

1 de enero al 31 de diciembre de 2023

Evidencia de Cobertura:

Su cobertura para medicamentos con receta de Medicare como miembro de Blue Cross MedicareRx Value (PDP)SM

En este documento, encontrará detalles acerca de su cobertura para medicamentos con receta de Medicare desde el 1.º de enero hasta el 31 de diciembre de 2023. **Este es un documento legal importante. Consérvelo en un lugar seguro.**

Si tiene preguntas acerca de este documento, comuníquese con el Servicio al Cliente al 1-888-285-2249. (Los usuarios de Teletipo [TTY, en inglés] deben llamar al 711). El horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los 7 días de la semana. Si llama entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, se utilizarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz) los fines de semana y los días feriados.

HCSC Insurance Services Company (HISC) ofrece este plan, Blue Cross MedicareRx Value (PDP)SM. (Cuando en esta *Evidencia de Cobertura* se mencionan las palabras “nosotros”, “nos” o “nuestro”, esto hace referencia a HCSC Insurance Services Company (HISC). Cuando se mencionan las palabras “el plan” o “nuestro plan”, significa Blue Cross MedicareRx Value (PDP)).

Planes de medicamentos con receta proporcionados por HCSC Insurance Services Company (HISC), Licenciario Independiente de Blue Cross and Blue Shield Association. Un patrocinador de Parte D aprobado por Medicare. La inscripción en los planes de HISC depende de la renovación del contrato.

Este documento está disponible de forma gratuita en español.

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

Los beneficios, las primas, los deducibles o los copagos/coseguros podrían cambiar el 1 de enero de 2024.

El formulario o la red de farmacias podrían cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando sea necesario. Notificaremos a los inscritos afectados sobre los cambios con al menos 30 días de anticipación.

Este documento explica sus beneficios y derechos. Utilice este documento para comprender los siguientes puntos:

- La prima y los gastos compartidos de su plan;
- Sus beneficios médicos y de medicamentos con receta;
- El procedimiento para presentar una queja si no está satisfecho con un servicio o tratamiento;
- La forma de comunicarse con nosotros si necesita más ayuda; y,
- Otras protecciones exigidas por la ley de Medicare.

Tabla de contenidos**2023 Evidencia de cobertura****Tabla de contenidos**

CAPÍTULO 1:	<i>Inicio como miembro</i>	4
SECCIÓN 1	Introducción	5
SECCIÓN 2	¿Qué requisitos debe reunir para ser elegible como miembro del plan?	6
SECCIÓN 3	Materiales importantes de membresía que recibirá	7
SECCIÓN 4	Sus costos mensuales para Blue Cross MedicareRx Value (PDP)	8
SECCIÓN 5	Más información sobre su prima mensual	12
SECCIÓN 6	Mantenga actualizado su registro de asegurados	14
SECCIÓN 7	Funcionamiento de un plan médico adicional con nuestro plan	15
CAPÍTULO 2:	<i>Números telefónicos y recursos importantes</i>	17
SECCIÓN 1	Contactos de Blue Cross MedicareRx Value (PDP) (cómo comunicarse con nosotros, que incluye cómo contactarse con el Servicio al Cliente)	18
SECCIÓN 2	Medicare (cómo recibir asistencia e información directamente del programa Federal de Medicare)	20
SECCIÓN 3	Programa de Asistencia de Seguro Médico del Estado (asistencia gratuita, información y respuestas a sus consultas sobre Medicare)	22
SECCIÓN 4	Organización para el Mejoramiento de la Calidad	23
SECCIÓN 5	Seguro Social	24
SECCIÓN 6	Medicaid	25
SECCIÓN 7	Información sobre programas para ayudar a las personas a pagar sus medicamentos recetados	26
SECCIÓN 8	Cómo comunicarse con la Junta de Retiro Ferroviario	29
SECCIÓN 9	¿Tiene algún "seguro grupal" o algún otro seguro médico de su empleador?	30
CAPÍTULO 3:	<i>Utilización de la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D</i>	31
SECCIÓN 1	Introducción	32
SECCIÓN 2	Adquiera el medicamento recetado de una farmacia de la red o a través del servicio de entrega a domicilio del plan	33

Tabla de contenidos

SECCIÓN 3	Sus medicamentos deben estar incluidos en la “lista de medicamentos” del plan	38
SECCIÓN 4	Existen ciertas restricciones en la cobertura de algunos medicamentos	40
SECCIÓN 5	¿Qué hacer si uno de sus medicamentos no está cubierto en la forma que a usted le gustaría que lo estuviera?	42
SECCIÓN 6	¿Qué hacer si cambia la cobertura para uno de los medicamentos que usted utiliza?	45
SECCIÓN 7	¿Qué tipos de medicamentos <i>no</i> están cubiertos por el plan?	47
SECCIÓN 8	Cómo completar una receta médica	49
SECCIÓN 9	Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales	49
SECCIÓN 10	Programas de seguridad y utilización de medicamentos	52
CAPÍTULO 4:	<i>Lo que usted debe pagar por los medicamentos recetados de la Parte D</i>	55
SECCIÓN 1	Introducción	56
SECCIÓN 2	Lo que usted paga por un medicamento depende de la “Etapa de pago de medicamentos” en la que usted se encuentra cuando adquiere el medicamento	59
SECCIÓN 3	Enviamos informes con la descripción de pagos por sus medicamentos y la etapa de pago en la cual usted se encuentra	59
SECCIÓN 4	En la Etapa del Deducible, paga el costo total de sus medicamentos de Categoría 3, 4 y 5	61
SECCIÓN 5	En la Etapa de Cobertura Inicial, el plan paga la parte que le corresponde por sus costos de medicamentos y usted paga su parte	62
SECCIÓN 6	Costos en la Etapa de Interrupción en la Cobertura	71
SECCIÓN 7	En la Etapa de Cobertura para Casos Catastróficos, el plan paga la mayor parte de los costos de sus medicamentos	72
SECCIÓN 8	Vacunas de la Parte D. Lo que usted debe pagar depende de cómo y dónde las adquiere	72
CAPÍTULO 5:	<i>Puede solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de los medicamentos cubiertos</i>	75
SECCIÓN 1	Situaciones en las que debe solicitarnos el pago de nuestra parte del costo de sus medicamentos cubiertos	76
SECCIÓN 2	Cómo pedirnos que le rembolsemos el dinero	77

Tabla de contenidos

SECCIÓN 3	Consideraremos su solicitud de pago y le responderemos afirmativa o negativamente	78
CAPÍTULO 6:	<i>Sus derechos y responsabilidades</i>	79
SECCIÓN 1	Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales como asegurado del plan	80
SECCIÓN 2	Usted tiene ciertas responsabilidades como miembro del plan	93
CAPÍTULO 7:	<i>¿Qué hacer si tiene algún problema o queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)</i>	95
SECCIÓN 1	Introducción	96
SECCIÓN 2	Dónde puede obtener más información y asistencia personalizada	96
SECCIÓN 3	¿Qué proceso debe utilizar para tratar sus problemas?	97
SECCIÓN 4	Una guía de los conceptos básicos de decisiones de cobertura y apelaciones	98
SECCIÓN 5	Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación	100
SECCIÓN 6	Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más	111
SECCIÓN 7	Cómo presentar un reclamo por la calidad de atención, tiempos de espera, atención al cliente u otros reclamos	113
CAPÍTULO 8:	<i>Finalización de su membresía en el plan</i>	117
SECCIÓN 1	Introducción a la finalización de su membresía en nuestro plan	118
SECCIÓN 2	¿Cuándo puede finalizar su membresía a nuestro plan?	118
SECCIÓN 3	¿Cómo terminar su membresía en nuestro plan?	121
SECCIÓN 4	Hasta que finalice su membresía, debe continuar recibiendo sus medicamentos a través de nuestro plan	122
SECCIÓN 5	Blue Cross MedicareRx Value (PDP) debe cancelar su membresía a nuestro plan en ciertos casos	123
CAPÍTULO 9:	<i>Avisos legales</i>	125
SECCIÓN 1	Aviso de leyes aplicables	126
SECCIÓN 2	Aviso sobre no discriminación	126
SECCIÓN 3	Aviso sobre sus derechos de subrogación para pagadores secundarios de Medicare	126
CAPÍTULO 10:	<i>Definiciones de términos importantes</i>	128

CAPÍTULO 1:

Inicio como miembro

Capítulo 1. Inicio como miembro**SECCIÓN 1 Introducción****Sección 1.1 Usted está inscrito en Blue Cross MedicareRx Value (PDP), que es un plan de medicamentos recetados de Medicare**

Tiene la cobertura de Original Medicare u otro seguro de gastos médicos para la cobertura médica, y ha elegido obtener la cobertura para medicamentos con recetas de Medicare a través de nuestro plan, Blue Cross MedicareRx Value (PDP). Estamos obligados a cubrir todos los servicios de la parte A y la parte B. Sin embargo, los gastos compartidos y el acceso a proveedores en este plan difieren de Original Medicare.

Blue Cross MedicareRx Value (PDP) es un plan de medicamentos recetados de Medicare (PDP). Al igual que todos los planes de Medicare, este plan de medicamentos recetados está aprobado por Medicare y dirigido por una empresa privada.

Sección 1.2 ¿Qué información incluye el documento de *Evidencia de Cobertura*?

Este documento de *Evidencia de Cobertura* le indica cómo obtener sus medicamentos con receta. Explica sus derechos y responsabilidades, qué está cubierto, qué paga como asegurado del plan y cómo presentar una queja si no está satisfecho con una decisión o tratamiento.

Las palabras “cobertura” y “medicamentos incluidos” se refieren a la cobertura para medicamentos recetados disponible para usted como miembro de Blue Cross MedicareRx Value (PDP).

Es importante que se informe sobre las reglas del plan y qué cobertura está disponible para usted. Le sugerimos que se tome un momento para familiarizarse con este documento de *Evidencia de Cobertura*.

Si tiene alguna confusión, preocupación o simplemente una pregunta, comuníquese con el Servicio al Cliente.

Sección 1.3 Información legal sobre la *Evidencia de Cobertura*

Esta *Evidencia de Cobertura* es parte de nuestro contrato con usted acerca de cómo Blue Cross MedicareRx Value (PDP) le brinda cobertura para su atención. Las demás partes de este contrato incluyen el formulario de inscripción, la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* y los avisos que usted recibe de nosotros acerca de cambios a su cobertura o condiciones que afectan su cobertura. Estos avisos a veces se llaman “cláusulas adicionales” o “enmiendas”.

El contrato tiene vigencia durante los meses en los que está inscrito en Blue Cross MedicareRx Value (PDP) entre el 1 de enero de 2023 y el 31 de diciembre de 2023.

Capítulo 1. Inicio como miembro

Cada año natural, Medicare nos permite hacer cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de Blue Cross MedicareRx Value (PDP) después del 31 de diciembre de 2023. También podemos dejar de ofrecer el plan, en su área de servicio, luego del 31 de diciembre de 2023.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar el plan Blue Cross MedicareRx Value (PDP) cada año. Puede seguir con la cobertura de Medicare cada año como un asegurado de nuestro plan solo si decidimos continuar ofreciendo el plan y Medicare renueva su aprobación del plan.

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

Sección 2.1 Requisitos que debe reunir

Usted es elegible para ser miembro de nuestro plan si cumple con los siguientes requisitos:

- Tiene la Parte A y Parte B de Medicare (o tiene ambos, la Parte A y la Parte B)
- -- y -- Es ciudadano estadounidense o reside legalmente en los Estados Unidos.
- -- y -- vive en nuestra área geográfica de cobertura de servicios (en la Sección 2.2 que se encuentra a continuación, se detalla nuestra área de servicio). No se considera que las personas encarceladas vivan en el área geográfica de servicios, incluso si están ubicadas físicamente en él.

Sección 2.2 Este es el área de cobertura de servicios del plan Blue Cross MedicareRx Value (PDP)

Blue Cross MedicareRx Value (PDP) está disponible solo para las personas que viven en nuestra área de servicio del plan. Para continuar siendo miembro de nuestro plan, debe seguir residiendo en el área de servicio del plan. El área de servicio se describe a continuación.

Nuestra área de servicio incluye el estado: Oklahoma

Ofrecemos cobertura en diferentes estados. Sin embargo, puede haber un costo u otra diferencia entre los planes ofrecidos en cada estado. Si se muda a un estado que continúa dentro de nuestra área de servicio, debe comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros para actualizar su información. Si se muda a un estado fuera de nuestra área de servicio, no podrá seguir siendo miembro de nuestro plan. Llame al Departamento de Servicios para Miembros para saber si tenemos un plan en el estado donde se haya mudado.

Si se muda fuera de nuestra área de servicio, no podrá seguir siendo un asegurado de nuestro plan. Contáctese con Servicio al Cliente para saber si tenemos un plan donde se haya mudado. Cuando se mude, contará con un Período Especial de

Capítulo 1. Inicio como miembro

Inscripción durante el cual podrá cambiarse a Original Medicare o inscribirse en un plan de salud o de medicamentos con receta de Medicare que esté disponible en su nueva ubicación.

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

Sección 2.3 Ciudadano estadounidense o residencia legal en los EE. UU.

Un miembro de un plan de salud de Medicare debe ser ciudadano estadounidense o residir legalmente en los Estados Unidos. En función de esto, Medicare (los Centros de servicios de Medicare y Medicaid) le notificará a Blue Cross MedicareRx Value (PDP) si usted no es elegible para seguir siendo miembro. Blue Cross MedicareRx Value (PDP) debe cancelar su inscripción si no cumple con este requisito.

SECCIÓN 3 Materiales importantes de membresía que recibirá

Sección 3.1 Su tarjeta de membresía del plan

Mientras sea un asegurado de nuestro plan, debe presentar su tarjeta de membresía del plan cuando reciba cualquier medicamento con receta de las farmacias de la red. Además, deberá mostrar al proveedor su tarjeta de Medicaid, si corresponde. Este es un modelo de tarjeta de membresía para que vea cómo será la suya:

 BlueCross BlueShield of Illinois Blue Cross Medicare Advantage (HMO)		www.getblueil.com/mapd 	
Name: SAMPLECARD ID: XOJ123456789 Plan (80840): 9101000211 Plan: Blue Cross Medicare Advantage Basic (HMO)		Office Visit: \$ Specialist: \$ Emergency Room: \$	
RxBin: RXBIN RxPCN: RXPCN RxGrp: RX_GROUP RxID: RX_ID		PCP: JohnSmithMD PCP Phone#: 1 ###-###-#### Medical Group	
CMS H3822 001			
Submit Medical Claims to: Claims Processing Address City, St, Zip		Pharmacy Line: 1-877-277-7898 Customer Service: 1-877-774-8592 TTY/TDD: 711 Medical Group : Phone Number	
HMO and HMO-POS plans provided by Blue Cross and Blue Shield of Illinois, a Division of Health Care Service Company (HCSC), an		Independent Licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association. HCSC is a Medicare Advantage organization with a Medicare contract.	

Lleve su tarjeta con usted en todo momento y recuerde mostrarla cuando obtenga medicamentos cubiertos. Si su tarjeta se daña, se pierde o es robada, llame al Departamento de Servicios para Miembros inmediatamente y le enviaremos una tarjeta nueva.

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

Capítulo 1. Inicio como miembro

Sección 3.2 Directorio de Farmacias

El directorio de farmacias enumera las farmacias de nuestra red. Las **farmacias de la red** son todas las farmacias que aceptaron surtir las recetas médicas cubiertas para los asegurados de nuestros planes. En el Directorio de Farmacias puede encontrar la farmacia de la red que desee utilizar. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 3 para obtener información sobre cuándo puede utilizar farmacias que no están en la red del plan.

En el *Directorio de Farmacias*, se le indicará qué farmacias en nuestra red tienen gastos compartidos preferidos, que pueden ser menores a los gastos compartidos estándar que ofrecen otras farmacias de nuestra red para algunos medicamentos.

Si no tiene el *Directorio de Farmacias*, puede obtener una copia a través del Servicio al Cliente. También puede obtener esta información ingresando a nuestro sitio web getblueok.com/pdp.

Sección 3.3 La Lista de Medicamentos Incluidos (Formulario) del plan

El plan tiene una *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)*. La llamamos “Lista de Medicamentos” para abreviar. Enumera los medicamentos con receta de la Parte D cubiertos bajo el beneficio de la Parte D incluido en Blue Cross MedicareRx Value (PDP). Los medicamentos en esta lista son seleccionados por el plan con el asesoramiento de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista debe cumplir con los requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la Lista de medicamentos de Blue Cross MedicareRx Value (PDP).

En la Lista de Medicamentos, también se indicará si existen reglas que restrinjan la cobertura de sus medicamentos.

Le entregaremos una copia de la Lista de Medicamentos. Para obtener la información más completa y actualizada sobre los medicamentos que están cubiertos, puede visitar el sitio web del plan (getblueok.com/pdp) o llamar al Servicio al Cliente.

SECCIÓN 4 Sus costos mensuales para Blue Cross MedicareRx Value (PDP)

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

- Prima del Plan (Sección 4.1)
- Prima Mensual de Medicare de la Parte B (Sección 4.2)
- Multa por Inscripción tardía de la Parte D (Sección 4.3)
- Determinación del Ajuste mensual acorde a sus ingresos (Sección 4.4)

Capítulo 1. Inicio como miembro

En algunos casos, su prima del plan podría ser menor

Hay programas para ayudar a que las personas de bajos recursos puedan pagar sus medicamentos. Estos incluyen “Beneficio adicional” y Programas Estatales de Asistencia para Medicamentos. La sección 7 del Capítulo 2 brinda más información sobre estos programas. Si reúne los requisitos, inscribirse en el programa podría reducir su prima mensual del plan.

Si *ya está inscrito* y recibe ayuda de uno de estos programas, **es posible que la información sobre las primas que se detalla en esta *Evidencia de Cobertura* no corresponda a su caso**. Hemos incluido un anexo titulado “Cláusula de Evidencia de Cobertura para quienes reciban el Beneficio Adicional para sus medicamentos con receta” (también conocida como “Cláusula adicional por subsidio por bajos ingresos” o “Beneficio Adicional para medicamentos con receta”), en el que se describe la cobertura de medicamentos que le corresponde. Si no tiene este anexo, llame al Departamento de Servicios para Miembros y solicite su “Beneficio Adicional para Medicamentos con Receta”.

Las primas de la Parte B y la Parte D de Medicare varían de acuerdo a los diferentes ingresos de las personas. Si tiene preguntas sobre estas primas, revise la copia del manual *Medicare y Usted 2023*, en la sección denominada “Costos de Medicare para el 2023”. Si necesita una copia, puede descargarla desde el sitio web de Medicare (www.medicare.gov). O bien, puede solicitar una copia impresa por teléfono llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.

Sección 4.1 Prima del Plan

Como miembro de nuestro plan, usted debe pagar una prima mensual del plan. Para el 2023, la prima mensual para Blue Cross MedicareRx Value (PDP) es \$95.60.

Sección 4.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare

Varios miembros deben pagar otras primas de Medicare

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

Sección 4.3 Multa por Inscripción tardía de la Parte D

Algunos asegurados deben pagar una **multa por inscripción tardía** de la Parte D. La multa por inscripción tardía de la Parte D es una prima adicional que se debe pagar por la cobertura de la Parte D si, en cualquier momento después de que finalice su período de inscripción inicial, hay un período igual o superior a 63 días consecutivos

Capítulo 1. Inicio como miembro

en que no tiene la Parte D u otra cobertura para medicamentos con receta válida. La “cobertura válida para medicamentos recetados” es una cobertura que cumple con los estándares mínimos de Medicare dado que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare. El costo de la multa por inscripción tardía depende de cuánto tiempo estuvo sin la Parte D u otra cobertura válida para medicamentos recetados. Deberá pagar esta multa mientras tenga cobertura de la Parte D.

La multa por inscripción tardía de la Parte D se suma a su prima mensual. Cuando se inscribe por primera vez en Blue Cross MedicareRx Value (PDP), le informamos el monto de la multa. Si no paga la multa por inscripción tardía de la Parte D, podría perder sus beneficios para medicamentos recetados.

Usted **no** deberá pagarla en los siguientes casos:

- Recibe el “Beneficio Adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos con receta.
- Estuvo menos de 63 días consecutivos sin cobertura válida.
- Tuvo cobertura válida para medicamentos a través de otra fuente, como un empleador, sindicato, TRICARE o Departamento de Asuntos de Veteranos. Su aseguradora o departamento de recursos humanos le informarán cada año si su cobertura de medicamentos es una cobertura válida. Se le puede enviar esta información en una carta o incluirla en un boletín del plan. Conserve esta información, ya que puede necesitarla para registrarse posteriormente en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare.
 - **Nota:** Cualquier aviso debe indicar que usted tenía una cobertura para medicamentos con receta “válida” y que se esperaba que pagara lo mismo que el plan estándar de medicamentos con receta de Medicare.
 - **Nota:** Lo detallado a continuación no forma parte de una cobertura para medicamentos con receta válida: tarjetas de descuento para medicamentos con receta, clínicas gratuitas y sitios web de descuentos en medicamentos.

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

- Si estuvo 63 días o más sin la Parte D u otra cobertura para medicamentos con receta válida después de cumplir con los requisitos por primera vez para inscribirse en la Parte D, el plan contará la cantidad de meses completos en que no tuvo cobertura. La multa es del 1% por cada mes que usted no tuvo una cobertura válida. Por ejemplo, si estuvo 14 meses sin cobertura, la multa será del 14%.
- Luego Medicare determina la suma de la prima mensual promedio para planes de medicamentos de Medicare en la nación desde el año anterior. Para 2023, este monto de prima promedio es \$32.74.

Capítulo 1. Inicio como miembro

- Para calcular su multa mensual, multiplique el porcentaje de la multa y la prima mensual promedio, y luego redondee el resultado a los 10 centavos más cercanos. En este ejemplo, sería 14% veces \$32.74, lo que equivale a \$4.5836. Este monto redondeado es \$4.58. Esta suma se agregaría **a la prima mensual para la persona con la multa por inscripción tardía de la Parte D.**

Existen tres factores importantes a tener en cuenta sobre esta multa por inscripción tardía mensual de la Parte D:

- Primero, **la multa puede cambiar todos los años**, porque la prima mensual promedio puede variar todos los años.
- Segundo, **usted seguirá pagando la multa** todos los meses durante todo el tiempo que esté suscrito en un plan con beneficios de medicamentos de Medicare Parte D, incluso si cambia de planes.
- En tercer lugar, si tiene menos de 65 años y actualmente recibe beneficios de Medicare, la multa por inscripción tardía de la Parte D se restablecerá cuando cumpla 65 años. Después de los 65 años de edad, su multa por inscripción tardía de la Parte D se basará solo en los meses que no tiene cobertura después de su período de inscripción inicial para adultos en Medicare.

Si usted no está de acuerdo con su multa por inscripción tardía en la Parte D, usted o su representante pueden solicitar una revisión. Por lo general, usted debe solicitar esta revisión en el **transcurso de los 60 días** posteriores a la fecha de la primera carta que reciba donde se indique que debe pagar una multa por inscripción tardía. Sin embargo, si estaba pagando una multa antes de inscribirse en nuestro plan, es posible que no tenga otra oportunidad de solicitar una revisión de dicha multa por inscripción tardía.

