimos su medicamento a un nivel más alto de costo compartido.
- Si agregamos una restricción nueva al uso del medicamento.
- Si quitamos su medicamento de la Lista de medicamentos.

Si alguno de estos cambios ocurre para un medicamento que está tomando (pero no por un retiro del mercado, un medicamento genérico que reemplaza uno de marca u otro cambio indicado en las secciones anteriores), el cambio no afectará su uso o lo que usted paga como su parte del costo hasta el 1 de enero del siguiente año. Hasta esa fecha, probablemente no note un aumento en sus pagos ni ninguna restricción adicional en su uso del medicamento. Usted no recibirá un aviso directo este año sobre cambios que no lo afecten. Sin embargo, el 1 de enero del próximo año, se verá afectado por los cambios y es importante que consulte la Lista de medicamentos en el nuevo año de beneficios para ver si hay cambios en los medicamentos.

Sección 7 ¿Qué tipo de medicamentos *no* están cubiertos por el plan?

Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos

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

Si obtiene medicamentos que están excluidos, debe pagarlos usted. No pagaremos los medicamentos que se enumeran en esta sección. La única excepción es la siguiente: Si se determina mediante una apelación que el medicamento solicitado no se excluye de la Parte D y nosotros deberíamos pagarlo o cubrirlo por su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hemos tomado con respecto a no cubrir un medicamento, consulte la Sección 5.5 del Capítulo 7 de este folleto).

Capítulo 3: Usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D

A continuación se incluyen tres normas generales sobre los medicamentos que los planes de medicamentos de Medicare no cubrirán conforme a la Parte D:

- La cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que debería estar cubierto por la Parte A o Parte B de Medicare.
- Nuestro plan no puede cubrir un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Nuestro plan no puede cubrir el uso para una indicación no autorizada. El “uso para una indicación no autorizada” es cualquier uso distinto del que se indica en el prospecto de un medicamento, según lo aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos.
 - Por lo general, la cobertura del “uso para una indicación no autorizada” solo se permite cuando el uso está respaldado por ciertos libros de referencia, como Información sobre Medicamentos del Servicio de Farmacia Hospitalaria Estadounidense y el Sistema de Información DRUGDEX. Si el uso no está respaldado por alguno de estos libros de referencia, nuestro plan no puede cubrir su “uso para una indicación no autorizada”.

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

- Medicamentos sin receta (también denominados medicamentos de venta libre)
- Medicamentos para promover la fertilidad
- Medicamentos para aliviar la tos o los síntomas del resfrío
- Medicamentos para fines cosméticos o para promover el crecimiento del cabello
- Vitaminas y minerales con receta, excepto las vitaminas prenatales y los preparados con flúor
- Medicamentos para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil
- Medicamentos para el tratamiento de la anorexia, la pérdida de peso o el aumento de peso
- Medicamentos para pacientes externos, cuando el fabricante exige que se compren pruebas o servicios de control relacionados exclusivamente del fabricante como condición para la venta

Si recibe “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos, el programa Medicaid de su estado puede cubrir algunos medicamentos con receta que normalmente no están cubiertos por un plan de medicamentos de Medicare. Comuníquese con el programa Medicaid de su estado para determinar qué cobertura de medicamentos puede estar disponible para usted. Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto de Medicaid en la Sección 6 del Capítulo 2.

Sección 8 Mostrar su tarjeta de miembro del plan cuando obtenga un medicamento con receta

Sección 8.1 Mostrar su tarjeta de miembro

Para obtener un medicamento con receta, muestre su tarjeta de miembro del plan en la farmacia de la red que elija. Cuando muestre su tarjeta de miembro del plan, la farmacia de la red facturará inmediatamente al plan *nuestra* parte del costo de su medicamento con receta cubierto. Deberá pagar a la farmacia *su* parte del costo cuando recoja su medicamento con receta.

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

Si no tiene con usted su tarjeta de miembro del plan cuando obtiene su medicamento con receta, pida a la farmacia que llame al plan para obtener la información necesaria.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, **es posible que tenga que pagar el costo total del medicamento con receta cuando lo recoja**. (Luego, puede **solicitarnos que le reembolsemos** nuestra parte del costo. Consulte la Sección 2.1 del Capítulo 5 para obtener información sobre cómo solicitar un reembolso al plan).

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

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

Si usted **ingresa a un hospital** por una estadía cubierta por Original Medicare, la Parte A de Medicare generalmente cubrirá el costo de sus medicamentos con receta durante su estadía. Cuando le dan el alta, nuestro plan cubrirá sus medicamentos siempre y cuando cumplan nuestras normas para la cobertura. Consulte las partes anteriores de este capítulo que informan sobre las normas para obtener cobertura de medicamentos.

Si usted **ingresa a un centro de atención de enfermería especializada** por una estadía cubierta por Original Medicare, la Parte A de Medicare generalmente cubrirá el costo de sus medicamentos con receta durante su estadía. Si aún se encuentra en un centro de atención de enfermería especializada y la Parte A ya no cubre sus medicamentos, nuestro plan cubrirá sus medicamentos siempre que estos cumplan nuestras normas para la cobertura. Consulte las partes anteriores de este capítulo que informan sobre las normas para obtener cobertura de medicamentos.

Recuerde: Cuando ingrese, viva o abandone un centro de atención de enfermería especializada, tiene derecho a un Período de inscripción especial. Durante este período, puede cambiar de plan o cambiar su cobertura. (El Capítulo 8, *Finalizar su membresía en el plan*, le indica cuándo puede abandonar el plan e inscribirse en otro plan de Medicare).

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

Generalmente, un centro de cuidado a largo plazo (LTC) (como una residencia para adultos mayores) tiene su propia farmacia o una farmacia que suministra los medicamentos a todos sus residentes. Si reside en un centro de cuidado a largo plazo, puede obtener sus medicamentos con receta a través de la farmacia del centro, siempre que forme parte de nuestra red.

Consulte el *Directorio de farmacias* para averiguar si la farmacia del centro de cuidado a largo plazo forma parte de nuestra red. Si no forma parte, o si usted necesita más información, comuníquese con el departamento de servicio al cliente (en la contraportada de este folleto encontrará impresos los números de teléfono).

¿Qué sucede si reside en un centro de cuidado a largo plazo (LTC) y se convierte en un nuevo miembro del plan?

Si necesita un medicamento que no está incluido en nuestra Lista de medicamentos o tiene ciertas restricciones, el plan cubrirá un **suministro temporal** del medicamento durante los primeros 90 días de su membresía. Este suministro total será por un máximo de hasta 31 días, o menos si su receta así lo indica. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo puede brindar el medicamento en menores cantidades por vez para evitar que se desperdicie). Si ha sido miembro del plan durante más de 90 días y necesita un medicamento que no se encuentra en nuestra Lista de medicamentos, o si el plan tiene alguna restricción sobre la cobertura del medicamento, cubriremos un suministro de 31 días o menos si su receta así lo indica.

Durante el tiempo en que recibe un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se quede sin el suministro temporal. Quizás exista un medicamento cubierto diferente en nuestro plan que pueda servirle. O usted y su proveedor pueden solicitar al plan que haga una excepción y cubra el medicamento del modo en que a usted le gustaría. Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, en la Sección 5.4 del Capítulo 7 se explica qué deben hacer.

Sección 9.3 ¿Qué sucede si toma medicamentos cubiertos por Original Medicare?

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

Capítulo 3: Usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D

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

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

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

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

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

¿Tiene en la actualidad otra cobertura de medicamentos con receta a través de su empleador o un plan grupal para jubilados (o el de su cónyuge)? Si es así, comuníquese con el **administrador de beneficios de dicho grupo**. Este puede ayudarlo a determinar cómo funcionará su cobertura de medicamentos con receta actual con nuestro plan.

En general, si actualmente está empleado, la cobertura de medicamentos con receta que obtiene de nuestro plan será *secundaria* a la cobertura de su empleador o grupo para jubilados. Eso significa que su cobertura de grupo sería la primera en pagar.

Nota especial sobre la “cobertura acreditable”:

Cada año, su empleador o grupo para jubilados debería enviarle un aviso que indique si su cobertura de medicamentos con receta para el próximo año calendario es “acreditable” y las opciones disponibles de cobertura de medicamentos.

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

Conserve estos avisos sobre la cobertura acreditable, porque puede necesitarlos más adelante. Si se inscribe en un plan de Medicare que incluye cobertura de medicamentos de la Parte D, puede necesitar estos avisos para demostrar que ha mantenido la cobertura acreditable. Si no recibió un aviso sobre cobertura acreditable de su empleador o del plan de grupo para jubilados, puede obtener una copia del administrador de los beneficios de su empleador o del grupo para jubilados, o del empleador o sindicato.

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

Los medicamentos nunca están cubiertos por un centro de servicios de hospicio y por nuestro plan al mismo tiempo. Si está inscrito en un centro de servicios de hospicio de Medicare y requiere algún medicamento para náuseas, laxante, analgésico o ansiolítico que no esté cubierto por su centro de servicios de hospicio porque no está relacionado con su enfermedad terminal y sus afecciones relacionadas, nuestro plan debe recibir un aviso del profesional que receta medicamentos o de su proveedor del centro de servicios de hospicio indicando que el medicamento no está relacionado antes de que nuestro plan pueda cubrirlo. Para evitar demoras en la recepción de todos los medicamentos no relacionados que deberían estar cubiertos por nuestro plan, puede solicitar a su proveedor del centro de servicios de hospicio o al profesional

Capítulo 3: Usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D

que receta medicamentos que se aseguren de que tengamos el aviso que indique que el medicamento no está relacionado antes de que usted solicite a la farmacia su medicamento con receta.

En el caso de que revoque la elección de su centro de servicios de hospicio o le den el alta del centro, nuestro plan debe cubrir todos sus medicamentos. Para evitar demoras en una farmacia cuando finaliza su beneficio del centro de servicios de hospicio de Medicare, debe traer la documentación a la farmacia para verificar su revocación o alta. Consulte las partes anteriores de esta sección en las que se detallan las normas para obtener cobertura de medicamentos a través de la Parte D. En el Capítulo 4 (*Lo que usted paga por sus medicamentos con receta de la Parte D*) encontrará más información sobre la cobertura de medicamentos y lo que debe pagar.

Sección 10 Programas sobre seguridad y administración de los medicamentos

Sección 10.1 Programas para ayudar a los miembros a usar medicamentos de manera segura

Realizamos revisiones del uso de medicamentos para nuestros miembros para ayudar a cerciorarnos de que estén recibiendo atención segura y apropiada. Estas revisiones son especialmente importantes para los miembros que tienen más de un proveedor que receta sus medicamentos.

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

- Posibles errores de medicamentos.
- Medicamentos que pueden no ser necesarios porque está tomando otro medicamento para tratar la misma afección médica.
- Medicamentos que pueden no ser seguros o adecuados debido a su edad o sexo.
- Ciertas combinaciones de medicamentos que podrían causarle daños si los toma al mismo tiempo.
- Recetas extendidas para medicamentos que tienen ingredientes a los que usted es alérgico.

- Posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que toma.
- Cantidades no seguras de analgésicos opioides.

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

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

Tenemos un programa que puede ayudar a garantizar que nuestros miembros usen de manera segura los medicamentos opioides u otros medicamentos con receta que con frecuencia se usan indebidamente. Este programa se llama Programa de Administración de Medicamentos (DMP). Si usa medicamentos opioides que obtiene de varios médicos o farmacias, es posible que hablemos con sus médicos para asegurarnos de que su uso de medicamentos opioides sea apropiado y medicamento necesario. En colaboración con sus médicos, si decidimos que su uso de medicamentos opioides o benzodiazepinas con receta no es seguro, podemos limitar la forma en que puede obtener esos medicamentos. Las limitaciones pueden ser las siguientes:

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

Si decidimos que una o más de estas limitaciones deben aplicarse a usted, le enviaremos una carta con anticipación. La carta incluirá información que explique las limitaciones que deben aplicarse a usted. También tendrá la oportunidad de decirnos qué médicos o farmacias prefiere usar, y sobre cualquier otra información que considere 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 con receta o con la limitación,

Capítulo 3: Usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D

usted y el profesional que receta medicamentos tienen derecho a solicitar una apelación. Si decide apelar, revisaremos su caso y tomaremos una decisión. Si continuamos denegando cualquier parte de su solicitud relacionada con las limitaciones que se aplican a su acceso a los medicamentos, automáticamente enviaremos su caso a un revisor independiente fuera de nuestro plan. Consulte el Capítulo 7 para obtener información sobre cómo solicitarnos una apelación.

El DMP puede no aplicarse a usted si tiene determinadas afecciones médicas, como cáncer, o si recibe cuidados paliativos o vive en un centro de cuidado a largo plazo.

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

Tenemos un programa que puede ayudar a nuestros miembros con necesidades complejas de salud.

Este programa es voluntario y gratuito para los miembros. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrolló el programa para nosotros. Este programa puede ayudar a garantizar que nuestros miembros reciban el máximo beneficio de los medicamentos que toman. Nuestro programa se llama Programa de Administración de Terapia con Medicamentos (MTM).

Algunos miembros 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 harán una revisión integral de todos sus medicamentos. Puede preguntarles cuál es la mejor forma de tomar sus medicamentos, cuáles son sus costos y sobre cualquier problema o duda que tenga acerca de sus medicamentos con receta y de venta libre. Recibirá un resumen impreso de este análisis. El resumen incluye un plan de acción de los medicamentos que recomienda lo que puede hacer para usarlos de la mejor manera, con espacio para que tome notas o escriba las preguntas de seguimiento. También recibirá una lista de medicamentos personales que incluirá todos los medicamentos que usted está tomando y por qué los toma.

Se recomienda que revisen sus medicamentos antes de su visita anual de “Bienestar”, de manera que pueda hablar con su médico sobre su plan de acción y lista de medicamentos. Traiga su plan de acción y lista de medicamentos a su visita o en cualquier momento en que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. Además, lleve consigo la lista de sus medicamentos (por ejemplo, junto con su identificación) en caso de que acuda al hospital o a la sala de emergencias.

Si tenemos un programa que se ajusta a sus necesidades, lo inscribiremos automáticamente al programa y le enviaremos información. Si usted decide no participar, infórmenos y lo retiraremos del programa. Si tiene alguna pregunta acerca de estos programas, comuníquese con el departamento de servicio al cliente (en la contraportada de este folleto encontrará impresos los números de teléfono).

†MedImpact Direct Mail® es una empresa independiente que ofrece servicios de administración de beneficios de farmacia.

CAPÍTULO 4

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

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

Sección 1	Introducción	46
Sección 1.1	Use este capítulo junto con otros materiales que explican su cobertura de medicamentos. . .	46
Sección 1.2	Tipos de costos que paga de su bolsillo por los medicamentos cubiertos	46
Sección 2	El monto que paga por un medicamento depende de la “etapa de pago del medicamento” en la que se encuentre cuando obtenga el medicamento.	47
Sección 2.1	¿Cuáles son las etapas de pago de medicamentos para los miembros de Blue MedicareRx Value?	47
Sección 3	Enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y la etapa de pago en la que se encuentra	48
Sección 3.1	Enviamos un informe mensual llamado “ <i>Explicación de beneficios de la Parte D</i> ” (“EOB de la Parte D”)	48
Sección 3.2	Ayúdenos a mantener actualizada la información que tenemos sobre sus pagos de medicamentos.	48
Sección 4	Durante la etapa del deducible, debe pagar el costo total de sus medicamentos	49
Sección 4.1	Permanece en la etapa del deducible hasta que haya pagado \$445 por sus medicamentos . .	49
Sección 5	Durante la etapa de cobertura inicial, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga su parte	49
Sección 5.1	Lo que paga por un medicamento depende del medicamento y de la farmacia de la que lo obtiene	49
Sección 5.2	Una tabla que muestra sus costos por un suministro de <i>un mes</i> de un medicamento	50
Sección 5.3	Si su médico le receta un suministro menor a un mes completo, es posible que no tenga que pagar el costo del suministro para el mes completo.	50
Sección 5.4	Una tabla que muestra sus costos por un suministro <i>a largo plazo</i> (de hasta 90 días) de un medicamento	50
Sección 5.5	Permanece en la etapa de cobertura inicial hasta que sus costos totales por medicamentos del año alcancen los \$4,130	52
Sección 6	Durante la etapa de período sin cobertura, recibe un descuento por los medicamentos de marca y no paga más del 25 % de los costos de los medicamentos genéricos	53
Sección 6.1	Permanece en la etapa de período sin cobertura hasta que los costos que paga de su bolsillo alcancen los \$6,550	53
Sección 6.2	Cómo calcula Medicare los costos que paga de su bolsillo por los medicamentos con receta	53
Sección 7	Durante la etapa de cobertura catastrófica, el plan paga la mayoría de los costos de sus medicamentos	54
Sección 7.1	Una vez que se encuentre en la etapa de cobertura catastrófica, permanecerá en esta etapa durante el resto del año	54
Sección 8	Lo que paga por las vacunas cubiertas por la Parte D depende de cómo y dónde las obtiene	55
Sección 8.1	Es posible que nuestro plan tenga una cobertura separada por los medicamentos de vacunas de la Parte D en sí mismos y del costo de su administración	55
Sección 8.2	Le recomendamos que nos llame al departamento de servicio al cliente antes de administrarse una vacuna	56

Capítulo 4: Lo que paga por sus medicamentos con receta de la Parte D**¿Sabía que hay programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos?**

El programa de “Ayuda adicional” ayuda a las personas con recursos limitados a pagar sus medicamentos. Para obtener más información, consulte la Sección 7 del Capítulo 2.

¿Actualmente recibe ayuda para pagar sus medicamentos?

Si está en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos, **parte de la información en esta Evidencia de cobertura sobre los costos para los medicamentos con receta de la Parte D podría no aplicarse a su caso.** Le enviamos un documento separado que se llama “Cláusula de la Evidencia de cobertura para personas que reciben ayuda adicional para pagar sus medicamentos con receta” (también conocida como “Cláusula de subsidios para personas de bajos ingresos” o “Cláusula LIS”) en la que se brinda información acerca de su cobertura de medicamentos. Si no tiene este documento, llame al departamento de servicio al cliente y solicite la “Cláusula LIS”. (En la contraportada de este folleto encontrará impresos los números de teléfono del departamento de servicio al cliente).

- La “Lista de medicamentos” le indica qué medicamentos de la Parte D están cubiertos.
- También indica en cuál de los cinco “niveles de costo compartido” se encuentra el medicamento y si hay restricciones en su cobertura del medicamento.
- Si necesita una copia, comuníquese con el departamento de servicio al cliente (en la contraportada de este folleto encontrará impresos los números de teléfono). También puede encontrar esta información en nuestro sitio web en www.YourAZMedicareSolutions.com. La Lista de medicamentos del sitio web es siempre la más actualizada.

- **Capítulo 3 de este folleto.** El Capítulo 3 proporciona información sobre su cobertura de medicamentos con receta, incluidas las normas que debe seguir cuando obtiene medicamentos cubiertos. Este capítulo también incluye los tipos de medicamentos con receta que no están cubiertos por nuestro plan.
- **El Directorio de farmacias** del plan. En la mayoría de las situaciones, debe acudir a una farmacia de la red para obtener sus medicamentos cubiertos (consulte el Capítulo 3 para obtener información). El *Directorio de farmacias* incluye una lista de farmacias de la red del plan. También le informa qué farmacias de nuestra red pueden proporcionarle un suministro a largo plazo de un medicamento (como obtener un medicamento con receta para un suministro de tres meses).

Sección 1 Introducción

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

Este capítulo se enfoca en lo que paga por sus medicamentos con receta de la Parte D. Para simplificar, en este capítulo usamos el término “medicamentos” para referirnos a los medicamentos con receta de la Parte D. Como se explicó en el Capítulo 3, no todos los medicamentos son medicamentos de la Parte D, algunos están cubiertos conforme a la Parte A o la Parte B de Medicare y otros están excluidos de la cobertura de Medicare, conforme a la ley.