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

Sección 4.4 Determinación del Ajuste mensual acorde a sus ingresos
--

Es posible que algunos asegurados deban pagar un cargo adicional, lo que se conoce como Determinación del Ajuste Mensual Acorde a sus Ingresos (IRMAA, en inglés) de la Parte D. El cargo adicional se calcula a partir de sus ingresos brutos ajustados modificados que se informan en su declaración anual de ingresos del Servicio de Impuestos Internos (IRS, en inglés) de hace 2 años. Si este monto supera un monto determinado, pagará la prima estándar y la IRMAA adicional. Para obtener más información sobre el monto adicional que posiblemente deba pagar según sus ingresos, visite <https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans>.

Capítulo 1. Inicio como miembro

Si debe pagar un monto adicional, el Seguro Social, no su plan de Medicare, le enviará una carta en la que se le informará cuál será ese monto. La suma adicional se deducirá de su Seguro Social, de la Junta de Retiro Ferroviario o de su cheque de beneficios de la Oficina de administración del personal, independientemente de la manera en que usted pague por lo general su prima del plan, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir la suma adicional adeudada. Si su cheque de beneficios no es suficiente para cubrir la suma adicional, usted recibirá una factura de Medicare.

Usted le debe pagar una suma adicional al gobierno. No se puede pagar con su prima mensual del plan. Si usted no paga el monto adicional, se cancelará su inscripción en el plan y perderá la cobertura para medicamentos con receta.

Si no está de acuerdo con el pago de un monto adicional, puede solicitar al Seguro Social que revise la decisión. Para obtener más información sobre cómo hacer esto, comuníquese con el Seguro Social llamando al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual

Sección 5.1	Existen varias formas en las que usted puede pagar su prima del plan
--------------------	---

Existen 4 formas en las que puede pagar su prima del plan.

Opción 1: Pago con cheque

Recibirá un aviso mensual en el que se indicará la fecha de vencimiento de la prima. En nuestra oficina, su prima caduca el primer día del mes. Los cheques deben emitirse a nombre de Blue Cross MedicareRx y se deben enviar por correo a:

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

Si desea enviar pagos **de forma inmediata**, puede hacerlo por correo a:

Blue Cross MedicareRx
3232 West Reno
Lockbox #268845
Oklahoma City, OK 73107

Capítulo 1. Inicio como miembro

Opción 2: Puede pagar mediante débito automático

En lugar de pagar con cheque, puede debitar automáticamente su prima mensual del plan de su cuenta bancaria. Los débitos automáticos de la prima desde su cuenta bancaria se realizarán de forma mensual aproximadamente el día 4 de cada mes. Para solicitar un formulario de cámara de compensación automatizada (ACH, en inglés) para configurar el débito automático de su cuenta bancaria, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros o visite nuestro sitio web getblueok.com/pdp.

Opción 3: pago con cheque por teléfono

Puede realizar el pago de la prima rápidamente por teléfono. Llame al 1-866-398-9054 para realizar un pago con cheque por teléfono.

Opción 4: Puede hacer que se deduzca la prima del plan del Seguro Social

Cambiar la forma de pago de su prima. Si decide cambiar la forma de pagar su prima, es posible que deba esperar hasta tres meses para que su nuevo método de pago entre en vigencia. Mientras procesamos su solicitud de un nuevo método de pago, usted es responsable de asegurarse de pagar su prima del plan a tiempo. Para cambiar su prima, comuníquese con el Servicio al Cliente a fin de obtener más información sobre cómo pagar su prima mensual de este modo. Nos complacerá ayudarlo a establecer esta forma de pago.

Qué hacer si está teniendo problemas para pagar su prima del plan

Debemos recibir su prima del plan en nuestra oficina a más tardar el primer día del mes. Si no hemos recibido el pago de su prima para el día 5 del mes, le enviaremos un aviso en el que le informaremos que su membresía del plan finalizará si no recibimos su pago de la prima en un plazo de 90 días.

Si tiene problemas para pagar a tiempo la prima, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros a fin de saber si podemos recomendarle programas que lo ayuden a pagar la prima del plan.

Si cancelamos su membresía porque no ha pagado las primas, seguirá teniendo cobertura médica de Original Medicare.

Si cancelamos su membresía del plan porque no ha pagado las primas y actualmente no tiene una cobertura para medicamentos con receta, no podrá recibir la cobertura de la Parte D hasta el año siguiente si se inscribe en un nuevo plan durante el período de inscripción anual. Durante el período anual de inscripción abierta de Medicare, puede inscribirse en un plan para medicamentos con receta independiente o en un plan de seguro de gastos médicos que también brinde cobertura para medicamentos. (Si permanece sin cobertura "válida" para medicamentos durante más de 63 días, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D mientras tenga cobertura de la Parte D).

Capítulo 1. Inicio como miembro

En el momento en el que cancelemos su membresía, aún puede adeudarnos primas que no haya abonado. Tenemos derecho a reclamar el cobro de las primas que adeude. En el futuro, si desea volver a inscribirse en nuestro plan (o en otro plan que ofrecemos), deberá pagar el monto que adeude a fin de poder inscribirse.

Si cree que hemos puesto fin a su membresía equivocadamente, puede presentar una queja (también llamada inconformidad); consulte el Capítulo 7 para obtener información sobre cómo presentar una queja. Si no le fue posible pagar la prima de su plan dentro de nuestro periodo de gracia por haber tenido una emergencia que estuvo fuera de su control, puede presentar una queja. Tras las quejas, revisaremos nuestra decisión nuevamente. En el Capítulo 7, Sección 7 de este documento, se explica cómo presentar una queja o puede llamarnos al 1-888-285-2249 de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los 7 días de la semana. Si llama entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, se utilizarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz) los fines de semana y los días feriados. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Debe efectuar su solicitud antes de los 60 días posteriores a la fecha de finalización de su membresía.

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

No. No está permitido cambiar el monto que cobramos por la prima mensual del plan durante el año. Si se realiza alguna modificación a la prima mensual del plan del año siguiente, se lo informaremos en septiembre, y el cambio entrará en vigor el 1 de enero.

Sin embargo, en algunos casos la parte de la prima que le corresponde abonar a usted puede sufrir modificaciones durante el año. Esto sucede si, durante el transcurso del año, es o deja de ser elegible para el programa “Ayuda Adicional”. Si un miembro reúne los requisitos para “Ayuda Adicional” para los gastos de medicamentos recetados, el programa “Ayuda Adicional” pagará una parte de la prima mensual del plan del miembro. Un miembro que pierde la elegibilidad durante el año, comenzará a pagar el total de la prima mensual. Puede obtener más información sobre el programa de “Beneficio Adicional” en el Capítulo 2, Sección 7.

SECCIÓN 6 Mantenga actualizado su registro de asegurados

Su registro de membresía contiene información de su formulario de inscripción e incluye su dirección y número de teléfono. Muestra la cobertura específica de su plan.

Los farmacéuticos de la red del plan deben tener información certera sobre usted. Estos proveedores que forman parte de la red usan su documento que lo acredita como asegurado para verificar qué medicamentos están cubiertos y los montos de gastos compartidos. Por esta razón, es muy importante que nos ayude a mantener su información actualizada.

Capítulo 1. Inicio como miembro

Infórmenos sobre los siguientes cambios:

- Cambios de nombre, dirección o número de teléfono.
- Cambios en cualquier otra cobertura médica o de seguro médico que tenga (como la de su empleador, el empleador de su cónyuge, la indemnización laboral o Medicaid).
- Si tiene cualquier reclamo por responsabilidad civil, como reclamos por accidentes de automóvil.
- Si se lo ha internado en una residencia para ancianos.
- Si cambia la persona responsable designada (como su cuidador).

Si alguno de estos datos cambia, le solicitamos nos lo informe llamando al Servicio al Cliente.

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

SECCIÓN 7 Funcionamiento de un plan médico adicional con nuestro plan

Otros Seguros Médicos

Medicare nos exige reunir información sobre cualquier cobertura adicional de seguro médico o medicamentos que tenga. Esto se debe a que debemos coordinar cualquier otra cobertura que tenga con los beneficios que le corresponden según nuestro plan. Esto se denomina **Coordinación de Beneficios** (COB, en inglés).

Una vez por año, recibirá una carta en la que se enumerará cualquier cobertura adicional de seguro médico o medicamentos de los que tengamos conocimiento. Lea esta información detenidamente. Si es correcta, no es necesario que haga nada. Si la información es incorrecta, o si tiene otra cobertura que no se encuentra en la lista, llame a Servicio al Cliente. Es posible que deba proporcionar su número de identificación de miembro del plan a sus otros seguros médicos (una vez que haya confirmado su identidad), para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

Si tiene un plan médico adicional (como cobertura médica grupal del empleador), existen reglas establecidas por Medicare que estipulan quién paga primero, si nuestro plan o su plan médico adicional. El seguro que paga primero se denomina “pagador principal” y paga hasta los límites de su cobertura. El seguro que paga segundo se denomina “pagador secundario”, y solo paga si hay costos que la cobertura principal no abonó. Puede que el pagador secundario no abone todos los costos que no fueron cubiertos. Si tiene un plan médico adicional, informe a su médico, hospital y farmacia.

Estas reglas tienen validez para la cobertura de planes de salud grupales ofrecidos por el empleador o el sindicato:

Capítulo 1. Inicio como miembro

- Si tiene cobertura de jubilación, Medicare paga primero.
- Si la cobertura de su plan de salud grupal está basada en su empleo actual o en el empleo actual de un familiar, el responsable de pagar primero depende de su edad, la cantidad de personas que emplea su empleador y si tiene Medicare por edad, discapacidad o insuficiencia renal en etapa terminal (IRET):
 - Si es menor de 65 años, está discapacitado y usted o su familiar todavía trabajan, el plan de salud grupal pagará primero si el empleador tiene 100 empleados o más, o si al menos un empleador de un plan de múltiples empleadores tiene más de 100 empleados.
 - Si es mayor de 65 años y usted o su cónyuge siguen trabajando, el plan de salud grupal pagará primero si el empleador tiene 20 empleados o más, o si al menos un empleador de un plan de múltiples empleadores tiene más de 20 empleados.
- Si tiene Medicare por IRET, el plan de salud grupal pagará primero durante los primeros 30 meses después de que se vuelva elegible para Medicare.

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

- Seguro sin determinación de culpabilidad (incluye seguro de automóvil).
- Responsabilidad (incluye seguro de automóvil).
- Beneficios por neumoconiosis.
- Indemnización por accidentes de trabajo.

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

Si tiene un plan médico adicional, informe a su médico, hospital y farmacia. Si tiene alguna pregunta sobre quién debe pagar primero o si necesita actualizar la información de su plan médico adicional, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este documento). Es posible que deba proporcionar su número de identificación de miembro del plan a sus otros seguros médicos (una vez que haya confirmado su identidad), para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

CAPÍTULO 2:

*Números telefónicos y recursos
importantes*

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes

SECCIÓN 1 Contactos de Blue Cross MedicareRx Value (PDP)
(cómo comunicarse con nosotros, que incluye cómo contactarse con el Servicio al Cliente)

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

Para obtener asistencia con las reclamaciones, la facturación o consultas por la tarjeta de membresía, llame o escriba al Departamento de Servicios para Miembros de Blue Cross MedicareRx Value (PDP). Nos complacerá ayudarlo.

Método	Departamento de Servicios para Miembros: información de contacto
LLAME AL	1-888-285-2249 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los 7 días de la semana. Si llama entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, se utilizarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz) los fines de semana y los días feriados. El Departamento de Servicios para Miembros también tiene servicios gratuitos de interpretación de idiomas para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los 7 días de la semana. Si llama entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, se utilizarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz) los fines de semana y los días feriados.
FAX	1-855-895-4742
ESCRÍBANOS	Customer Service Box 3897 Scranton, PA 18505
SITIO WEB:	getblueok.com/pdp

Método	Decisiones de cobertura y Apelaciones por medicamentos con receta de la Parte D: información de contacto
LLAME AL	1-888-285-2249

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes

Método	Decisiones de cobertura y Apelaciones por medicamentos con receta de la Parte D: información de contacto
	Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los 7 días de la semana. Si llama entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, se utilizarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz) los fines de semana y los días feriados.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los 7 días de la semana. Si llama entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, se utilizarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz) los fines de semana y los días feriados.
FAX	1-800-693-6703
ESCRÍBANOS	Medicare Appeals 1305 Corporate Center Dr. Bldg. N10 Eagan, MN 55121
SITIO WEB:	getblueok.com/pdp

Método	Quejas por medicamentos recetados de la Parte D: información de contacto
LLAME AL	1-888-285-2249 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los 7 días de la semana. Si llama entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, se utilizarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz) los fines de semana y los días feriados.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los 7 días de la semana. Si llama entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, se utilizarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz) los fines de semana y los días feriados.
FAX	1-855-297-4248

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes

Método	Quejas por medicamentos recetados de la Parte D: información de contacto
ESCRÍBANOS	Medicare Grievance Unit P.O. Box 4109 Scranton, PA 18505
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja sobre Blue Cross MedicareRx Value (PDP) directamente ante Medicare. Para enviar una queja en línea a Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

Dónde enviar una solicitud para pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de medicamentos que usted recibió

El proceso de determinación de cobertura incluye determinar las solicitudes para pagar nuestra parte de los costos de un medicamento que recibió. Si recibió una factura o pagó servicios (como una factura de proveedor) que considera que deberíamos pagar nosotros, es posible que deba solicitar al plan un reembolso o que paguemos la factura del proveedor, consulte el Capítulo 5 (*Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de los costos de los medicamentos incluidos*).

Tenga en cuenta lo siguiente: Si envía una solicitud de pago y rechazamos alguna parte de su solicitud, usted puede apelar nuestra decisión. Consulte el Capítulo 7 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*) para obtener más información.

Método	Solicitudes de Pago: Información de Contacto
ESCRÍBANOS	Prescription Drug Claims Payment Request P.O. Box 20970 Lehigh Valley, PA 18002-0970
SITIO WEB:	getblueok.com/pdp

SECCIÓN 2 Medicare (cómo recibir asistencia e información directamente del programa federal de Medicare)

Medicare es el programa de seguro médico federal para personas mayores de 65 años, algunas personas menores de 65 con discapacidades y pacientes con insuficiencia renal en etapa terminal (insuficiencia renal crónica que requiere tratamiento con diálisis o un trasplante de riñón).

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes

La agencia federal que administra Medicare son los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (a veces llamados “CMS”). Esta agencia contrata los planes de medicamentos recetados de Medicare, lo cual incluye nuestra institución.

Método	Medicare: Información de Contacto
LLAME AL	1-800-MEDICARE o 1-800-633-4227 Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o para hablar. Las llamadas a este número son gratuitas.
SITIO WEB:	www.medicare.gov Este es el sitio web oficial del gobierno de Medicare. En él, se brinda información actualizada de Medicare y temas actuales de Medicare. También se brinda información sobre hospitales, residencias para ancianos, médicos, agencias de atención médica domiciliaria y centros de diálisis. Se incluyen documentos que puede imprimir directamente de su computadora. También se pueden encontrar contactos de Medicare en su estado. En el sitio web de Medicare, también encontrará información detallada sobre los requisitos que debe reunir para lograr la elegibilidad en Medicare y las opciones de inscripción con las siguientes herramientas: • Herramienta de elegibilidad para Medicare: Proporciona información sobre el estado de elegibilidad para Medicare. • Localizador de planes de Medicare: Ofrece información personalizada sobre los planes de medicamentos con receta disponibles de Medicare, los seguros de gastos médicos de Medicare y las pólizas de Medigap (Seguro Suplementario de Medicare) en su área. Estas herramientas ofrecen un <i>cálculo aproximado</i> de sus gastos de bolsillo en los distintos planes de Medicare.
SITIO WEB (continuación)	También puede usar el sitio web para informar a Medicare acerca de cualquier queja que tenga sobre Blue Cross MedicareRx Value (PDP): • Informe a Medicare sobre su queja: Puede presentar una queja sobre Blue Cross MedicareRx Value (PDP) directamente a Medicare. Para presentar una queja a Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes

Método	Medicare: Información de Contacto
	toma sus quejas en serio y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare. Si no tiene computadora, puede usar una computadora de su biblioteca local o centro de la tercera edad para ingresar a este sitio web. O bien, puede llamar a Medicare e informarle qué información está buscando. Encontrarán la información en el sitio web y la revisarán con usted. (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 con el Seguro Médico (asistencia gratuita, información y respuestas a sus consultas sobre Medicare)

El Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (SHIP, en inglés) es un programa gubernamental con asesores capacitados en cada estado. En Oklahoma, el SHIP es conocido como Senior Health Insurance Counseling Program.

Senior Health Insurance Counseling Program es un programa estatal independiente (que no está relacionado con ninguna compañía de seguros o seguro de gastos médicos) que recibe dinero del gobierno Federal para ofrecer asesoramiento local gratuito sobre seguros médicos a las personas con Medicare.

Senior Health Insurance Counseling Program los consejeros pueden ayudarle a comprender sus derechos de Medicare, a presentar quejas por la atención médica o el tratamiento que recibe y a solucionar cualquier problema con sus facturas de Medicare. Senior Health Insurance Counseling Program, los consejeros pueden ayudarle si tiene preguntas o problemas relacionados con Medicare. Pueden ayudarle a comprender sus opciones de planes de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan.

MÉTODO PARA ACCEDER AL SHIP y OTROS RECURSOS:

- Visite www.medicare.gov
- **“Hable con alguien”** (“Talk to Someone”) en el medio de la página de inicio.
- Ahora tiene las siguientes opciones:
 - Opción nro. 1: Puede tener un **chat en vivo con un representante de 1-800-MEDICARE**
 - Opción nro. 2: Puede seleccionar su **ESTADO** (“STATE”) en el menú desplegable y hacer clic en IR (“GO”). Esto lo llevará a una página con números de teléfono y recursos específicos para su estado.

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes

Método	Senior Health Insurance Counseling Program Información de contacto
LLAME AL	1-800-763-2828
ESCRÍBANOS	Senior Health Insurance Counseling Program 3625 NW 56th Street, Suite 100 Oklahoma City, OK 73112
SITIO WEB:	https://www.oid.ok.gov/consumers/information-for-seniors/senior-health-insurance-counseling-program-ship/

SECCIÓN 4 Organización para el Mejoramiento de la Calidad

En cada estado, funciona una Organización de Mejoramiento de Calidad designada para brindar servicios a los beneficiarios de Medicare. Para Oklahoma, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se llama KEPRO.

KEPRO tiene un grupo de médicos y otros profesionales de la salud pagados por Medicare que controlan y ayudan a mejorar la calidad de la atención médica de personas con Medicare. KEPRO es una organización independiente. No está asociada con nuestro plan.

Debe comunicarse con KEPRO si tiene una queja por la calidad de la atención que recibió. Por ejemplo, puede comunicarse con KEPRO si le proporcionaron un medicamento equivocado o si le proporcionaron medicamentos que interactúan de forma negativa.

Método	KEPRO: (Organización para el Mejoramiento de la Calidad de Oklahoma) – Información de Contacto
LLAME AL	1-888-315-0636 Horario de atención de la Línea de Ayuda: Días de semana: De 9:00 a. m. a 5:00 p. m. hora del Este, Central y Montaña Fines de semana y días feriados: De 11:00 a. m. a 3:00 p. m. hora del Este, Central y Montaña
TTY	1-855-843-4776 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o para hablar.
ESCRÍBANOS	KEPRO 5201 W. Kennedy Blvd., Suite 900

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes

Método	KEPRO: (Organización para el Mejoramiento de la Calidad de Oklahoma) – Información de Contacto
	Tampa, FL 33609
SITIO WEB:	https://www.keproqio.com/

SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social es responsable de determinar los requisitos de elegibilidad para los beneficios de Medicare y de administrar las inscripciones a Medicare. Los ciudadanos estadounidenses y los residentes permanentes legales de 65 años de edad o más, o las personas con discapacidades o Insuficiencia Renal en Etapa Terminal que cumplan ciertos requisitos, son elegibles para Medicare. Si ya recibe cheques del Seguro Social, la inscripción en Medicare es automática. Si no recibe los cheques del Seguro Social, debe inscribirse en Medicare. Para solicitar Medicare, puede llamar al Seguro Social o visitar la oficina local del Seguro Social que le corresponda.

El Seguro Social está a cargo, además, de determinar quién debe pagar una suma adicional por su cobertura de medicamentos Parte D porque tienen mayores ingresos. Si recibió una carta del Seguro Social donde se le indica que tiene que pagar la cantidad extra y usted tiene preguntas sobre la suma o si sus ingresos decayeron debido a un evento trascendental, comuníquese con el Seguro Social para pedirles una reconsideración.

Si se muda o cambia su dirección postal, es importante que se contacte con su Seguro Social para hacerles saber de estos cambios.

Método	Seguro Social: Información de Contacto
LLAME AL	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención de 8:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes. Puede usar los servicios telefónicos automáticos del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunos trámites las 24 horas del día.
TTY	1-800-325-0778 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o para hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención de 8:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes.

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes

Método	Seguro Social: Información de Contacto
SITIO WEB:	www.ssa.gov/

SECCIÓN 6 Medicaid

Medicaid es un programa mixto federal y estatal que brinda asistencia económica por gastos médicos a personas de bajos ingresos y recursos. Algunas personas que reciben beneficios de Medicare también pueden ser elegibles para Medicaid. Los programas que ofrece Medicaid ayudan a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare, como sus primas de Medicare. Estos “Programas de Ahorro de Medicare” ayudan de las siguientes maneras:

- **Beneficiario Calificado de Medicaid (QMB, en inglés):** Ayuda a pagar las primas de Medicare Parte A y Parte B, y otros gastos compartidos (como deducibles, coseguros y copagos). (Algunas personas con QMB también pueden reunir los requisitos para ser elegibles y recibir los beneficios completos de Medicaid [QMB+]).
- **Beneficiario especificado de Medicare con Bajos Recursos (SLMB, en inglés):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunas personas con SLMB también son elegibles para todos los beneficios de Medicaid [SLMB+]).
- **Persona calificada (QI, en inglés):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Individuos trabajadores y discapacitados calificados (QDWI, en inglés):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Para obtener más información sobre Medicaid y sus programas, comuníquese con Oklahoma Health Care Authority (OHCA).

Método	Oklahoma Health Care Authority (OHCA): Información de Contacto
LLAME AL	1-800-987-7767 Días de semana: de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
TTY	711
ESCRÍBANOS	Oklahoma Health Care Authority (OHCA) 4345 N. Lincoln Blvd. Oklahoma City, OK 73105
SITIO WEB:	https://oklahoma.gov/ohca.html

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

El sitio web de Medicare.gov (<https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/costs-in-the-coverage-gap/6-ways-to-get-help-with-prescription-costs>) proporciona información sobre cómo reducir los costos de sus medicamentos con receta. Para las personas con ingresos limitados, también hay otros programas de asistencia, que se describen a continuación.

Programa de “Ayuda Adicional” de Medicare

Medicare brinda “Ayuda Adicional” para pagar los costos de los medicamentos con receta para las personas que tienen ingresos y recursos limitados. Los recursos incluyen sus ahorros y acciones, pero no su casa o automóvil. Si es elegible, obtiene ayuda para pagar cualquier prima mensual del plan de medicamentos de Medicare, el deducible anual y los copagos de las recetas médicas. Esta “Ayuda Adicional” cuenta como parte de los gastos de bolsillo.

Si usted reúne automáticamente los requisitos para recibir “Beneficio adicional”, Medicare le enviará una carta por correo. No tendrá que presentar una solicitud. Si no califica automáticamente, podrá recibir “Beneficio Adicional” para pagar las primas y los costos de sus medicamentos con receta. Para saber si califica para la “Ayuda Adicional”, llame a cualquiera de los siguientes números:

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

Si cree que califica para recibir “Beneficio Adicional” y considera que está pagando un monto de gastos compartidos incorrecto por un medicamento con receta en una farmacia, el plan cuenta con un proceso que le permite solicitar asistencia para obtener evidencia del nivel de copago correspondiente o, si usted ya tiene esa evidencia, asistencia para presentárnosla.

- Los beneficiarios pueden comunicarse con nuestra área de Departamento de Servicios para Miembros a fin de solicitar asistencia para obtener información sobre la Mejor Evidencia Disponible (BAE, en inglés) y para proporcionar esta evidencia.
- Cuando se comunique con nosotros, verificaremos si existe una discrepancia o si podemos resolver la discrepancia relacionada con su ayuda adicional en función de la información a la que tenemos acceso. En algunos casos, es posible que debamos solicitarle que proporcione documentación, si la tiene disponible. Si no cuenta con documentación disponible, intentaremos verificar

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes

- el estado de su ayuda adicional a través de canales de comunicación y de acuerdo con la guía establecida por los centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, en inglés).
- Los documentos que se indican a continuación son válidos para establecer el nivel correcto de ayuda adicional y la fecha de entrada en vigor para las personas que deben considerarse elegibles para el subsidio por bajos ingresos (LIS, en inglés). Cada elemento que se indica a continuación debe demostrar que la persona fue elegible para Medicaid durante un mes después de junio del año calendario anterior.
 - Una copia de la tarjeta de Medicaid del beneficiario que incluya su nombre y una fecha de elegibilidad:
 - Si la copia de la tarjeta de Medicaid del beneficiario no indica una fecha de entrada en vigor, no se aceptará como una forma de BAE.
 - Una copia de un documento estatal que confirme el estado activo en Medicaid.
 - Una copia impresa del archivo de inscripción electrónica estatal que demuestre el estado en Medicaid.
 - Una captura de pantalla de los sistemas de Medicaid estatales que demuestre el estado en Medicaid.
 - Otra documentación proporcionada por el estado que demuestre el estado de la persona en Medicaid.
 - Una carta de la Administración de Seguro Social (SSA, en inglés) que demuestre que la persona recibe Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, en inglés).
 - Una solicitud presentada por la persona considerada elegible que confirme que el beneficiario es "automáticamente elegible para recibir el Beneficio Adicional..."
 - Los patrocinadores de la Parte D deben aceptar cualquiera de las siguientes formas de evidencia del beneficiario o de su farmacéutico, defensor, representante o miembro de la familia u otra persona que actúe en nombre del beneficiario para establecer que este está institucionalizado o que, desde la fecha especificada por la Secretaría, pero no antes del 1 de enero de 2012, es una persona que recibe servicios en el hogar y en la comunidad (HCBS, en inglés) y califica para gastos compartidos de costo cero:
 1. Un recibo del centro que muestre el pago de Medicaid de un mes calendario completo para esa persona durante un mes después de junio del año calendario anterior.
 2. Una copia de un documento estatal que confirme el pago de Medicaid al centro en nombre de la persona por un mes calendario completo después de junio del año calendario anterior.
 3. Una captura de pantalla de los sistemas de Medicaid estatales que demuestre el estado institucional de la persona en función de, al menos, una estadía de un mes calendario completo de pago de

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes

Medicaid durante un mes después de junio del año calendario anterior.

4. Una copia de los siguientes documentos que sea vigente desde la fecha especificada por la Secretaría, pero no antes del 1 de enero de 2012:
 - a) Un aviso de acción, un aviso de determinación o un aviso de inscripción emitido por el estado que incluya el nombre del beneficiario y la fecha de elegibilidad para los HCBS durante un mes después de junio del año calendario anterior.
 - b) Un plan de servicios HCBS aprobado por el estado que incluya el nombre del beneficiario y la fecha de entrada en vigor durante un mes después de junio del año calendario anterior.
 - c) Una carta de aprobación de autorización previa emitida por el estado para los HCBS que incluya el nombre del beneficiario y la fecha de entrada en vigor durante un mes después de junio del año calendario anterior.
 - d) Otra documentación proporcionada por el estado que demuestre el estado de elegibilidad para los HCBS durante un mes después de junio del año calendario anterior. o
 - e) Un documento emitido por el estado, como un aviso de pago, que confirme el pago para HCBS y que incluya el nombre del beneficiario y las fechas de HCBS.
- Cuando recibamos la evidencia de su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que usted abone el copago correcto cuando vuelva a obtener su próxima receta médica en la farmacia. Si abona un copago mayor, le reintegraremos el importe correspondiente. Le enviaremos un cheque por el excedente o descontaremos el importe de futuros copagos. Si la farmacia no le ha cobrado un copago y registra ese monto como una deuda de la cual usted es responsable, nosotros podemos efectuar el pago directamente a la farmacia. Si el estado efectuó el pago en su nombre, pagaremos directamente al estado. Comuníquese con el Servicio al Cliente si tiene preguntas.

¿Qué sucede si usted posee una cobertura de un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP)?

Muchos estados y las Islas Vírgenes de EE.UU. ofrecen ayuda para pagar las recetas médicas, las primas del plan de medicamentos o los costos de otros medicamentos. Si está inscrito en un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP, en inglés) o cualquier otro programa que brinde cobertura para los medicamentos de la Parte D (distinto a "Ayuda Adicional"), usted aún obtiene el 70% de descuento en medicamentos de marca cubiertos. También, el plan paga el 5% de los costos de los medicamentos de marca en la brecha en cobertura. El 70% de descuento y el 5% pagado por el plan se aplican al precio del medicamento antes de cualquier SPAP u otra cobertura.

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes

¿Qué sucede si posee una cobertura de un Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP, en inglés)?

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

El Programa de Asistencia de Medicamentos contra el SIDA (ADAP, AIDS Drug Assistance Program) ayuda a las personas elegibles para el ADAP que viven con el virus de la inmunodeficiencia humana (HIV, human immunodeficiency virus) o el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (AIDS, Acquired Immune Deficiency Syndrome) a tener acceso a medicamentos contra el SIDA que salvan la vida. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están cubiertos en la Lista de medicamento del Programa de Asistencia para Medicamentos del VIH (ADAP, en inglés) califican para la asistencia de gastos compartidos. El Oklahoma HIV Drug Assistance Program (HDAP). **Nota:** Con el objetivo de ser elegible para el ADAP que funciona en su Estado, las personas deben reunir determinados criterios, incluidas la prueba de residencia en el Estado y el estado del VIH, los bajos ingresos según lo definido por el Estado y el estatus de sin cobertura de seguro médico/subasegurado.

SECCIÓN 8 Cómo comunicarse con la Junta de Retiro Ferroviario

La Junta de Retiro Ferroviario es una agencia federal independiente que administra programas integrales de beneficios para los trabajadores del ferrocarril de la nación y sus familias. Si recibe sus Servicios de Medicare por medio de la Junta de Retiro Ferroviario, es importante que les haga saber si se muda o cambia de dirección postal. Si tiene alguna consulta con respecto a los beneficios que le corresponden de la Junta de Retiro Ferroviario, llame a la agencia.

Método	Junta de Retiro Ferroviario: Información de Contacto
LLAME AL	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Si presiona "0", puede hablar con un representante de la RRB los lunes, martes, jueves y viernes de 9:00 a. m. a 3:30 p. m., y los miércoles de 9:00 a. m. a 12:00 p. m. Si presiona "1", puede acceder a la Línea de Ayuda automática de la RRB y a la información grabada las 24 horas del día, incluidos los fines de semana y los días festivos.
TTY	1-312-751-4701 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o para hablar. Las llamadas a estos números <i>no</i> son gratuitas.

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes

Método	Junta de Retiro Ferroviario: Información de Contacto
SITIO WEB:	rrb.gov/

SECCIÓN 9 ¿Tiene algún “seguro grupal” o algún otro seguro médico de su empleador?

Si usted (o su cónyuge) obtiene beneficios de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge) como parte de este plan, llame al administrador de beneficios del empleador/sindicato o al Departamento de Servicios para Miembros en caso de tener alguna pregunta. Puede preguntar acerca de sus beneficios médicos, primas, o período de inscripción (o los de su cónyuge) del empleador o de retiro. (Los números telefónicos del Servicio al Cliente aparecen en la contraportada de este documento). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048) si tiene preguntas relacionadas con su cobertura de Medicare conforme a este plan.

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

CAPÍTULO 3:

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

Capítulo 3. Utilización de la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

SECCIÓN 1 Introducción

Este capítulo **describe las reglas para la utilización de su cobertura para medicamentos de la Parte D.**

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

- La Parte A de Medicare cubre los medicamentos que recibe durante las estadías cubiertas por Medicare en el hospital o en un centro de enfermería especializada.
- La Parte B de Medicare también ofrece beneficios para algunos medicamentos. La Parte B de Medicare incluye ciertos medicamentos de quimioterapia, ciertos medicamentos inyectables administrados durante una visita al consultorio y los medicamentos administrados en un centro de diálisis.

Los dos ejemplos de medicamentos descritos antes están cubiertos por Original Medicare. (Para obtener más información sobre esta cobertura, consulte el 2023 manual *Medicare y Usted*). Sus medicamentos con receta de la Parte D están cubiertos en nuestro plan.

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

El plan generalmente cubre sus medicamentos siempre que usted cumpla las siguientes normas básicas:

- Debe tener un profesional de la salud (un médico, dentista u otra persona que receta) que le emita una receta válida bajo la ley estatal vigente.
- La persona que le receta no debe estar en las Listas de Exclusión o Preclusión de Medicare.
- Por lo general, usted debe presentar la receta médica en una farmacia de la red para surtir su medicamento. (Consulte la Sección 2, *Adquiera los medicamentos recetados en una farmacia de la red o a través del servicio de pedidos por correo del plan*).
- El medicamento debe figurar en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan (la llamamos, en forma abreviada, “lista de medicamentos”). (Consulte la Sección 3, *Sus medicamentos deben estar incluidos en la “Lista de Medicamentos” del plan*).
- El medicamento debe utilizarse para una indicación médica aceptada. Una “indicación médica aceptada” consiste en el uso de un medicamento aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos o avalado por

Capítulo 3. Utilización de la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

determinados libros de referencia. (Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre una indicación médica aceptada).

SECCIÓN 2 **Adquiera el medicamento recetado de una farmacia de la red o a través del servicio de entrega a domicilio del plan**

Sección 2.1 **Use una farmacia de la red**

En la mayoría de los casos, sus recetas están cubiertas *solo* si adquiere los medicamentos en las farmacias de la red del plan. (Lea la Sección 2.5 para obtener más información acerca de en qué situaciones cubriremos medicamentos recetados adquiridos en farmacias fuera de la red).

Una farmacia de la red es una farmacia que tiene un contrato con el plan para proveer sus medicamentos recetados cubiertos. El término “medicamentos incluidos” significa todos los medicamentos con receta de la Parte D que están cubiertos según la Lista de medicamentos del plan.

Sección 2.2 **Farmacias de la red**

¿Cómo puede encontrar 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 (getblueok.com/pdp) o llamar al Servicio al Cliente.

Usted puede ir a cualquiera de las farmacias de nuestra red. Algunas de nuestras farmacias de la red proporcionan gastos compartidos preferenciales, que pueden ser menores que los gastos compartidos en una farmacia que ofrece gastos compartidos estándar. El *Directorio de Farmacias* le indicará qué farmacias de la red ofrecen costos compartidos preferenciales. En el *Directorio de Farmacias*, se le indicará qué farmacias de la red ofrecen costos compartidos preferidos. Puede encontrar más información sobre cómo sus gastos de bolsillo pueden variar de acuerdo a los diferentes medicamentos.

¿Qué hacer si una farmacia que usted utiliza normalmente deja de pertenecer a la red?

Si la farmacia que usted utiliza normalmente deja de pertenecer a la red del plan, deberá buscar una nueva farmacia dentro de la red. O si la farmacia en la que ha estado comprando permanece dentro de la red, pero ya no ofrece gastos compartidos preferenciales, es posible que prefiera cambiarse a otra farmacia de la red, de estar disponible. Para encontrar otra farmacia en su área, puede obtener ayuda del Servicio al Cliente o usar el *Directorio de Farmacias*. También puede obtener información en nuestro sitio web en getblueok.com/pdp.

Capítulo 3. Utilización de la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

¿Qué hacer si necesita una farmacia especializada?

A veces, necesitará adquirir sus medicamentos en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen las siguientes:

- farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusiones en el hogar.
- Farmacias que suministran medicamentos a residentes de centros de atención a largo plazo (LTC, long-term care). Generalmente, un centro de atención a largo plazo o LTC, (como una residencia para ancianos) tiene su propia farmacia. Si tiene alguna dificultad para acceder a sus beneficios de la Parte D en un centro LTC, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros.
- Farmacias de Servicios de Salud para Indígenas Americanos o del Programa de salud tribal/indígena/urbano (no disponible en Puerto Rico). Salvo en casos de emergencia, solo los indígenas estadounidenses o nativos de Alaska tendrán acceso a estas farmacias de nuestra red.
- Farmacias que expenden ciertos medicamentos restringidos por la FDA para ciertos lugares, o que requieren manipulación extraordinaria, coordinación con el proveedor o capacitación para su uso. (**Nota:** Estos casos suceden con muy poca frecuencia).

Para encontrar una farmacia especializada, busque en el *Directorio de Farmacias* o llame al Servicio al Cliente.

Sección 2.3 Utilización de los servicios de pedidos por correo del plan

El servicio de pedidos por correo de nuestro plan le permite solicitar **un suministro de hasta 90 días**.

Para obtener información sobre cómo surtir sus recetas médicas por correo, comuníquese con uno de nuestros servicios de entrega a domicilio: AllianceRx Walgreens Pharmacy al 1-888-277-5475 (TTY 711), o bien con Express Scripts® Pharmacy al 1-833-715-0944 (TTY 711). También puede visitar www.alliancerxwp.com/home-delivery o www.alliancerxwp.com/home-delivery o express-scripts.com/rx.

Consulte el Capítulo 4, secciones 5.2 y 5.4 para obtener información los montos de gastos compartidos preferidos y estándar en las farmacias de pedidos por correo.

Por lo general, una farmacia de entrega a domicilio le enviará el pedido en menos de 10 días. Para resurtir los medicamentos recetados con entrega a domicilio, comuníquese con nosotros de 10 a 20 días antes de que se estén por terminar sus medicamentos para asegurarse de que el siguiente pedido se envíe a tiempo.

- Si hay una demora en los pedidos por correo y usted está en peligro de que se interrumpa el tratamiento, su plan permite anular la demora en los pedidos

Capítulo 3. Utilización de la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

por correo. Llame al Departamento de Servicios para Miembros si desea obtener una aprobación de anulación. Una vez que se reciba la aprobación, la farmacia de pedidos por correo transferirá su receta a la farmacia de su elección o hará que el recetador llame por teléfono para solicitar un suministro más pequeño a una farmacia minorista local.

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

La farmacia surtirá y entregará automáticamente las nuevas recetas médicas que reciba de sus proveedores de atención médica, sin consultarle primero, si es que:

- Usted utilizó servicios de entrega a domicilio con este plan en el pasado; o
- Se inscribió para la entrega automática de todas las recetas médicas nuevas recibidas directamente de los proveedores de atención médica. Puede solicitar la entrega automática de todas las nuevas recetas en cualquier momento al comunicarse con su farmacia con entrega a domicilio para establecer la reposición automática de sus recetas.

Si recibe una receta automáticamente por correo que no desea, y no se pusieron en contacto con usted para ver si la quería antes de que se enviara, puede tener derecho a un reembolso.

Si utilizó el pedido por correo en el pasado y no desea que la farmacia complete y envíe automáticamente cada nueva receta, comuníquese con nosotros al iniciar sesión en su cuenta en línea o al comunicarse directamente con la farmacia.

Si nunca ha utilizado nuestro servicio de entrega de pedidos por correo y/o ha decidido interrumpir el abastecimiento automático de nuevas recetas, la farmacia se comunicará con usted cada vez que reciba una nueva receta de un proveedor de atención médica para ver si desea que el medicamento se surta y envíe inmediatamente. Es importante que responda cada vez que la farmacia se comunique con usted para informarle si desea enviar, demorar o cancelar la nueva receta.

Renovaciones de recetas médicas con entrega a domicilio. Para volver a surtir sus medicamentos, puede registrarse en un programa de resurtido automático. Con este programa, comenzaremos a procesar su próxima renovación automáticamente cuando nuestros registros nos muestren que se está quedando sin medicamento. La farmacia lo contactará antes de enviar cada renovación para asegurarse de que necesita más medicamentos, y usted podrá cancelar los resurtidos programados si todavía tiene medicación suficiente o si le han cambiado el medicamento.

Si decide no usar nuestro programa de resurtido automático, pero aún desea que la farmacia con entrega a domicilio le envíe sus medicamentos con recetas, comuníquese con su farmacia 10 días antes de que se le terminen sus medicamentos. Esto le garantizará que su pedido se le envíe a tiempo.

Capítulo 3. Utilización de la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

Para darse de baja del servicio de entregas automáticas de nuevas recetas recibidas por correo, comuníquese con nosotros al iniciar sesión en su cuenta en línea o al comunicarse directamente con la farmacia.

Si recibe un resurtido automáticamente por correo que no desea, puede ser elegible para un reembolso.

Prime Therapeutics LLC proporciona servicios de administración de beneficios de farmacia para Blue Cross and Blue Shield of Oklahoma, y pertenece a 18 planes de Blue Cross and Blue Shield, subsidiarias o filiales de esos planes.

Prime Therapeutics LLC es una compañía de administración de beneficios farmacéuticos contratada por Blue Cross and Blue Shield of Oklahoma (BCBSOK) para proporcionar servicios de administración de beneficios de farmacia.

BCBSOK, así como varios otros planes independientes de Blue Cross and Blue Shield, mantiene una participación en Prime Therapeutics.

AllianceRx Walgreens Pharmacy, una farmacia central especializada y de entrega a domicilio, está contratada para proporcionar servicios de farmacia por correo a los asegurados de Blue Cross MedicareRx Value (PDP).

Blue Cross®, Blue Shield® y los símbolos de la cruz y el escudo son marcas de servicio registradas de Blue Cross and Blue Shield Association, una asociación de planes independientes de Blue Cross and Blue Shield.

Express Scripts® Pharmacy es una farmacia contratada para proporcionar servicios de farmacia con entrega por correo a los miembros de Blue Cross and Blue Shield of Oklahoma.

Express Scripts® Pharmacy es una marca comercial de Express Scripts Strategic Development, Inc.

Sección 2.4 ¿Cómo obtener un suministro prolongado de medicamentos?

El plan ofrece dos maneras de obtener suministros a largo plazo (también llamados “suministros extendidos”) de los medicamentos de mantenimiento de nuestra Lista de medicamentos del plan. (Los medicamentos de mantenimiento son medicamentos que usted toma en forma regular, por una afección médica crónica o prolongada).

1. Algunas farmacias minoristas de nuestra red le permiten obtener un suministro prolongado de medicamentos de mantenimiento. En el *Directorio de Farmacias*, se le indica cuáles farmacias dentro de la red le pueden dar un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede comunicarse con Servicio al Cliente para obtener más información.

Capítulo 3. Utilización de la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

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

Sección 2.5	Casos en que usted puede usar una farmacia que no está en la red del plan
--------------------	--

Su receta médica puede estar cubierta en ciertas situaciones

Generalmente, cubrimos medicamentos adquiridos en una farmacia fuera de la red *solo* cuando usted no puede adquirirlos en una farmacia de la red. Para ayudarlo, ofrecemos farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio donde puede adquirir sus medicamentos recetados como miembro de nuestro plan. **Comuníquese con Servicio al Cliente** para que le informen si existe una farmacia de la red cercana. Es posible que se le solicite pagar la diferencia entre lo que usted paga por el medicamento en una farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia dentro de la red.

Estos son los casos en los que cubrimos medicamentos con receta adquiridos en una farmacia fuera de la red:

- Si el miembro viaja fuera del área de servicios de su plan y ocurre alguna de las siguientes situaciones:
 - se le acaban o pierden sus medicamentos cubiertos en la Parte D; o
 - se enferma y necesita un medicamento cubierto en la Parte D; o
 - no puede acceder a una farmacia de la red.
- Si el miembro no puede obtener oportunamente un medicamento incluido en la Parte D en su área de servicio porque, por ejemplo, no hay una farmacia de la red a una distancia razonable que ofrezca servicio las 24 horas del día, los 7 días de la semana;
- Si el miembro debe surtir una receta médica de un medicamento incluido en la Parte D y este (por ejemplo, un medicamento sin interés comercial u otro medicamento especializado) no suele encontrarse en farmacias minoristas cercanas de la red o en una farmacia de entrega a domicilio;
- Si el miembro recibe medicamentos cubiertos en la Parte D suministrados por una farmacia institucional fuera de la red cuando es paciente en un departamento de emergencias, en una clínica del proveedor, en una cirugía para pacientes no hospitalizados o en otros centros ambulatorios.
- Durante cualquier situación en la que se declare un desastre federal u otra emergencia de salud pública en la que los inscritos en la Parte D son evacuados o se trasladan de otro modo de su lugar de residencia y no se puede esperar razonablemente que obtengan los medicamentos cubiertos en la Parte D en una farmacia de la red. Además, en circunstancias en las que los canales de distribución normales no están disponibles.

Capítulo 3. Utilización de la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

- Las recetas médicas para resurtir medicamentos de rutina o de mantenimiento que se obtengan en farmacias fuera de la red en una situación que NO sea de emergencia o en circunstancias inusuales no tendrán cobertura con su beneficio de la Parte D de Medicare.
- Además, Blue Cross MedicareRx no permitirá habitualmente que el suministro de medicamentos de más de un mes se proporcione en una farmacia que no forma parte de la red, aunque Blue Cross MedicareRx puede anular el límite de un mes según cada caso, cuando esté garantizado por circunstancias extraordinarias.
- Puede encontrar todas las farmacias participantes de Blue Cross MedicareRx en su área en nuestro sitio web getblueok.com/pdp/pharmacies o llamando a la línea del Localizador de Farmacias al 1-877-800-0746, disponible las 24 horas del día, los 365 días del año. Los usuarios de TTY deben al 711, que está disponible las 24 horas del día, los 365 días del año.

¿Cómo puede solicitar un reembolso del plan?

Si usted debe adquirir un medicamento en una farmacia fuera de la red, generalmente usted deberá pagar el costo total (en lugar de pagar su parte normal del costo) en el momento que adquiere el medicamento. Usted podrá solicitar el reembolso de nuestra parte del costo. (En el Capítulo 5, Sección 2, se explica cómo solicitar el reembolso al plan).

SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar incluidos en la “lista de medicamentos” del plan

Sección 3.1	La “lista de medicamentos” le informa sobre los medicamentos Parte D que están cubiertos
--------------------	---

El plan tiene una “*Lista de Medicamentos cubiertos (Formulary, en inglés)*”. En esta Evidencia de Cobertura, **la denominamos “Lista de Medicamentos” para abreviar.**

Los medicamentos en esta lista son seleccionados por el plan con el asesoramiento de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista cumple con los requisitos de Medicare y ha sido aprobada por Medicare.

Los medicamentos de la Lista de Medicamentos son solo aquellos cubiertos conforme a la Parte D de Medicare.