Para comprender la información de pago que le brindamos en este capítulo, debe conocer los fundamentos sobre los medicamentos que están cubiertos, dónde obtener sus medicamentos con receta y las normas que debe cumplir cuando obtiene sus medicamentos cubiertos. A continuación, se incluyen materiales que explican estos fundamentos:

- **La Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)** del plan. Para simplificar, la denominamos “Lista de medicamentos”.

Sección 1.2 Tipos de costos que paga de su bolsillo por los medicamentos cubiertos

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

- El “**deducible**” es el monto que usted debe pagar por los medicamentos antes de que nuestro plan empiece a pagar su parte.
- “**Copago**” significa que debe pagar un monto fijo cada vez que obtiene un medicamento con receta.
- “**Coseguro**” significa que debe pagar un porcentaje del costo total del medicamento cada vez que obtiene un medicamento con receta.

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

Sección 2 El monto que paga por un medicamento depende de la “etapa de pago del medicamento” en la que se encuentre cuando obtenga el medicamento

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

Tal como se muestra en la tabla a continuación, hay “etapas de pago de medicamentos” para su cobertura de medicamentos con receta de Blue MedicareRx Value. El monto que paga por un medicamento depende de la etapa de pago del medicamento en la que se encuentre en el momento de obtener o resurtir un medicamento con receta. Tenga en cuenta que siempre es responsable de la prima mensual del plan, independientemente de la etapa de pago de medicamentos.

Etapas 1 <i>Etapas del deducible anual</i>	Etapas 2 <i>Etapas de cobertura inicial</i>	Etapas 3 <i>Etapas del período sin cobertura</i>	Etapas 4 <i>Etapas de cobertura catastrófica</i>
<p>Comienza esta etapa de pago cuando obtiene su primer medicamento con receta del año. Durante esta etapa, debe pagar el costo total de sus medicamentos.</p> <p>Permanece en esta etapa hasta que haya pagado \$445 por sus medicamentos (\$445 es el monto de su deducible).</p> <p>(Los detalles figuran en la Sección 4 de este capítulo).</p>	<p>Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga su parte.</p> <p>Después de que usted (u otros en su nombre) haya pagado el deducible, el plan paga la parte que le corresponde de los costos de sus medicamentos y usted paga su parte.</p> <p>Usted permanecerá en esta etapa hasta que los “costos totales de los medicamentos” a la fecha (sus pagos más los pagos del plan de la Parte D) alcancen los \$4,130.</p> <p>(Los detalles figuran en la Sección 5 de este capítulo).</p>	<p>Durante esta etapa, usted paga el 25 % del precio por los medicamentos de marca (más una parte del cargo por despacho) y el 25 % del precio por los medicamentos genéricos.</p> <p>Permanecerá en esta etapa hasta que los “costos que paga de su bolsillo” a la fecha (sus pagos) alcancen un total de \$6,550. Medicare estableció este monto y las normas para llegar a dicho monto.</p> <p>(Los detalles figuran en la Sección 6 de este capítulo).</p>	<p>Durante esta etapa, el plan pagará la mayor parte del costo de sus medicamentos durante el resto del año calendario (hasta el 31 de diciembre de 2021).</p> <p>(Los detalles figuran en la Sección 7 de este capítulo).</p>

Sección 3 Enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y la etapa de pago en la que se encuentra

Sección 3.1 Le enviamos un informe mensual llamado “*Explicación de Beneficios de la Parte D*” (“EOB de la Parte D”)

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

- Hacemos el seguimiento del monto que ha pagado. Esto se denomina **“costo que paga de su bolsillo”**.
- Hacemos el seguimiento de sus **“costos totales de medicamentos”**. Este es el monto que paga de su bolsillo o que otros pagan en su nombre más el monto que el plan paga.

Nuestro plan preparará un informe escrito llamado *Explicación de beneficios de la Parte D* (a veces denominada “EOB”) cuando haya obtenido uno o más medicamentos con receta a través del plan durante el mes anterior. En la EOB de la Parte D se proporciona más información sobre los medicamentos que toma, tales como aumentos de precios y otros medicamentos con menor costo compartido que puedan estar disponibles. Debe consultar con el profesional que receta medicamentos sobre estas opciones de menor costo. Incluye lo siguiente:

- **Información de ese mes.** Este informe proporciona la información de pago de los medicamentos con receta que obtuvo durante el mes anterior. Muestra los costos totales de medicamentos, lo que pagó el plan y lo que pagó usted y otras personas en su nombre.
- **Los totales para el año desde el 1 de enero.** Esto se denomina información “anual hasta la fecha”. Refleja el costo total por medicamentos y los pagos totales de sus medicamentos desde que comenzó el año.
- **Información sobre el precio de los medicamentos.** Esta información mostrará aumentos porcentuales acumulativos para cada reclamación de medicamentos con receta.
- **Medicamentos con receta alternativos de menor costo disponibles.** Esto incluirá información sobre

otros medicamentos con costos compartidos más bajos para cada reclamación de medicamentos con receta que pueda estar disponible.

Sección 3.2 Ayúdenos a mantener actualizada la información que tenemos sobre sus pagos de medicamentos

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

- **Muestre su tarjeta de miembro cuando obtenga un medicamento con receta.** Para asegurarse de que sepamos acerca de los medicamentos que obtiene y lo que paga, muestre su tarjeta de miembro del plan cada vez que obtenga un medicamento con receta.
- **Asegúrese de que contemos con la información que necesitamos.** En ocasiones, cuando pague sus medicamentos con receta, no recibiremos automáticamente la información que necesitamos para llevar un registro de los costos que paga de su bolsillo. Para ayudarnos a llevar un registro de los costos que paga de su bolsillo, puede entregarnos copias de los recibos de los medicamentos que compró. (Si le cobramos un medicamento cubierto, puede solicitar que nuestro plan pague su parte del costo. Para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo, consulte la Sección 2 del Capítulo 5 de este folleto). A continuación, se incluyen algunos tipos de situaciones en las que es posible que desee darnos copias de los recibos de sus medicamentos para asegurarse de que tengamos un registro completo de lo que ha gastado por sus medicamentos:
 - Cuando compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuento que no es parte del beneficio de nuestro plan.
 - Cuando realizó un copago por medicamentos que se suministran conforme a un programa de asistencia al paciente respaldado por fabricantes de medicamentos.
 - Cuando haya comprado medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red u otras veces en que haya pagado el precio total por un medicamento cubierto según circunstancias especiales.
- **Envíenos información sobre los pagos que otros han realizado por usted.** Los pagos que efectúen

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

ciertas personas y organizaciones también cuentan para los costos que paga de su bolsillo y le ayudan a reunir los requisitos para la cobertura catastrófica. Por ejemplo, los pagos realizados por un programa de asistencia de medicamentos contra el SIDA (ADAP), el Servicio de salud para la población india estadounidense y la mayoría de las organizaciones benéficas cuentan para los costos que paga de su bolsillo. Debe mantener un registro de estos pagos y enviarlo para que podamos hacer un seguimiento de sus costos.

■ **Revise el informe escrito que le enviemos.**

Cuando reciba una *Explicación de beneficios de la Parte D* (EOB) por correo, léala para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si considera que falta información en el informe o tiene alguna pregunta, llámenos al departamento de servicio al cliente (en la contraportada de este folleto encontrará impresos los números de teléfono). Asegúrese de guardar estos informes. Son un registro importante de sus gastos de medicamentos.

Sección 4 Durante la etapa del deducible, debe pagar el costo total de sus medicamentos

Sección 4.1 Permanece en la etapa del deducible hasta que haya pagado \$445 por sus medicamentos

La etapa del deducible es la primera etapa de pago de su cobertura de medicamentos. Esta etapa comienza cuando obtiene su primer medicamento con receta del año. Cuando se encuentra en esta etapa de pago, **debe pagar el costo total de sus medicamentos** hasta que alcance el monto del deducible del plan, es decir, \$445 para 2020.

- Su **“costo total”** por lo general es más bajo que el precio total normal del medicamento, debido a que nuestro plan ha negociado costos más bajos para la mayoría de los medicamentos.
- El **“deducible”** es el monto que debe pagar por los medicamentos con receta de la Parte D antes de que nuestro plan empiece a pagar su parte.

Después de que haya pagado \$445 por sus medicamentos, finalizará la etapa del deducible y comenzará la siguiente etapa de pago de medicamentos, es decir, la etapa de cobertura inicial.

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

Sección 5.1 Lo que paga por un medicamento depende del medicamento y de la farmacia de la que lo obtiene

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

El plan tiene cinco niveles de costos compartidos

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

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

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

Sus opciones de farmacias

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

- Una farmacia minorista que se encuentra en la red de nuestro plan.
- Una farmacia minorista que no se encuentra en la red de nuestro plan.
- La farmacia de pedido por correo del plan.

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

Para obtener más información sobre estas opciones de farmacias y cómo obtener sus medicamentos con receta, consulte el Capítulo 3 de este folleto y el *Directorio de farmacias* del plan.

Por lo general, cubriremos sus medicamentos con receta *solo* si se obtienen en una de nuestras farmacias de la red.

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

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

- **“Copago”** significa que debe pagar un monto fijo cada vez que obtiene un medicamento con receta.
- **“Coseguro”** significa que debe pagar un porcentaje del costo total del medicamento cada vez que obtiene un medicamento con receta.

Como se muestra en la siguiente tabla, el monto del copago o coseguro dependerá del nivel en el que se encuentre el medicamento. Recuerde:

- Si el costo de su medicamento cubierto es menor que el monto de copago que se indica en la tabla, pagará ese precio más bajo por el medicamento. Usted paga *ya sea* el precio total del medicamento o el monto del copago, *el que sea menor*.
- Cubrimos los medicamentos con receta que se hayan obtenido en farmacias fuera de la red solo en situaciones limitadas. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 3 para obtener información sobre los casos en los que cubriremos un medicamento con receta que se haya obtenido en una farmacia fuera de la red.

Sección 5.3 Si su médico le receta un suministro menor a un mes completo, es posible que no tenga que pagar el costo del suministro para el mes completo

Por lo general, el monto que paga por un medicamento con receta cubre el suministro de un mes completo del medicamento cubierto. Sin embargo, su médico puede recetarle un suministro menor a un mes de medicamentos. Habrá ocasiones en que usted deba pedirle a su médico una receta para un suministro menor a un mes de un medicamento (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 menor a un mes completo, no tendrá que pagar el suministro para el mes completo de ciertos medicamentos.

El monto que paga cuando obtiene el suministro menor a un mes completo dependerá de si usted es responsable del pago de un coseguro (un porcentaje del costo total) o de un copago (un monto fijo).

- Si es responsable del coseguro, usted paga un *porcentaje* del costo total del medicamento. Usted paga el mismo porcentaje independientemente de si la receta es para el suministro de un mes completo o para una cantidad menor de días. Sin embargo, debido a que el costo total de los medicamentos será más bajo si obtiene el suministro para menos de un mes completo, el *monto* que paga será menor.
- Si debe pagar un copago por el medicamento, su copago estará basado en la cantidad de días del medicamento que reciba. Calcularemos el monto que paga por día por su medicamento (la “tarifa diaria de costo compartido”) y la multiplicaremos por la cantidad de días del medicamento que reciba.
 - A continuación, se presenta un ejemplo: Supongamos que el copago por su medicamento para un suministro de un mes completo (suministro de 30 días) es de \$30. Esto significa que el monto que usted paga por día por el medicamento es de \$1. Si usted recibe un suministro de 7 días del medicamento, su pago será de \$1 por día multiplicado por 7 días, para un pago total de \$7.

El costo compartido por día le permite asegurarse de que un medicamento funcione bien para usted sin tener que pagar un suministro para un mes completo. También puede solicitar a su médico que recete, y a su farmacéutico que dispense, un suministro inferior a un mes completo de uno o varios medicamentos, si esto le ayuda a planificar mejor la fecha de resurtido de distintos medicamentos con receta de forma que tenga que ir menos veces a la farmacia. El monto que paga dependerá de la cantidad de días de suministro que reciba.

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

Para algunos medicamentos, puede recibir un suministro a largo plazo (también denominado “suministro extendido”) cuando obtiene un medicamento con receta. El suministro a largo plazo es de 90 días como máximo. (Para obtener detalles sobre dónde y cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento, consulte la Sección 2.4 del Capítulo 3).

En la tabla de la página 52 se indica lo que usted paga cuando obtiene un suministro de un medicamento a largo plazo (de hasta 90 días).

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

Nivel	Costo compartido (dentro de la red) (suministro de 30 días como máximo)	Costos compartidos de pedido por correo (dentro de la red) (suministro de 30 días como máximo)	Costo compartido de cuidados a largo plazo (LTC) (dentro de la red) (suministro de 31 días como máximo)	Costo compartido fuera de la red (La cobertura se limita a situaciones específicas; consulte el Capítulo 3 para obtener más detalles). (suministro de 30 días como máximo)
Nivel 1 de costos compartidos (Medicamentos genéricos preferidos)	Copago de \$0	No cubierto	Copago de \$0	Copago de \$0 más el monto de la diferencia (si hubiera) en el costo total de los medicamentos con receta entre la tarifa contratada dentro de la red y el monto facturado por la farmacia fuera de la red.
Nivel 2 de costos compartidos (Medicamentos genéricos)	Copago de \$4	No cubierto	Copago de \$4	Copago de \$4 más el monto de la diferencia (si hubiera) en el costo total de los medicamentos con receta entre la tarifa contratada dentro de la red y el monto facturado por la farmacia fuera de la red.
Nivel 3 de costos compartidos (Medicamentos de marca preferidos)	Coseguro del 25 %	No cubierto	Coseguro del 25 %	Coseguro del 25 % más el monto de la diferencia (si hubiera) en el costo total de los medicamentos con receta entre la tarifa contratada dentro de la red y el monto facturado por la farmacia fuera de la red.
Nivel 4 de costos compartidos (Medicamentos de marca no preferidos)	Coseguro del 44 %	No cubierto	Coseguro del 44 %	Coseguro del 44 % más el monto de la diferencia (si hubiera) en el costo total de los medicamentos con receta entre la tarifa contratada dentro de la red y el monto facturado por la farmacia fuera de la red.
Nivel 5 de costos compartidos (Medicamentos especiales)	Coseguro del 25 %	Coseguro del 25 %	Coseguro del 25 %	Coseguro del 25 % más el monto de la diferencia (si hubiera) en el costo total de los medicamentos con receta entre la tarifa contratada dentro de la red y el monto facturado por la farmacia fuera de la red.

Capítulo 4: Lo que paga por sus medicamentos con receta de la Parte D**Su parte del costo cuando obtiene un suministro *a largo plazo* de un medicamento con receta de la Parte D:**

Nivel	Costo compartido (dentro de la red) (suministro de 90 días como máximo)	Costo compartido de pedido por correo (dentro de la red) (suministro de 90 días como máximo)
Nivel 1 de costos compartidos (Medicamentos genéricos preferidos)	Copago de \$0	Copago de \$0
Nivel 2 de costos compartidos (Medicamentos genéricos)	Copago de \$12	Copago de \$12
Nivel 3 de costos compartidos (Medicamentos de marca preferidos)	Coseguro del 25 %	Coseguro del 25 %
Nivel 4 de costos compartidos (Medicamentos de marca no preferidos)	Coseguro del 44 %	Coseguro del 44 %
Nivel 5 de costos compartidos (Medicamentos especiales)	No disponible	No disponible

- Recuerde: Si el costo de su medicamento cubierto es menor que el monto de copago que se indica en la tabla, pagará ese precio más bajo por el medicamento. Usted paga *ya sea* el precio total del medicamento o el monto del copago, *el que sea menor*.

Sección 5.5 Permanece en la etapa de cobertura inicial hasta que sus costos totales por medicamentos del año alcancen los \$4,130

Permanece en la etapa de cobertura inicial hasta que el monto total por los medicamentos con receta que obtuvo e hizo resurtir alcance **el límite de \$4,130 para la etapa de cobertura inicial**.

El costo total del medicamento se basa en sumar lo que usted y el plan de la Parte D pagaron:

- **Lo que usted pagó** por todos los medicamentos cubiertos que obtuvo desde que comenzó con la primera compra de medicamentos del año. (Consulte la Sección 6.2 para obtener más información sobre cómo calcula Medicare los costos que paga de su bolsillo). Esto incluye:

- Los \$445 que pagó cuando estaba en la etapa del deducible.
- El total del costo compartido que pagó por sus medicamentos durante la etapa de cobertura inicial.

- **Lo que el plan pagó** por la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos durante la etapa de cobertura inicial. (Si se inscribe en un plan de la Parte D diferente en algún momento durante el 2021, el monto que pague el plan durante la etapa de cobertura inicial también cuenta para el costo total de los medicamentos).

La *Explicación de beneficios* (EOB) que le enviamos lo ayudará a mantener un registro de lo que usted, el plan y cualquier tercero en su nombre gastaron durante el año. Muchas personas no alcanzan el límite de \$4,130 en un año.

Le informaremos si usted alcanza el monto de \$4,130. Si usted llega a este monto, saldrá de la etapa de cobertura inicial y pasará a la etapa del período sin cobertura.

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

Sección 6 Durante la etapa del período sin cobertura, recibe un descuento por los medicamentos de marca y no paga más del 25 % de los costos de los medicamentos genéricos

Sección 6.1 Permanece en la etapa del período sin cobertura hasta que los costos que paga de su bolsillo alcancen los \$6,550

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

También recibe cobertura parcial por los medicamentos genéricos. Usted no paga más del 25 % del costo por medicamentos genéricos y el plan paga el resto. Para los medicamentos genéricos, el monto que paga el plan (75 %) no cuenta como parte de los costos que paga de su bolsillo. Solo cuenta el monto que usted paga y lo saca del período sin cobertura.

Usted sigue pagando el precio con descuento por medicamentos de marca y el 25 % como máximo de los costos por medicamentos genéricos hasta que sus pagos de bolsillo anuales alcancen el monto máximo que estableció Medicare. En el año 2021, este monto será de \$6,550.

Medicare tiene normas para establecer lo que se tiene en cuenta y lo que *no* se tiene en cuenta como costos que paga de su bolsillo. Cuando usted alcance un límite de gastos de bolsillo de \$6,550, saldrá de la etapa del período sin cobertura y pasará a la etapa de cobertura catastrófica.

Sección 6.2 Cómo calcula Medicare los costos que paga de su bolsillo por los medicamentos con receta

Aquí le presentamos las normas de Medicare que debemos seguir cuando llevamos un registro de los costos que paga de su bolsillo para sus medicamentos.

Estos pagos **están incluidos** en los costos que paga de su bolsillo.

Cuando sume los costos que paga de su bolsillo, **usted puede incluir** los pagos mencionados aquí (siempre que sean medicamentos cubiertos por la Parte D y que haya seguido las normas de cobertura de medicamentos que se explican en el Capítulo 3 de este folleto):

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

Quién paga es importante:

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

Paso a la etapa de cobertura catastrófica:

Cuando usted (o los que pagan en su nombre) haya gastado un total de \$6,550 en costos que paga de su bolsillo dentro del año calendario, pasará de la etapa sin cobertura a la etapa de cobertura catastrófica.

Capítulo 4: Lo que paga por sus medicamentos con receta de la Parte D**Estos pagos no están incluidos en los costos que paga de su bolsillo.**

Cuando sume los costos que paga de su bolsillo, **no debe incluir** ninguno de estos tipos de pagos por medicamentos con receta:

- El monto que usted paga por su prima mensual.
- Los medicamentos que compra fuera de Estados Unidos y sus territorios.
- Los medicamentos que nuestro plan no cubre.
- Los medicamentos que obtiene en una farmacia fuera de la red que no cumplan los requisitos del plan para la cobertura fuera de la red.
- Los medicamentos que no sean de la Parte D, incluidos los medicamentos con receta de la Parte A o de la Parte B, y otros medicamentos excluidos de la cobertura por Medicare.
- Los pagos efectuados por medicamentos con receta que, normalmente, no están cubiertos por un plan de medicamentos con receta de Medicare.
- Los pagos efectuados por los medicamentos de marca o genéricos que realice el plan durante la etapa sin cobertura.
- Los pagos por sus medicamentos que realicen los planes de salud de grupo, incluidos los de su empleador.
- Los pagos por sus medicamentos que realicen ciertos planes de seguro y programas de salud financiados por el gobierno, como TRICARE y Asuntos de Veteranos.
- Los pagos por sus medicamentos que realice un tercero que tenga la obligación legal de pagar los costos de los medicamentos con receta (por ejemplo, la Compensación al trabajador).

Recordatorio: Si alguna organización como las que se enumeran arriba paga parte de los costos de su bolsillo o la totalidad de estos por sus medicamentos, usted tiene la obligación de informarlo a nuestro plan. Llame al departamento de servicio al cliente para informarnos (en la contraportada de este folleto encontrará impresos los números de teléfono).

que paga de su bolsillo para ese año, este informe le dirá que dejó la etapa sin cobertura y que pasó a la etapa de cobertura catastrófica.

- **Asegúrese de que contemos con la información que necesitamos.** En la Sección 3.2 se informa lo que puede hacer para ayudarnos a que los registros de lo que usted gastó estén completos y actualizados.

Sección 7 Durante la etapa de cobertura catastrófica, el plan paga la mayoría de los costos de sus medicamentos

Sección 7.1 Una vez que se encuentre en la etapa de cobertura catastrófica, permanecerá en esta etapa durante el resto del año

Usted reúne los requisitos para la etapa de cobertura catastrófica cuando los costos que paga de su bolsillo hayan alcanzado el límite de \$6,550 para el año calendario. Una vez que se encuentre en la etapa de cobertura catastrófica, permanecerá en esta etapa por lo que resta del año calendario.

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

- **Su parte** del costo de un medicamento cubierto será un coseguro o un copago, el monto que sea *mayor*:
 - *O bien* un coseguro del 5 % del costo del medicamento.
 - *O bien* un copago de \$3.70 por un medicamento genérico o un medicamento que se trate como un medicamento genérico, y un copago de \$9.20 por todos los demás medicamentos.
- **Nuestro plan paga el resto** del costo.

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

- **Lo ayudaremos.** El informe de la *Explicación de beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D) que le enviamos incluye el monto actual de los costos que paga de su bolsillo (en la Sección 3 de este capítulo se proporciona información sobre este informe). Cuando alcance un total de \$6,550 en los costos

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

Sección 8 Lo que paga por las vacunas cubiertas por la Parte D depende de cómo y dónde las obtiene

Sección 8.1 Es posible que nuestro plan tenga una cobertura separada por los medicamentos de vacunas de la Parte D en sí mismos y del costo de su administración

Nuestro plan ofrece cobertura para diversas vacunas de la Parte D. Existen dos partes en nuestra cobertura de vacunas de la Parte D:

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

¿Cuánto debe pagar por una vacuna de la Parte D?

Lo que debe pagar por una vacuna de la Parte D depende de los siguientes tres puntos:

- 1. El tipo de vacuna** (para qué se vacuna).
 - Algunas vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar información sobre estas vacunas en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan.
 - Otras vacunas se consideran beneficios médicos. Estas están cubiertas por Original Medicare.

2. Dónde obtiene la vacuna.

3. Quién le administra la vacuna.

Lo que usted paga en el momento de obtener la vacuna de la Parte D puede variar según las circunstancias. Por ejemplo:

- A veces, cuando reciba la vacuna, deberá pagar el costo total por la vacuna y por la aplicación. Puede solicitar a nuestro plan que le reembolse su parte del costo.
- Otras veces, cuando reciba la vacuna o se la aplique, tendrá que pagar únicamente su parte del costo.

Para mostrarle cómo funciona, aquí le presentamos tres formas comunes en las que puede aplicarse una vacuna de la Parte D. Recuerde que usted es

responsable de todos los costos relacionados con vacunas (inclusive su administración) durante la etapa del deducible y la etapa del período sin cobertura de su beneficio.

Situación 1: Usted compra la vacuna de la Parte D en la farmacia y se la aplica en la farmacia de la red. (La disponibilidad de esta opción depende del lugar en el que viva. Algunos estados no les permiten a las farmacias aplicar una vacuna).

- Deberá pagarle a la farmacia el monto de su coseguro o copago por la vacuna y el costo de su administración.
- Nuestro plan pagará el resto de los costos.

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

- Cuando obtiene la vacuna, usted paga el costo total de la vacuna y su administración.
- Luego, puede pedirle a nuestro plan que pague su parte del costo a través de los procedimientos que se describen en el Capítulo 5 de este folleto (*Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de los costos de los medicamentos cubiertos*).
- Se le reembolsará el monto que pagó menos su coseguro o copago normal por la vacuna (incluida la administración) menos cualquier diferencia entre el monto que su médico cobra y lo que nosotros normalmente pagamos. (Si usted recibe “Ayuda adicional”, le reembolsaremos esta diferencia).

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

- Deberá pagarle a la farmacia el monto de su coseguro o copago por la vacuna.
- Cuando su médico le aplique la vacuna, usted paga el costo total por este servicio. Luego, puede pedirle a nuestro plan que le reembolse nuestra parte del costo a través de los procedimientos que se describen en el Capítulo 5 de este folleto.
- Se le reembolsará el monto que cobró el médico por aplicarle la vacuna, menos cualquier diferencia entre el monto que cobre el médico y el monto que pagamos nosotros normalmente. (Si usted recibe “Ayuda adicional”, le reembolsaremos esta diferencia).

Sección 8.2 Le recomendamos que nos llame al departamento de servicio al cliente antes de administrarse una vacuna

Las normas para la cobertura de las vacunas son complicadas. Estamos aquí para ayudar. Le recomendamos que nos llame primero al departamento de servicio al cliente cuando planifique administrarse una vacuna. (En la contraportada de este folleto encontrará impresos los números de teléfono del departamento de servicio al cliente).

- Le podremos informar de qué forma nuestro plan cubre su vacuna y explicarle la parte del costo que debe pagar.
- Le podremos explicar cómo reducir sus costos si utiliza los proveedores y las farmacias de nuestra red.
- Si no puede utilizar un proveedor o una farmacia de la red, le podemos informar sobre lo que puede hacer para solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte del costo.

CAPÍTULO 5

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

Capítulo 5. Solicitamos que paguemos nuestra parte de los costos de los medicamentos cubiertos

Sección 1	Situaciones en las que debe solicitarnos que paguemos nuestra parte de los costos de sus medicamentos cubiertos	59
Sección 1.1	Si usted paga la parte que nos corresponde del costo de sus medicamentos cubiertos, puede solicitarnos que le reembolsemos el pago	59
Sección 2	Cómo solicitarnos que le reembolsemos el pago	60
Sección 2.1	Cómo y dónde enviarnos su solicitud de pago.	60
Sección 3	Analizaremos su solicitud de pago y le daremos una respuesta afirmativa o negativa.	60
Sección 3.1	Verificamos si deberíamos cubrir el medicamento y cuánto le debemos	60
Sección 3.2	Si le confirmamos que no pagaremos el total o parte del medicamento, puede presentar una apelación	60
Sección 4	Otras situaciones en las que debería guardar los recibos y enviarnos copias.	61
Sección 4.1	En algunos casos, debe enviarnos copias de sus recibos para ayudarnos a mantener un registro de los costos de los medicamentos que paga de su bolsillo	61

Capítulo 5: Solicitamos que paguemos nuestra parte de los costos de los medicamentos cubiertos

Sección 1 Situaciones en las que debe solicitarnos que paguemos nuestra parte de los costos de sus medicamentos cubiertos

Sección 1.1 Si usted paga la parte que nos corresponde del costo de sus medicamentos cubiertos, puede solicitarnos que le reembolsemos el pago

A veces, cuando obtiene un medicamento con receta, es posible que tenga que pagar el costo total de inmediato. Otras veces, es posible que haya pagado más de lo que esperaba según las normas de cobertura del plan. En cualquiera de estos casos, puede solicitarle a nuestro plan que le devuelva el dinero (esto generalmente se denomina “solicitar un reembolso”).

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

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

Si usted acude a una farmacia fuera de la red e intenta utilizar su tarjeta de miembro para obtener un medicamento con receta, la farmacia no podrá presentarnos directamente la reclamación. Cuando esto ocurra, usted deberá pagar el costo total de su medicamento con receta. (Cubrimos los medicamentos con receta que se hayan obtenido en farmacias fuera de la red solo en algunos casos especiales. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 3 para obtener más información).

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

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

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

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

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

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

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

4. Si se inscribe en nuestro plan en forma retroactiva

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

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

Llame al departamento de servicio al cliente para obtener más información sobre cómo solicitarnos un reembolso y los plazos para presentar la solicitud. (En la contraportada de este folleto encontrará impresos los números de teléfono del departamento de servicio al cliente).

Todos los ejemplos anteriores son tipos de decisiones de cobertura. Esto significa que, si rechazamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión. En el Capítulo 7 de este folleto (*Qué hacer si tiene un problema o un reclamo [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos]*) se incluye información sobre cómo presentar una apelación.

Sección 2 Cómo solicitarnos que le reembolsemos el pago

Sección 2.1 Cómo y dónde enviarnos su solicitud de pago

Envíenos la solicitud de pago junto con el recibo y la documentación de cualquier pago que usted haya efectuado. Le recomendamos que conserve una copia de sus recibos para sus registros.

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

- No es necesario utilizar el formulario, pero nos ayudará a procesar la información con mayor rapidez.
- Descargue una copia del formulario de nuestro sitio web (**www.YourAZMedicareSolutions.com**) o llame al departamento de servicio al cliente y solicite uno. (En la contraportada de este folleto encontrará impresos los números de teléfono del departamento de servicio al cliente).

Envíenos por correo su solicitud de pago junto con todos los recibos a la siguiente dirección:

Blue MedicareRx Value
 MedImpact Healthcare Systems, Inc.
 10181 Scripps Gateway Court
 San Diego, CA 92131

Debe enviarnos la reclamación en el plazo de los 36 meses a partir de la fecha en la que recibió el servicio, artículo o medicamento.

Comuníquese con el departamento de servicio al cliente si tiene alguna pregunta (en la contraportada de este folleto encontrará impresos los números de teléfono). Si usted no conoce el monto que debería haber pagado, podemos ayudarlo. Además, puede comunicarse si desea brindarnos más información sobre una solicitud de pago que ya nos haya enviado.

Sección 3 Analizaremos su solicitud de pago y le daremos una respuesta afirmativa o negativa

Sección 3.1 Verificamos si deberíamos cubrir el medicamento y cuánto le debemos

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

- Si decidimos que el medicamento está cubierto y que usted cumplió todas las normas para obtener el medicamento, pagaremos la parte del costo que nos corresponde. Le enviaremos por correo postal el reembolso de nuestra parte del costo. (En el Capítulo 3 se explican las normas que debe seguir para obtener cobertura para sus medicamentos con receta de la Parte D). Enviaremos el pago en un plazo de los 30 días después de la recepción de su solicitud.
- Si decidimos que el medicamento *no* está cubierto o que usted *no* cumplió todas las normas, no pagaremos la parte del costo que nos corresponde. En cambio, le enviaremos una carta en la que le explicaremos las razones por las que no le enviamos el pago que usted solicitó y su derecho de apelar la decisión.

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

Si considera que cometimos un error al rechazar su solicitud de pago o si está en desacuerdo con el monto que pagamos, puede presentar una apelación. Si presenta una apelación, significa que usted nos solicita que cambiemos la decisión de rechazar su solicitud de pago.

Para obtener más detalles sobre cómo solicitar esta apelación, consulte el Capítulo 7 de este folleto (*Qué hacer si tiene un problema o un reclamo [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos]*). El proceso de apelación es un proceso formal que consta de procedimientos detallados y plazos importantes.

Capítulo 5: Solicitamos que paguemos nuestra parte de los costos de los medicamentos cubiertos

Si no está familiarizado con la presentación de una apelación, le será de ayuda comenzar por leer la Sección 4 del Capítulo 7. La Sección 4 es una sección introductoria en la que se explica el procedimiento para decisiones de cobertura y la presentación de apelaciones, y se brindan definiciones de términos como “apelación.” Después de consultar la Sección 4, puede pasar a la Sección 5.5 del Capítulo 7 en la que se explica el procedimiento para presentar una apelación.

Sección 4 Otras situaciones en las que debería guardar los recibos y enviarnos copias

Sección 4.1 En algunos casos, debe enviarnos copias de sus recibos para ayudarnos a mantener un registro de los costos de los medicamentos que paga de su bolsillo

Existen algunas ocasiones en las que debería comunicarnos sus pagos por medicamentos. En estos casos, no nos está solicitando el pago. En cambio, usted nos comunicará sus pagos a fin de que podamos calcular correctamente los costos que paga de su bolsillo. Esto puede ayudarlo a reunir con mayor rapidez los requisitos para la etapa de cobertura catastrófica.

En las siguientes dos situaciones debe enviarnos copias de los recibos para informarnos sobre los pagos que haya realizado por sus medicamentos:

1. Cuando compra el medicamento a un precio más bajo que el nuestro

A veces, cuando se encuentra en la etapa del deducible o en la etapa del período sin cobertura, puede comprar su medicamento en **una farmacia de la red** por un precio menor que el nuestro.

- Por ejemplo, es posible que una farmacia ofrezca un precio especial por el medicamento. O bien, usted puede tener una tarjeta de descuento externa a nuestro beneficio que le ofrezca un precio más bajo.
- Salvo que se apliquen condiciones especiales, en estos casos debe usar una farmacia de la red y su medicamento debe estar incluido en nuestra Lista de medicamentos.

- Conserve su recibo y envíenos una copia para que los costos que paga de su bolsillo lo ayuden a cumplir los requisitos para la etapa de cobertura catastrófica.
- **Recuerde:** Si se encuentra en la etapa del deducible o en la etapa del período sin cobertura, es posible que no paguemos ninguna parte del costo compartido de estos medicamentos. Sin embargo, el envío de una copia del recibo nos permite calcular correctamente los costos que paga de su bolsillo y puede ayudarlo a cumplir los requisitos para obtener acceso a la etapa de cobertura catastrófica más rápidamente.

2. Cuando obtiene un medicamento mediante un programa de asistencia al paciente ofrecido por un fabricante de medicamentos

Algunos miembros están inscritos en un programa de asistencia al paciente ofrecido por un fabricante de medicamentos externo a los beneficios del plan. Si usted obtiene algún medicamento mediante un programa ofrecido por un fabricante de medicamentos, es posible que pague un copago al programa de asistencia al paciente.

- Conserve su recibo y envíenos una copia para que los costos que paga de su bolsillo lo ayuden a cumplir los requisitos para la etapa de cobertura catastrófica.
- **Recuerde:** Dado que usted obtiene su medicamento mediante el programa de asistencia al paciente y no mediante los beneficios del plan, no pagaremos ninguna parte de los costos de estos medicamentos. Sin embargo, el envío de una copia del recibo nos permite calcular correctamente los costos que paga de su bolsillo y puede ayudarlo a cumplir los requisitos para obtener acceso a la etapa de cobertura catastrófica más rápidamente.

Dado que usted no está solicitando un pago en ninguno de los dos casos anteriores, estas situaciones no se consideran decisiones de cobertura. Por lo tanto, aunque no esté de acuerdo con nuestra decisión, no podrá presentar una apelación.

CAPÍTULO 6

Sus derechos y responsabilidades

Capítulo 6. Sus derechos y responsabilidades

Sección 1	Nuestro plan debe respetar sus derechos como miembro del plan	64
Section 1.1	We must provide information in a way that works for you (in languages other than English, in braille, in large print, or other alternate formats, etc.)	64
Sección 1.1	Debemos proporcionarle información de una manera que funcione para usted (en un idioma diferente, braille, letra grande u otros formatos alternativos, etc.)	64
Sección 1.2	Debemos asegurarnos de que tenga acceso oportuno a sus medicamentos cubiertos	64
Sección 1.3	Debemos proteger la privacidad de su información de salud personal	64
Sección 1.4	Debemos brindarle información sobre el plan, la red de farmacias y sus medicamentos cubiertos	69
Sección 1.5	Debemos respaldar su derecho de tomar decisiones sobre su atención	70
Sección 1.6	Tiene derecho a presentar reclamos y solicitarnos que reconsideremos las decisiones que tomemos	70
Sección 1.7	¿Qué puede hacer si cree que lo están tratando de manera injusta o que sus derechos no se están respetando?	71
Sección 1.8	Cómo obtener más información sobre sus derechos	71
Sección 2	Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan	71
Sección 2.1	¿Cuáles son sus responsabilidades?	71

Capítulo 6: Sus derechos y responsabilidades

Sección 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos como miembro del plan

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

To get information from us in a way that works for you, please call Member Services (phone numbers are printed on the back cover of this booklet).

Our plan has people and free interpreter services available to answer questions from disabled and non-English speaking members. We can also give you information in braille, in large print, or other alternate formats at no cost if you need it. We are required to give you information about the plan's benefits in a format that is accessible and appropriate for you. To get information from us in a way that works for you, please call Member Services (phone numbers are printed on the back cover of this booklet).

If you have any trouble getting information from our plan in a format that is accessible and appropriate for you, please call to file a grievance with Blue MedicareRx Value (phone numbers are printed on the back cover of this booklet). You may also file a complaint with Medicare by calling **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, or directly with the Office for Civil Rights. Contact information is included in this *Evidence of Coverage* or with this mailing, or you may contact Member Services for additional information.

Sección 1.1 Debemos proporcionarle información de una manera que funcione para usted (en otro idioma que no sea inglés, en braille, en impresión con letra grande u otros formatos alternativos, etc.)

Para obtener información de parte nuestra en un formato conveniente para usted, llame al departamento de servicio al cliente (en la contraportada de este folleto encontrará impresos los números de teléfono).

Nuestro plan cuenta con personas y servicios gratuitos de intérpretes disponibles para responder preguntas de miembros con discapacidades y

que no hablan inglés. También podemos darle información en braille, en formato de letra grande u otros formatos alternativos si lo necesita, sin costo. Debemos darle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para obtener información de parte nuestra en un formato conveniente para usted, llame al departamento de servicio al cliente (en la contraportada de este folleto encontrará impresos los números de teléfono).

Si tiene problemas para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, llame para presentar una queja ante Blue MedicareRx Value (los números de teléfono figuran en la contraportada de este manual). También puede presentar un reclamo ante Medicare si llama al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles. La información de contacto se incluye en esta Evidencia de cobertura o en este correo, o bien puede comunicarse con el departamento de servicio al cliente para obtener información adicional.

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

Como miembro de nuestro plan, tiene derecho a obtener sus medicamentos con receta o resurtidos de los proveedores del plan dentro de un plazo razonable. Si considera que no obtiene los medicamentos de la Parte D dentro de un plazo razonable, en la Sección 7 del Capítulo 7 de este folleto se le informa qué puede hacer. (Si negamos la cobertura para sus medicamentos y no está de acuerdo con nuestra decisión, en la Sección 4 del Capítulo 7 se le indica qué puede hacer).

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

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

- Su "información de salud personal" incluye la información personal que usted nos proporcionó en el momento de inscribirse en este plan, así como

Capítulo 6: Sus derechos y responsabilidades

su expediente médico y otra información médica o de salud.