Generalmente cubrimos un medicamento en la Lista de medicamentos del plan siempre que usted cumpla con las demás normas de cobertura especificadas en este capítulo y el uso del medicamento sea una indicación médica aceptada. Una “indicación médica aceptada” consiste en el uso de un medicamento *que*:

- La Administración de Alimentos y Medicamentos ha aprobado el medicamento para el diagnóstico o la afección para los que se ha recetado.

Capítulo 3. Utilización de la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

- o, apoyado por ciertas referencias, como American Hospital Formulary Service Drug Information y el sistema de información DRUGDEX.

La Lista de Medicamentos incluye medicamentos de marca, medicamentos genéricos y biosimilares.

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

Un medicamento genérico es un medicamento recetado que contiene el mismo ingrediente activo que el medicamento de marca. Dado que los productos biológicos son más complejos que los medicamentos típicos, en lugar de tener una forma genérica, tienen alternativas que se denominan biosimilares. Por lo general, los medicamentos genéricos y biosimilares funcionan igual de bien que el medicamento de marca o el producto biológico y, normalmente, cuestan menos. Existen sustitutos genéricos del medicamento o alternativas biosimilares disponibles para muchos medicamentos de marca y algunos productos biológicos.

¿Cuáles son los medicamentos que *no* están en la Lista de Medicamentos?

El plan no cubre todos los medicamentos recetados.

- En algunos casos, las leyes no permiten que el plan de Medicare cubra ciertos tipos de medicamentos (para obtener más información sobre este tema, lea la Sección 7.1 de este capítulo).
- En otros casos, hemos decidido no incluir un medicamento en particular en la Lista de Medicamentos. En algunos casos, es posible que pueda obtener un medicamento que no esté en la lista de medicamentos. Para obtener más información, consulte el Capítulo 9.

Sección 3.2	Hay 5 categorías de costos compartidos para los medicamentos de la Lista de medicamentos
--------------------	---

Todos los medicamentos de la Lista de medicamentos del plan se incluyen en una de las 5 categorías de costos compartidos. En general, cuanto más alta es la categoría de costo compartido, mayor es el costo que le corresponde a usted por el medicamento:

- **Categoría 1:** medicamentos genéricos preferidos (categoría más baja)
- **Categoría 2:** medicamentos genéricos
- **Categoría 3:** medicamentos de marca preferidos
- **Categoría 4:** medicamentos no preferidos
- **Categoría 5:** medicamentos especializados (categoría más alta)

Capítulo 3. Utilización de la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

Para conocer en qué categoría de costo compartido se encuentra su medicamento, consulte la lista de medicamentos del plan.

El monto que debe pagar por los medicamentos en cada categoría de costos compartidos se muestra en el Capítulo 4 (*Lo que usted debe pagar por los medicamentos recetados de la Parte D*).

Sección 3.3 Cómo verificar si un medicamento en particular está incluido en la lista de medicamentos

Existen 3 maneras de verificar esto:

1. Consulte la Lista de medicamentos más reciente que le enviamos de manera electrónica.
2. Visite el sitio web del plan (getblueok.com/pdp). La Lista de Medicamentos que se publica en la página web siempre es la más actualizada.
3. Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros para verificar si un medicamento en particular está incluido en la Lista de Medicamentos o para solicitar una copia de la lista.

SECCIÓN 4 Existen ciertas restricciones en la cobertura de algunos medicamentos

Sección 4.1 ¿Por qué existen restricciones para algunos medicamentos?

Para ciertos medicamentos recetados, existen algunas normas especiales que establecen restricciones de cómo y cuándo el plan los cubre. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrollaron estas normas para ayudarlo a usted y a su proveedor a utilizar los medicamentos de la manera más eficaz. Para saber si algunas de estas restricciones se aplican a un medicamento que usted utiliza o desea utilizar, consulte la Lista de Medicamentos

Tenga en cuenta que a veces un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra Lista de medicamentos. Esto se debe a que los mismos medicamentos pueden diferir de acuerdo a la concentración, cantidad o forma del medicamento recetado por su proveedor de atención médica, y pueden aplicarse diferentes restricciones o gastos compartidos a las diferentes versiones del medicamento (por ejemplo, 10 mg frente a 100 mg; una por día frente a dos por día; tableta frente a líquido).

Sección 4.2 ¿Cuáles son las restricciones?

En las siguientes secciones, se incluye más información sobre los tipos de restricciones que establecemos para ciertos medicamentos.

Capítulo 3. Utilización de la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

Si existe una restricción para su medicamento, generalmente significa que usted o su proveedor deberán seguir algunos pasos adicionales para que cubramos el medicamento. Comuníquese con el Servicio al Cliente para saber qué debe hacer usted o su proveedor para obtener cobertura para el medicamento. Si desea que solicitemos una renuncia a la restricción aplicada a su caso, deberá utilizar el proceso de decisión de cobertura y solicitarnos que hagamos una excepción. Podemos aceptar solicitar una renuncia a la restricción aplicada a su caso, o no hacerlo. (Consulte el Capítulo 9)

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

Por lo general, un medicamento “genérico” posee el mismo mecanismo de acción que el medicamento de marca pero, generalmente, su costo es inferior. **En la mayoría de los casos, cuando haya disponible una versión genérica de un medicamento de marca, nuestras farmacias de la red le proporcionarán la versión genérica en vez del medicamento de marca.** Sin embargo, si su proveedor nos informa que existe una razón médica que demuestra que ni el medicamento genérico ni otros medicamentos cubiertos serán eficaces para tratar la misma condición, entonces cubriremos el medicamento de marca. (Su parte del costo puede ser mayor si adquiere el medicamento de marca en lugar del medicamento genérico).

Obtención de aprobación previa del plan

Para ciertos medicamentos, usted o su proveedor deben obtener aprobación del plan antes de que aceptemos ofrecer cobertura por el medicamento. Esto se denomina “**autorización previa**”. Esto se aplica para garantizar la seguridad de los medicamentos y ayudar a guiar el uso adecuado de ciertos medicamentos. Si usted no obtiene dicha aprobación, el medicamento posiblemente no será cubierto por el plan.

Probar primero con un medicamento diferente

De acuerdo con este requisito, se recomienda que usted pruebe medicamentos menos costosos, pero igualmente eficaces antes de que el plan cubra otro medicamento. Por ejemplo, si el Medicamento A y el Medicamento B se utilizan para tratar la misma afección médica, el plan puede indicarle que pruebe el Medicamento A primero. Si el Medicamento A no le funciona, entonces el plan cubrirá el Medicamento B. Este requisito de probar primero un medicamento diferente se llama “**terapia escalonada**”.

Límites de cantidades

Para algunos medicamentos, podemos limitar la cantidad de medicamento que puede obtener cada vez que se le surta una receta médica. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro tomar solo un comprimido por día de un medicamento en particular, podemos limitar la cobertura del medicamento recetado a no más de un comprimido por día.

Capítulo 3. Utilización de la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

SECCIÓN 5 ¿Qué hacer si uno de sus medicamentos no está cubierto en la forma que a usted le gustaría que lo estuviera?

Sección 5.1	Existen ciertos recursos a su disposición si uno de sus medicamentos no es cubierto en la forma que a usted le gustaría que lo estuviera
--------------------	---

Es posible que haya un medicamento con receta que toma actualmente, o un medicamento que su proveedor considera que debe tomar, que no se encuentre en nuestra Lista de medicamentos o que se encuentre en la Lista de medicamentos con restricciones. Por ejemplo:

- El medicamento puede no estar cubierto en absoluto. O quizás, una versión genérica del medicamento está cubierta, pero la marca que usted desea tomar no está cubierta.
- El medicamento está cubierto, pero se establecen normas o restricciones adicionales para la cobertura de ese medicamento, tal como se indica en la Sección 4.
- El medicamento está cubierto, pero está en una categoría de costos compartidos que establece un monto mayor de lo que usted piensa que corresponde.
- Existen ciertos recursos a su disposición que puede usar si su medicamento no está cubierto de la forma en que a usted le gustaría. Si el medicamento no está en la Lista de medicamentos o si existen restricciones, lea la Sección 5.2 para conocer los recursos a su disposición.

Sección 5.2	¿Qué hacer si su medicamento no está en la lista de medicamentos o si existen ciertas restricciones para el medicamento?
--------------------	---

Si el medicamento que usted utiliza no está en la Lista de medicamentos o existen ciertas restricciones, usted podrá hacer lo siguiente:

- Usted puede obtener un suministro provisional de su medicamento.
- Puede cambiar a otro medicamento.
- Solicitar una excepción y pedir que el plan cubra el medicamento o retire las restricciones del medicamento.

Usted puede obtener un suministro provisional

En determinadas circunstancias, el plan debe proporcionar un suministro provisional de un medicamento que ya está tomando. Este suministro provisional le dará tiempo para consultar con su proveedor por el cambio en la cobertura y para decidir cómo proceder.

Capítulo 3. Utilización de la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

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

- **Si es un nuevo asegurado**, cubriremos un suministro provisional de su medicamento durante los primeros 90 días de su membresía al plan.
- **Si el año pasado estuvo en el plan**, cubriremos un suministro provisional de su medicamento durante los primeros 90 días del año calendario.
- Este suministro provisional se otorgará durante un máximo de 30 días. Si su receta médica está escrita por menos días, entregaremos varias renovaciones para proporcionar hasta un suministro máximo de 30 días de medicamentos. El medicamento recetado debe ser adquirido en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo puede brindarle el medicamento en cantidades más pequeñas cada vez para evitar desperdicios).
- **Para los miembros que han estado en el plan durante más de 90 días y residen en un centro de atención médica a largo plazo, y necesitan un suministro inmediatamente, se realizará lo siguiente:**

Cubriremos un suministro de emergencia por 31 días de un medicamento en particular o menos si su receta médica es por menos días. Esto es además del suministro temporal anterior.

Si tiene preguntas sobre un suministro provisional, llame al Servicio al Cliente.

Durante el período en el que usted recibe un suministro provisional de un medicamento, usted deberá consultar con su proveedor para decidir qué hará cuando haya terminado el suministro provisional. Tiene dos opciones.

1) Puede cambiar a otro medicamento

Consúltelo a su proveedor si existe otro medicamento cubierto por el plan con el mismo mecanismo de acción. Puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que sirvan para tratar el mismo problema médico. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que pueda ser de utilidad para usted.

2) Usted puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitar al plan una excepción para que se cubra el medicamento de la manera que a usted le gustaría que estuviera cubierto. Si su proveedor determina que por su cuadro médico se justifica solicitarnos una excepción, su proveedor puede asistirlo para solicitar una excepción a la regla. Por ejemplo, usted puede solicitar que el plan cubra un medicamento, aunque este no se encuentre en la Lista de medicamentos del plan. O puede solicitar al plan una excepción para que cubra el medicamento sin restricciones.

Capítulo 3. Utilización de la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

Si usted es un asegurado actualmente y un medicamento que está tomando será eliminado de la Lista de medicamentos o se le aplicará alguna restricción el año siguiente, le informaremos cualquier cambio por anticipado para el año siguiente. Puede solicitar una excepción antes del próximo año y le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas luego de recibir su solicitud (o la declaración de apoyo de la persona que le receta). Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura antes de que el cambio entre en vigencia.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, deben leer el Capítulo 7, Sección 5.4 para obtener información sobre cómo proceder. Explica los procedimientos y las fechas límite máximas establecidas por Medicare para que su solicitud se gestione a la mayor brevedad posible y de manera justa.

Sección 5.3 ¿Qué hacer si su medicamento está en una categoría de costo compartido que usted considera muy alta?
--

Si su medicamento está en una categoría de costo compartido que considera muy alta, podrá hacer lo siguiente:

Puede cambiar a otro medicamento

Si su medicamento está en un nivel de gastos compartidos que considera muy alto, hable con su proveedor. Tal vez haya otro medicamento en un nivel de gastos compartidos menor con el mismo mecanismo de acción. Puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que sirvan para tratar el mismo problema médico. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que pueda ser de utilidad para usted.

Usted puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitar al plan una excepción a la categoría de costo compartido del medicamento para que la suma que deba pagar por el medicamento sea menor. Si su proveedor determina que por su cuadro médico se justifica solicitarnos una excepción, su proveedor puede asistirlo para solicitar una excepción a la regla.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, deben leer el Capítulo 7, Sección 5.4 para obtener información sobre cómo proceder. Explica los procedimientos y las fechas límite máximas establecidas por Medicare para que su solicitud se gestione a la mayor brevedad posible y de manera justa.

Los medicamentos de nuestra categoría de medicamentos especializados (Categoría 5) no son elegibles para este tipo de excepción. No disminuimos la suma de costo compartido para medicamentos en esta categoría.

Capítulo 3. Utilización de la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

SECCIÓN 6 ¿Qué hacer si cambia la cobertura para uno de los medicamentos que usted utiliza?

Sección 6.1 La lista de medicamentos puede cambiar durante el año

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos se realizan a principios de cada año (el 1 de enero). Sin embargo, durante el año, el plan puede realizar modificaciones en la Lista de Medicamentos. Por ejemplo, el plan puede:

- **Agregar o eliminar medicamentos de la Lista de Medicamentos.**
- **Transferir un medicamento en una categoría de costo compartido mayor o menor.**
- **Agregar o eliminar una restricción en la cobertura de un medicamento.**
- **Reemplazar un medicamento de marca registrada por un medicamento genérico.**

Debemos cumplir con los requisitos de Medicare antes de cambiar la Lista de Medicamentos del plan.

Sección 6.2 ¿Qué hacer si cambia la cobertura para uno de los medicamentos que usted está tomando?

Información sobre cambios en la cobertura de medicamentos

Cuando ocurren cambios en la Lista de medicamentos, publicamos la información sobre dichos cambios en nuestro sitio web. También actualizamos nuestra Lista de Medicamentos en línea regularmente. A continuación, indicamos las oportunidades en las que usted recibiría avisos directos en caso de que se realicen cambios a un medicamento que está tomando.

Cambios en su cobertura de medicamentos que lo afectan durante el año de cobertura vigente

- **Un nuevo medicamento genérico reemplaza un medicamento de marca en la Lista de medicamentos (o cambiamos la categoría de costos compartidos o agregamos nuevas restricciones al medicamento de marca, o ambos)**
 - Podemos eliminar inmediatamente un medicamento de marca de nuestra Lista de Medicamentos si lo reemplazamos con una versión genérica recientemente aprobada del mismo medicamento. El medicamento genérico aparecerá en el mismo nivel de gastos compartidos o uno inferior, y con las mismas o menos restricciones. Cuando se agregue el nuevo medicamento genérico, podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos, pero

Capítulo 3. Utilización de la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

inmediatamente moverlo a un nivel de gastos compartidos más alto o agregar nuevas restricciones, o ambos.

- Es posible que no le avisemos con anticipación antes de hacer ese cambio, incluso si usted está actualmente tomando el medicamento de marca registrada. Si usted está tomando el medicamento de marca en el momento en que hacemos el cambio, le proporcionaremos información sobre el/los cambio(s) específicos que hicimos. Esto también incluirá información sobre los pasos que puede tomar para solicitar una excepción para cubrir el medicamento de marca. Es posible que no reciba este aviso antes de que hagamos el cambio.
- Usted o el recetador pueden solicitarnos hacer una excepción y continuar con la cobertura de su medicamento de marca registrada. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 7.

• **Medicamentos inseguros y otros medicamentos de la Lista de medicamentos que se retiran del mercado**

- A veces, un medicamento es retirado del mercado en forma repentina porque se ha descubierto que es inseguro o por otras razones. Si esto sucede, nosotros eliminaremos de inmediato el medicamento de la Lista de medicamentos. Si está tomando el medicamento, le haremos saber de inmediato acerca del cambio.
- Su recetador también será informado sobre este cambio y puede consultar con usted para determinar otro medicamento a fin de tratar su afección.

• **Otros cambios a los medicamentos de la Lista de medicamentos**

- Podemos hacer otros cambios una vez que haya comenzado el año que afecten los medicamentos que usted está tomando. Por ejemplo, podríamos agregar un medicamento genérico que no es nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca en la Lista de Medicamentos, o cambiar el nivel de gastos compartidos o agregar nuevas restricciones al medicamento de marca, o ambos. Además podríamos hacer cambios basados en las advertencias en el recuadro de la FDA o en las nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare.
- Debemos avisarle sobre los cambios con una antelación de al menos 30 días o notificarle el cambio y darle un suministro de 30 días del medicamento que está tomando en una farmacia de la red.
- Después de recibir la notificación del cambio, debe trabajar con su proveedor para cambiar a un medicamento diferente que cubramos o para cumplir con cualquier restricción nueva sobre el medicamento que está tomando.

Capítulo 3. Utilización de la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

- Usted o la persona que le receta pueden solicitar que el plan haga una excepción y continúe con la cobertura de su medicamento. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 7.

Cambios en la Lista de Medicamentos que no lo afectan durante el año del plan

Podemos realizar ciertos cambios en la Lista de Medicamentos que no se describieron anteriormente. En estos casos, no se aplicará el cambio a usted si está tomando el medicamento cuando se realice el cambio; sin embargo, es probable que estos cambios lo afecten a partir del 1.º de enero del siguiente año del plan si permanece en el mismo plan.

En general, los cambios que no lo afectarán durante el año de cobertura vigente son los siguientes:

- El medicamento es reclasificado en un nivel de gastos compartidos más alto.
- Establecemos una nueva restricción al uso de su medicamento.
- Eliminamos su medicamento de la Lista de medicamentos.

Si cualquiera de estos cambios afecta a un medicamento que usted está tomando (pero no debido a un retiro del mercado, un medicamento genérico que reemplaza a un medicamento de marca registrada, u otro cambio indicado en las secciones anteriores), entonces el cambio no afectará su uso ni la suma de su parte del costo hasta el 1.º de enero del año siguiente. Hasta esa fecha, usted probablemente no verá ningún aumento en sus pagos ni restricciones adicionales sobre el uso de su medicamento.

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

SECCIÓN 7 ¿Qué tipos 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 recetados están “excluidos”. Esto significa que Medicare no paga por estos medicamentos.

Si usted adquiere medicamentos excluidos, deberá pagar por ellos usted mismo. Si usted apela y se determina que el medicamento solicitado no está excluido en la Parte D, nosotros lo pagaremos o lo cubriremos. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión, consulte el Capítulo 7, Sección 5.5).

Capítulo 3. Utilización de la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

A continuación, se establecen tres normas generales sobre medicamentos que los planes de medicamentos de Medicare no cubren según la Parte D:

- La cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan no cubre un medicamento que estaría cubierto según la Parte A o la Parte B de Medicare.
- Nuestro plan no puede cubrir un medicamento adquirido fuera de los Estados Unidos o sus territorios.
- El plan, en general, no puede cubrir el uso fuera de lo indicado. El “uso fuera de lo indicado” se refiere a cualquier uso de un medicamento que no sea el indicado en la etiqueta del medicamento según lo aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos.
- Por lo general, la cobertura para “uso fuera de lo indicado” se permite solo cuando el uso está avalado por ciertas referencias, como American Hospital Formulary Service Drug Information y el sistema de información DRUGDEX.

Además, por ley, las categorías de medicamentos indicadas abajo no están cubiertas por Medicare:

- Medicamentos no recetados (también llamados OTC o de venta libre).
- Medicamentos utilizados para promover la fertilidad.
- Medicamentos utilizados para aliviar síntomas de resfrío o catarro.
- Medicamentos utilizados para fines cosméticos o para el crecimiento del cabello.
- La receta médica para vitaminas y productos minerales, excepto vitaminas prenatales y preparaciones con fluoruro.
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil.
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la anorexia, pérdida de peso o aumento de peso.
- Medicamentos para pacientes ambulatorios para los cuales el fabricante requiere la compra de pruebas asociadas o servicios de control exclusivamente del fabricante como condición de venta

Además, si **recibe el “Beneficio Adicional”** de Medicare para pagar sus recetas, el programa de “Beneficio Adicional” no pagará por los medicamentos que normalmente no están cubiertos. Sin embargo, si recibe cobertura para medicamentos de Medicaid, su programa estatal de Medicaid puede cubrir algunos medicamentos recetados que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare. Por favor comuníquese con su programa estatal de Medicaid para determinar qué cobertura de medicamentos está disponible para usted. (Usted puede encontrar los números telefónicos y la información de contacto para Medicaid en el Capítulo 2, Sección 6.)

Capítulo 3. Utilización de la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

SECCIÓN 8 Cómo completar una receta médica

Sección 8.1 Proporcione su información de membresía

Para abastecer su receta, proporcione la información de membresía de su plan, que puede encontrarla en su tarjeta de membresía, en la farmacia de la red que elija. La farmacia de la red le facturará automáticamente al plan *nuestra* parte del costo de sus medicamentos. Usted deberá pagar a la farmacia su suma de costo compartido cuando retira el medicamento recetado.

Sección 8.2 ¿Qué hacer si no tiene su información de membresía con usted?

Si no tiene la información de membresía del plan con usted cuando adquiere su medicamento con receta, la farmacia o usted puede llamar al plan para obtener la información necesaria.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, **usted deberá pagar el costo total del medicamento recetado cuando lo retire.** (Luego podrá **solicitar el reembolso** de nuestra parte. Lea el Capítulo 5, Sección 2 para obtener más 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 usted está en un hospital o en un centro de enfermería especializada?

Si usted es internado en un hospital o un centro de enfermería especializada por una estadía cubierta por el plan, generalmente cubriremos el costo de sus medicamentos recetados durante la internación. Cuando es dado de alta del hospital o del centro de enfermería especializada, el plan cubrirá sus medicamentos siempre y cuando estos cumplan con todas nuestras normas de cobertura que se describen en este Capítulo.

Sección 9.2 ¿Qué sucede si usted está internado en un centro de atención a largo plazo (LTC)?

Por lo general, una atención médica a largo plazo (LTC, en inglés) (como un hogar de servicios de enfermería) tiene su propia farmacia o usa una farmacia que le suministra medicamentos para todos sus residentes. Si usted es residente en un centro de LTC, puede adquirir sus medicamentos con receta a través de la farmacia del centro o la que el centro use, siempre y cuando esta sea parte de nuestra red.

Capítulo 3. Utilización de la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

Consulte el *Directorio de Farmacias* para averiguar si la farmacia de su centro de LTC o la que usa forma parte de nuestra red. Si no forma parte de nuestra red, o si usted necesita más información o asistencia, llame al Servicio al Cliente. Si se encuentra en un centro de LTC, debemos asegurarnos de que pueda recibir sus beneficios de la Parte D en forma rutinaria a través de nuestra red de farmacias de LTC.

¿Qué sucede si usted reside en un centro de atención médica a largo plazo (LTC) y necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de Medicamentos o que tiene algún tipo de restricción?

Consulte la Sección 5.2 para obtener información sobre un suministro provisional o de emergencia.

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

Su inscripción en Blue Cross MedicareRx Value (PDP) no afecta su cobertura para los medicamentos cubiertos por la Parte A o B de Medicare. Si cumple con los requisitos de cobertura de Medicare, su medicamento seguirá estando cubierto por la Parte A o B, aunque esté inscrito en este plan. Además, si su medicamento estuviera cubierto por la Parte A o B de Medicare, nuestro plan no podría cubrirlo, incluso si elige no inscribirse en la Parte A o B.

Algunos medicamentos pueden estar cubiertos por la Parte B de Medicare en algunas situaciones y por Blue Cross MedicareRx Value (PDP) en otras. Sin embargo, los medicamentos nunca están cubiertos por la Parte B y nuestro plan al mismo tiempo. En general, su farmacéutico o proveedor determinarán si se debe facturar a la Parte B de Medicare o a Blue Cross MedicareRx Value (PDP) por el medicamento.