- Las leyes que protegen su privacidad le otorgan derechos relacionados con la obtención de información y el control de cómo se utiliza su información de salud. La sección que figura a continuación, llamada *Prácticas de privacidad de Blue MedicareRx*, describe estos derechos y explica cómo protegemos la privacidad de su información de salud.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información de salud?

- Nos aseguramos de que las personas no autorizadas no tengan acceso a sus registros ni los modifiquen.
- En la mayoría de los casos, si le proporcionamos su información de salud a una persona que no le brinda atención o no paga su atención, *primero debemos obtener su permiso por escrito*. El permiso escrito lo puede dar usted o alguien a quien le haya otorgado la autoridad legal para tomar decisiones por usted.
- Existen ciertas excepciones por las que no se requiere que le solicitemos antes su permiso por escrito. Dichas excepciones están permitidas o exigidas por ley.
 - Por ejemplo, estamos obligados a divulgar información de salud a agencias gubernamentales que controlan la calidad de la atención.
 - Dado que es miembro de nuestro plan a través de Medicare, estamos obligados a brindar su información de salud a Medicare, incluida la información sobre sus medicamentos con receta de la Parte D. En caso de que Medicare divulgue la información sobre usted con fines de investigación u otros propósitos, deberá hacerlo según los estatutos y las reglamentaciones federales aplicables.

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

Tiene derecho a tener acceso a los registros médicos que se encuentran en el plan y a obtener una copia. Estamos autorizados a cobrarle una tarifa por las copias. Además, usted tiene derecho a solicitarnos que agreguemos o corrijamos información en sus registros médicos. Si lo hace, trabajaremos con su proveedor de atención médica a fin de decidir si se deben realizar los cambios.

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

Si tiene alguna pregunta o preocupación sobre la privacidad de su información médica personal, llame al departamento de servicio al cliente (en la contraportada de este folleto encontrará impresos los números de teléfono).

Prácticas de privacidad de Blue MedicareRx

Su información. Sus derechos. Nuestras responsabilidades.

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

Sus derechos

Usted tiene derecho a lo siguiente:

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

Sus decisiones

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

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

Nuestros usos y divulgaciones

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

- Cuando ayudamos a gestionar el tratamiento de atención médica que recibe
- Cuando dirigimos nuestra organización

Capítulo 6: Sus derechos y responsabilidades

- Cuando pagamos sus servicios de salud
- Cuando administramos su plan de salud
- Cuando ayudamos con asuntos de salud y seguridad pública
- Cuando llevamos a cabo investigaciones
- Cuando cumplimos con la ley
- Cuando respondemos a solicitudes de donaciones de órganos y tejidos, y trabajamos con un médico forense o director de funeraria
- Cuando abordamos la compensación al trabajador, el cumplimiento de la ley y otras solicitudes del gobierno
- Cuando respondemos a demandas y acciones legales

Sus derechos

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

Para ejercer cualquiera de estos derechos, llame al departamento de servicio al cliente al número que figura en su tarjeta de identificación, o llame a la Oficina de Privacidad al **1-833-229-3593** (TTY: **711**).

Obtener una copia de sus registros de salud y de reclamaciones

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

Solicitar que corrijamos registros de salud y de reclamaciones

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

Solicitar comunicaciones confidenciales

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

Solicitar que limitemos lo que usamos o compartimos

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

Obtener una lista de aquellos con quienes hemos compartido información

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

Obtener una copia de este aviso de privacidad

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

Elegir a alguien que actúe por usted

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

Capítulo 6: Sus derechos y responsabilidades**Presentar un reclamo si considera que se violaron sus derechos**

- Si considera que hemos violado sus derechos, comuníquese para presentar un reclamo a:
Privacy Office
Blue MedicareRx Value
10181 Scripps Gateway Court
San Diego, CA 92131
Fax: **1-858-790-6060**
Número de teléfono gratuito: **1-833-229-3593**
TTY: **711**
- Puede presentar un reclamo ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Sociales de los EE. UU. enviando una carta a:
**200 Independence Avenue, S.W.,
Washington, D.C. 20201;**
llamando al 1-877-696-6775;
o visitando www.hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint/index.html
- No tomaremos represalias en su contra por presentar un reclamo.

Sus decisiones

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

1. Personas que pueden estar involucradas en ayudarlo a obtener atención médica o pagar por servicios, como:
 - a. Un amigo que a veces obtiene los medicamentos con receta por usted.
 - b. Un familiar cercano que administra sus facturas médicas.
 - c. Un hijo o hija que lo acompañan a las visitas al médico.
 2. Las personas con las que desea que nos comuniquemos si tiene una emergencia médica
- En una situación de desastre, lo mejor para usted puede ser que compartamos su información de salud protegida con entidades públicas o privadas que están autorizadas a tener esta información conforme a la ley para ayudar en los esfuerzos de alivio en situaciones de desastre. Sin embargo, la decisión es suya. Puede decirnos si nos autoriza o no a compartir su información con organizaciones de alivio en casos de desastre.

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

Si no puede decirnos su preferencia, por ejemplo, si está inconsciente, es posible que compartamos su información si creemos que es para su propio beneficio. También podemos compartir su información cuando sea necesario para mitigar una amenaza grave e inminente a su salud o seguridad. En estos casos, nunca compartimos su información a menos que nos dé autorización por escrito:

- Fines de marketing
- Venta de su información

Nuestros usos y divulgaciones**¿Cómo usamos o compartimos generalmente su información de salud?**

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

Ayudamos a gestionar el tratamiento de atención médica que recibe

Podemos usar su información de salud y compartirla con profesionales que le están brindando tratamiento. *Ejemplo:* Un médico nos envía información sobre su diagnóstico y plan de tratamiento para que podamos coordinar servicios adicionales.

Dirigimos nuestra organización

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

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

Pagamos sus servicios de salud

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

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

Administramos su plan

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

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

Capítulo 6: Sus derechos y responsabilidades

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

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

Ayudamos con asuntos de salud y seguridad pública

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

- Prevenir enfermedades
- Ayudar con retiros de productos
- Informar sobre reacciones adversas (como efectos secundarios graves o reacciones alérgicas) a medicamentos
- Informar sobre posible abuso, negligencia o violencia doméstica
- Prevenir o mitigar una amenaza grave para la salud o seguridad de cualquier persona

Llevamos a cabo investigaciones

Podemos usar o compartir su información para investigación de la salud.

Cumplimos con la ley

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

Respondemos a solicitudes de donaciones de órganos y tejidos, y trabajamos con un médico forense o director de funeraria

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

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

Podemos usar o compartir información de salud sobre usted:

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

Respondemos a demandas y acciones legales

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

Nuestras responsabilidades

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

Para obtener más información, visite www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html.

Cambios en los términos de este aviso

Podemos cambiar los términos de este aviso en cualquier momento, y los cambios se aplicarán a toda la información que tengamos sobre usted. Si lo hacemos, publicaremos un aviso revisado en nuestro sitio web, www.YourAZMedicareSolutions.com. En nuestro próximo envío anual después de que se hayan realizado los cambios, incluiremos una copia

Capítulo 6: Sus derechos y responsabilidades

del aviso revisado o una explicación de los cambios, e instrucciones sobre cómo puede obtener una copia del aviso revisado.

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

www.YourAZMedicareSolutions.com.

Oficina de privacidad

Dirección postal:

Blue MedicareRx Value
10181 Scripps Gateway Court
San Diego, CA 92131

Fax: **1-858-790-6060**

Número de teléfono gratuito: **1-833-229-3593**

TTY: **711**

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

Como miembro de Blue MedicareRx Value, tiene derecho a recibir distintos tipos de información de nuestra parte. (Según lo explicado anteriormente en la Sección 1.1, usted tiene derecho a que le brindemos información de un modo que a usted le resulte útil. Esto incluye recibir la información en otros idiomas que no sean inglés y en letra grande u otros formatos alternativos).

Si desea cualquiera de los siguientes tipos de información, llame al departamento de servicio al cliente (en la contraportada de este folleto encontrará impresos los números de teléfono):

■ **Información sobre nuestro plan.** Incluye, por ejemplo, información sobre el estado financiero del plan. También incluye información sobre la cantidad de apelaciones presentadas por los miembros y las calificaciones de desempeño del plan, incluso cómo ha sido calificado por los miembros del plan y cómo se compara con otros planes de medicamentos con receta de Medicare.

■ **Información sobre nuestras farmacias de la red.**

- Por ejemplo, tiene derecho a que le proporcionemos 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 departamento de servicio al cliente (en la contraportada de este folleto encontrará impresos los números de teléfono) o visitar nuestro sitio web en **www.YourAZMedicareSolutions.com**.

■ **Información sobre su cobertura y las normas que debe respetar cuando usa su cobertura.**

- Para obtener información sobre su cobertura para medicamentos con receta de la Parte D, consulte los Capítulos 3 y 4 de este folleto y la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan. Estos capítulos, junto con la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*, le indican qué medicamentos están cubiertos y explican las normas que debe seguir y las restricciones para su cobertura de ciertos medicamentos.
- Si tiene alguna pregunta sobre las normas o restricciones, llame al departamento de servicio al cliente (en la contraportada de este folleto encontrará impresos los números de teléfono).

■ **Información sobre por qué algo no está cubierto y lo que puede hacer al respecto.**

- Si un medicamento de la Parte D no está cubierto para usted o si su cobertura está restringida de alguna manera, puede solicitarnos una explicación. Tiene derecho a recibir esta explicación incluso si obtuvo el medicamento de una farmacia fuera de la red.
- Si no está conforme o no está de acuerdo con una decisión que tomamos sobre un medicamento de la Parte D que está cubierto para usted, tiene derecho a solicitarnos que cambiemos la decisión. Puede solicitar que cambiemos la decisión presentando una apelación. Para obtener información sobre qué hacer si algo no está cubierto para usted de la forma en que considera que debería estarlo, consulte el Capítulo 7 de este folleto. Este capítulo le brinda información sobre cómo presentar una apelación si desea que cambiemos nuestra decisión. (El Capítulo 7 también informa sobre cómo presentar un reclamo sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera y otras inquietudes).
- Si desea solicitar a nuestro plan que pague su parte del costo para un medicamento con receta de la Parte D, consulte el Capítulo 5 de este folleto.

Capítulo 6: Sus derechos y responsabilidades

Sección 1.5 Debemos respaldar su derecho de tomar decisiones sobre su atención

Tiene derecho a dar instrucciones de lo que se debe hacer en caso de que usted no pueda tomar decisiones médicas por su cuenta

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

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

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

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

- **Obtenga el formulario.** Si desea tener una instrucción anticipada, puede obtener un formulario de su abogado, un asistente social o algunas tiendas de artículos de oficina. En ocasiones, puede obtener formularios de instrucciones anticipadas de organizaciones que dan información sobre Medicare. También puede comunicarse con el departamento de servicio al cliente para pedir los formularios (en la contraportada de este folleto encontrará impresos los números de teléfono).
- **Complete y firme el formulario.** Independientemente del lugar donde obtenga este formulario, tenga en cuenta que constituye un documento legal. Debería considerar la posibilidad de que un abogado lo ayude a prepararlo.
- **Entregue copias a las personas indicadas.** Debe darles una copia del formulario a su médico y a la

persona que mencione en el formulario, que será quien tome las decisiones en su nombre en caso de que usted no pueda hacerlo. Probablemente también desee darles copias a sus amigos cercanos o familiares. Asegúrese de guardar una copia en su casa.

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

- Si ingresa al hospital, le preguntarán si firmó un formulario de instrucción anticipada y si lo tiene con usted.
- Si no lo firmó, en el hospital hay formularios disponibles y le preguntarán si desea firmar uno.

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

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

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

Para presentar reclamos sobre los médicos:

Arizona Medical Board

A/A: Intake

9545 E. Doubletree Ranch Road

Scottsdale, AZ 85258

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

Fax: **480-551-2828**

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

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

Department of Health Services

150 N. 18th Avenue, Suite 450

Phoenix, AZ 85007-3242

Teléfono: **1-855-432-7587**

Fax: **602-792-0466**

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

Sección 1.6 Tiene derecho a presentar reclamos y solicitarnos que reconsideremos las decisiones que tomemos

Si tiene problemas o inquietudes sobre sus servicios cubiertos o su atención, el Capítulo 7 de este folleto

informa lo que puede hacer. Brinda información sobre cómo resolver todos los tipos de problemas y reclamos. Lo que debe hacer para dar seguimiento a un problema o inquietud según la situación. Es posible que deba solicitar que nuestro plan tome una decisión de cobertura por usted, presentarnos una apelación para cambiar una decisión de cobertura o presentar un reclamo. Cualquiera sea la medida que tome, solicitar una decisión de cobertura, hacer una apelación o presentar un reclamo, **estamos obligados a tratarlo de manera justa.**

Tiene derecho a obtener un resumen de la información sobre las apelaciones y los reclamos que otros miembros han presentado anteriormente en contra de nuestro plan. Para obtener esta información, llame al departamento de servicio al cliente (en la contraportada de este folleto encontrará impresos los números de teléfono).

Sección 1.7 ¿Qué puede hacer si cree que lo están tratando de manera injusta o que sus derechos no se están respetando?

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

Si cree que recibió un trato injusto o sus derechos no se respetaron debido a su raza, discapacidad, religión, sexo, salud, etnia, credo (creencias), edad o nacionalidad, debe llamar a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Sociales al **1-800-368-1019**; TTY **1-800-537-7697**, o llame a su Oficina de Derechos Civiles local.

¿Se trata de alguna otra cuestión?

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

- Puede llamar al **departamento de servicio al cliente** (en la contraportada de este folleto encontrará impresos los números de teléfono).
- Puede **llamar al Programa Estatal de Asistencia en Seguro de Salud**. Para obtener información sobre esta organización y cómo contactarla, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- O bien, **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

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

- Puede llamar al **departamento de servicio al cliente** (en la contraportada de este folleto encontrará impresos los números de teléfono).
- Puede **llamar al Programa Estatal de Asistencia en Seguro de Salud**. Para obtener información sobre esta organización y cómo contactarla, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- Puede comunicarse con **Medicare**.
 - Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación “Medicare Rights & Protections” (Derechos y protecciones de Medicare). (La publicación está disponible en: **www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf**).
 - O bien, puede llamar al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.

Sección 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan

Sección 2.1 ¿Cuáles son sus responsabilidades?

A continuación se describe lo que debe hacer como miembro del plan. Si tiene alguna pregunta, llame al departamento de servicio al cliente (en la contraportada de este folleto encontrará impresos los números de teléfono). Estamos aquí para ayudar.

- **Conozca sus medicamentos cubiertos y las normas que debe seguir para obtenerlos.** Use este folleto de la *Evidencia de cobertura* para saber qué medicamentos están cubiertos y las normas que debe seguir con respecto a ellos.
 - Los Capítulos 3 y 4 brindan información sobre su cobertura de medicamentos con receta de la Parte D.
- **Si tiene otra cobertura de medicamentos con receta además de nuestro plan, debe informarnos.** Llame al departamento de servicio al cliente para informarnos (en la contraportada de este folleto encontrará impresos los números de teléfono).

Capítulo 6: Sus derechos y responsabilidades

- Debemos respetar las normas establecidas por Medicare para asegurarnos de que esté usando toda su cobertura combinada cuando obtenga los medicamentos cubiertos de nuestro plan. Esto se denomina **“coordinación de beneficios”**, porque consiste en coordinar los beneficios de medicamentos que obtiene de nuestro plan con otros beneficios de medicamentos que tiene disponibles. Lo ayudaremos a coordinar sus beneficios. (Para obtener más información sobre la coordinación de beneficios, consulte la Sección 10 del Capítulo 1).
- **Informe a su médico y farmacéutico que está inscrito en nuestro plan.** Muestre su tarjeta de miembro cada vez que obtenga medicamentos con receta de la Parte D.
- **Ayude a sus médicos y otros proveedores a que lo asistan dándoles información, haciéndoles preguntas y haciendo un seguimiento de su atención.**
 - Para ayudar a sus médicos y otros proveedores de salud a que le brinden la mejor atención, sepa lo más 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 los médicos acuerden.
 - Asegúrese de que sus médicos conozcan todos los medicamentos que está tomando, incluso los medicamentos de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
 - Haga las preguntas que tenga. Sus médicos y otros proveedores de atención médica deberían explicar las cosas de manera que usted pueda entenderlas. Si hace una pregunta y no entiende la respuesta que le dieron, vuelva a preguntar.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, es responsable de estos pagos:
 - Debe pagar las primas del plan para continuar siendo miembro de nuestro plan.
 - Para la mayoría de los 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 informa lo que debe pagar por los medicamentos con receta de la Parte D.
 - Si obtiene medicamentos que no están cubiertos por nuestro plan o por otro seguro que pueda tener, debe pagar el costo total.
 - Si no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación. Consulte el Capítulo 7 de este folleto para obtener información sobre cómo presentar una apelación.
- Si tiene que pagar una multa por inscripción tardía, lo debe hacer para seguir siendo miembro del plan.
- Si tiene que pagar el monto adicional de la Parte D debido a su ingreso anual, debe pagar el monto adicional directamente al gobierno para seguir siendo miembro del plan.
- **Infórmenos si se muda.** Si se mudará, es importante que nos informe cuanto antes. Llame al departamento de servicio al cliente (en la contraportada de este folleto encontrará impresos los números de teléfono). Puede acceder al formulario de cambio de dirección en línea en **www.YourAZMedicareSolutions.com/bcbsaz-update-contact-information**.
 - **Si se muda fuera del área de servicio de nuestro plan, no puede seguir siendo miembro.** (El Capítulo 1 informa sobre nuestra área de servicio). Podemos ayudarlo a determinar si se está mudando fuera de nuestra área de servicio. Si sale 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. Nosotros le informaremos si contamos con un plan en su nueva área.
 - **Si se muda dentro de nuestra área de servicio, igualmente debemos estar al tanto** para poder mantener actualizado su registro de miembro y saber cómo contactarlo.
 - Si se muda, también es importante que informe al Seguro Social (o la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios). Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto de estas organizaciones en el Capítulo 2.
- **Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda, llame al departamento de servicio al cliente.** También aceptamos cualquier sugerencia que pueda tener para mejorar nuestro plan.
 - En la contraportada de este folleto encontrará impresos los números de teléfono del departamento de servicio al cliente y el horario de atención.
 - 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 un reclamo (decisiones de cobertura,
apelaciones, reclamos)*

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

Sección 1	Introducción	75
Sección 1.1	Qué hacer si tiene un problema o inquietud	75
Sección 1.2	¿Cuáles son los términos legales?	75
Sección 2	Puede obtener ayuda de organizaciones gubernamentales que no tienen relación con nosotros	75
Sección 2.1	Dónde obtener más información y asistencia personalizada	75
Sección 3	¿Qué proceso debe seguir para resolver su problema?	76
Sección 3.1	¿Debe utilizar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones? Cuándo recurrir al proceso para presentar un reclamo	76
DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES		76
Sección 4	Una guía sobre los aspectos básicos de las decisiones de cobertura y apelaciones	76
Sección 4.1	Cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: visión general	76
Sección 4.2	Cómo obtener ayuda cuando solicita una decisión de cobertura o presenta una apelación ...	77
Sección 5	Sus medicamentos con receta de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación	77
Sección 5.1	Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si quiere que le reembolsemos el costo de un medicamento de la Parte D	77
Sección 5.2	¿Qué es una excepción?	79
Sección 5.3	Información importante que se debe tener en cuenta acerca de la solicitud de excepciones. .	80
Sección 5.4	Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción.	80
Sección 5.5	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 (cómo solicitar la revisión de una decisión de cobertura tomada por nuestro plan)	82
Sección 5.6	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2	84
Sección 6	Llevar su apelación al Nivel 3 y niveles superiores	85
Sección 6.1	Apelación de Niveles 3, 4 y 5 para las solicitudes de medicamentos de la Parte D	85
CÓMO PRESENTAR RECLAMOS		86
Sección 7	Cómo presentar reclamos sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes	86
Sección 7.1	¿Qué tipo de problemas se tratan mediante el proceso de reclamos?	86
Sección 7.2	El nombre formal de decir “presentar un reclamo” es “interponer una queja”	88
Sección 7.3	Paso a paso: Cómo presentar un reclamo	88
Sección 7.4	También puede presentar reclamos vinculados a la calidad de la atención ante la Organización para la Mejora de la Calidad	88
Sección 7.5	También puede informar a Medicare sobre su reclamo.	89

Sección 1 Introducción

Sección 1.1 Qué hacer si tiene un problema o inquietud

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

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

Medicare aprobó ambos procesos. Para garantizar la equidad y resolver sin demora sus problemas, cada proceso tiene un conjunto de normas, procedimientos y fechas límite que usted y nosotros debemos respetar.

¿Cuál usa? Eso dependerá del tipo de problema que tenga. La guía de la Sección 3 lo ayudará a identificar el proceso adecuado que deberá usar.

Sección 1.2 ¿Cuáles son los términos legales?

En este capítulo se explican los términos legales técnicos para algunas de las normas, procedimientos y tipos de fechas límite. La mayoría de las personas no conoce muchos de estos términos que pueden resultar difíciles de entender.

Para simplificarlo, este capítulo explica las normas y los procedimientos legales mediante el uso de palabras más sencillas en lugar de determinados términos legales. Por ejemplo, este capítulo en general refiere a “presentar un reclamo” en lugar de “interponer una queja”; “decisión de cobertura” en lugar de “determinación de cobertura” o “determinación en riesgo”; y “Organización de revisión independiente” en lugar de “Entidad de revisión independiente”. También usa la menor cantidad de abreviaturas posible.

Sin embargo, puede ser útil, y algunas veces muy importante, que usted conozca los términos legales correctos para la situación en la que se encuentra. Conocer los términos que debe usar le ayudará a comunicarse más claramente y con exactitud cuando esté tratando su problema y a obtener la ayuda o información adecuadas para su situación. Para ayudarlo a conocer los términos que debe usar, incluimos términos legales cuando le brindamos información sobre cómo manejar tipos de situaciones específicas.

Sección 2 Puede obtener ayuda de organizaciones gubernamentales que no tienen relación con nosotros

Sección 2.1 Dónde obtener más información y asistencia personalizada

En ocasiones, puede resultar confuso comenzar el proceso para resolver un problema o seguir adelante con dicho proceso. Sobre todo si no se siente bien o tiene poca energía. Otras veces, es posible que no tenga los conocimientos necesarios para dar el próximo paso.

Obtenga ayuda de una organización gubernamental independiente.

Siempre estamos dispuestos a ayudarlo. Sin embargo, en algunas situaciones quizás desee obtener ayuda u orientación de alguien que no se relacione con nosotros. No dude en llamar al **Programa Estatal de Asistencia en Seguro de Salud (SHIP)**. Este programa del gobierno cuenta con asesores capacitados en todos los estados. El programa no tiene relación con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los asesores de este programa pueden ayudarlo a comprender qué proceso debe utilizar para resolver su problema. Además, pueden responder sus preguntas, brindarle más información u ofrecerle orientación acerca de lo que debe hacer.

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

También puede obtener ayuda e información de Medicare

Para obtener más información y asesoramiento para la resolución de problemas, también puede comunicarse con Medicare. Aquí se indican dos maneras 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**.
- También puede visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov).

Sección 3 ¿Qué proceso debe seguir para resolver su problema?

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

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

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

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

(Esto incluye problemas acerca de si cierta atención médica o si ciertos medicamentos con receta están cubiertos o no, la manera en que están cubiertos y los problemas relacionados con el pago de la atención médica o de los medicamentos con receta).

Sí.

Mi problema está relacionado con los beneficios o la cobertura. Continúe con la siguiente sección de este capítulo, **Sección 4 “Una guía sobre los aspectos básicos de las decisiones de cobertura y apelaciones”.**

No.

Mi problema no está relacionado con los beneficios ni la cobertura. Pase a la **Sección 7** al final de este capítulo: **“Cómo presentar reclamos sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes”.**

DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES

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

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

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

Cómo solicitar 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 con receta.

Tomamos una decisión de cobertura por usted cada vez que decidimos qué cubrimos y cuánto pagamos. En algunos casos, es posible que decidamos que el medicamento no está cubierto o que dejó de estar cubierto por Medicare. Si no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura que no le satisface, usted puede “apelar” la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado.

Cuando usted apela una decisión por primera vez, se denomina apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que tomamos para verificar si cumplimos todas las normas de manera adecuada. Su apelación se evalúa por revisores distintos de los que tomaron la decisión desfavorable original. Al terminar la revisión, le comunicamos nuestra decisión. En determinadas circunstancias, las cuales analizaremos más adelante, puede solicitar una “decisión de cobertura rápida” o acelerada o una apelación rápida de una decisión de cobertura.

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

Si rechazamos parte o la totalidad de su apelación de Nivel 1, puede continuar apelando en el Nivel 2. Una organización independiente no relacionada con nosotros revisará la apelación de Nivel 2. Si no le satisface la decisión sobre la apelación de Nivel 2, puede continuar apelando a través de niveles de apelación adicionales.

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

¿Necesita ayuda? A continuación, se mencionan algunos recursos que puede utilizar si decide solicitar cualquier tipo de decisión sobre la cobertura o apelar una decisión:

- Puede **llamar al departamento de servicio al cliente** (en la contraportada de este folleto encontrará impresos los números de teléfono).
- Puede **obtener ayuda gratuita** de su Programa Estatal de Asistencia en Seguro de Salud (consulte la Sección 2 de este capítulo).
- **Su médico u otro profesional que receta medicamentos pueden realizar una solicitud por usted.** Para los medicamentos con receta de la Parte D, su médico u otro profesional que receta medicamentos pueden solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 o Nivel 2 en su nombre. Para presentar una apelación más allá del Nivel 2, deberá designar a su médico u otro profesional que receta medicamentos como su representante.
- **Puede pedir a otra persona que actúe en su nombre.** Si lo desea, puede designar a otra persona para que actúe en su nombre como su "representante" para que solicite una decisión de cobertura o para presentar una apelación.
 - Es posible que alguien ya esté legalmente autorizado por la ley estatal para desempeñarse como su representante.
 - Si quiere que un amigo, familiar, su médico u otro profesional que receta medicamentos, o que otra persona sea su representante, llame al departamento de servicio al cliente (en la contraportada de este folleto encontrará impresos los números de teléfono) y solicite el formulario "Designación de un representante". (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en www.YourAZMedicareSolutions.com). Por medio del formulario, se le otorga permiso a dicha persona para que actúe en su nombre. Debe

estar firmado por usted y por la persona que desea que actúe en su nombre. Debe brindarnos una copia del formulario firmado.

- **También tiene derecho a contratar a un abogado para que actúe en su nombre.** Puede comunicarse con su abogado o solicitar que le recomienden uno en su colegio de abogados local u otro servicio de remisiones. Asimismo, existen grupos que le brindarán asistencia legal gratuita si reúne los requisitos. Sin embargo, **no es necesario que contrate a un abogado** para solicitar cualquier tipo de decisión de la cobertura o apelar una decisión.

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



¿Leyó la Sección 4 de este capítulo (*Una guía sobre los aspectos básicos de las decisiones de cobertura y apelaciones*)?

De lo contrario, es recomendable que la lea antes de comenzar esta sección.

Sección 5.1 Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si quiere que le reembolsemos el costo de un medicamento de la Parte D

Sus beneficios como miembro de nuestro plan incluyen cobertura para muchos medicamentos con receta. Consulte la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan. Para tener cobertura, el medicamento se debe administrar para una indicación médicamente aceptada. (Una "indicación médicamente aceptada" es la administración de un medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o que tiene el respaldo de ciertos libros de referencia. Consulte la Sección 3 del Capítulo 3 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada).

- **Esta sección abarca solo sus medicamentos de la Parte D.** Para simplificar las cosas, generalmente usamos la palabra "medicamento" en el resto de esta sección en lugar de repetir "medicamento con receta cubierto para pacientes externos" o "medicamento de la Parte D" cada vez que se lo menciona.

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

- Para obtener detalles sobre a qué nos referimos con medicamentos de la Parte D, la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*, normas y restricciones sobre la cobertura e información sobre costos, consulte el Capítulo 3 (*Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D*) y el Capítulo 4 (*Lo que usted 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 sobre sus beneficios y su cobertura o sobre el monto que pagaremos por sus medicamentos.

Términos legales Una decisión de cobertura inicial sobre sus medicamentos de la Parte D se denomina **“determinación de cobertura”**.

A continuación, se incluyen algunos ejemplos de decisiones de cobertura que usted puede solicitarnos que tomemos en relación con sus medicamentos de la Parte D:

- Nos solicita que hagamos una excepción, que incluye las siguientes:
 - Que cubramos un medicamento de la Parte D que no está incluido en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*.

- Que no apliquemos una restricción sobre la cobertura del plan para un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede obtener).
- Que pague un monto menor de costo compartido por un medicamento cubierto de un nivel más alto de costos compartidos.
- Nos pregunta si tiene cubierto un medicamento y si cumple las normas de cobertura correspondientes. (Por ejemplo, cuando su medicamento está incluido en la *Lista de medicamentos cubiertos [Formulario]* del plan, pero le exigimos que obtenga nuestra aprobación antes de que lo cubramos para usted).
 - *Recuerde:* Si en su farmacia se le indica que no puede obtener su medicamento con receta según lo que se indica por escrito, usted recibirá un aviso por escrito con información sobre cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.
- Nos pide que paguemos un medicamento con receta que ya compró. Esta es una solicitud de una decisión de cobertura sobre un pago.

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

En esta sección se le explica cómo solicitar decisiones de cobertura y cómo presentar una apelación. Use la tabla a continuación como ayuda para determinar en qué parte encontrará información para su situación.

¿En cuál de estas situaciones se encuentra?				
Si se encuentra en esta situación:	Si necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o necesita que anulemos una norma o restricción en un medicamento que cubrimos.	Si desea que cubramos un medicamento de nuestra Lista de medicamentos y cree que cumple las normas o restricciones del plan (como obtener una aprobación por adelantado) para el medicamento que necesita.	Si desea solicitarnos un reembolso del costo de un medicamento que ya recibió y pagó.	Si ya le informamos que no cubriremos ni pagaremos un medicamento de la manera en que usted desea que se cubra o pague.
▼	▼	▼	▼	▼
Esto es lo que puede hacer:	Puede solicitarnos que hagamos una excepción. (Este es un tipo de decisión de cobertura). Empiece con la Sección 5.2 de este capítulo.	Puede solicitarnos una decisión de cobertura. Pase a la Sección 5.4 de este capítulo.	Puede solicitarnos que le reembolsemos el costo. (Este es un tipo de decisión de cobertura). Pase a la Sección 5.4 de este capítulo.	Puede presentar una apelación. (Esto significa que nos está solicitando una reconsideración). Pase a la Sección 5.5 de este capítulo.

Capítulo 7: Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)**Sección 5.2 ¿Qué es una excepción?**

Si un medicamento no está cubierto de la manera que desearía, puede solicitarnos que hagamos una "excepción". Una excepción es un tipo de decisión de cobertura. Al igual que en otros tipos de decisiones de cobertura, si nuestro plan rechaza su solicitud de excepción, puede apelar nuestra decisión.

Cuando solicite una excepción, su médico u otro profesional que receta medicamentos deberán explicar las razones médicas por las que necesita que aprobemos la excepción. Luego, evaluaremos su solicitud. A continuación, se describen dos ejemplos de excepciones que usted, su médico u otro profesional que receta medicamentos pueden solicitarnos:

- 1. Que cubramos un medicamento de la Parte D que no se encuentra en nuestra *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*.** (La manera breve de referirnos a esta lista es "Lista de medicamentos").

Términos legales

La acción de solicitar la cobertura de un medicamento que no está en la Lista de medicamentos se denomina a veces "**excepción al formulario**".

- En caso de que aceptemos hacer una excepción y cubrir un medicamento que no figura en la Lista de medicamentos, usted deberá pagar el monto de costos compartidos que se aplica a los medicamentos en el Nivel 4. No podrá solicitar una excepción al monto del copago o coseguro que debe pagar por el medicamento.

- 2. Que eliminemos una restricción en la cobertura de un medicamento cubierto.** Existen otras normas o restricciones que se aplican a ciertos medicamentos incluidos en nuestra *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* (para obtener más información, consulte el Capítulo 3).

Términos legales

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

- Las normas y restricciones adicionales en la cobertura de ciertos medicamentos incluyen las siguientes:
 - *Que le exijan que use la versión genérica* de un medicamento en lugar del medicamento de marca.
 - *Que obtenga la aprobación del plan por adelantado* antes de que aceptemos cubrir el medicamento para usted. (A veces, esto se denomina "autorización previa").

- *Que le exijan que primero pruebe otro medicamento* antes de que aceptemos cubrir el medicamento que solicita. (Esto se denomina "tratamiento escalonado").
- *Límites de cantidad.* En el caso de algunos medicamentos, existen restricciones en la cantidad del medicamento que usted puede adquirir.
- Si aceptamos hacer una excepción y quitarle una restricción, puede pedir que hagamos una excepción respecto del monto del copago o del coseguro que nosotros le exigimos pagar por el medicamento.

- 3. Que cambiemos la cobertura de un medicamento a un nivel más bajo de costos compartidos.** Cada medicamento de nuestra Lista de medicamentos del plan se clasifica en alguno de los cinco niveles de costos compartidos. En general, mientras más bajo sea el nivel de costos compartidos, menor será la parte del costo del medicamento que le corresponderá pagar a usted.

Términos legales

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

- Si nuestra Lista de medicamentos incluye medicamentos alternativos para tratar su afección médica que están en un nivel de costos compartidos más bajo que su medicamento, usted puede pedirnos que cubramos su medicamento al monto de costos compartidos que se aplica a los medicamentos alternativos. Esto reduciría su parte del costo del medicamento.
 - Si el medicamento que está tomando es un producto biológico, usted puede pedirnos que cubramos su medicamento al monto de costos compartidos que se aplica al nivel más bajo que incluye alternativas de productos biológicos para tratar su afección.
 - Si el medicamento que está tomando es un medicamento de marca, usted puede pedirnos que cubramos su medicamento al monto de costos compartidos que se aplica al nivel más bajo que incluye alternativas de marca para tratar su afección.
 - Si el medicamento que está tomando es un medicamento genérico, usted puede pedirnos que cubramos su medicamento al monto de costos compartidos que se aplica al nivel más bajo que incluye alternativas genéricas o de marca para tratar su afección.

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

- No puede solicitarnos que cambiemos el nivel de costos compartidos de ningún medicamento del Nivel 5 (Especiales).
- Si aprobamos su solicitud para aplicar una excepción relacionada con el nivel de medicamento y hay más de un nivel de costos compartidos más bajo con medicamentos alternativos que no puede tomar, usted, por lo general, pagará el monto más bajo.

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

Su médico debe comunicarnos las razones médicas

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

Por lo general, en nuestra Lista de medicamentos se incluye más de un medicamento para el tratamiento de una afección determinada. Estas posibilidades diferentes se llaman medicamentos “alternativos”. Si un medicamento alternativo fuera tan eficaz como el medicamento que usted solicita y no causara más efectos secundarios u otros problemas de salud, generalmente *no* aprobaremos su solicitud de excepción. Si nos solicita una excepción de nivel, por lo general, *no* aprobaremos su solicitud de excepción, a menos que ninguno de los medicamentos alternativos de los niveles más bajos de costos compartidos produjera el mismo efecto.

Podemos aceptar o rechazar su solicitud

- En caso de que aprobemos su solicitud de excepción, generalmente la aprobación tiene validez hasta el final del año del plan. Esto registrará siempre que su médico continúe recetándole el medicamento y que el medicamento siga siendo seguro y eficaz para el tratamiento de su afección.
- En caso de que rechazamos su solicitud de excepción, usted puede solicitar una revisión de nuestra decisión mediante una apelación. En la Sección 5.5 se describe cómo presentar una apelación si rechazamos su solicitud.

En la sección siguiente, se explica 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: Solicítenos que tomemos una decisión de cobertura de los medicamentos o del pago que necesite. Si, debido a su estado de salud, necesita una respuesta rápida, deberá solicitarnos que tomemos una “decisión de cobertura rápida”. No puede solicitar una decisión de cobertura rápida si solicita que le devolvamos el dinero por un medicamento que ya compró.

Qué hacer

- **Solicite el tipo de decisión de cobertura que desea.** Comience por comunicarse con nosotros por teléfono, por escrito o por fax para presentar su solicitud. Usted, su representante o su médico (u otro profesional que receta medicamentos) pueden hacerlo. También puede acceder al proceso de decisión de cobertura a través de nuestro sitio web. Para obtener más información, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección titulada *Cómo comunicarse con nosotros cuando solicita una decisión de cobertura o presenta una apelación sobre sus medicamentos con receta de la Parte D*. O bien, si nos solicita que le reembolsemos el pago de un medicamento, vaya a la sección llamada *Dónde debe enviar una solicitud para que paguemos nuestra parte del costo de un medicamento que recibió*.
- **Usted, su médico o quien actúe en su nombre** pueden solicitar una decisión de cobertura. En la Sección 4 de este capítulo se explica cómo puede otorgar un permiso por escrito para que otra persona lo represente. Asimismo, puede representarlo un abogado.
- **Si desea solicitarnos que le reembolsemos el dinero de un medicamento**, comience por leer el Capítulo 5 de este folleto: *Solicitarnos que paguemos nuestra parte de los costos de los medicamentos cubiertos*. En el Capítulo 5 se describen las situaciones en las que es posible que necesite solicitar un reembolso. Además, se explica cómo enviar la documentación para solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte del costo de un medicamento que usted pagó.
- **En caso de que solicite una excepción, proporcione la “declaración de respaldo”.** Su médico u otro profesional que receta medicamentos

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

deben enviarnos las razones médicas que justifican la excepción para el medicamento que usted solicita. (La denominamos “declaración de respaldo”). Su médico u otro profesional que receta medicamentos pueden enviarnos la declaración por fax o por correo. También pueden informarnos por teléfono y, luego, enviar la declaración escrita por fax o por correo si es necesario. Consulte las Secciones 5.2 y 5.3 para obtener más información sobre las solicitudes de excepción.

- **Debemos aceptar todas las solicitudes por escrito**, incluidas las solicitudes enviadas a través del formulario de Solicitud de determinación de cobertura modelo de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) o del formulario del plan, los cuales están disponibles en nuestro sitio web.

Si su salud así lo requiere, solicítenos que le otorguemos una “decisión de cobertura rápida”

Términos legales	Una “decisión de cobertura rápida” se denomina “ determinación de cobertura acelerada ”.
-------------------------	---

- Cuando le comuniquemos nuestra decisión, utilizaremos los plazos “estándar”, a menos que hayamos acordado utilizar plazos “rápidos”. Una decisión de cobertura estándar significa que le proporcionaremos una respuesta en el plazo de las 72 horas de haber recibido la declaración de su médico. Una decisión de cobertura rápida implica que le proporcionaremos una respuesta en el plazo de las 24 horas de haber recibido la declaración de su médico.
- **Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir dos requisitos:**
 - Puede obtener una decisión de cobertura rápida *únicamente* si solicita un *medicamento que aún no recibió*. (No puede obtener una decisión de cobertura rápida si solicita que le paguemos un medicamento que ya compró).
 - Usted puede obtener una decisión de cobertura rápida *únicamente* si el hecho de utilizar los plazos estándares podría *ocasionarle un daño grave a su salud o dañar su capacidad para mantener sus funciones*.
- **Si su médico u otro profesional que receta medicamentos nos informan que su estado de salud requiere una “decisión de cobertura rápida”, automáticamente accederemos a brindarle una.**
- Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta (sin el respaldo de su médico u otro profesional que receta medicamentos), decidiremos si su estado de salud requiere que le otorguemos una.