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

Si actualmente tiene una póliza de Medigap que incluye cobertura para medicamentos recetados, debe comunicarse con la entidad emisora de Medigap e informarle que se inscribió en nuestro plan. Si decide conservar su póliza de Medigap actual, la entidad emisora de Medigap eliminará la parte de la cobertura para medicamentos recetados de la póliza y reducirá su prima.

Cada año su compañía de seguros de Medigap debe enviarle un aviso que le indique si su cobertura para medicamentos recetados para el siguiente año natural es “válida” y las opciones que tiene para la cobertura de medicamentos. (Si la cobertura de la póliza de Medigap es “válida”, esto quiere decir que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare). En el aviso, también se le explicará cuánto se reducirá su prima si retira la parte de

Capítulo 3. Utilización de la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

la cobertura para medicamentos recetados de su póliza de Medigap. Si no recibió este aviso o si no puede encontrarlo, comuníquese con su compañía de seguros de Medigap y solicite otra copia.

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

Si tiene otra cobertura para medicamentos con receta a través de su empleador (o el de su cónyuge) o un grupo de jubilados, comuníquese con el administrador de los beneficios de ellos. Él o ella le pueden ayudar a determinar cómo trabajará su cobertura para medicamentos recetados actual con nuestro plan.

En general, si tiene cobertura de grupo de empleados o jubilados, la cobertura de medicamentos que obtiene de nosotros será secundaria a su cobertura de grupo. Eso quiere decir que su cobertura de grupo pagará primero.

Nota especial sobre ‘cobertura acreditable’:

Cada año, su empleador o grupo de jubilados debe enviarle un aviso en el que se indique si su cobertura para medicamentos con receta para el siguiente año calendario es “válida”.

Si la cobertura del plan de grupo es “**acreditable**”, esto quiere decir que el plan tiene cobertura de medicamentos que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare.

Conserve estos avisos sobre la cobertura válida ya que podría necesitarlas luego. Si usted se inscribe en un plan de Medicare que incluye cobertura de medicamentos de la Parte D, posiblemente necesite estos avisos para demostrar que ha mantenido una cobertura válida. Si no recibió el aviso de cobertura válida, solicite una copia al administrador de beneficios del grupo del empleador o de jubilación, al empleador o al sindicato.

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

Los centros paliativos y nuestro plan no cubren el mismo medicamento al mismo tiempo. Si se encuentra inscrito en cuidados paliativos de Medicare y requiere ciertos medicamentos (por ejemplo, contra las náuseas, un laxante, un medicamento para aliviar el dolor o un ansiolítico) que no se encuentran cubiertos por su centro de cuidados paliativos porque no está relacionado con su enfermedad terminal y las condiciones relacionadas, nuestro plan debe recibir una notificación de la persona que receta o de su proveedor de cuidados paliativos indicando que el medicamento no está relacionado con su afección antes de que nuestro plan pueda cubrirlo. Para evitar demoras en la recepción de estos medicamentos que deberían estar cubiertos

Capítulo 3. Utilización de la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

por nuestro plan, solicite a su proveedor de cuidados paliativos o a la persona que receta que le proporcione una notificación antes de que se surta su receta.

En el caso de que usted renuncie a su elección de centro de cuidados paliativos o sea dado de alta de su centro de cuidados paliativos, nuestro plan deberá cubrir sus medicamentos tal como se explica en este documento. Para prevenir retrasos en una farmacia cuando finalice su beneficio de cuidados paliativos de Medicare, deberá traer la documentación a la farmacia para verificar su renuncia o su alta.

SECCIÓN 10 Programas de seguridad y utilización de medicamentos

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

Realizamos revisiones de utilización de medicamentos para nuestros miembros para asegurarles de que están recibiendo atención médica segura y correcta.

Realizamos una revisión cada vez que adquiere un medicamento recetado. También efectuamos una revisión regular de nuestros registros. Durante estas revisiones, buscamos posibles problemas como:

- Posibles errores de medicamentos.
- Medicamentos que posiblemente no sean necesarios porque usted toma otro medicamento para tratar la misma afección médica
- Medicamentos que posiblemente no sean seguros o correctos por su edad o sexo.
- Ciertas combinaciones de medicamentos que pueden ser peligrosas para usted si se toman en forma simultánea.
- Recetas para medicamentos que contienen ingredientes a los que usted es alérgico
- Posibles errores en la cantidad (dosificación) de un medicamento que usted está tomando.
- Cantidades no seguras de medicamentos para aliviar el dolor a base de opioides.

Si observamos un posible problema en su utilización de los medicamentos, consultaremos con su proveedor para corregir el error.

Sección 10.2 Programa de manejo de medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar sus medicamentos con opioides de manera segura

Contamos con un programa que ayuda a garantizar que los asegurados usen de manera segura opioides con receta y otros medicamentos de abuso frecuente. Este

Capítulo 3. Utilización de la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

programa se llama Programa de Manejo de Medicamentos (DMP). Si usa medicamentos con opioides que obtiene de distintos médicos o farmacias, o si tuvo una sobredosis de opioides recientemente, podemos hablar con sus médicos para asegurarnos de que su uso de medicamentos con opioides sea apropiado y médicamente necesario. Al trabajar con sus médicos, si decidimos que el uso de medicamentos opioides recetados no es seguro, podríamos limitar cómo puede obtener esos medicamentos. Si lo ubicamos en nuestra DMP, las limitaciones pueden ser las siguientes:

- Requerir que obtenga todas sus recetas médicas para medicamentos opioides de una farmacia en particular
- Requerir que obtenga todas sus recetas médicas para medicamentos opioides de un médico en particular
- Limitar la cantidad de esos medicamentos que cubriremos para usted

Si planificamos limitar cómo puede obtener estos medicamentos o cuánto puede obtener, le enviaremos una carta con anticipación. La carta explicará las limitaciones que pensamos se deben aplicar. También tendrá la oportunidad de informarnos qué médicos o farmacias prefiere y cualquier información que considere importante para nosotros. Después de haber tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos, le enviaremos otra carta que confirme la limitación. Si cree que hemos cometido un error o no está de acuerdo con la limitación o con nuestra determinación, usted y la persona que le receta tienen derecho a presentar una apelación. Si decide apelar, revisaremos su caso y le informaremos la decisión. Si ratificamos la decisión de denegar cualquier parte de su solicitud en relación con las limitaciones de acceso a estos medicamentos, enviaremos automáticamente su caso a un revisor independiente externo a nuestro plan. Consulte el Capítulo 7 para obtener más información sobre cómo solicitar una apelación.

Es posible que el DMP no se aplique a usted si tiene ciertas afecciones médicas, como dolores relacionados con el cáncer o anemia falciforme, si está recibiendo cuidado paliativo o terminal, o si vive en un centro de atención médica a largo plazo.

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

Contamos con un programa que puede ayudar a nuestros miembros con necesidades de salud complejas. Nuestro programa se llama Programa de Administración de Terapia con Medicamentos (MTM, en inglés). Este programa es voluntario y gratuito. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrolló el programa para nosotros con el fin de garantizar que nuestros asegurados obtengan el mayor beneficio de los medicamentos que toman.

Algunos asegurados que consumen medicamentos para diferentes afecciones médicas cuyos costos son elevados, o quienes son parte de un DMP en el que se ayuda a los asegurados a consumir opioides de forma segura, pueden obtener servicios a través de un programa de MTM. Un farmacéutico u otro profesional de salud puede darle

Capítulo 3. Utilización de la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

un resumen integral de todos sus medicamentos. Durante la revisión, puede consultar acerca de los medicamentos, los costos y cualquier problema o pregunta sobre su receta médica y medicamentos de venta libre. Recibirá un resumen por escrito que contiene una lista de tareas recomendadas que incluye los pasos que debe seguir para obtener los mejores resultados de sus medicamentos. También recibirá una lista personal de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que está tomando y por qué lo hace. Además, los miembros del programa de MTM recibirán información sobre cómo desechar de forma segura medicamentos recetados que son sustancias de dispensación controlada.

Es una buena idea hablar con su médico sobre su lista de tareas recomendadas y la lista de medicamentos. Lleve el resumen a su consulta o cada vez que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. Además, mantenga su lista de medicamentos actualizada con usted (por ejemplo, con su documento) en caso de que vaya al hospital o a la sala de emergencias. Además, mantenga su lista de medicamentos actualizada con usted (por ejemplo, con su documento) en caso de que vaya al hospital o a la sala de emergencias.

Si contamos con un programa que se adecua a sus necesidades, lo inscribiremos a usted en el programa en forma automática y le enviaremos información. Si usted decide no participar, avísenos y lo retiraremos del programa. Si tiene alguna pregunta acerca de este programa, comuníquese con el Servicio al Cliente.

CAPÍTULO 4:

*Lo que usted debe pagar por los
medicamentos recetados de la
Parte D*

Capítulo 4. Lo que usted debe pagar por los medicamentos recetados de la Parte D

¿Actualmente recibe asistencia económica para la compra de sus medicamentos?

Si está en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos, **es posible que alguna parte de la información en esta *Evidencia de Cobertura sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D* no sea aplicable a su caso.** Hemos incluido un anexo titulado “Cláusula de Evidencia de Cobertura para quienes reciban el Beneficio Adicional para sus medicamentos con receta” (también conocida como “Cláusula adicional por subsidio por bajos ingresos” o “Beneficio Adicional para medicamentos con receta”), en el que se describe la cobertura de medicamentos que le corresponde. Si no tiene este anexo, llame al Departamento de Servicios para Miembros y solicite su “Beneficio Adicional para Medicamentos con Receta”.

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1	Utilice este capítulo junto con los otros materiales que explican su cobertura de medicamentos
--------------------	---

En este capítulo, se detalla lo que usted debe pagar por sus medicamentos con receta de la Parte D. Para simplificar las cosas, en este capítulo, utilizamos la palabra “medicamento” para referirnos a un medicamento recetado de la Parte D. Como explicamos en el Capítulo 3, no todos los medicamentos corresponden a la Parte D; algunos están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y otros están excluidos de la cobertura de Medicare por ley.

Para comprender la información de pago, usted debe conocer qué medicamentos están cubiertos, dónde adquirir sus medicamentos con receta y las normas que debe seguir cuando adquiere sus medicamentos incluidos. Las Secciones 1 a 4 del Capítulo 3 explican estas reglas.

Sección 1.2	Tipos de gastos en efectivo que debe pagar por servicios cubiertos
--------------------	---

Existen diferentes tipos de gastos de bolsillo para los medicamentos de la Parte D. La suma que usted paga por el medicamento se llama “costo compartido”, y hay tres formas en que se le puede pedir que pague.

- El monto **“deducible”** es la suma que usted debe pagar por medicamentos antes de que nuestro plan comience a pagar su parte.
- El **“Copago”** es el monto fijo que usted paga cada vez que surte una receta médica.
- El **“Coseguro”** es un porcentaje del costo total del medicamento cada vez que surte una receta médica.

Capítulo 4. Lo que usted debe pagar por los medicamentos recetados de la Parte D

Sección 1.3 Cómo calcula Medicare sus gastos de bolsillo

Medicare cuenta con reglas sobre lo que se considera para sus gastos de bolsillo y lo que no. Estas son las reglas que debemos seguir para llevar un registro de sus gastos de bolsillo.

Estos pagos están incluidos en los gastos de su bolsillo

Sus gastos de bolsillo incluyen los pagos que se detallan a continuación (siempre que sean para medicamentos incluidos de la Parte D y usted haya seguido las normas de cobertura de medicamentos que se explican en el Capítulo 5):

- La suma que usted paga por los medicamentos cuando se encuentre en cualquiera de las siguientes etapas de pago de medicamentos:
 - Etapa de Deducibles
 - Etapa de Cobertura Inicial
- todos los pagos que usted realizó durante este año calendario como miembro de otro plan de medicamentos recetados de Medicare antes de inscribirse en nuestro plan.

Es importante quién paga:

- Si usted efectúa estos pagos **usted mismo**, estos se incluyen en los gastos de su bolsillo.
- Estos pagos también se incluyen si otras personas u organizaciones los efectúan en su nombre. Esto incluye pagos por sus medicamentos efectuados por un amigo o familiar, por la mayoría de las instituciones de caridad, por programas de asistencia para medicamentos contra el SIDA, o por los Servicios de Salud para Indígenas Americanos. Los pagos efectuados mediante el programa "Ayuda Adicional" de Medicare también están incluidos.
- Se incluyen algunos de los pagos efectuados por el Programa de Descuento por Interrupción en la Cobertura de Medicare. La suma que el fabricante paga por sus medicamentos de marca está incluida. Pero la suma que el plan paga por sus medicamentos genéricos no está incluida.

Pasar a la Etapa de cobertura catastrófica:

Cuando usted (o quienes efectúan los pagos en su nombre) ha consumido un total de \$7,400 en gastos de bolsillo dentro del año calendario, pasará de la Etapa de Interrupción a la Cobertura a la Etapa de Cobertura para Casos Catastróficos.

Estos pagos no están incluidos en los gastos de su bolsillo

Sus gastos de bolsillo **no incluyen** ninguno de los siguientes tipos de pagos:

Capítulo 4. Lo que usted debe pagar por los medicamentos recetados de la Parte D

- Su prima mensual.
- Medicamentos que compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Medicamentos no cubiertos por nuestro plan.
- Medicamentos que usted adquiere en una farmacia fuera de la red que no cumplen con los requisitos del plan para cobertura fuera de la red.
- Los pagos que realiza por medicamentos recetados que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos recetados de Medicare. Plan de Drogas.
- Los pagos efectuados por el plan por sus medicamentos de marca o genéricos mientras se encuentra en la brecha en cobertura.
- Los pagos por sus medicamentos efectuados por planes de salud grupales, incluidos planes de salud del empleador.
- Los pagos por sus medicamentos efectuados por planes de seguro y programas de salud financiados por el gobierno, como TRICARE y la Administración de Veteranos.
- Los pagos por sus medicamentos efectuados por terceros con obligación legal de pagar los costos por medicamentos recetados (por ejemplo, Indemnización al trabajador).

Recordatorio: Si cualquier otra organización (como las que se mencionaron anteriormente) paga una parte o el total de sus gastos de bolsillo por medicamentos, usted tendrá la obligación de informarlo a nuestro plan comunicándose con Servicio al Cliente.

¿Cómo puede mantener un registro del total de los gastos de su bolsillo?

- Nosotros lo ayudaremos. El informe de la Explicación de Beneficios (EOB, en inglés) de la Parte D que usted recibe incluye el monto actual de sus gastos de bolsillo. Cuando este monto alcanza \$7,400, este informe le indicará que pasó de la Etapa de Interrupción en la Cobertura a la Etapa de Cobertura para Casos Catastróficos.
- Asegúrese de comunicarnos la información que necesitamos. En la Sección 3.2, se especifica lo que usted puede hacer para ayudarnos a mantener nuestros registros de lo que usted ha gastado en forma completa y actualizada.

SECCIÓN 2 Lo que usted paga por un medicamento depende de la “etapa de pago de medicamentos” en la que usted se encuentra cuando adquiere el medicamento

Sección 2.1 ¿Cuáles son las etapas de cobertura de medicamentos para los miembros de Blue Cross MedicareRx Value (PDP)?

Existen cuatro “etapas de cobertura para medicamentos” para su cobertura de medicamentos con recetas en Blue Cross MedicareRx Value (PDP). Lo que usted paga por un medicamento depende de la etapa en la cual se encuentra usted cuando adquiere el medicamento con receta o la lo vuelve a surtir. Recuerde que usted siempre es responsable de la prima mensual del plan, independientemente de la etapa de pago de medicamentos. Los detalles de cada etapa se encuentran en las Secciones 4 a 7 de este capítulo. Las etapas son las siguientes:

Etapas 1: Etapa de Deducible Anual

Etapas 2: Etapa de Cobertura Inicial

Etapas 3: Etapa de interrupción en la cobertura

Etapas 4: Etapa de Cobertura para Gastos Catastróficos

Mensaje Importante Sobre lo que Usted Paga por Insulina

No pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar en qué nivel de gastos compartidos se encuentra.

SECCIÓN 3 Enviamos informes con la descripción de pagos por sus medicamentos y la etapa de pago en la cual usted se encuentra

Sección 3.1 Enviamos un resumen mensual llamado “Explicación de Beneficios de la Parte D” (la “EOB de la Parte D”)
--

Nuestro plan mantiene un registro de los costos de sus medicamentos recetados y de los pagos que usted ha efectuado cuando adquiere sus medicamentos recetados o renovación de recetas médicas en la farmacia. De esta manera, podemos informarle cuando ha pasado de una etapa de pago de medicamentos a la siguiente. En particular, mantenemos un registro de dos tipos de costos:

- Mantenemos el registro de lo que usted ha pagado. A esto se lo llama los costos **“de su propio bolsillo”**.

Capítulo 4. Lo que usted debe pagar por los medicamentos recetados de la Parte D

- Llevamos registro de su **“costo total por medicamentos”**. Esta es la suma que paga de su propio bolsillo en efectivo o que otros pagan en su nombre, más el monto pagado por el plan.

Si usted ha adquirido uno o más medicamentos con receta a través del plan durante el mes anterior, le enviaremos una *Explicación de Beneficios de la Parte D* (“EOB, en inglés, de la Parte D”). La EOB de la Parte D incluye lo siguiente:

- **Información correspondiente a ese mes.** Este informe detalla los pagos efectuados por los medicamentos recetados que usted ha adquirido durante el mes anterior. Detalla el total de costos de medicamentos, cuánto pagó el plan y cuánto pagaron usted y otras personas en su nombre.
- **Totales del año desde el 1 de enero.** Esto se llama información “del año hasta la fecha”. Muestra el total de costos de medicamentos y el total de pagos efectuados por sus medicamentos desde principios de año.
- **Información sobre el precio del medicamento.** Esta información mostrará el precio total del medicamento y cualquier aumento en el precio desde la primera vez que se surtió para cada reclamación de receta médica de la misma cantidad.
- **Recetas médicas alternativas disponibles de menor costo.** Esto incluirá información sobre otros medicamentos disponibles que tienen un menor gasto compartido para cada reclamación de receta médica.

Sección 3.2 Ayúdenos a mantener actualizada nuestra información sobre sus pagos por medicamentos

Para mantener un registro de sus costos por medicamentos y los pagos que usted efectúa por los medicamentos, nos basamos en registros brindados por las farmacias. Usted nos puede ayudar a mantener su información correcta y actualizada de la siguiente manera:

- **Presente su tarjeta de membresía cuando adquiera un medicamento con receta.** Esto nos ayuda a asegurarnos de que sepamos cuáles son las recetas que usted surte y qué está pagando.
- **Asegúrese de comunicarnos la información que necesitamos.** Es posible que, en ocasiones, usted pague el costo total de un medicamento con receta. En estos casos, no obtendremos automáticamente la información que necesitamos para hacer un seguimiento de sus gastos de bolsillo. Para ayudarnos a llevar un registro de sus gastos de bolsillo, envíenos copias de estos recibos. Estos son algunos casos en los que debe proporcionarnos copias de sus recibos:
 - Cuando usted compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuento que no forma parte de los beneficios de nuestro plan.

Capítulo 4. Lo que usted debe pagar por los medicamentos recetados de la Parte D

- Cuando usted efectúa un copago por medicamentos provistos a través de un programa de asistencia al paciente del fabricante.
- Cuando usted compra medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red o en otras oportunidades en que usted ha pagado el precio total por un medicamento cubierto en casos especiales.
- Si usted recibe la factura por un medicamento incluido, podrá solicitar al plan nuestra parte del costo. Para obtener instrucciones sobre cómo realizar esto, lea el Capítulo 7, Sección 2.
- **Envíenos información de los pagos que otras personas hayan realizado por usted.** Los pagos hechos por algunas otras personas y organizaciones también cuentan como parte de los gastos de su propio bolsillo. Por ejemplo, los pagos realizados por un programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP), el Servicio de Salud para Indígenas Americanos y la mayoría de las instituciones de caridad cuentan en el cálculo de sus gastos de su bolsillo. Debería llevar un registro de estos pagos y enviárnoslo para que podamos llevar un registro de sus costos.
- **Revise el informe escrito que le enviamos.** Cuando reciba una EOB de la Parte D, revísela para verificar que la información esté completa y sea correcta. Si usted considera que falta información o que hay información incorrecta, o si tiene alguna pregunta, llame a Servicios al Cliente. Asegúrese de conservar estos informes.

SECCIÓN 4 En la Etapa del Deducible, paga el costo total de sus medicamentos de Categoría 3, 4 y 5

La Etapa de deducibles es la primera etapa de pago para su cobertura de medicamentos. Pagará un deducible anual de por los medicamentos de las Categorías 3, 4 y 5. **Debe pagar el costo total de sus medicamentos** de las Categorías 3, 4 y 5 hasta que alcance el monto del deducible del plan. Su **“costo total”** suele ser inferior al precio total normal del medicamento debido a que nuestro plan negoció costos inferiores para la mayoría de los medicamentos en las farmacias de la red.

Una vez que haya pagado por sus medicamentos de los niveles 3, 4 y 5, deja la Etapa de Deducibles y pasa a la Etapa de Cobertura Inicial.

Capítulo 4. Lo que usted debe pagar por los medicamentos recetados de la Parte D

SECCIÓN 5 En la Etapa de Cobertura Inicial, el plan paga la parte que le corresponde por sus costos de medicamentos y usted paga su parte

Sección 5.1	Lo que usted paga por un medicamento depende del medicamento y de dónde lo adquiere
--------------------	--

En la Etapa de Cobertura Inicial, el plan paga la parte que le corresponde por sus costos de medicamentos recetados cubiertos y usted paga su parte (su monto de copago o coseguro). Su parte del costo variará según el medicamento y dónde lo adquiera.

El plan tiene 5 categorías de costos compartidos

Todos los medicamentos de la Lista de Medicamentos del plan se incluyen en una de las 5 categorías de costos compartidos. En general, cuanto mayor sea la categoría de costo compartido, mayor será su costo por el medicamento:

- **Categoría 1:** medicamentos genéricos preferidos (categoría más baja)
- **Categoría 2:** medicamentos genéricos
- **Categoría 3:** medicamentos de marca preferidos
- **Categoría 4:** medicamentos no preferidos
- **Categoría 5:** medicamentos especializados (categoría más alta)

Para conocer en qué categoría de costo compartido se encuentra su medicamento, consulte la *Lista de medicamentos* del plan.

Sus opciones de farmacia

Lo que paga por un medicamento depende de que adquiera el medicamento en los siguientes lugares:

- Una farmacia minorista de la red que ofrece costos compartidos estándar.
- Una farmacia minorista de la red que ofrece gastos compartidos preferenciales. Sus costos pueden ser menores en las farmacias que ofrecen gastos compartidos preferenciales.
- Una farmacia que no está en la red del plan. Cubrimos medicamentos recetados adquiridos en farmacias fuera de la red únicamente en situaciones limitadas. Lea el Capítulo 3, Sección 2.5 para obtener información acerca de las situaciones en las que cubriremos medicamentos con receta adquiridos en farmacias fuera de la red.
- La farmacia de envío por correo del plan

Capítulo 4. Lo que usted debe pagar por los medicamentos recetados de la Parte D

Para obtener más información sobre estas opciones de farmacias y el surtido de recetas médicas, lea el Capítulo 3 de este documento y el *Directorio de Farmacias* del plan.

Sección 5.2	Tabla en la que se muestran sus costos por un suministro de <i>un mes</i> de un medicamento
--------------------	--

En la Etapa de Cobertura Inicial, su parte del costo por un medicamento cubierto será un copago o un coseguro.

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

Capítulo 4. Lo que usted debe pagar por los medicamentos recetados de la Parte D

Lo que usted paga cuando adquiere un suministro de *un mes* de un medicamento recetado cubierto de la Parte D:

Categoría	Gasto compartido comercial estándar (dentro de la red) (suministro de hasta 30 días)	Costo compartido minorista preferido (dentro de la red) (suministro de hasta 30 días)	Costo compartido de pedido por correo (suministro de hasta 30 días)	Gastos compartidos de atención a largo plazo (LTC) (suministro de hasta 31 días)	Costo compartido fuera de la red (La cobertura se limita a ciertas situaciones; lea el Capítulo 3 para obtener más información). (suministro de hasta 30 días)
Costos compartidos Nivel 1 (Genéricos preferidos)	\$10 de copago	\$1 de copago	\$10 de copago en una farmacia con entrega a domicilio estándar. \$1 de copago en una farmacia con entrega a domicilio preferida.	\$10 de copago	\$10 de copago

Capítulo 4. Lo que usted debe pagar por los medicamentos recetados de la Parte D

Categoría	Gasto compartido comercial estándar (dentro de la red) (suministro de hasta 30 días)	Costo compartido minorista preferido (dentro de la red) (suministro de hasta 30 días)	Costo compartido de pedido por correo (suministro de hasta 30 días)	Gastos compartidos de atención a largo plazo (LTC) (suministro de hasta 31 días)	Costo compartido fuera de la red (La cobertura se limita a ciertas situaciones; lea el Capítulo 3 para obtener más información). (suministro de hasta 30 días)
Categoría 2 de costo compartido (Genéricos)	\$20 de copago	\$5 de copago	\$20 de copago en una farmacia con entrega a domicilio estándar. \$5 de copago en una farmacia con entrega a domicilio preferida.	\$20 de copago	\$20 de copago

Capítulo 4. Lo que usted debe pagar por los medicamentos recetados de la Parte D

Categoría	Gasto compartido comercial estándar (dentro de la red) (suministro de hasta 30 días)	Costo compartido minorista preferido (dentro de la red) (suministro de hasta 30 días)	Costo compartido de pedido por correo (suministro de hasta 30 días)	Gastos compartidos de atención a largo plazo (LTC) (suministro de hasta 31 días)	Costo compartido fuera de la red (La cobertura se limita a ciertas situaciones; lea el Capítulo 3 para obtener más información). (suministro de hasta 30 días)
Categoría 3 de costo compartido (Marca preferida)	\$47 de copago	\$45 de copago	\$47 de copago en una farmacia con entrega a domicilio estándar. \$45 de copago en una farmacia con entrega a domicilio preferida.	\$47 de copago	\$47 de copago

Capítulo 4. Lo que usted debe pagar por los medicamentos recetados de la Parte D

Categoría	Gasto compartido comercial estándar (dentro de la red) (suministro de hasta 30 días)	Costo compartido minorista preferido (dentro de la red) (suministro de hasta 30 días)	Costo compartido de pedido por correo (suministro de hasta 30 días)	Gastos compartidos de atención a largo plazo (LTC) (suministro de hasta 31 días)	Costo compartido fuera de la red (La cobertura se limita a ciertas situaciones; lea el Capítulo 3 para obtener más información). (suministro de hasta 30 días)
Categoría 4 de costo compartido (Medicamento no preferido)	38% del costo total	36% del costo total	38% del costo total en una farmacia con entrega a domicilio estándar. 36% del costo total en una farmacia con entrega a domicilio preferida.	38% del costo total	38% del costo total

Capítulo 4. Lo que usted debe pagar por los medicamentos recetados de la Parte D

Categoría	Gasto compartido comercial estándar (dentro de la red) (suministro de hasta 30 días)	Costo compartido minorista preferido (dentro de la red) (suministro de hasta 30 días)	Costo compartido de pedido por correo (suministro de hasta 30 días)	Gastos compartidos de atención a largo plazo (LTC) (suministro de hasta 31 días)	Costo compartido fuera de la red (La cobertura se limita a ciertas situaciones; lea el Capítulo 3 para obtener más información). (suministro de hasta 30 días)
Categoría 5 de costo compartido (Medicamentos especializados)	25% del costo total	25% del costo total	25% del costo total en una farmacia con entrega a domicilio estándar. 25% del costo total en una farmacia con entrega a domicilio preferida.	25% del costo total	25% del costo total

Sección 5.3 Si su médico le receta menos del suministro de un mes completo, puede que no deba pagar el costo del suministro de todo el mes

Normalmente, el monto que usted paga por un medicamento con receta cubre el suministro de todo un mes. Puede haber ocasiones en las que usted o su médico deseen tener un suministro de un medicamento para menos de un mes (por ejemplo, cuando está probando un medicamento por primera vez). También puede solicitar que su médico recete, y que su farmacéutico surta, un suministro menor al de un mes completo de uno o varios medicamentos, en caso de que esto le ayude a planificar mejor las fechas de renovación para las diferentes recetas médicas.

Si recibe una cantidad menor a la de un mes completo de suministro de ciertos medicamentos, no deberá pagar por el suministro de un mes completo.

Capítulo 4. Lo que usted debe pagar por los medicamentos recetados de la Parte D

- Si es responsable de un coseguro, usted paga un porcentaje del costo total del medicamento. Dado que el coseguro se calcula con base en el costo total del medicamento, el costo será menor, ya que el costo total del medicamento será menor.
- Si es responsable de un copago por el medicamento, su copago se basará en la cantidad de días que reciba el medicamento en vez del mes completo. Calcularemos la suma que pague por día por su medicamento (la “tasa de costo compartido diario”) y lo multiplicaremos por la cantidad de días del medicamento que reciba.

Sección 5.4 Tabla en la que se muestran sus costos por un suministro a largo plazo (hasta 90 días) de un medicamento

En el caso de algunos medicamentos, usted puede adquirir un suministro a largo plazo (también llamado “suministro extendido”). Un suministro a largo plazo es un suministro de hasta 90 días.

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

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

Lo que usted paga cuando adquiere un suministro a largo plazo de un medicamento recetado cubierto de la Parte D:

Categoría	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (suministro de hasta 90 días)	Costo compartido minorista preferido (dentro de la red) (suministro de hasta 90 días)	Costo compartido por entrega a domicilio (suministro de hasta 90 días)
Costos compartidos Nivel 1 (Genéricos preferidos)	\$30 de copago	\$3 de copago	\$30 de copago en una farmacia de entrega a domicilio estándar \$3 de copago en una farmacia con entrega a domicilio preferida

Capítulo 4. Lo que usted debe pagar por los medicamentos recetados de la Parte D

Categoría	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (suministro de hasta 90 días)	Costo compartido minorista preferido (dentro de la red) (suministro de hasta 90 días)	Costo compartido por entrega a domicilio (suministro de hasta 90 días)
Categoría 2 de costo compartido (Genéricos)	\$60 de copago	\$15 de copago	\$60 de copago en una farmacia de entrega a domicilio estándar \$15 de copago en una farmacia con entrega a domicilio preferida
Categoría 3 de costo compartido (Marca preferida)	\$141 de copago	\$135 de copago	\$141 de copago en una farmacia de entrega a domicilio estándar \$135 de copago en una farmacia con entrega a domicilio preferida
Categoría 4 de costo compartido (Medicamento no preferido)	38% del costo total	36% del costo total	38% del costo total en una farmacia de entrega a domicilio estándar 36% del costo total en una farmacia con entrega a domicilio preferida
Categoría 5 de costo compartido (Medicamentos especializados)	El suministro a largo plazo no está disponible para medicamentos de Categoría 5	El suministro a largo plazo no está disponible para medicamentos de Categoría 5	El suministro a largo plazo no está disponible para medicamentos de Categoría 5

Capítulo 4. Lo que usted debe pagar por los medicamentos recetados de la Parte D

Sección 5.5 Permanece en la etapa de cobertura inicial hasta que los costos totales de medicamentos anuales alcanzan los \$4,660

Permanece en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que el monto total de los costos de medicamentos con receta que ha surtido alcancen el **límite de \$4,660 de la Etapa de Cobertura Inicial**.

La EOB de la Parte D que le enviamos lo ayudará a mantener un registro de lo que usted y el plan, así como cualquier tercero, han pagado en su nombre durante el año. Muchas personas no llegan al límite de \$4,660 en un año.

Le informaremos si alcanza los \$4,660. Si alcanza esta suma, pasará de la Etapa de cobertura inicial a la Etapa de brecha en cobertura. Consulte la Sección 1.3 para obtener más información sobre cómo Medicare calcula sus gastos de bolsillo.

SECCIÓN 6 Costos en la Etapa de Interrupción en la Cobertura

Cuando usted se encuentra en la Etapa de brecha en cobertura, el Programa de descuento de la brecha en cobertura de Medicare brinda descuentos de fabricante sobre los medicamentos de marca. Usted paga el 25% del precio negociado y una parte de la tarifa de dispensación por medicamentos de marca. Tanto la suma que usted paga como la suma descontada por el fabricante cuentan en el cálculo de los gastos de su bolsillo como si usted los hubiese pagado y lo harán avanzar en la brecha en cobertura.

Usted recibe cobertura completa para medicamentos del Nivel 1 (Medicamentos Genéricos Preferidos). Usted paga un copago de \$1 - \$10 por los medicamentos del Nivel 1. También recibirá cierta cobertura para los medicamentos genéricos de los niveles restantes. Usted no paga más del 25 % del costo por medicamentos genéricos, y el plan paga el resto. Únicamente la suma que usted paga cuenta y lo hace avanzar en la brecha en cobertura.

Usted continúa pagando estos costos hasta que sus pagos de bolsillo anuales alcancen el monto máximo establecido por Medicare. Cuando ha alcanzado un límite de gastos de \$7,400, pasa de la Etapa de Interrupción en la Cobertura a la Etapa de Cobertura para Casos Catastróficos.

Medicare establece normas sobre lo que se considera un gasto de bolsillo y lo que *no* (Sección 1.3).

Capítulo 4. Lo que usted debe pagar por los medicamentos recetados de la Parte D

SECCIÓN 7 En la Etapa de Cobertura para Casos Catastróficos, el plan paga la mayor parte de los costos de sus medicamentos

Pasa para la Etapa de Cobertura para Casos Catastróficos cuando sus gastos de bolsillo han alcanzado el límite de \$7,400 por el año calendario. Una vez que se encuentre en la Etapa de cobertura catastrófica, usted permanecerá en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.

En esta etapa, el plan pagará la mayor parte de los costos por sus medicamentos. Usted pagará:

Opción 1:

- **Su parte** de los costos por un medicamento cubierto será un coseguro o un copago, el monto que sea *mayor*:
 - – *ya sea* – un coseguro del 5% del costo del medicamento
 - – *o* – \$4.15 por un medicamento genérico o un medicamento que recibe tratamiento de genérico y \$10.35 por todos los demás medicamentos.

SECCIÓN 8 Vacunas de la Parte D. Lo que usted debe pagar depende de cómo y dónde las adquiere

Mensaje Importante Sobre lo que Usted Paga por Vacunas

Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo para usted. Llame al Servicio al Cliente para obtener más información.

Nuestra cobertura de vacunas de la Parte D se divide en dos partes:

- La primera parte de la cobertura corresponde al costo de **la vacuna en sí misma**.
- La segunda parte de la cobertura corresponde al costo de **suministrarle a usted la vacuna**. (Esto a veces se llama la “administración” de la vacuna).

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

1. El tipo de vacuna (contra qué se lo está vacunando).

- Algunas vacunas se consideran beneficios médicos. (Consulte la *Tabla de Beneficios Médicos [servicios cubiertos y lo que usted debe pagar]* en el Capítulo 4).
- Otras vacunas son consideradas Medicamentos de la Parte D. Usted puede encontrar estas vacunas enumeradas en la *Lista de Medicamentos Incluidos (Formulario)* del plan.

2. Dónde obtiene la vacuna.

Capítulo 4. Lo que usted debe pagar por los medicamentos recetados de la Parte D

- La vacuna en sí misma puede ser dispensada por una farmacia o proporcionada por el consultorio del médico.

3. Quién administra la vacuna.

- Un farmacéutico puede administrar la vacuna en la farmacia u otro profesional de la salud puede administrarla en el consultorio del médico.

Lo que usted debe pagar en el momento de recibir la vacuna de la Parte D puede variar según las circunstancias y la Epata de Medicamento en la que se encuentre.

- A veces, cuando se le aplica una vacuna, debe pagar el costo total de la vacuna en sí y el costo del profesional de la salud por administrarle la vacuna. Puede solicitar a nuestro plan el reintegro de nuestra parte del costo.
- En otras ocasiones, cuando reciba una vacuna, pagará solo su parte del costo bajo su beneficio de la Parte D.

A continuación, se presentan tres ejemplos de formas en que puede recibir una vacuna de la Parte D.

Situación 1: Usted recibe su vacuna en la farmacia de la red. (Si tiene esta opción, dependerá del lugar donde vive. Algunos estados no permiten que las farmacias realicen vacunaciones).

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

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

- Cuando reciba la vacuna, pagará el costo total de la vacuna en sí y el costo que le corresponde al proveedor por administrarle la vacuna.
- Luego podrá solicitar que el plan le reintegre nuestra parte del costo según los procedimientos descritos en el Capítulo 5 de este documento.
- Se le reembolsará el monto que pagó menos el coseguro o copago normales por la vacuna (incluida la administración), menos cualquier diferencia entre el monto que cobra el médico y lo que nosotros pagamos normalmente. (Si recibe "Beneficio Adicional", le reembolsaremos esta diferencia).

Capítulo 4. Lo que usted debe pagar por los medicamentos recetados de la Parte D

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

- Deberá pagarle a la farmacia el monto correspondiente a su coseguro o copago por la vacuna en sí misma.
- Cuando el médico le administre la vacuna, usted deberá pagar el total del costo por este servicio. Luego podrá solicitar que el plan le reintegre nuestra parte del costo según los procedimientos descritos en el Capítulo 5 de este documento.
- Se le reembolsará el monto que le cobró el médico por la administración de la vacuna menos cualquier diferencia entre el monto del médico y lo que nosotros pagamos normalmente. (Si recibe “Beneficio Adicional”, le reembolsaremos esta diferencia).

CAPÍTULO 5:

*Puede solicitarnos que paguemos
nuestra parte del costo de los
medicamentos cubiertos*

Capítulo 5. Puede solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de los medicamentos cubiertos

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe solicitarnos el pago de nuestra parte del costo de sus medicamentos cubiertos

A veces, cuando recibe un medicamento con receta, es posible que deba pagar el costo total inmediatamente. En otras oportunidades, usted puede descubrir que ha pagado más de lo que esperaba bajo las reglas de cobertura del plan o puede recibir una factura de parte de un proveedor. En cualquiera de estos casos, usted puede pedir a nuestro plan que le reintegre dichos montos (devolverle el dinero es llamado con frecuencia “reembolsarle”). Puede haber plazos que debe cumplir para recibir un reembolso. Consulte la Sección 2 de este capítulo.

A continuación, se enumeran ejemplos de situaciones en las que puede solicitar a nuestro plan un reintegro. Todos estos ejemplos son tipos de decisiones de cobertura (para obtener más información sobre estas decisiones, consulte el Capítulo 7 de este documento).

1. Cuando adquiere un medicamento recetado en una farmacia fuera de la red

Si intenta surtir una receta médica en una farmacia fuera de la red, la farmacia probablemente no pueda presentar la reclamación directamente a nosotros. Cuando esto sucede, usted deberá pagar el costo total por el medicamento recetado.

Conserve el recibo y envíenos una copia cuando solicite el reintegro de nuestra parte del costo. Recuerde que solo cubrimos farmacias fuera de la red en circunstancias limitadas. Consulte el Capítulo 3, Sección 2.5 para ver un análisis de estas circunstancias.

2. Cuando paga el costo total de un medicamento recetado porque no tiene su tarjeta de membresía consigo

Si no tiene su tarjeta de membresía consigo, puede solicitarle a la farmacia que llame al plan o que busque su información de inscripción. Sin embargo, si la farmacia no puede obtener la información de inscripción que necesita de inmediato, usted deberá pagar el costo total del medicamento recetado.

Conserve el recibo y envíenos una copia cuando solicite el reintegro de nuestra parte del costo.

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

Deberá pagar el costo total de un medicamento recetado si se le informa que el medicamento no está cubierto por alguna razón.

- Por ejemplo, el medicamento puede no aparecer en la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* del plan; o puede haber un requisito o una restricción que usted desconocía o que considera que no se debe aplicar en su caso. Si decide adquirir el medicamento inmediatamente, deberá pagar el costo total del mismo.

Capítulo 5. Puede solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de los medicamentos cubiertos

- Conserve el recibo y envíenos una copia cuando solicite el reintegro. En algunas situaciones, necesitaremos información de su médico para efectuar el reintegro por nuestra parte del costo del medicamento.

4. Si usted se inscribe en nuestro plan en forma retroactiva

Algunas veces la inscripción de una persona en el plan es retroactiva. (Esto significa que ya ha pasado el primer día de su inscripción. La fecha de inscripción puede haber ocurrido incluso el año pasado).

Si se inscribió de forma retroactiva en nuestro plan y pagó de su bolsillo por cualquiera de los medicamentos después de su fecha de inscripción, puede solicitarnos que le reintegremos su parte de los costos. Deberá enviarnos documentación para que nos encarguemos del reembolso.

Todos los ejemplos anteriores son tipos de decisiones de cobertura. Esto significa que si rechazamos una solicitud de pago, usted puede apelar nuestra decisión. Consulte el Capítulo 7 de este documento para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

SECCIÓN 2 Cómo pedirnos que le reembolsemos el dinero

Puede solicitarnos que le hagamos un reembolso mediante el envío de una solicitud por escrito. Si envía una solicitud por escrito, envíe su recibo que dé cuenta de que el pago que realizó. Se recomienda conservar una copia de los recibos para sus registros. Debe presentar su reclamación en un plazo de 36 meses a partir de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.

Para asegurarse de que nos está brindando toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede completar el formulario de reclamaciones para solicitar el pago.

- No está obligado a utilizar el formulario, pero nos ayudará a que podamos procesar la información con mayor rapidez.
- Descargue una copia del formulario en nuestro sitio web (getblueok.com/pdp) o solicite el formulario por teléfono al Departamento de Servicios para Miembros.

Envíe su solicitud de pago por correo junto con cualquier factura o recibos pagados a la siguiente dirección:

Prescription Drug Claims Payment Request
P.O. Box 20970
Lehigh Valley, PA 18002-0970

Capítulo 5. Puede solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de los medicamentos cubiertos

SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y le responderemos afirmativa o negativamente

Sección 3.1 Verificamos si nos corresponde cubrir el medicamento y cuánto debemos pagar

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

- Si decidimos que el medicamento está cubierto y usted siguió todas las normas, pagaremos nuestra parte del costo. Le enviaremos por correo el reintegro de nuestra parte del costo. Le enviaremos el pago en un plazo de 30 días luego de la recepción de su solicitud.
- Si decidimos que el medicamento *no* está cubierto o que usted *no* siguió las normas, no pagaremos nuestra parte de los costos. Le enviaremos una carta con las razones por las que no le enviamos el pago que usted solicita y los derechos que tiene para apelar esa decisión.

Sección 3.2 Si le informamos que no pagaremos la totalidad o una parte del medicamento, puede presentar una apelación

Si usted considera que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago o si no está de acuerdo con la suma que pagaremos, usted puede presentar una apelación. Si presenta una apelación, significa que nos está pidiendo que cambiemos nuestra decisión de rechazar su solicitud de pago.

El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos específicos y fechas límites importantes. Para obtener detalles sobre cómo presentar esta apelación, consulte el Capítulo 7 de este documento.

CAPÍTULO 6:

Sus derechos y responsabilidades

Capítulo 6. Sus derechos y responsabilidades

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

Sección 1.1	Debemos proporcionar información de una manera que sea apropiada para usted y que respete sus sensibilidades culturales (en otros idiomas además del Inglés; en Braille, en letra grande o en formatos alternativos, etc.).
--------------------	--

Su plan tiene la obligación de garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se proporcionen de una manera que refleje el entendimiento cultural y sean accesibles para todos los inscritos, incluidos aquellos con poco dominio del inglés, habilidades de lectura limitadas, incapacidad auditiva o aquellos con orígenes culturales y étnicos diferentes. Algunos ejemplos de cómo un plan puede cumplir con estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros, la prestación de servicios de traducción, servicios de interpretación, teleimpresores o conexión TTY (teléfono para mensajes de texto o teléfono para teleimpresores).

Nuestro plan cuenta con servicios de intérpretes gratuitos disponibles para responder preguntas de asegurados que no hablan inglés. También podemos brindarle información en sistema Braille, en español, en letra grande o en formatos alternativos de forma gratuita si lo requiere. Debemos brindarle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted. Para que le proporcionemos información de la manera adecuada para usted, llame al Servicio al Asegurado.

Si tiene dificultades para acceder a la información sobre nuestro plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted, llame para presentar un reclamo ante Blue Cross MedicareRx Value (PDP) al 1-888-285-2249. También puede presentar una queja a Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o puede presentarla directamente en la Oficina de Derechos Civiles llamando al 1-800-368-1019 o al TTY 1-800-537-7697.

Nuestro plan cuenta con servicios de intérpretes gratuitos disponibles para responder preguntas de miembros discapacitados y de aquellos que no hablan inglés. También podemos brindarle información en sistema braille, en español, en letra grande o en formatos alternativos de forma gratuita si lo requiere. Debemos brindarle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted. Para obtener información de nuestra parte de una manera que la pueda comprender, llame al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este documento).

Nuestra aseguradora cuenta con personas y servicios gratuitos de interpretación para responder preguntas de miembros con alguna discapacidad o que no hablen inglés. Si lo necesita, también podemos proporcionarle sin costo información en braille, en letra grande u otros formatos. Tenemos la obligación de proporcionarle información sobre los beneficios de la cobertura en un formato accesible, eficaz y apropiado para

Capítulo 6. Sus derechos y responsabilidades

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

Si tiene dificultades para acceder a la información sobre nuestro plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted, llame para presentar un reclamo ante Blue Cross MedicareRx Value (PDP) al 1-888-285-2249. También puede presentar una queja con Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o puede presentarla directamente en la Oficina de Derechos Civiles. La información de contacto está incluida en esta Evidencia de Cobertura, o puede comunicarse al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697 para acceder a información adicional.

Sección 1.2	Debemos garantizarle el acceso oportuno a sus medicamentos cubiertos
--------------------	---

También tiene derecho a adquirir sus medicamentos con receta o volver a surtirlos en cualquiera de las farmacias de la red sin largas demoras. Si considera que no está obteniendo sus medicamentos de la Parte D dentro de un plazo razonable, en el Capítulo 7 se le informa qué puede hacer.

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

Las leyes estatales y federales protegen la privacidad de su historia clínica e información médica personal. Protegemos su información médica personal como lo establecen estas leyes.