- En caso de que decidamos que su afección médica no reúne los requisitos para una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta con nuestra explicación (y utilizaremos, en cambio, los plazos estándares).
- En esta carta le explicaremos que, si su médico u otro profesional que receta medicamentos solicitan una decisión de cobertura rápida, se la brindaremos automáticamente.
- En la carta también le explicaremos cómo puede presentar un reclamo sobre nuestra decisión de brindarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó. Le informa cómo presentar un reclamo “rápido”, lo que significa que recibiría nuestra respuesta en el plazo de las 24 horas después de recibir el reclamo. (El proceso para presentar un reclamo difiere del proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener más información sobre el procedimiento para presentar reclamos, consulte la Sección 7 de este capítulo).

Paso 2: Evaluamos su solicitud y le comunicamos una respuesta.**Plazos para una decisión de cobertura “rápida”**

- Si utilizamos los plazos rápidos, debemos darle una respuesta **en un plazo de 24 horas**.
 - Por lo general, esto significa dentro de las 24 horas de haber recibido su solicitud. Si usted solicita una excepción, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas después de haber recibido la declaración de respaldo de su médico. Le daremos una respuesta antes de ese plazo si su estado de salud así lo requiere.
 - Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que una organización de revisión independiente la revisará. Más adelante en esta sección, le brindaremos información sobre esta organización de revisión y le explicaremos qué pasa en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta a todo o parte de lo que solicitó es positiva**, debemos proporcionar la cobertura que nos comprometimos a proveer en el plazo de las 24 horas de recibida su apelación o la declaración del médico que respalde su solicitud.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que usted solicitó**, le enviaremos una declaración escrita con los motivos del rechazo. También le informaremos cómo apelar.

Plazos para una decisión de cobertura “estándar” de un medicamento que todavía no recibió

- Si utilizamos los plazos estándares, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas**.
 - Por lo general, esto significa en el plazo de las 72 horas de haber recibido su solicitud. Si usted solicita una excepción, le daremos una respuesta en el plazo de las 72 horas después de haber recibido la declaración de respaldo de su médico. Le daremos una respuesta antes de ese plazo si su estado de salud así lo requiere.
 - Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que una organización de revisión independiente la revisará. Más adelante en esta sección, le brindaremos información sobre esta organización de revisión y le explicaremos qué pasa en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que usted solicitó**
 - Si aprobamos su solicitud de cobertura, debemos **proporcionarle la cobertura** acordada **en el plazo de las 72 horas** de recibida su solicitud o la declaración del médico que respalde su solicitud.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que usted solicitó**, le enviaremos una declaración escrita con los motivos del rechazo. También le informaremos cómo apelar.

Plazos para una decisión de cobertura “estándar” de un medicamento que ya compró

- Debemos darle una respuesta **en el plazo de los 14 días calendario** de haber recibido su solicitud.
 - Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que una organización independiente la revisará. Más adelante en esta sección, le brindaremos información sobre esta organización de revisión y le explicaremos qué pasa en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que usted solicitó**, también estamos obligados a efectuarle el pago en un plazo de 14 días calendario después de haber recibido su solicitud.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que usted solicitó**, le enviaremos una declaración escrita con los motivos del rechazo. También le informaremos cómo apelar.

Paso 3: Si rechazamos su solicitud de cobertura, usted decide si desea presentar una apelación.

- Si rechazamos su solicitud, tiene derecho a apelar. Presentar una apelación significa que usted nos solicita que reconsideremos (y posiblemente cambiemos) la decisión que tomamos.

Sección 5.5 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 (cómo solicitar la revisión de una decisión de cobertura tomada por nuestro plan)**Términos legales**

Una apelación al plan acerca de una decisión de cobertura de un medicamento 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 hacer

- **Para iniciar su apelación, usted (o su representante, su médico u otro profesional que receta medicamentos) debe comunicarse con nosotros.**
 - Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros por teléfono, fax o correo postal, o mediante nuestro sitio web, por cualquier motivo relacionado con su apelación, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección titulada *Cómo comunicarse con nosotros cuando solicita una decisión de cobertura o presenta una apelación sobre sus medicamentos con receta de la Parte D*.
- **Si solicita una apelación estándar, preséntela mediante una solicitud por escrito.** También puede solicitar una apelación llamándonos al número de teléfono que aparece en la Sección 1 del Capítulo 2 (*Cómo comunicarse con nosotros cuando solicita una decisión de cobertura o presenta una apelación sobre sus medicamentos con receta de la Parte D*).
- **Si usted solicita una apelación rápida, puede presentar su apelación por escrito o llamándonos al número de teléfono que aparece en la Sección 1 del Capítulo 2** (*Cómo comunicarse con nosotros cuando solicita una decisión de cobertura o presenta una apelación sobre sus medicamentos con receta de la Parte D*).
- **Debemos aceptar todas las solicitudes por escrito**, incluidas las solicitudes enviadas a través del formulario de Solicitud de determinación de cobertura modelo

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

de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), que está disponible en nuestro sitio web.

- **Debe presentar su solicitud de apelación en el plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha de la notificación escrita que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta a su solicitud de decisión de cobertura. Si no cumplió con este plazo y tiene un buen motivo para no haberlo hecho, podemos otorgarle más tiempo para que presente su apelación. Un buen motivo para no cumplir con el plazo puede ser, por ejemplo, una afección grave que le impidió comunicarse con nosotros, o que le hayamos brindado información incorrecta o incompleta sobre el plazo para presentar una apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información en la apelación y agregar más información.**
 - Tiene derecho a solicitarnos una copia del expediente de la información sobre la apelación.
 - Si lo desea, usted y su médico u otro profesional que receta medicamentos pueden aportarnos información adicional para sustentar su apelación.

Si su estado de salud lo requiere, solicite una “apelación rápida”

Términos legales	Una “apelación rápida” también se denomina “redeterminación acelerada” .
-------------------------	---

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

Paso 2: Evaluamos su apelación y le comunicamos una respuesta.

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

Plazos para una “apelación rápida”

- Si utilizamos los plazos rápidos, debemos darle una respuesta **en el plazo de 72 horas de haber recibido su apelación**. Le daremos una respuesta antes de ese plazo si su estado de salud así lo requiere.

- Si no le otorgamos una respuesta dentro de las 72 horas, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que una organización de revisión independiente la revisará. (Más adelante en esta sección, le brindaremos información sobre esta organización de revisión y le explicaremos qué pasa en el Nivel 2 del proceso de apelaciones).
- **Si nuestra respuesta a todo o parte de lo que solicitó es positiva**, debemos proporcionar la cobertura que nos comprometimos a proveer en el plazo de las 72 horas de recibida su apelación.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que usted solicitó**, le enviaremos una declaración escrita con los motivos del rechazo y le indicaremos cómo apelar nuestra decisión.

Plazos para una apelación “estándar”

- Si utilizamos los plazos estándares, debemos darle una respuesta **en el plazo de los 7 días calendario** de haber recibido su apelación para un medicamento que aún no recibió. Le informaremos nuestra decisión antes de ese plazo si aún no adquirió el medicamento y su afección médica así lo requiere. Si considera que su salud lo requiere, deberá solicitar una apelación “rápida”.
- Si no le comunicamos una decisión en el plazo de 7 días calendario, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que una organización de revisión independiente la revisará. Más adelante en esta sección, le brindaremos información sobre esta organización de revisión y le explicaremos qué pasa en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que usted solicitó**
 - Si aprobamos su solicitud de cobertura, debemos **proporcionarle la cobertura** que hemos acordado brindar tan pronto como su estado de salud lo requiera, pero **en el plazo de 7 días calendario** de haber recibido su apelación.
 - Si aprobamos reembolsarle un medicamento que usted ya adquirió, debemos **enviarle el pago en el plazo de los 30 días calendario** de haber recibido su solicitud de apelación.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que usted solicitó**, le enviaremos una declaración escrita con los motivos del rechazo y le indicaremos cómo apelar nuestra decisión.

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

- Si solicita que reembolsemos un medicamento que ya compró, debemos responder **en el plazo de los 14 días calendario** de haber recibido su solicitud.
 - Si no le comunicamos una decisión en un plazo de 14 días calendario, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que una organización de revisión independiente la revisará. Más adelante en esta sección, le brindaremos información sobre esta organización de revisión y le explicaremos qué pasa en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que usted solicitó**, también estamos obligados a efectuarle el pago en un plazo de 30 días calendario después de haber recibido su solicitud.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que usted solicitó**, le enviaremos una declaración escrita con los motivos del rechazo. También le informaremos cómo apelar nuestra decisión.

Paso 3: Si rechazamos su apelación, usted debe decidir si quiere continuar con el proceso y presentar otra apelación.

- Si rechazamos su apelación, entonces usted elige si desea aceptar esta decisión o presentar 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 rechazamos su apelación, entonces usted elige si desea aceptar esta decisión o presentar 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 debería cambiarse.

Términos legales

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

Paso 1: Para presentar una apelación de Nivel 2, usted (su representante, médico u otro profesional que receta medicamentos) debe comunicarse con la organización de revisión independiente y solicitar la revisión de su caso.

Si rechazamos su apelación de Nivel 1, el aviso por escrito que le enviemos incluirá las **instrucciones sobre cómo presentar una apelación de Nivel 2** ante la organización de revisión independiente. Estas instrucciones indicarán quién puede presentar esta apelación de Nivel 2, qué plazos debe cumplir y cómo comunicarse con la organización de revisión.

- Cuando presente una apelación ante la organización de revisión independiente, enviaremos la información que tenemos sobre su apelación a esta organización. Esta información se denomina "expediente de su caso". **Tiene derecho a solicitarnos una copia del expediente de su caso.**
- Usted tiene derecho a proporcionar información adicional a la organización de revisión independiente para respaldar su apelación.

Paso 2: La organización de revisión independiente lleva a cabo una revisión de su apelación y le brinda una respuesta.

- **La organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no está relacionada con nosotros ni es una agencia gubernamental. Esta organización es una compañía que Medicare elige para revisar nuestras decisiones sobre sus beneficios de la Parte D con nosotros.
- Los revisores de la organización de revisión independiente examinarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación. La organización le informará su decisión por escrito y le explicará los motivos que la justifican.

Plazos para "apelaciones rápidas" en el Nivel 2

- Si su estado de salud lo requiere, solicite a la organización de revisión independiente una "apelación rápida".
- Si la organización de revisión acepta darle una "apelación rápida", esta debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en el plazo de las 72 horas** posteriores a la recepción de su solicitud de apelación.
- **Si la organización de revisión independiente acepta todo lo que solicitó o parte de ello**, debemos brindar la cobertura de medicamentos aprobada por la organización **en el plazo de las 24 horas** posteriores a la recepción de la decisión de la organización de revisión.

Capítulo 7: Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)**Plazos para una apelación “estándar” en el Nivel 2**

- Si tiene una apelación estándar en el Nivel 2, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en el plazo de los 7 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación si se trata de un medicamento que todavía no recibió. Si solicita que reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en el plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.
- **Si la Organización de Revisión Independiente acepta todo o parte de lo que solicitó:**
 - Si la organización de revisión independiente aprueba una solicitud de cobertura, debemos **brindar la cobertura de medicamentos** aprobada por la organización **en el plazo de las 72 horas** posteriores a la recepción de la decisión de la organización de revisión.
 - Si la organización de revisión independiente aprueba una solicitud de reembolso del costo de un medicamento que ya compró, debemos **enviarle el pago en un plazo de 30 días calendario** después de haber recibido la decisión de la organización de revisión.

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

Si esta organización rechaza su apelación, significa que la organización aprueba nuestra decisión de no aprobar su solicitud. (Esto se denomina “respaldar la decisión”. También se denomina “rechazar su apelación”).

Si la organización de revisión independiente “respalda la decisión”, usted tiene derecho a una apelación del Nivel 3. Sin embargo, para presentar otra apelación en el Nivel 3, el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita debe alcanzar un monto mínimo. Si el valor en dólares de la cobertura que solicita es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación y la decisión del Nivel 2 es final. El aviso que recibe de la organización de revisión independiente le informará el valor en dólares que debe alcanzarse para continuar con el proceso de apelaciones.

Paso 3: Si el valor en dólares de la cobertura que solicita cumple los requisitos, usted decide si desea continuar con su apelación.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (que suman un total de cinco niveles de apelación).
- Si se rechaza su apelación de Nivel 2 y cumple los requisitos para continuar con el proceso de apelación, debe decidir si desea pasar al Nivel 3 y presentar una tercera apelación. Si decide presentar una tercera apelación, la información sobre cómo hacerlo se encuentra en el aviso escrito que recibió después de su segunda apelación.
- Un juez de derecho administrativo o un juez mediador administran la apelación de Nivel 3. La Sección 6 de este capítulo contiene más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 6 Llevar su apelación al Nivel 3 y niveles superiores**Sección 6.1 Apelaciones de Niveles 3, 4 y 5 para las solicitudes de medicamentos de la Parte D**

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

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

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

Apelación de Nivel 3	Un juez (llamado juez de derecho administrativo) o un juez mediador que trabaja para el gobierno federal revisarán su apelación y le darán una respuesta.
-----------------------------	--

- **Si la respuesta es afirmativa, el proceso de apelaciones se termina.** Se aprobó lo que usted solicitó en la apelación. Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos** que se aprobó por el juez de derecho administrativo o el juez mediador **en un plazo de 72 horas (24 horas para las apelaciones aceleradas) o realizar el pago antes de los 30 días calendario** posteriores a la recepción de la decisión.
- **Si el juez de derecho administrativo o el juez mediador rechazan su apelación, es posible que el proceso de apelación termine o no.**
 - Si acepta esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación finaliza.
 - Si no desea aceptar la decisión, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el juez de derecho administrativo o el juez mediador rechazan su apelación, el aviso que recibirá le informará acerca de lo que debe hacer a continuación si decide continuar con el proceso de apelaciones.

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

- **Si la respuesta es afirmativa, el proceso de apelaciones se termina.** Se aprobó lo que usted solicitó en la apelación. Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos** que se aprobó por el Consejo **en un plazo de 72 horas (24 horas para las apelaciones aceleradas) o realizar el pago antes de los 30 días calendario** posteriores a la recepción de la decisión.
- **Si la respuesta es negativa, es posible que el proceso de apelación termine o no.**
 - Si acepta esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación finaliza.
 - Si no desea aceptar la decisión, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación o rechaza su solicitud de revisar la apelación, el aviso que reciba le informará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5. Si las normas le permiten hacerlo, en el aviso escrito también se mencionará a quién debe contactar y lo que debe hacer a continuación si desea seguir con la apelación.

Apelación de Nivel 5	Un juez del Tribunal federal del distrito revisará su apelación.
-----------------------------	---

- Este es el último paso del proceso de apelaciones.

CÓMO PRESENTAR RECLAMOS

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

? Si su problema está relacionado con las decisiones sobre beneficios, cobertura o pagos, esta sección *no es la adecuada para usted*. En cambio, debe usar el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Consulte la Sección 4 de este capítulo.

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

Esta sección informa cómo usar el proceso de presentación de reclamos. El proceso de reclamos se usa *solamente* para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que usted recibe. A continuación se incluyen ejemplos de los tipos de problemas que se tratan en el proceso de reclamos.

Capítulo 7: Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)**Si tiene alguno de estos tipos de problemas, puede “presentar un reclamo”****Calidad de su atención médica**

- ¿No está satisfecho con la calidad de la atención que recibió?

Respeto de su privacidad

- ¿Considera que alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información suya que usted considera confidencial?

Falta de respeto, atención deficiente al cliente u otros comportamientos negativos

- ¿Alguien ha sido grosero o irrespetuoso con usted?
- ¿No está satisfecho con el trato que recibió del departamento de servicio al cliente?
- ¿Cree que está siendo alentado a dejar el plan?

Tiempos de espera

- ¿Algún farmacéutico, nuestro departamento de servicio al cliente u otro miembro del personal del plan le hicieron esperar mucho tiempo?
 - Por ejemplo, esperar demasiado en el teléfono o en el momento de obtener un medicamento con receta.

Limpieza

- ¿No está satisfecho con la limpieza o las condiciones de una farmacia?

Información que le proporcionamos

- ¿Considera que no le informamos sobre algo que debimos comunicarle?
- ¿Considera que la información escrita que le hemos enviado no es clara?

Oportunidad

(Estos tipos de reclamos están todos relacionados con la *oportunidad* de nuestras acciones relacionadas con las decisiones de cobertura y apelaciones)

El proceso para 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, debe usar ese proceso, no el proceso de presentación de reclamos.

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

- Si nos ha solicitado que le demos una “decisión de cobertura rápida” o una “apelación rápida”, y nosotros hemos respondido de forma negativa, puede presentar un reclamo.
- Si considera que no cumplimos con los plazos para tomar una decisión de cobertura o para responder a una apelación que ha hecho, puede presentar un reclamo.
- Cuando se revisa una decisión de cobertura que tomamos y se nos informa que debemos cubrir o reembolsarle el costo de ciertos medicamentos, existen plazos que se aplican. Si considera que no estamos cumpliendo estos plazos, puede presentar un reclamo.
- Cuando no le brindamos una decisión a tiempo, debemos enviar su caso a la organización de revisión independiente. Si no lo hacemos en el plazo que se requiere, puede presentar un reclamo.

Sección 7.2 El nombre formal de decir “presentar un reclamo” es “interponer una queja”

Términos legales	<ul style="list-style-type: none"> ■ Lo que en esta sección se denomina “reclamo” también se conoce como “queja”. ■ Otro término para “presentar un reclamo” es “interponer una queja”. <p>Otra forma de decir “mediante el proceso de reclamos” es “mediante el proceso para presentar una queja”.</p>
-------------------------	---

Sección 7.3 Paso a paso: Cómo presentar un reclamo

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

- **Por lo general, el primer paso es llamar al departamento de servicio al cliente.** Si es necesario que haga algo más, el departamento de servicio al cliente se lo informará. Comuníquese con nuestro departamento de servicio al cliente al **1-833-229-3593**. (Los usuarios de TTY deben llamar al **711**). El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., todos los días, hora local.
- **Si no desea llamar (o si llamó y no quedó conforme), puede presentar su reclamo por escrito y enviarlo.** Si planteó su reclamo por escrito, lo responderemos por escrito.
- **Este proceso se denomina Proceso de quejas de Blue MedicareRx Value.** Los miembros pueden presentar una queja al plan de manera verbal o por escrito en un plazo máximo de los 60 días posteriores al evento o incidente que dio lugar a esta queja según se menciona en esta Evidencia de cobertura (EOC). Sin embargo, las quejas por la calidad de la atención que se presentan directamente ante la Organización para la mejora de la calidad pueden presentarse e investigarse después de un plazo de 60 días. La queja escrita se debe enviar por correo a la dirección para reclamos que se encuentra en el Capítulo 2. Vea las viñetas a continuación para obtener información.
- **Comuníquese con el departamento de servicio al cliente de inmediato, ya sea por teléfono o por correo.** El reclamo se debe efectuar en el plazo de los 60 días después de ocurrido el problema que desea comunicar.

- **Si presenta un reclamo porque rechazamos su solicitud de una “decisión de cobertura rápida” o una “apelación rápida”, automáticamente le daremos un reclamo “rápido”.** Si tiene un reclamo “rápido”, significa que le daremos **una respuesta en un plazo de 24 horas**.