- Su “información médica personal” incluye información personal que nos brindó cuando se inscribió en este plan, así como también su historia clínica, y otra información médica y sobre su salud.
- Usted tiene derechos relacionados con su información y con el control de cómo se utiliza su información de salud. Le entregamos un aviso escrito, llamado “Notificación de las Normas de Privacidad”, que describe estos derechos y explica cómo protegemos la privacidad de su información médica.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información médica?

- Nos aseguramos de que personas no autorizadas no puedan leer ni cambiar sus registros.
- Excepto por las circunstancias que se indican a continuación, si tenemos la intención de proporcionar su información de salud a cualquier persona que no le esté brindando atención o pagando por ella, *debemos obtener su permiso por escrito o de alguien a quien usted haya otorgado poder legal para tomar decisiones por usted primero.*

Capítulo 6. Sus derechos y responsabilidades

- Existen ciertas excepciones en las que no estamos obligados a obtener permiso escrito de usted primero. Estas excepciones son permitidas o exigidas por ley.
 - Estamos obligados a divulgar información médica a agencias gubernamentales que controlan la calidad de la atención.
 - Como usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, estamos obligados a proporcionar a Medicare su información médica, incluida información acerca de sus medicamentos recetados de la Parte D. Si Medicare divulga su información con fines de investigación u otros usos, esto se hará de acuerdo con las leyes y reglamentaciones Federales; por lo general, esto requiere que la información que lo identifica de manera única a usted no sea compartida.

Puede ver la información en sus registros y conocer de qué manera fue divulgada a otras personas

Usted tiene derecho a ver su historia clínica archivada en el plan y obtener una copia de sus registros. Estamos autorizados a cobrarle un arancel por hacer copias. También tiene derecho a solicitar que agreguemos información o que corrijamos su historia clínica. Si solicita esto, trabajaremos junto con su proveedor de atención médica para decidir si deben realizarse los cambios.

Usted tiene derecho a conocer cómo se divulgó su información médica a otras personas por cualquier motivo que no fuera de rutina.

Si tiene preguntas o dudas sobre la privacidad de su información médica protegida, llame a Servicio al Cliente.

Blue Cross and Blue Shield of Oklahoma (BCBSOK) está obligado a proporcionarle un Aviso de Prácticas de Privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos (HIPAA, en inglés), así como un Aviso de Prácticas de Privacidad del Estado. En el Aviso de Prácticas de Privacidad de la HIPAA, se describe cómo BCBSOK puede utilizar o divulgar su información médica protegida y sus derechos a esa información conforme a la ley federal. En el Aviso de Prácticas de Privacidad Estatal, se describe cómo BCBSOK puede utilizar o divulgar su información financiera personal no pública y sus derechos sobre dicha información según la ley estatal. Tómese unos minutos y revise estos avisos. Le recomendamos que vaya al portal Blue Access for MembersSM (BAMSM), portal protegido para asegurados, en [BCBSOK.com](https://www.bcsok.com) para registrarse y recibir estos avisos de forma electrónica. Nuestra información de contacto se puede encontrar al final de estos avisos.

Capítulo 6. Sus derechos y responsabilidades**AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE LA HIPAA****Vigente desde el 1/10/2022**

Esta sección explica los DERECHOS que tiene con respecto a su PHI y nuestras obligaciones con respecto a estos derechos.

Usted puede ejercer estos derechos mediante la presentación de una solicitud por escrito a nosotros; la información de contacto se encuentra al final de este aviso.

Derecho a solicitar una copia de su información médica protegida (PHI)

- Puede solicitar ver u obtener una copia de su PHI contenida en un conjunto de registros designados.
- Tenemos 30 días para cumplir con su solicitud; sin embargo, podemos recibir 30 días adicionales si es necesario. Podemos cobrar una tarifa razonable basada en los costos para cubrir los gastos de cumplir con su solicitud.
- Podemos rechazar su solicitud en algunas situaciones. Le explicaremos el motivo de la denegación en la respuesta que le enviamos y usted tiene derecho a que se revise esta decisión.

Derecho a solicitar una enmienda a su PHI

- Puede solicitar una enmienda a su PHI en un registro designado si cree que es incorrecta o está incompleta.
- Tenemos 60 días para responder a su solicitud; sin embargo, podemos disponer de 30 días adicionales si es necesario.
- Podemos rechazar su solicitud, por ejemplo, si determinamos que su PHI es correcta y completa o que no creamos la PHI. Le explicaremos el motivo del rechazo en la respuesta que le enviamos y usted tiene derecho a presentar una declaración de desacuerdo.

Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales

- Puede solicitar que nos comuniquemos con usted de una manera específica o en una dirección alternativa.
- Estamos obligados a satisfacer solicitudes razonables; sin embargo, tenemos derecho a pedirle información sobre cómo se manejará su pago, así como detalles específicos sobre sus alternativas de comunicación.

Capítulo 6. Sus derechos y responsabilidades

Derecho a solicitar que limitemos lo que podemos utilizar o compartir

- Puede solicitar que no compartamos ni utilicemos parte de su PHI para fines de tratamiento, pago y nuestras operaciones.
- También puede solicitar que no compartamos parte de su PHI con familiares o amigos que puedan estar involucrados en su atención o a los fines de notificación, tal como se describe en este aviso. La solicitud debe ser específica e indicar el motivo de la restricción y a quién desea que se aplique la restricción. Podemos denegar su solicitud de restricción; sin embargo, debemos respetar su solicitud si la divulgación de su PHI está relacionada con (1) el pago o las operaciones de atención médica y no es exigida por ley, ni con (2) un artículo o servicio de atención médica que usted pagó en su totalidad.
- Si aceptamos la solicitud de restricción, no podemos divulgar su PHI a menos que sea necesario divulgarla para un tratamiento de emergencia.

Derecho a solicitar una lista de las personas o entidades que recibieron su PHI

- Puede solicitar un informe de divulgaciones, que es una lista de todas las divulgaciones que realizamos durante los seis años anteriores a su fecha de solicitud. La lista no incluirá todas las divulgaciones realizadas para tratamiento, pago, operaciones de atención médica, así como un par de otras situaciones (los detalles sobre estas situaciones se describen más adelante en el aviso).
- Puede solicitar 1 contabilidad en cualquier período de 12 meses; si solicita otras en este período, podemos cobrar una tarifa razonable basada en los costos. Se lo notificaremos antes de cobrarle; entonces podrá retirar o modificar su solicitud para evitar el cobro.
- Tenemos 60 días para responder a su solicitud; sin embargo, disponemos de 30 días adicionales si es necesario.

Derecho a solicitar una copia del Aviso

- Puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento. Para solicitar una copia, envíe su solicitud por escrito con la información de contacto al final de este aviso.

Elegir a alguien para que actúe en su nombre

- Si le otorgó un poder médico a alguien o si alguien es su tutor legal, esta persona puede actuar en su nombre y tomar decisiones por usted.
 - Confirmaremos que esta persona tiene derecho a actuar en su nombre antes de divulgar cualquier PHI.
-

Capítulo 6. Sus derechos y responsabilidades

Derecho a presentar una queja

- Puede presentar una queja directamente con nosotros si cree que hemos violado sus derechos de privacidad mediante la información de contacto que aparece al final de este aviso.
- También puede presentar una queja ante la Secretaría de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. llamando al 1-877-696-6775, visitando www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/ o enviando una carta a la siguiente dirección:
200 Independence Ave., SW, Washington, D.C. 20201.
- No tomaremos ningún tipo de represalia contra usted por presentar una queja.

Esta sección explica cuándo debemos recibir su consentimiento antes de compartir su PHI.

Podemos compartir su PHI para estos fines con su consentimiento verbal o por escrito.

- Puede identificar a un familiar, amigo cercano u otra persona para ayudarlo con sus decisiones de atención médica; divulgaremos la PHI limitada necesaria para que esa persona lo ayude. (Si no puede dar su consentimiento y determinamos, según nuestro criterio profesional, que es lo mejor para usted, podemos usar o divulgar su PHI para ayudar a notificar a un miembro de la familia, a un representante personal u otra persona que pueda ayudarlo).
- Por nuestros esfuerzos de recaudación de fondos.

No podemos usar ni divulgar la PHI para estos fines sin su consentimiento por escrito.

- Para realizar marketing o para nuestro beneficio financiero.
- Divulgar notas de psicoterapia.

Es posible que haya otros usos y divulgaciones de su PHI además de los mencionados que pueden requerir su autorización si el uso o la divulgación no están permitidos ni requeridos por la ley.

Usted tiene derecho a revocar su autorización, por escrito, en cualquier momento, excepto en la medida en que ya hayamos utilizado o divulgado su PHI en función de esa autorización inicial.

Esta sección describe las situaciones en las que las leyes federales nos permiten utilizar o compartir su PHI.

Aunque no es exhaustiva, le dará una buena idea de los tipos de usos y divulgaciones de rutina que hacemos.

Capítulo 6. Sus derechos y responsabilidades**Administrar y apoyar la atención médica que recibe**

- Podemos utilizar su PHI y compartirla con los profesionales de la salud que lo tratan, por ejemplo, cuando su proveedor nos envía información sobre su diagnóstico y plan de tratamiento para que podamos organizar servicios adicionales.

Administramos nuestra organización

- Podemos utilizar y divulgar su PHI para ayudarnos a administrar nuestras operaciones comerciales y cumplir nuestras obligaciones con nuestros clientes y miembros, por ejemplo, utilizamos la PHI para la inscripción, los programas de atención médica, las actividades relacionadas con la creación, renovación o reemplazo de un plan de salud, y desarrollo de servicios de atención médica de mejor calidad. (No podemos utilizar información genética para denegar o rechazar la cobertura de un plan de salud individual).

Pagamos sus servicios de salud

- Podemos utilizar y divulgar su información de salud para procesar sus reclamaciones y pagarle a su proveedor, por ejemplo, cuando compartimos información sobre usted para coordinar los beneficios entre su plan dental y nuestro plan médico.

Administrar su plan

- Podemos divulgar su información médica al patrocinador de su plan médico con fines de administración del plan, por ejemplo, si su empresa nos contrata para que le proporcionemos su plan de salud de grupo, es posible que necesitemos proporcionarles ciertas estadísticas para explicar las primas que cobramos.

Los siguientes son ejemplos de cuándo podemos usar o divulgar su PHI sin autorización y sin que usted pueda oponerse a su uso o divulgación.

Actividades de supervisión sanitaria

- Estamos autorizados a divulgar PHI con fines de salud pública. Esto incluye divulgaciones a una autoridad de salud pública u otro organismo gubernamental que tenga la autoridad para recopilar y recibir dicha información (por ejemplo, la Administración de Alimentos y Medicamentos).

Actividades de supervisión sanitaria

- Podemos utilizar o divulgar su PHI en la medida en que lo exijan las leyes federales, estatales o locales para la supervisión sanitaria.

Capítulo 6. Sus derechos y responsabilidades

Abuso, negligencia o amenaza grave a la salud o seguridad

- Podemos divulgar la PHI a una agencia gubernamental o a una autoridad de salud pública autorizada por la ley para recibir información sobre adultos y niños que son víctimas de abuso, negligencia o violencia doméstica.
- También podemos divulgar la PHI si, según nuestra opinión profesional, es necesario prevenir una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad pública; sin embargo, la PHI solo se puede divulgar a alguien que creemos razonablemente que puede prevenir o reducir la amenaza.

**Investigación
Iniciativas**

- En ciertas situaciones, estamos autorizados a divulgar un conjunto limitado de datos para fines de investigación.

**Requerido por la
Secretaría de
Salud y Servicios
Humanos**

- Es posible que se nos solicite divulgar la PHI a la Secretaría de Salud y Servicios Humanos para que puedan determinar nuestro cumplimiento con los requisitos de la regla final relacionada con las Normas de Privacidad de la Información de Salud Individualmente Identificable.

Cumplir con la ley

- En algunas situaciones, es posible que las leyes federales, estatales o locales pertinentes nos exijan divulgar su PHI.

**Donantes de
órganos, forenses
y directores de
funerarias**

- Si usted es donante de órganos, podemos divulgar su PHI a una organización de obtención de órganos si es necesario para facilitar la donación o el trasplante de órganos.
 - Podemos divulgar su PHI si es necesaria para que un examinador médico, un forense o un director de funeraria lleve a cabo tareas legalmente autorizadas.
-

Capítulo 6. Sus derechos y responsabilidades

Capítulo 6. Sus derechos y responsabilidades

AVISO ESTATAL DE PRIVACIDAD**Vigente desde el 23/9/13**

Blue Cross and Blue Shield of Oklahoma (BCBSOK) recopila información personal no pública sobre usted de su solicitud de seguro, reclamaciones de atención médica, información de pago y agencias de información al consumidor. Blue Cross and Blue Shield of Illinois (BCBSIL, en inglés) realizará lo siguiente:

- No divulgará esta información a ningún tercero no afiliado, incluso si su relación de cliente con nosotros termina, excepto con su consentimiento o según lo permita la ley.
- Restringirá el acceso a esta información solo a aquellos empleados que realizan las funciones necesarias para administrar nuestro negocio y proporcionar servicios a nuestros clientes.
- Mantendrá las prácticas de seguridad y privacidad que incluyen medidas de protección físicas, técnicas y administrativas para proteger esta información del acceso no autorizado.
- Solo usará esta información para administrar su plan de seguro, procesar sus reclamaciones, garantizar una facturación adecuada, proporcionarle el servicio al cliente y cumplir con la ley.
- Solo compartirá esta información según lo requiera o permita la ley y, si es necesario, con los siguientes terceros:
 - afiliados de la empresa;
 - socios comerciales que proporcionan servicios en nuestro nombre (es decir, gestión de reclamaciones, marketing, asistencia clínica);
 - agentes o corredores de seguros, empresas de servicios financieros, compañía de reaseguros para la reducción de pérdidas;
 - agencias reguladoras, gubernamentales y del cumplimiento de la ley;
 - el Seguro de Gastos Médicos Grupal del Empleador.

También tiene derecho a preguntarnos qué información financiera no pública tenemos sobre usted y a solicitar una copia de esta.

CAMBIOS EN ESTOS AVISOS

Nos reservamos el derecho de cambiar las prácticas de privacidad descritas en estos avisos y hacer que las nuevas prácticas se apliquen a toda la PHI que mantenemos sobre usted. En caso de que hagamos un cambio, publicaremos los avisos revisados en nuestro sitio web. Siempre puede solicitar una copia en papel mediante la información de contacto que aparece a continuación. Según los cambios realizados en el Aviso, es posible que la ley aplicable nos exija enviarle una copia por correo.

Capítulo 6. Sus derechos y responsabilidades

INFORMACIÓN DE CONTACTO PARA ESTOS AVISOS

Si desea obtener información general sobre sus derechos de privacidad o si desea recibir una copia de estos avisos, visite <http://www.bcbsil.com/legal-and-privacy/privacy-notice-and-forms>. Si tiene alguna pregunta sobre este Aviso o desea ejercer un derecho descrito en el Aviso, puede comunicarse con nosotros a través de los siguientes medios:

Llame al número gratuito que figura en su tarjeta de identificación de asegurado o al 1-877-361-7594.

Escriba a: Executive Director,
Privacy Office
Blue Cross and Blue Shield of Oklahoma
P.O. Box 804836
Chicago, IL 60680-4110

REVISADO en agosto de 2022

Sección 1.4	Debemos brindarle información sobre el plan, su red de farmacias y los medicamentos cubiertos
--------------------	--

Como miembro de Blue Cross MedicareRx Value (PDP), tiene derecho a recibir varios tipos de información de nosotros.

Si desea obtener cualquiera de los siguientes tipos de información, llame al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este documento):

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera del plan.
- **Información sobre las farmacias de nuestra red.** Por ejemplo, tiene derecho a obtener información de nosotros sobre las calificaciones de los proveedores y las farmacias de nuestra red, y la forma en que nosotros pagamos a las farmacias de nuestra red.
- **Información sobre su cobertura y las normas que debe seguir cuando utiliza su cobertura.** En los Capítulos 3 y 4, se proporciona información sobre la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.
- **Información sobre por qué algunos servicios no se encuentran cubiertos y lo que puede hacer al respecto.** En el Capítulo 7, se proporciona información sobre cómo solicitar una explicación por escrito de las razones por las que un medicamento de la Parte D no está cubierto o si su cobertura

Capítulo 6. Sus derechos y responsabilidades

está restringida. El Capítulo 7 también proporciona información sobre cómo solicitarnos que cambiemos una decisión, también llamada apelación.

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

Tiene derecho a dejar instrucciones sobre qué se debe hacer si no puede tomar decisiones médicas por sí mismo

A veces, los pacientes están incapacitados para tomar decisiones sobre su atención médica a causa de un accidente o una enfermedad seria. Usted tiene derecho a decidir qué quiere que suceda si se encuentra en una de estas situaciones. Esto significa que, *si usted lo desea*, puede hacer lo siguiente:

- Completar un formulario por escrito para otorgar **poder legal a otra persona para que ella tome decisiones médicas por usted** si en algún momento usted está incapacitado para tomar esas decisiones.
- **Entregar instrucciones escritas a sus médicos** acerca de cómo quiere que ellos lleven a cabo su atención médica si llega a estar incapacitado para tomar esas decisiones.

Los documentos legales que puede usar para dar instrucciones por anticipado en estas situaciones se denominan “**directivas anticipadas**”. Existen diferentes tipos de directivas anticipadas y diferentes nombres para ellas. Los documentos llamados “**testamentos vitales**” y “**poder notarial para atención médica**” son ejemplos de directivas anticipadas.

Si desea definir sus instrucciones en una “directiva avanzada”, deberá:

- **Obtener el formulario.** Si desea tener una directiva anticipada, puede obtener un formulario de su abogado, de un trabajador social o de algunos comercios que venden suministros para oficinas. A veces, puede obtener un formulario de directivas anticipadas de organizaciones que brindan a las personas información sobre Medicare. También puede comunicarse con el Servicio al Cliente para pedir los formularios.
- **Completarlo y firmarlo.** Independientemente del lugar de donde obtenga este formulario, recuerde que es un documento legal. Usted debe considerar obtener la ayuda de un abogado para prepararlo.
- **Entregar copias a las personas correspondientes.** Debe entregar una copia del formulario a su médico y a la persona que usted designe en el formulario que puede tomar decisiones por usted en caso de que usted no pueda hacerlo. Si lo desea, tal vez puede entregar copias a amigos cercanos o a miembros de la familia. Conserve una copia en su hogar.

Si usted sabe anticipadamente que necesita estar internado y ha firmado una directiva anticipada, **lleve una copia con usted al hospital.**

Capítulo 6. Sus derechos y responsabilidades

- El hospital le preguntará a usted si ha firmado un formulario de instrucción anticipada y si lo tiene consigo.
- Si no ha firmado un formulario de directiva anticipada, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntará si desea firmar uno.

Recuerde que usted decide si desea completar una directiva anticipada o no (incluso si desea firmar una mientras se encuentra en el hospital). Las leyes establecen que nadie le puede denegar atención médica ni discriminarlo en función de su decisión de firmar o no una directiva anticipada.

¿Qué sucede si no se siguen sus instrucciones?

Si ha firmado una directiva anticipada y considera que un médico o un hospital no siguieron sus instrucciones consignadas en la directiva, podrá presentar una queja ante la Autoridad de Atención médica de Oklahoma (OHCA, en inglés).

Sección 1.6	Tiene derecho a presentar quejas y a pedirnos que reconsideremos las decisiones que hemos tomado
--------------------	---

Si tiene algún problema, inquietud o queja y necesita solicitar cobertura o presentar una apelación, el Capítulo 7 de este documento le indica qué puede hacer. Independientemente de lo que haga (solicitar una decisión de cobertura, presentar una apelación o una queja), **estamos obligados a tratarlo de manera justa.**

Sección 1.7	¿Qué puede hacer si cree que lo están tratando injustamente o que sus derechos no son respetados?
--------------------	--

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

Si usted cree que ha sido tratado injustamente o que sus derechos no han sido respetados por motivos de raza, discapacidad, creencia religiosa, sexo, estado de salud, grupo étnico, credo (creencias), edad, orientación sexual, o nacionalidad, deberá llamar a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019, por TTY al 1-800-537-7697, o llamar a su Oficina de Derechos Civiles local.

Si es por otro motivo

Si cree que ha sido tratado injustamente o que sus derechos no han sido respetados, y *no* por discriminación, puede obtener ayuda con su problema:

- Puede **llamar al Servicio al Cliente.**
- Puede **llamar al SHIP.** Para obtener más detalles, consulte el Capítulo 2, Sección 3.

Capítulo 6. Sus derechos y responsabilidades

- O **puede llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos

Puede obtener más información sobre sus derechos en varios lugares:

- Puede **llamar al Servicio al Cliente**.
- Puede **llamar al SHIP**. Para obtener más detalles, consulte el Capítulo 2, Sección 3.
- Puede comunicarse con **Medicare**.
 - Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación “Derechos y Protecciones de Medicare”. (La publicación está disponible en: www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf.)
 - O puede llamar al número 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

SECCIÓN 2 Usted tiene ciertas responsabilidades como miembro del plan

A continuación, se enumeran los pasos que debe seguir como miembro del plan. Si tiene alguna pregunta, llame al Servicio al Cliente.

- **Conozca sus medicamentos cubiertos y las normas que debe cumplir para obtener esos medicamentos.** Use este documento de Evidencia de Cobertura para conocer qué está cubierto para usted y las normas que debe seguir para obtener sus medicamentos incluidos.
 - En los Capítulos 3 y 4, puede encontrar detalles sobre su cobertura de medicamentos recetados de la Parte D.
- **Si tiene alguna otra cobertura de medicamentos recetados además de nuestro plan, le solicitamos que nos lo informe.** El Capítulo 1 le informa sobre la coordinación de estos beneficios.
- **Informe a su médico y a su farmacéutico que está inscrito en nuestro plan.** Presente su tarjeta de membresía del plan cada vez que obtenga medicamentos recetados de la Parte D.
- **Ayude a sus médicos y otros proveedores a que lo ayuden brindándoles información, haciéndoles preguntas y realizando un seguimiento de su atención.**

Capítulo 6. Sus derechos y responsabilidades

- Para ayudarlo a obtener la mejor atención, informe a sus médicos y a otros proveedores de salud sobre sus problemas de salud. Siga los planes de tratamiento y las instrucciones que usted y sus médicos acuerden.
- Asegúrese de que sus médicos conozcan todos los medicamentos que está tomando, incluidos medicamentos de venta libre, vitaminas y suplementos.
- Si tiene alguna pregunta, asegúrese de preguntar para obtener una respuesta que pueda entender.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de los siguientes pagos:
 - Debe pagar su plan.

Para la mayoría de sus medicamentos cubiertos por el plan, debe pagar su parte del costo cuando los obtiene.

 - En caso de que se le exija el pago de una multa por inscripción tardía, debe pagarla para mantener su cobertura de medicamentos recetados.
 - Si debe pagar el monto adicional para la Parte D por sus ingresos anuales, debe pagar dicho monto directamente al gobierno para seguir siendo un asegurado del plan.
- **Si se muda *dentro* de nuestra área de servicios, nos debe informar** para que podamos mantener su documento que lo acredita como asegurado actualizado y saber cómo contactarlo.
- Si se muda *fuera* del área de servicios de nuestro plan, no podrá seguir siendo asegurado del plan.
- Si se muda, también es importante que se lo comunique al Seguro Social (o a la Junta de Retiro Ferroviario).