Términos legales	Lo que en esta sección se denomina “reclamo rápido” también se denomina “queja acelerada”.
-------------------------	--

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

- **De ser posible, le responderemos de inmediato.** Si nos llama por un reclamo, puede que podamos responderle en la misma llamada telefónica. Si su afección médica nos exige que respondamos rápidamente, lo haremos.
- **La mayoría de los reclamos se responde en un plazo de 30 días calendario.** Si necesitamos más información y el atraso es por su bien, o si pide más tiempo, podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales (44 días calendario en total) para responder a su reclamo. Si decidimos tomarnos días adicionales, le informaremos por escrito.
- **Si no estamos de acuerdo** con la totalidad o parte de su reclamo, o no nos hacemos responsables del problema por el que está reclamando, se lo comunicaremos. Nuestra respuesta incluirá los motivos que la justifican. Debemos responder si estamos de acuerdo con el reclamo o no.

Sección 7.4 También puede presentar reclamos vinculados a la calidad de la atención ante la Organización para la mejora de la calidad

Puede presentar su reclamo sobre la calidad de la atención que recibió usando el proceso paso a paso descrito anteriormente.

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

- **Puede presentar su reclamo ante la Organización para la mejora de la calidad.** Si lo prefiere, puede presentar su reclamo por la calidad de la atención recibida directamente ante esta organización (*sin* presentarnos el reclamo).
 - La Organización para la mejora de la calidad es un grupo de médicos que ejercen su profesión y otros profesionales de atención médica a quienes

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

les paga el gobierno federal para controlar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare

- Para encontrar el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado, consulte la Sección 4 del Capítulo 2 de este folleto. Si presenta un reclamo ante esta organización, trabajaremos con ella para resolver el reclamo.

- **O bien, puede presentar su reclamo ante ambos al mismo tiempo.** Si lo desea, puede presentarnos su reclamo acerca de la calidad de la atención y también puede presentarlo ante la Organización para la mejora de la calidad.

Sección 7.5 También puede informar a Medicare sobre su reclamo

Puede presentar un reclamo sobre Blue MedicareRx Value directamente ante Medicare. Para presentar un reclamo ante Medicare, ingrese a **www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx**. Medicare toma en serio sus reclamos y usará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa Medicare.

Si tiene otros comentarios o inquietudes, o si cree que el plan no está abordando su problema, llame al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**. Los usuarios de TTY pueden llamar al **1-877-486-2048**.

CAPÍTULO 8

Finalizar su membresía en el plan

Capítulo 8. Finalizar su membresía en el plan

Sección 1	Introducción	92
Sección 1.1	Este capítulo aborda la finalización de su membresía en nuestro plan	92
Sección 2	¿Cuándo puede finalizar su membresía en nuestro plan?	92
Sección 2.1	Puede finalizar su membresía durante el período de inscripción anual	92
Sección 2.2	En ciertas situaciones, puede finalizar su membresía durante un período de inscripción especial	93
Sección 2.3	¿Dónde puede obtener más información acerca de cuándo puede finalizar su membresía? ..	94
Sección 3	¿Cómo finaliza su membresía en nuestro plan?	94
Sección 3.1	Puede finalizar su membresía si se inscribe en otro plan	94
Sección 4	Hasta que finalice su membresía, debe continuar obteniendo sus medicamentos mediante nuestro plan	95
Sección 4.1	Hasta que finalice su membresía, seguirá siendo un miembro de nuestro plan	95
Sección 5	Blue MedicareRx Value debe finalizar su membresía en el plan en ciertas situaciones ..	96
Sección 5.1	¿Cuándo debemos finalizar su membresía en el plan?	96
Sección 5.2	<u>No</u> podemos solicitarle que deje de formar parte de nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud	96
Sección 5.3	Tiene derecho a presentar un reclamo si finalizamos su membresía en nuestro plan	96

Capítulo 8: Finalizar su membresía en el plan

Sección 1 Introducción

Sección 1.1 Este capítulo aborda la finalización de su membresía en nuestro plan

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

- Es posible que deje de formar parte de nuestro plan porque decidió que *quiere* irse.
 - Puede finalizar de forma voluntaria su inscripción en el plan solo en determinados momentos del año o en determinadas situaciones. La Sección 2 informa *cuándo* puede finalizar su membresía en el plan.
 - El proceso para finalizar su membresía de forma voluntaria varía según el tipo de cobertura nueva que elija. La Sección 3 informa *cómo* puede finalizar su membresía en el plan.
- También hay situaciones limitadas en las que no elige dejar de forma parte, sino que nos vemos obligados a finalizar su membresía. La Sección 5 informa sobre situaciones en las que debemos finalizar su membresía.

Si deja de formar parte de nuestro plan, debe continuar recibiendo los medicamentos con receta de la Parte D a través de nuestro plan hasta que termine su membresía.

Sección 2 ¿Cuándo puede finalizar su membresía en nuestro plan?

Puede finalizar su membresía en nuestro plan solo durante determinados momentos del año, conocidos como períodos de inscripción. Todos los miembros tienen la oportunidad de dejar el plan durante el Período de inscripción anual. En determinadas situaciones, puede ser elegible para dejar el plan en otros momentos del año.

Sección 2.1 Puede finalizar su membresía durante el Período de inscripción anual

Puede finalizar su membresía durante el **Período de inscripción anual** (también conocido como “Período

de inscripción anual abierta”). Este es el período en que debería revisar su cobertura de salud y de medicamentos, y tomar una decisión acerca de su cobertura para el próximo año.

■ ¿Cuándo es el Período de inscripción anual?

Esto ocurre desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre.

■ ¿A qué tipo de plan se puede cambiar durante el Período de inscripción anual?

Puede elegir seguir con su cobertura actual o modificarla para el año siguiente. Si decide cambiarse a un nuevo plan, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:

- Otro plan de medicamentos con receta de Medicare.
- Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
 - **Si recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos con receta:** Si no se inscribe en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, salvo que usted haya elegido excluirse de la inscripción automática.
- *O bien*, un plan de salud de Medicare. Un plan de salud de Medicare es un plan que ofrece una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindarle todos los beneficios de la Parte A (cobertura hospitalaria) y la Parte B (cobertura médica) de Medicare. Algunos planes de salud de Medicare también incluyen cobertura de medicamentos con receta de la Parte D.
 - Si se inscribe en la mayoría de los planes de salud de Medicare, su inscripción en Blue MedicareRx Value se cancelará cuando comience la cobertura de su nuevo plan. Sin embargo, si elige un plan privado de pago por servicios sin la cobertura de medicamentos de la Parte D, un plan de cuenta de ahorros para gastos médicos de Medicare o un plan de costos de Medicare, puede inscribirse en este plan y mantener Blue MedicareRx Value para su cobertura de medicamentos. Si usted no desea mantener nuestro plan, puede elegir inscribirse en otro plan de medicamentos con receta de Medicare o abandonar la cobertura de medicamentos con receta de Medicare.

Capítulo 8: Finalizar su membresía en el plan

Nota: Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos con receta de Medicare y queda sin cobertura acreditable de medicamentos con receta durante 63 días seguidos o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante. (Cobertura “acreditable” significa que se espera que pague, en promedio, por lo menos lo mismo que la cobertura de medicamentos con receta estándar de Medicare). Para obtener más información sobre la multa por inscripción tardía, consulte la Sección 5 del Capítulo 1.

■ **¿Cuándo finalizará su membresía?** Su inscripción finalizará cuando su cobertura del nuevo plan empiece el 1 de enero.

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

En determinadas situaciones, los miembros de Blue MedicareRx Value pueden ser elegibles para finalizar su membresía en otros momentos del año. Esto se conoce como **Período de inscripción especial**.

■ **¿Quién es elegible para el Período de inscripción especial?** Si alguna de las siguientes situaciones aplica a su caso, puede ser elegible para finalizar su membresía durante un Período de inscripción especial. Estos son solo algunos ejemplos; si quiere consultar la lista completa, puede comunicarse con el plan, llamar a Medicare o visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov):

- Si se mudó fuera de su área de servicio del plan.
- Si tiene Medicare.
- Si es elegible para obtener “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos con receta de Medicare.
- Si no cumplimos el contrato que tenemos con usted.
- Si recibe atención en una institución, como una residencia para adultos mayores o un hospital de cuidado a largo plazo (LTC).

Nota: Si se encuentra en un programa de administración de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de plan.

■ **¿Cuándo son los Períodos de inscripción especial?** 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 finalizar su membresía debido a una situación especial, puede elegir cambiar la cobertura de salud y la de medicamentos con receta de Medicare. Esto significa que puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:

- Otro plan de medicamentos con receta de Medicare.
- Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
 - **Si recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos con receta:** Si cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, salvo que haya elegido excluirse de la inscripción automática.
- *O bien*, un plan de salud de Medicare. Un plan de salud de Medicare es un plan que ofrece una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindarle todos los beneficios de la Parte A (cobertura hospitalaria) y la Parte B (cobertura médica) de Medicare. Algunos planes de salud de Medicare también incluyen cobertura de medicamentos con receta de la Parte D.
 - Si se inscribe en la mayoría de los planes de salud de Medicare, su inscripción en Blue MedicareRx Value se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su nuevo plan. Sin embargo, si elige un plan privado de pago por servicios sin la cobertura de medicamentos de la Parte D, un plan de cuenta de ahorros para gastos médicos de Medicare o un plan de costos de Medicare, puede inscribirse en este plan y mantener Blue MedicareRx Value para su cobertura de medicamentos. Si usted no desea mantener nuestro plan, puede elegir inscribirse en otro plan de medicamentos con receta de Medicare o abandonar la cobertura de medicamentos con receta de Medicare.

Nota: Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos con receta de Medicare y queda sin cobertura acreditable de medicamentos con receta por un período continuo de 63 días o más, es posible que tenga que pagar una multa por

Capítulo 8: Finalizar su membresía en el plan

inscripción tardía de la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante. (Cobertura “acreditable” significa que se espera que pague, en promedio, por lo menos lo mismo que la cobertura de medicamentos con receta estándar de Medicare). Para obtener más información sobre la multa por inscripción tardía, consulte la Sección 5 del Capítulo 1.

- **¿Cuándo finalizará su membresía?** Por lo general, su membresía terminará el primer día del mes después de que recibamos su solicitud para cambiar su plan.

Sección 2.3 ¿Dónde puede obtener más información acerca de cuándo puede finalizar su membresía?

Si tiene alguna pregunta o desea obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía:

- Puede llamar al **departamento de servicio al cliente** (en la contraportada de este folleto encontrará impresos los números de teléfono).
- Puede encontrar la información en el manual **Medicare & You 2021** (Medicare y usted 2021).
 - Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de *Medicare & You* (Medicare y usted) cada otoño. Los nuevos miembros de Medicare la reciben en el transcurso del mes siguiente a su inscripción.
 - También puede descargar una copia del sitio web de Medicare (**www.medicare.gov**). O bien, puede solicitar una copia impresa llamando a Medicare al número que aparece a continuación.
- 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 3 ¿Cómo finaliza su membresía en nuestro plan?

Sección 3.1 Puede finalizar su membresía si se inscribe en otro plan

Por lo general, para finalizar su membresía en nuestro plan, simplemente debe inscribirse en otro plan durante uno de los períodos de inscripción

(consulte la Sección 2 de este capítulo para obtener información sobre los períodos de inscripción). Sin embargo, hay dos situaciones en que deberá finalizar su membresía de una forma diferente:

- Si desea cambiarse de nuestro plan a Original Medicare *sin* un plan de medicamentos con receta de Medicare, debe solicitar que se cancele su inscripción en nuestro plan.
- Si elige un plan privado de pago por servicios sin la cobertura de medicamentos, un plan de cuenta de ahorros para gastos médicos de Medicare o un plan de costos de Medicare, la inscripción en el nuevo plan no cancelará su membresía en nuestro plan. En este caso, puede inscribirse en este plan y mantener Blue MedicareRx Value para su cobertura de medicamentos. Si no desea mantener nuestro plan, puede elegir inscribirse en otro plan de medicamentos con receta de Medicare o solicitar que se cancele su inscripción en nuestro plan.

Si usted se encuentra en una de estas dos situaciones y desea abandonar nuestro plan, hay dos maneras que puede solicitar que se cancele su inscripción:

- Puede solicitarnos por escrito. Comuníquese con el departamento de servicio al cliente si necesita más información sobre cómo hacerlo (en la contraportada de este folleto encontrará impresos los números de teléfono).
- *O bien*, 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**.

Nota: Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos con receta de Medicare y queda sin cobertura acreditable de medicamentos con receta durante 63 días seguidos o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante. (Cobertura “acreditable” significa que se espera que pague, en promedio, por lo menos lo mismo que la cobertura de medicamentos con receta estándar de Medicare). Para obtener más información sobre la multa por inscripción tardía, consulte la Sección 5 del Capítulo 1.

Capítulo 8: Finalizar su membresía en el plan

En la tabla a continuación se explica cómo debe finalizar su membresía en nuestro plan.

Si desea cambiarse de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
<ul style="list-style-type: none"> ■ Otro plan de medicamentos con receta de Medicare. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Inscribese en el nuevo plan de medicamentos con receta de Medicare entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Su inscripción en Blue MedicareRx Value se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
<ul style="list-style-type: none"> ■ Un plan de salud de Medicare. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Inscribese en el plan de salud de Medicare antes del 7 de diciembre. En el caso de la mayoría de los planes de salud de Medicare, su inscripción en Blue MedicareRx Value se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su nuevo plan. Sin embargo, si elige un plan privado de pago por servicios sin la cobertura de medicamentos de la Parte D, un plan de cuenta de ahorros para gastos médicos de Medicare o un plan de costos de Medicare, puede inscribirse en este nuevo plan y mantener Blue MedicareRx Value para su cobertura de medicamentos. Si quiere dejar de formar parte de nuestro plan, <i>debe</i> inscribirse en otro plan de medicamentos con receta de Medicare <i>o</i> solicitar que cancelen su inscripción. Para solicitar la cancelación de su inscripción, debe enviarnos una solicitud por escrito (comuníquese con Medicare [en la contraportada de este folleto encontrará impresos los números de teléfono] si necesita más información sobre cómo hacerlo) o 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).
<ul style="list-style-type: none"> ■ Original Medicare <i>sin</i> un plan separado de medicamentos con receta de Medicare. <p>Nota: Si cancela su inscripción en un plan de medicamentos con receta de Medicare y no tiene una cobertura acreditable de medicamentos con receta durante 63 días seguidos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante. Para obtener más información sobre la multa por inscripción tardía, consulte la Sección 5 del Capítulo 1.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Envíenos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Comuníquese con el departamento de servicio al cliente si necesita más información sobre cómo hacerlo (en la contraportada de este folleto encontrará impresos los números de teléfono). ■ O bien, comuníquese con Medicare, al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicite que cancelen la inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 4 Hasta que finalice su membresía, debe continuar obteniendo sus medicamentos mediante nuestro plan

Sección 4.1 Hasta que finalice su membresía, seguirá siendo un miembro de nuestro plan

Si deja de formar parte de Blue MedicareRx Value, es posible que tome tiempo hasta que su membresía

finalice y su nueva cobertura de Medicare entre en vigencia. (Consulte la Sección 2 para obtener información sobre cuándo comienza su nueva cobertura). Durante este tiempo, debe continuar obteniendo sus medicamentos con receta a través de nuestro plan.

- **Debe continuar usando las farmacias de nuestra red para obtener sus medicamentos con receta hasta que finalice su membresía en nuestro plan.** Por lo general, sus medicamentos con receta únicamente se cubren si se obtienen en una farmacia de la red, incluso a través de nuestros servicios de farmacia de pedido por correo.

Capítulo 8: Finalizar su membresía en el plan

Sección 5 Blue MedicareRx Value debe finalizar su membresía en el plan en ciertas situaciones

Sección 5.1. ¿Cuándo debemos finalizar su membresía en el plan?

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

- Si ya no tiene la Parte A o la Parte B de Medicare (o ambas).
- Si se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio por más de 12 meses.
 - Si se muda o realiza un viaje largo, debe llamar al departamento de servicio al cliente para averiguar si el lugar al que se muda o viaja pertenece a la zona de cobertura de nuestro plan. (En la contraportada de este folleto encontrará impresos los números de teléfono del departamento de servicio al cliente).
- Si lo encarcelan (va a prisión).
- Si no es ciudadano de los Estados Unidos o no tiene residencia legal en los Estados Unidos.
- Si miente u oculta información sobre otros seguros que le brindan cobertura de medicamentos con receta.
- Si nos proporciona intencionalmente información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan y dicha información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos pedirle que deje nuestro plan por este motivo, salvo que primero obtengamos permiso de Medicare).
- Si su comportamiento habitual es inadecuado y, por lo tanto, nos resulta difícil brindarles atención a usted y a otros miembros de nuestro plan. (No podemos pedirle que deje nuestro plan por este motivo, salvo que primero obtengamos permiso de Medicare).
- Si permite que otra persona use su tarjeta de miembro para obtener medicamentos con receta. (No podemos pedirle que deje nuestro plan por este motivo, salvo que primero obtengamos permiso de Medicare).

- Si finalizamos su membresía por este motivo, Medicare puede solicitar al inspector general que investigue su caso.
- Si no paga las primas del plan durante tres meses calendario.
 - Debemos informarle por escrito que tiene un plazo de tres meses calendario para pagar la prima del plan antes de que finalicemos su membresía.
- Si se le exige pagar el monto adicional de la Parte D debido a sus ingresos y usted no lo paga, Medicare cancelará su inscripción en el plan y perderá la cobertura de medicamentos con receta.

¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene alguna pregunta o desea obtener más información sobre cuándo podemos finalizar su membresía:

- Puede llamar al departamento de servicio al cliente (en la contraportada de este folleto encontrará impresos los números de teléfono) para obtener más información.

Sección 5.2 No podemos solicitarle que deje de formar parte de nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud

Blue MedicareRx Value no puede solicitarle que deje de formar parte de nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud.

¿Qué debe hacer si esto sucede?

Si cree que le están pidiendo que deje nuestro plan debido a 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 las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Sección 5.3 Tiene derecho a presentar un reclamo si finalizamos su membresía en nuestro plan

Si finalizamos su membresía en nuestro plan, debemos informarle nuestros motivos por escrito para cancelarla. Además, debemos explicarle cómo puede efectuar una queja o presentar un reclamo sobre nuestra decisión de finalizar su membresía. También puede consultar la Sección 7 del Capítulo 7 para obtener información sobre cómo presentar un reclamo.

CAPÍTULO 9

Avisos legales

Capítulo 9: Avisos legales

Capítulo 9. Avisos legales

Sección 1 Aviso sobre la ley vigente.	99
Sección 2 Aviso sobre la no discriminación.	99
Sección 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare	99
Sección 4 Declaración de suscripción	99
Sección 5 Declaración de divulgación	99
Sección 6 Divulgación de registros	100
Sección 7 Derecho a recuperar pagos	100
Sección 8 No asignación	100

Sección 1 Aviso sobre la ley vigente

Son muchas las leyes que rigen esta *Evidencia de cobertura* y es posible que se apliquen algunas disposiciones adicionales que la ley exige. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades, aunque las leyes no se incluyan ni se expliquen en este documento. La ley más importante que se aplica a este documento es el Título XVIII de la Ley de Seguro Social y las reglamentaciones creadas según dicha ley por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, o CMS. Asimismo, pueden aplicarse otras leyes federales y, en determinadas circunstancias, las leyes del estado donde usted reside.

Sección 2 Aviso sobre la no discriminación

Nuestro plan debe cumplir las leyes que lo protegen de la discriminación o tratos injustos.

No discriminamos por cuestiones de raza, etnia, nacionalidad, color, religión, sexo, género, edad, discapacidad mental o física, estado de salud, historial de reclamos, historia clínica, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que brindan los planes de medicamentos con receta de Medicare, como nuestro plan, deben cumplir las leyes federales contra la discriminación, incluido el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley contra la Discriminación por Edad de 1975, la Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley de Atención Accesible como también todas las demás leyes pertinentes a organizaciones que reciben fondos federales y cualquier otra ley y norma que se aplica por alguna otra razón.

Si desea obtener más información o tiene inquietudes sobre discriminación o tratos injustos, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Sociales al **1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697)** o su Oficina de Derechos Civiles local.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda con el acceso a la atención, llame al departamento de servicio al cliente (en la contraportada de este folleto encontrará impresos los números de teléfono). Si desea presentar un reclamo, como un problema con el acceso para sillas de ruedas, el departamento de servicio al cliente lo puede ayudar.

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

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar los servicios cubiertos por Medicare para los cuales Medicare no sea el pagador primario. Conforme a las normativas de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en cuanto a los artículos 422.108 y 423.462 del título 42 del Código de Regulaciones Federales (CFR), Blue MedicareRx Value, como patrocinador del plan de medicamentos con receta de Medicare, aplicará los mismos derechos de recuperación que aplica la Secretaría de conformidad con las normativas de los CMS en las subpartes B a D de la parte 411 del título 42 del CFR, y las normas establecidas en esta sección prevalecen sobre las leyes estatales.

Sección 4 Declaración de suscripción

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

Sección 5 Declaración de divulgación

Usted, el miembro, mediante el presente reconoce expresamente que comprende que esta póliza es un contrato exclusivamente entre usted y Blue Cross Blue Shield of Arizona (su Plan Blue), que es una corporación independiente que opera bajo licencia de Blue Cross and Blue Shield Association (BCBSA), una asociación de planes independientes de Blue Cross and Blue Shield. BCBSA permite que su Plan Blue utilice las marcas de servicio de Blue Cross and Blue Shield en Arizona. Su Plan Blue no es un agente de contratación de BCBSA. Además, usted reconoce y acepta que no adquirió esta póliza sobre la base de las declaraciones de BCBSA u otra persona que no sea su Plan Blue o sus representantes autorizados. Ninguna persona, entidad u organización que no sea su Plan Blue será considerado responsable ante usted por las obligaciones creadas en virtud de esta póliza. Este párrafo no crea obligaciones adicionales de ningún tipo por parte de su Plan Blue, excepto aquellas obligaciones creadas bajo otras disposiciones de esta póliza.

Sección 6 Divulgación de registros

Usted acepta permitir que todos los proveedores de atención médica nos brinden la información necesaria sobre la atención que le brindan. Es posible que necesitemos esta información para procesar las reclamaciones, realizar actividades de revisión de la utilización y de mejora de calidad, y para otras actividades del plan de salud, según lo permita la ley. Mantenemos esta información confidencial, pero podemos divulgarla si usted autoriza su divulgación, o si la ley estatal o federal permiten o exigen su divulgación sin su autorización. Si un proveedor requiere una autorización especial para la divulgación de los informes, usted acepta proporcionar esta autorización. El hecho de que usted no proporcione la autorización o la información solicitada puede dar lugar a la denegación de su reclamación.

Sección 7 Derecho a recuperar pagos

Si por algún motivo Blue MedicareRx Value hace un pago conforme a esta política por error, incluidos los pagos que se realicen de manera incorrecta a usted, una farmacia o cualquier otra persona, Blue MedicareRx Value puede recuperar el monto pagado.

Sección 8 No asignación

Los beneficios de los servicios cubiertos en esta póliza son para su beneficio personal y no pueden ser transferidos o asignados a nadie más. Se le prohíbe ceder cualquier reclamación o causa de acción que surja o se relacione con este plan de beneficios. Cualquier intento de asignar esta póliza o los derechos de pago será nulo.

CAPÍTULO 10

Definiciones de palabras importantes

Capítulo 10. Definiciones de palabras importantes

Apelación: una apelación es una medida que usted presenta si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar una solicitud de medicamentos con receta o el pago de medicamentos que ya recibió. Por ejemplo, puede solicitar una apelación si no pagamos un medicamento que, en su opinión, debería recibir. En el Capítulo 7 se explican las apelaciones, incluido el proceso de presentación de una apelación.

Área de servicios: es el área geográfica en la que un plan de medicamentos con receta acepta a miembros si esta limita la membresía en función del lugar en el que viven las personas. El plan puede cancelar su inscripción si se muda permanentemente fuera del área de servicios del plan.

Autorización previa: es la aprobación anticipada para obtener determinados medicamentos que pueden estar o no en nuestro formulario. Algunos medicamentos se cubren únicamente si su médico u otro proveedor de la red obtienen la "autorización previa" de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos para los cuales se requiere una autorización previa se indican en el formulario.

Ayuda adicional: programa de Medicare cuyo fin es ayudar a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos con receta de Medicare, por ejemplo, primas, deducibles y coseguros.

Cancelar la inscripción o cancelación de la inscripción: proceso de finalización de su membresía en nuestro plan. La cancelación de la inscripción puede ser voluntaria (por decisión propia) o involuntaria (por decisión de otros).

Cargo por despacho: un cargo que se aplica cada vez que se dispensa un medicamento cubierto para pagar el costo de obtener un medicamento con receta. Por ejemplo, el cargo por despacho se utiliza para cubrir los costos del tiempo que dedicó el farmacéutico a preparar y empaquetar el medicamento.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): la agencia federal que administra Medicare. En el Capítulo 2 se explica cómo comunicarse con los CMS.

Cobertura acreditable de medicamentos con receta: la cobertura de un medicamento con receta (por ejemplo, de un empleador o sindicato) que

se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura cuando reúnen los requisitos para participar en Medicare, en general, pueden conservar esa cobertura sin pagar una multa si deciden inscribirse más adelante en la cobertura de medicamentos con receta de Medicare.

Cobertura de medicamentos con receta de Medicare (Parte D de Medicare): seguro que ayuda a pagar los medicamentos con receta de pacientes externos, vacunas, productos biológicos y algunos suministros que la Parte A o la Parte B de Medicare no cubren.

Copago: un monto que posiblemente deba pagar como su parte del costo de los medicamentos con receta. El copago es un monto fijo y no un porcentaje. Por ejemplo, es posible que deba pagar \$10 o \$20 por un medicamento con receta.

Coseguro: un monto que posiblemente deba pagar como su parte del costo de los medicamentos con receta después de pagar los deducibles. Por lo general, el coseguro es un porcentaje (por ejemplo, el 20 %).

Costos compartidos: se refiere a los montos que un miembro debe pagar cuando recibe medicamentos. Esto se suma a la prima mensual del plan. En los costos compartidos se incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pago: (1) cualquier monto de deducible que un plan pueda imponer antes de cubrir medicamentos; (2) cualquier monto de "copago" fijo que un plan exija cuando se recibe un medicamento específico; o (3) cualquier monto de "coseguro" (un porcentaje del monto total pagado por un medicamento) que un plan exija cuando se recibe un medicamento específico. Es posible que se aplique una "tarifa diaria de costo compartido" cuando su médico le recete un suministro menor a un mes completo para ciertos medicamentos y usted deba pagar un copago.

Costos que paga de su bolsillo: consulte la definición de "costos compartidos" más arriba. El requisito de los costos compartidos del miembro es la parte que el miembro tiene que pagar por los medicamentos recibidos, también se denomina requisito de costo "que paga del bolsillo" del miembro.

Capítulo 10: Definiciones de palabras importantes

Deducible: el monto que usted debe pagar por los medicamentos con receta antes de que nuestro plan empiece a pagar su parte.

Departamento de servicio al cliente: un departamento dentro de nuestro plan que se encarga de responder sus preguntas sobre la membresía, los beneficios, los reclamos y las apelaciones. Consulte el Capítulo 2 para obtener información sobre cómo comunicarse con el departamento de servicio al cliente.

Determinación de cobertura: una decisión sobre si el plan cubre un medicamento con receta y el monto, si corresponde, que debe pagar por el medicamento con receta. Generalmente, si usted se dirige a una farmacia para obtener un medicamento con receta y esta le informa que nuestro plan no cubre el medicamento con receta, esto no constituye una determinación de cobertura. Usted debe llamar o escribir al plan para solicitar una decisión de cobertura formal. En este folleto, las determinaciones sobre la cobertura se denominan “decisiones de cobertura”. En el Capítulo 7 se explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

Emergencia: una emergencia médica se da cuando usted o una persona prudente no experta, con un conocimiento promedio sobre salud y medicina, consideran que usted tiene síntomas médicos que requieren atención médica de inmediato a fin de evitar la muerte, la pérdida de una extremidad o la pérdida de la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, dolor grave o una afección médica que empeora rápidamente.

Etapas de cobertura catastrófica: etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D en la cual usted paga un copago o coseguro por sus medicamentos después de que usted o terceros autorizados en su nombre hayan gastado \$6,550 en medicamentos cubiertos durante el año de cobertura.

Etapas de cobertura inicial: esta es la etapa que transcurre antes de que los costos totales de los medicamentos que usted pagó y lo que su plan tuvo que pagar en su nombre durante el año hayan alcanzado los \$4,130.

Evidencia de cobertura (EOC) y Divulgación de información: este documento, junto con su formulario de inscripción y otros anexos, cláusulas adicionales u otra cobertura opcional seleccionada,

explica su cobertura, lo que debemos hacer, sus derechos y lo que debe hacer como miembro de nuestro plan.

Excepción: tipo de determinación de cobertura que, si se aprueba, le permite obtener un medicamento que no está incluido en el formulario del patrocinador de su plan (una excepción al formulario) u obtener un medicamento no preferido al nivel de costos compartidos inferior (una excepción del nivel). También puede solicitar una excepción si el patrocinador de su plan le exige que pruebe otro medicamento antes de recibir el medicamento que solicita, o si el plan limita la cantidad o la dosis del medicamento que solicita (excepción al formulario).

Farmacia de la red: una farmacia de la red es una farmacia en la que los miembros de nuestro plan pueden obtener sus beneficios de medicamentos con receta. Las llamamos “farmacias de la red” porque tienen contratos con nuestro plan. En la mayoría de los casos, sus medicamentos con receta están cubiertos solo si los obtiene en una de las farmacias de nuestra red.

Farmacia fuera de la red: es una farmacia que no tiene contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar los medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. Como se explica en esta *Evidencia de cobertura*, nuestro plan no cubre la mayoría de los medicamentos que usted obtiene en las farmacias fuera de la red, a menos que se apliquen determinadas condiciones.

Indicación médicamente aceptada: se refiere a que la administración de un medicamento está aprobada por la Administración de Alimentos y Medicamentos o que tiene el respaldo de ciertos libros de referencia. Consulte la Sección 3 del Capítulo 3 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada.

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

Lista de medicamentos cubiertos (Formulario o “Lista de medicamentos”): una lista de los medicamentos con receta que cubre el plan. Los medicamentos de esta lista son seleccionados por

Capítulo 10: Definiciones de palabras importantes

el plan con la ayuda de médicos y farmacéuticos. En la lista se incluyen medicamentos de marca y medicamentos genéricos.

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

Límites de cantidad: es una herramienta de administración diseñada para limitar, por razones de calidad, seguridad o utilización, la administración de medicamentos seleccionados. Los límites pueden aplicarse a la cantidad de medicamento que cubrimos por receta o por un período definido.

Medicaid (o Asistencia Médica): programa conjunto federal y estatal que contribuye con los costos médicos para algunas personas con ingresos y recursos limitados. Los programas de Medicaid varían de un estado a otro, pero la mayoría de los costos de atención médica está cubierto si cumple los requisitos tanto para Medicare como para Medicaid. Consulte la Sección 6 del Capítulo 2 para obtener información sobre cómo comunicarse con Medicaid en su estado.

Medicamento de marca: es un medicamento con receta que fabrica y vende la empresa farmacéutica que originalmente investigó y desarrolló el medicamento. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de principios activos que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, otros fabricantes de medicamentos fabrican y venden los medicamentos genéricos que, en general, no están disponibles hasta que la patente del medicamento de marca haya vencido.

Medicamento genérico: un medicamento con receta que aprueba la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA), y que tiene los mismos principios activos que el medicamento de marca. Por lo general, un medicamento “genérico” funciona del mismo modo que un medicamento de marca y, comúnmente, es menos costoso.

Medicamentos cubiertos: término que utilizamos para describir a todos los medicamentos con receta que cubre nuestro plan.

Medicamentos de la Parte D: son medicamentos que pueden ser cubiertos por la Parte D. Podemos ofrecer o no todos los medicamentos de la Parte D. (Consulte su formulario para obtener una lista específica de medicamentos cubiertos). El Congreso excluyó la cobertura de determinadas categorías como medicamentos de la Parte D.

Medicare: es el programa federal de seguro de salud destinado a personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con discapacidades y personas que padecen enfermedad renal en etapa terminal (insuficiencia renal permanente que requiera diálisis o un trasplante de riñón). Las personas con Medicare pueden obtener su cobertura médica de Medicare a través de Original Medicare o del plan Medicare Advantage.

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

Monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso (IRMAA): si en el informe de declaración de impuestos del IRS de hace 2 años su ingreso bruto ajustado y modificado sobrepasaba un monto determinado, deberá pagar el monto de la prima estándar y un monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso (IRMAA). El IRMAA es un cargo adicional que se agrega a su prima. Esto afecta a menos del 5 % de las personas con Medicare, de modo que la mayoría de las personas no debe pagar una prima mayor.

Multa por inscripción tardía de la Parte D: monto que se agrega a su prima mensual de la cobertura de medicamentos de Medicare si carece de cobertura acreditable (la cobertura que se espera que pague, en promedio, por lo menos lo mismo que la cobertura de medicamentos con receta estándar de Medicare) durante un período continuo de 63 días o más después de que reúna los requisitos para inscribirse en la Parte D del plan por primera vez. Usted paga este monto más alto mientras tenga el plan de medicamentos de Medicare. Hay algunas excepciones. Por ejemplo, si recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos con receta, no se aplicará la multa por inscripción tardía a su caso. Si usted recibe “Ayuda adicional”, no pagará la multa por inscripción tardía.

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

Capítulo 10: Definiciones de palabras importantes**Organización para la mejora de la calidad (QIO):**

es un grupo de médicos que ejercen su profesión y otros profesionales de atención médica a quienes les paga el gobierno federal para controlar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare. Consulte la Sección 4 del Capítulo 2 para obtener información sobre cómo comunicarse con la QIO en su estado.

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

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

Parte D: es el programa voluntario de beneficios de medicamentos con receta de Medicare. (Para facilitar la comprensión, llamamos Parte D al programa de beneficios de medicamentos con receta).

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

Período de inscripción anual: período establecido cada otoño en el que los miembros pueden cambiar sus planes de salud o de medicamentos, o cambiarse a Original Medicare. El período de inscripción anual va del 15 de octubre al 7 de diciembre.

Período de inscripción especial: período establecido en el que los miembros pueden cambiar sus planes de salud o de medicamentos, o volver a Original

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

Plan de salud de Medicare: un plan de salud de Medicare es un plan ofrecido por una empresa 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 el plan. Este término incluye a todos los planes Medicare Advantage, planes de costos de Medicare, programas de demostración o piloto y programa de atención integral para las personas de edad avanzada (PACE).

Plan Medicare Advantage (MA): a veces se lo llama Parte C de Medicare. Es un plan que ofrece una empresa privada que tiene un contrato con Medicare para proveerle todos los beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare. El plan Medicare Advantage puede ser un plan HMO, PPO o un plan privado de pago por servicio (PFFS), o un plan de cuenta de ahorros para gastos médicos de Medicare (MSA). Cuando está inscrito en un plan Medicare Advantage, los servicios de Medicare están cubiertos a través del plan y no se pagan de acuerdo con Original Medicare. En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D de Medicare (cobertura de medicamentos con receta). Estos planes se llaman **planes Medicare Advantage con cobertura de medicamentos con receta**.

Las personas que tienen la Parte A y la Parte B de Medicare reúnen los requisitos para participar en cualquier plan de salud de Medicare Advantage que se ofrezca en su área.

Prima: pago periódico que se realiza a Medicare, a una empresa de seguros o a un plan de atención médica por la cobertura de salud o de medicamentos con receta.

Programa de descuento para el período sin cobertura de Medicare: es un programa de Medicare que proporciona descuentos en los medicamentos de marca de la Parte D a los miembros de la Parte D que hayan alcanzado la etapa sin cobertura y que todavía no reciben “Ayuda adicional”. Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y determinados fabricantes de medicamentos. Es por

esto que la mayoría de los medicamentos de marca tiene un descuento.

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

Queja: un tipo de reclamo que usted presenta sobre nosotros o sobre una de las farmacias de la red, que incluye un reclamo con respecto a la calidad de su atención. Este tipo de reclamo no involucra disputas sobre la cobertura o el pago.

Reclamo: el nombre formal para “presentar un reclamo” es “interponer una queja”. El proceso de reclamos se usa *solamente* para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que usted recibe. Consulte también “queja” en esta lista de definiciones.

Servicios cubiertos de Medicare: servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare.

Subsidio por bajos ingresos (LIS): consulte “Ayuda adicional”.

Tarifa diaria de costo compartido: es posible que se aplique una “tarifa diaria de costo compartido” cuando su médico le recete un suministro menor a un mes completo para ciertos medicamentos y usted deba pagar un copago. La tarifa diaria del costo compartido es el copago dividido por la cantidad de días de un suministro de un mes. A continuación, se presenta un ejemplo: Si su copago por un suministro de un mes de un medicamento es de \$30 y un suministro de un mes en su plan es de 30 días, entonces su “tarifa diaria de costo compartido” es de \$1 por día. Esto significa que usted paga \$1 por el suministro de cada día cuando obtiene un medicamento con receta.





Tratamiento escalonado: es una herramienta que exige que usted primero pruebe otro medicamento para tratar su afección antes de que cubramos el medicamento que su médico le recetó en un primer momento.

Blue Cross Blue Shield of Arizona (BCBSAZ) cumple con las leyes federales de derechos civiles vigentes y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Proporcionamos ayuda y servicios sin costo a personas con discapacidades para que se comuniquen con nosotros eficazmente, como intérpretes calificados e información escrita en otros formatos, como letra grande y formatos electrónicos accesibles. También proporcionamos servicios de idiomas sin costo para personas cuya lengua materna no es el inglés, como intérpretes calificados e información escrita en otros idiomas. Si necesita estos servicios, llame al **1-833-229-3593** (TTY: **711**).

Spanish: ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-833-229-3593 (TTY: 711).





Navajo: Díí baa akó nínízin: Díí saad bee yánílti'go Diné Bizaad, saad bee áká'ánída'áwo'déé', t'áá jiiik'eh, éí ná hóló, kójj' hódílnih **1-833-229-3593** (TTY: **711**).

Departamento de servicio al cliente de Blue MedicareRx Value

Método	Departamento de servicio al cliente - Información de contacto
	<p>1-833-229-3593</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., todos los días, hora local. El buzón de voz está disponible fuera del horario de atención.</p> <p>El departamento de servicio al cliente también ofrece servicios gratuitos de interpretación para personas que no hablan inglés.</p>
	<p>711</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., todos los días, hora local.</p>
	<p>Blue MedicareRx Value P.O. Box 3777 Scranton, PA 18505</p>
	<p>www.YourAZMedicareSolutions.com</p>

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

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

Método	Información de contacto
	<p>Línea directa gratuita: 1-800-432-4040</p> <p>Local: 602-542-4446</p>
	<p>711</p>
	<p>DES Division of Aging and Adult Services (DAAS) Arizona Department of Economic Security Division of Aging and Adult Services 1789 West Jefferson Street, Site Code #950A Phoenix, AZ 85007</p>
	<p>www.des.az.gov</p>

Declaración sobre divulgación de la PRA De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites (PRA) de 1995, ninguna persona tiene la obligación de responder a una recopilación de información a menos que presente un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB). El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-1051. Si tiene algún comentario o sugerencia para mejorar este formulario, escríbanos a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.



Un licenciatario independiente de Blue Cross Blue Shield Association