CAPÍTULO 7:

*¿Qué hacer si tiene algún problema
o queja?*

*(decisiones de cobertura,
apelaciones, quejas)*

Capítulo 7. ¿Qué hacer si tiene algún problema o queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Qué hacer si tiene algún problema o inquietud
--

En este capítulo se describen dos tipos de procesos para tratar problemas e inquietudes:

- Para algunos tipos de problemas, usted deberá recurrir al **proceso para decisiones de cobertura y apelaciones**.
- Para otros problemas, debe utilizar el **proceso para presentar quejas**, también denominadas inconformidades

Ambos procesos han sido aprobados por Medicare. Cada proceso tiene una serie de reglas, procedimientos y plazos que deben ser seguidos por nosotros y por usted.

En la guía de la Sección 3, encontrará ayuda para identificar el proceso que corresponde usar.

Sección 1.2 ¿Qué sucede con los términos legales?
--

En algunas normas, procedimientos y tipos de fechas límites explicados en este capítulo, se utilizan términos técnicos legales. La mayoría de las personas no conocen estos términos y pueden resultar difíciles de entender. Para facilitar las cosas, este capítulo usa lo siguiente:

- Usa palabras sencillas en lugar de ciertos términos legales. Por ejemplo, en este capítulo generalmente se usa la frase “presentar una queja” en lugar de “presentar una inconformidad”, “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 se utiliza la menor cantidad de abreviaciones posible.

Sin embargo, puede ser útil, y a veces bastante importante, que usted conozca los términos legales correctos para la situación en la que se encuentra. Conocer los términos que se deben utilizar lo ayudará a comunicarse con mayor claridad y precisión cuando deba tratar su problema y obtener la ayuda y la información correspondientes para su situación. Para ayudarle a saber cuáles términos utilizar, hemos incluido los términos legales en las definiciones para tratar ciertos tipos de situaciones.

SECCIÓN 2 Dónde puede obtener más información y asistencia personalizada

Siempre estamos disponibles para prestarle asistencia. Incluso si tiene una queja sobre nuestro tratamiento para con usted, estamos obligados a honrar su derecho

Capítulo 7. ¿Qué hacer si tiene algún problema o queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

a quejarse. Por lo tanto, siempre debe comunicarse con el Servicio al Cliente para obtener ayuda. Pero, en algunas situaciones, también necesitará asistencia o guía de otras organizaciones externas no relacionadas con nosotros. A continuación, se muestran dos entidades que pueden ayudarlo.

El Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP, en inglés)

Cada estado tiene un programa gubernamental con asesores capacitados. El programa no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los asesores de este programa le pueden ayudar a decidir qué proceso debe utilizar para tratar cualquier problema que tenga. También pueden responder a sus preguntas, brindar más información y ofrecer asesoramiento sobre qué hacer.

Los servicios de los asesores SHIP son gratuitos. Encontrará los números de teléfono y enlaces del sitio web en el Capítulo 2, Sección 3 de este documento.

Medicare

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

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

SECCIÓN 3 ¿Qué proceso debe utilizar para tratar sus problemas?

Si tiene algún problema o duda, solo debe leer las partes de este capítulo que se aplican a su situación. La siguiente guía le ayudará.

¿Su problema o duda están relacionados con sus beneficios o cobertura?

(Esto incluye problemas para determinar si ciertos servicios de atención médica o medicamentos con receta están cubiertos o no, la modalidad de dicha cobertura y problemas relacionados con el pago de la atención médica o los medicamentos con receta).

Sí.

Continúe con la próxima sección de este capítulo, la **Sección 4, “Una guía de los conceptos básicos de decisiones de cobertura y apelaciones”**.

No.

Salte a la **Sección 7** al final de este capítulo: **“Cómo presentar una queja por la calidad de atención, los tiempos de espera, la atención al cliente u otros problemas”**.

**Capítulo 7. ¿Qué hacer si tiene algún problema o queja?
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)****DECISIONES Y APELACIONES DE LA COBERTURA****SECCIÓN 4 Una guía de los conceptos básicos de decisiones de
cobertura y apelaciones****Sección 4.1 Solicitud de decisiones de cobertura y presentación de
apelaciones: generalidades**

El proceso para las decisiones de cobertura y apelaciones sirve para abordar problemas relacionados con sus beneficios y cobertura de medicamentos con receta, incluidos los problemas relacionados con el pago. Este es el proceso que se sigue para ciertos asuntos, como si un medicamento está cubierto o no y la manera en que este medicamento está cubierto.

Solicitar decisiones de cobertura antes de recibir los servicios

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 servicios están cubiertos para usted y cuánto debemos pagar. En algunos casos, podríamos decidir que un medicamento no está cubierto o que ya no está cubierto por Medicare para usted. Si no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Presentación de una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura, ya sea antes o después de recibir un servicio, y usted no está satisfecho, puede “apelar” la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y modifiquemos una decisión de cobertura que hayamos tomado. En ciertas circunstancias, que trataremos más adelante, puede solicitar una “decisión de cobertura rápida” o acelerada de una decisión de cobertura. Otros revisores, que no son los que tomaron la decisión desfavorable original, son los encargados de manejar su apelación.

El proceso de apelar una decisión por primera vez, se denomina Apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que hemos tomado para verificar que estemos cumpliendo con todas las normas correctamente. Una vez que completamos la revisión, le comunicamos nuestra decisión.

En circunstancias limitadas, se descartará una Apelación de Nivel 1, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Entre los ejemplos de cuándo se descartará una solicitud, se incluyen casos en los que la solicitud está incompleta, si alguien hace la

Capítulo 7. ¿Qué hacer si tiene algún problema o queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo, o si solicita que se retire su solicitud. Si descartamos una solicitud de Apelación de Nivel 1, enviaremos un aviso en el que se explicará por qué se descartó la solicitud y cómo se puede solicitar una revisión de la denegación.

Si no descartamos su apelación de Nivel 1 pero la denegamos de forma total o parcial, puede solicitar una apelación de Nivel 2. La Apelación de Nivel 2 es conducida por una organización de revisión independiente que no está relacionada con nosotros. Las apelaciones por servicios médicos y medicamentos de la Parte B se enviarán automáticamente a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2; no es necesario que haga nada. Para las apelaciones por medicamentos de la Parte D, si rechazamos la totalidad o parte de su apelación, deberá solicitar una apelación de Nivel 2. Las apelaciones de la Parte D se analizan con más detalle en la Sección 6 de este capítulo. Si no está satisfecho con la decisión tomada en la apelación de Nivel 2, puede continuar con los niveles adicionales de apelación (la Sección 9 de este Capítulo explica los procesos de apelación de Nivel 3, 4 y 5).

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

Estos son los recursos que puede usar si decide solicitar cualquier tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- **Puede llamarnos al Servicio al Cliente.**
- **Puede obtener ayuda gratuita** del Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico.
- **Su médico u otra persona que receta pueden presentar la solicitud por usted.** Para los medicamentos con receta de la Parte D, su médico u otra persona que receta pueden solicitar una decisión de cobertura o una Apelación de Nivel 1 en su nombre. Si se rechaza su Apelación de Nivel 1, su médico o persona que receta puede solicitar una Apelación de Nivel 2.
- **Puede pedirle a otra persona que actúe en su nombre.** Si lo desea, puede nombrar a otra persona para que actúe como su “representante” para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
 - Si desea designar a un amigo, a un familiar o a otra persona para que sea su representante, llame al Servicio al Cliente y solicite el “Formulario para nombramiento del representante”. (El formulario también está disponible en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web getblueok.com/pdp.) El formulario otorga a esa persona permiso para actuar en su nombre. El formulario debe estar firmado por usted y por la persona que actuará en su nombre. Usted debe entregarnos una copia del formulario firmado.
 - Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, solo podremos comenzar o completar nuestra revisión cuando lo

Capítulo 7. ¿Qué hacer si tiene algún problema o queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

recibamos. Si no recibimos el formulario en un plazo de 44 días naturales después de haber recibido su solicitud de apelación (nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación), su solicitud de apelación será destituida. En caso de que esto suceda, le enviaremos un aviso por escrito en el que se expliquen sus derechos para solicitar a la Organización de Revisión Independiente que revise nuestra decisión de desestimar su apelación.

- **También tiene derecho a contratar a un abogado.** Puede contratar a su propio abogado o pedir el nombre de un abogado en la asociación de abogados local u otro servicio de remisiones. También existen grupos que ofrecen servicios legales gratuitos si usted califica. Sin embargo, **usted no está obligado a contratar a un abogado** para solicitar una decisión de cobertura o apelar una decisión.

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

Sección 5.1	En esta parte se describen los pasos a seguir si usted tiene algún problema para obtener un medicamento Parte D o si usted debe solicitar un reintegro por un medicamento Parte D
--------------------	--

Sus beneficios incluyen cobertura para muchos medicamentos con receta. Para estar cubierto, su medicamento debe utilizarse para una indicación médica aceptada. (Consulte el Capítulo 5 para obtener más información sobre la indicación médicamente aceptada). Para obtener más detalles sobre los medicamentos, las reglas, las restricciones y los costos de la Parte D, consulte los Capítulos 5 y 6.

- **Esta sección se refiere solamente a sus Medicamentos de la Parte D.** Para simplificar, generalmente usamos el término “medicamento” en el resto de esta sección, en lugar de repetir “medicamento recetado cubierto para pacientes ambulatorios” o “Medicamento de la Parte D”. También utilizamos el término “Lista de Medicamentos” en lugar de “Lista de medicamentos incluidos” o “Formulario”.
- Si no sabe si un medicamento está cubierto o si cumple con las normas, puede preguntarnos. Algunos medicamentos requieren nuestra aprobación antes de que nosotros los cubramos.
- Si su farmacia le comunica que su receta médica no puede adquirirse tal como se indica, la farmacia le entregará un aviso por escrito para que se comunique con nosotros y solicite una decisión de cobertura.

Capítulo 7. ¿Qué hacer si tiene algún problema o queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Decisiones de cobertura y apelaciones de la Parte D

Términos legales

Una decisión de cobertura inicial relacionada con sus medicamentos de la Parte D se denomina **“determinación 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. Esta sección describe qué puede hacer si usted se encuentra en cualquiera de las siguientes situaciones:

- Solicitar cobertura para un medicamento de la Parte D que no está en la *Lista de Medicamentos Incluidos* del plan. **Solicite una excepción. Sección 5.2**
- Solicitar que renunciemos a una restricción en la cobertura del plan para un medicamento (como, por ejemplo, límites para la cantidad del medicamento que usted puede obtener) **Solicite una excepción. Sección 5.2**
- Solicitar el pago de una suma de gasto compartido menor por un medicamento incluido en un nivel de gastos compartidos superior **Solicite una excepción. Sección 5.2**
- Solicitar la aprobación previa de un medicamento. **Cómo solicitar una decisión de cobertura. Sección 5.4**
- Pago de un medicamento con receta que ya compró. **Solicitar que le rembolsemos dinero. Sección 5.4**

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

Esta sección explica cómo solicitar decisiones de cobertura y cómo presentar una apelación.

Sección 5.2 ¿Qué es una excepción?

Términos legales

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

Solicitar que se elimine una restricción sobre la cobertura de un medicamento a veces se denomina solicitar una **“excepción de formulario”**.

Solicitar pagar un precio menor por un medicamento no preferido cubierto a veces se denomina solicitar una **“excepción de categoría”**.

Capítulo 7. ¿Qué hacer si tiene algún problema o queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Si un medicamento no está cubierto de la forma en que desea que se cubra, puede pedirnos que hagamos una “excepción”. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura.

Cuando solicita una excepción, su médico u otra persona que receta deberá explicar las razones médicas que justifiquen por qué necesita que se apruebe la excepción. A continuación, detallamos tres ejemplos de excepciones que usted o su médico u otra persona que receta pueden solicitarnos:

1. Cubrir un medicamento de la Parte D que no esté en nuestra Lista de

Medicamentos. Si aceptamos hacer una excepción y cubrir un medicamento que no está incluido en la Lista de Medicamentos, usted deberá pagar el monto de gastos compartidos que aplica a los medicamentos del Nivel 4. No puede solicitar una excepción por el monto del copago ni del coseguro que requerimos que pague por el medicamento.

2. Eliminar una restricción de nuestra cobertura para un medicamento incluido.

El Capítulo 3 describe las normas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos de nuestra Lista de Medicamentos. Si aceptamos hacer una excepción y renunciar a una restricción aplicada a su caso, usted podrá solicitar una excepción por el monto del copago o coseguro que le exigimos que pague por el medicamento.

3. Cambiar la cobertura de un medicamento a un nivel de gasto compartido

menor. Todos los medicamentos de nuestra Lista de medicamentos se incluyen en una de los 5 niveles de costos compartidos. En general, cuanto menor sea la categoría de costo compartido, menor será la parte que deberá pagar por el costo del medicamento.

- Si nuestra Lista de medicamentos contiene medicamento(s) alternativo(s) para tratar su afección médica que se encuentra(n) en una categoría de costo compartido menor que su medicamento, nos puede solicitar que cubramos su medicamento al monto de costo compartido que se aplica a el/los medicamento(s) alternativo(s).
- Si el medicamento que está tomando es un producto biológico, puede solicitarnos que cubramos su medicamento con un menor gasto compartido. Este sería el costo de nivel más bajo que contiene alternativas de productos biológicos para tratar su afección.
- Si el medicamento que está tomando es un medicamento de marca, puede solicitarnos que cubramos su medicamento por la suma de costo compartido que se aplica a la categoría más baja que contiene alternativas de marca para el tratamiento de su afección.
- Si el medicamento que está tomando es un medicamento genérico, puede solicitarnos que cubramos su medicamento por la suma de costo compartido que se aplica a la categoría más baja que contiene alternativas de marca o genéricas para el tratamiento de su afección.

Capítulo 7. ¿Qué hacer si tiene algún problema o queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- No puede solicitarnos que cambiemos la categoría de costo compartido para ningún medicamento de la Categoría 5 (especializada).
- Si nosotros aprobamos su pedido para una excepción de nivel y hay más de un nivel de gasto compartido menor con medicamentos alternativos que no puede tomar, generalmente pagará la suma menor.

Sección 5.3 Puntos importantes a tener en cuenta al solicitar excepciones

Su médico debe especificar las razones médicas

Su médico u otro recetador deben entregarnos una declaración que explique las razones médicas para solicitar una excepción. Para obtener una decisión más rápida, incluya esta información médica de su médico o de otro recetador cuando solicite la excepción.

Por lo general, nuestra Lista de Medicamentos incluye más de un medicamento para el tratamiento de una condición en particular. Estas diferentes posibilidades se denominan medicamentos “alternativos”. Si un medicamento alternativo podría tener la misma eficacia que el medicamento que usted solicita y no causaría más efectos colaterales ni otros problemas de salud, generalmente, *no* aprobaremos la solicitud de excepción. Si nos solicita una excepción de categoría, en general *no* aprobaremos su solicitud de una excepción, a menos que los medicamentos alternativos de las categorías más bajas de gastos compartidos no le resulten efectivos o es probable que causen una reacción adversa u otro daño.

Podemos responder afirmativa o negativamente a su solicitud

- Si aprobamos su solicitud para una excepción, por lo general, nuestra aprobación es válida hasta el final del año del plan. Esto es válido siempre que su médico le continúe recetando el medicamento y ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para el tratamiento de su condición.
- Si respondemos negativamente a su solicitud, puede solicitar una revisión de nuestra decisión presentando una apelación.

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

Términos legales

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

Capítulo 7. ¿Qué hacer si tiene algún problema o queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

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

Una “**Decisión de cobertura estándar**” significa que le informaremos nuestra respuesta dentro de las **72 horas** después de haber recibido la declaración de su médico. Una “**Decisión de cobertura rápida**” significa que le informaremos nuestra respuesta dentro de las **24 horas** después de haber recibido la declaración de su médico.

Si su salud así lo requiere, solicítenos que le otorguemos una “decisión de cobertura rápida”. Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir con dos requisitos:

- Debe solicitar un *medicamento que aún no ha recibido*. (No puede solicitar una decisión de cobertura rápida si está solicitando un reintegro por un medicamento que ya compró).
- El uso de las fechas límite estándares *puede causar graves daños a su salud o dañar su capacidad de funcionar*.
- **Si su médico u otra persona que receta nos informa que su estado de salud requiere una “decisión de cobertura rápida”, automáticamente aceptaremos tomar una decisión de cobertura rápida.**
- **Si usted mismo solicita una decisión de cobertura rápida, sin el respaldo de su médico o de la persona que receta, decidiremos si su estado de salud requiere que le otorguemos una decisión de cobertura rápida. Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta con las siguientes características:**
 - Explica que utilizaremos las fechas límite estándares.
 - Explica que si su médico u otra persona que receta solicita una decisión de cobertura rápida, automáticamente tomaremos una decisión de cobertura rápida.
 - También se le informará cómo se puede presentar una “queja rápida” acerca de nuestra decisión de otorgarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó. Responderemos su reclamo dentro de las 24 horas de la recepción.

Paso 2: Solicitar una “decisión de cobertura estándar” o una “decisión de cobertura rápida”.

Comience por llamar, enviar una carta o un fax a nuestro plan para solicitar que autoricemos o que le brindemos la cobertura por la atención médica que usted desea. Usted también puede acceder al proceso para decisiones de cobertura mediante nuestro sitio web. Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito, incluidas las solicitudes presentadas en el Formulario de Solicitud para la Determinación de Cobertura CMS, el cual está disponible en nuestro sitio web. El Capítulo 2 contiene información de contacto. Para ayudarnos a procesar su solicitud, asegúrese de incluir

Capítulo 7. ¿Qué hacer si tiene algún problema o queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

su nombre, información de contacto e información que identifique qué reclamación rechazada se está apelando.

Esto lo puede hacer usted, su médico (u otra persona que receta) o su representante. Usted también puede buscar a un abogado que actúe en su nombre. En la Sección 4 de este capítulo, se explica cómo puede conceder un permiso escrito a una persona para que actúe como su representante.

- **Si solicita una excepción, proporcione la “declaración de respaldo”**, que es la razón médica de la excepción. Su médico u otro recetador pueden enviarnos la declaración por fax o por correo. Como alternativa, su médico u otro recetador nos puede comunicar las razones por teléfono y luego enviar la declaración escrita por fax o correo, de ser necesario.

Paso 3: Consideramos su solicitud y le informamos nuestra respuesta.

Plazos para una “decisión de cobertura rápida”

- Generalmente, debemos darle nuestra respuesta en un plazo de **24 horas** después de recibir su solicitud.
 - Si solicita una excepción, le informaremos nuestra respuesta en un plazo de 24 horas después de haber recibido la declaración de su médico que respalde su solicitud. Le informaremos nuestra respuesta con antelación si su estado de salud lo requiere.
 - Si no cumplimos con esta fecha límite, deberemos trasladar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que una Organización de Revisión Independiente la revise.
- **Si aprobamos parte o todo lo que solicitó**, debemos proporcionar la cobertura que hemos aceptado en un plazo de 24 horas después de recibir su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
- **Si nuestra respuesta a parte o toda su solicitud es negativa**, le enviaremos una declaración escrita donde le explicaremos por qué nuestra respuesta es negativa. También le diremos cómo puede apelar.

Plazos para una decisión de cobertura “estándar” con respecto a un medicamento que usted todavía no ha recibido

- Generalmente, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud.
 - Si solicita una excepción, le informaremos nuestra respuesta en un plazo de 72 horas después de haber recibido la declaración de su médico que respalde su solicitud. Le informaremos nuestra respuesta con antelación si su estado de salud lo requiere.
 - Si no cumplimos con esta fecha límite, deberemos trasladar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que una Organización de Revisión Independiente la revise.

Capítulo 7. ¿Qué hacer si tiene algún problema o queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Si aprobamos parte o todo lo que solicitó, debemos proporcionar la cobertura que aceptamos en un plazo de 72 horas después de recibir su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
- Si nuestra respuesta a parte o toda su solicitud es negativa, le enviaremos una declaración escrita donde le explicaremos por qué nuestra respuesta es negativa. También le diremos cómo puede apelar.

Plazos para una decisión de cobertura “estándar” con respecto al pago de un medicamento que ya ha comprado

- Debemos darle nuestra respuesta en un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud.
 - Si no cumplimos con esta fecha límite, deberemos trasladar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que una Organización de Revisión Independiente la revise.
- Si aprobamos parte o todo lo que usted solicitó, también estamos obligados a pagarle en un plazo de 14 días calendario después de que recibimos su solicitud.
- Si nuestra respuesta a parte o toda su solicitud es negativa, le enviaremos una declaración escrita donde le explicaremos por qué nuestra respuesta es negativa. También le diremos cómo puede apelar.

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

- Si nuestra respuesta es No, tiene el derecho a solicitar que reconsideremos esta decisión mediante una apelación. Esto significa volver a solicitar la cobertura de medicamentos que desea. Presentar una apelación significa que su caso se trasladará al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

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

Términos legales

Una apelación al plan por una decisión de cobertura de medicamentos Parte D se denomina una “redeterminación” del plan.

Una “apelación rápida” también se denomina “redeterminación acelerada”.

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

Una “apelación estándar” generalmente se realiza dentro de los 7 días. Una “apelación rápida” generalmente se realiza dentro de las 72 horas. Si su estado de salud lo requiere, solicite una “apelación rápida”

Capítulo 7. ¿Qué hacer si tiene algún problema o queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Si está apelando una decisión que tomamos por un medicamento que aún no ha recibido, usted y su médico u otro recetador deberá decidir si requiere una “apelación rápida”.
- Los requisitos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que para obtener una “decisión de cobertura rápida” detallados en la Sección 6.4 de este capítulo.

Paso 2: Usted, su representante, médico u otra persona que receta deben comunicarse con nosotros y presentar su apelación de nivel 1. Si su estado de salud requiere una respuesta rápida, usted deberá solicitar una “**apelación rápida**”.

- **Para apelaciones estándar, envíe una solicitud por escrito.** El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Para apelaciones rápidas, presente su apelación por escrito o llámenos al (1-888-285-2249).** El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito**, incluidas las solicitudes presentadas en el Formulario de Solicitud para la Determinación de Cobertura CMS, el cual está disponible en nuestro sitio web. Asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información sobre su reclamación para ayudarnos a procesar su solicitud.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en un plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha que aparece en el aviso por escrito que le enviamos para informarle nuestra respuesta a su solicitud de decisión de cobertura. Si usted no cumple esta fecha límite y tiene una justificación para no haberla cumplido, explique la razón del retraso de su apelación cuando la realice. Es posible que le demos más tiempo para hacer su apelación. Entre los ejemplos de justificaciones, se pueden incluir los siguientes: tiene una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o le proporcionamos información incorrecta o incompleta sobre la fecha límite para solicitar una apelación.
- **Usted puede solicitar una copia de la información en su apelación y añadir más información.** Usted y su médico pueden darnos más información para apoyar su apelación. Se nos permite cobrar una tarifa por copiar y enviarle esta información.

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

- Cuando revisamos su apelación, volvemos a analizar detenidamente toda la información relacionada con su solicitud de cobertura. Verificamos si cumplimos con todas las normas cuando rechazamos su solicitud.
- Es probable que nos comuniquemos con usted o su médico u otro recetador para obtener más información.

Capítulo 7. ¿Qué hacer si tiene algún problema o queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Plazos para una “apelación rápida”

- Si solicita una apelación rápida, le daremos nuestra respuesta **en un plazo de 72 horas después de recibir su apelación**. Le comunicaremos nuestra respuesta con antelación si su estado de salud lo requiere.
 - Si no le informamos nuestra respuesta en un plazo de 72 horas, deberemos trasladar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que una Organización de Revisión Independiente la revise. La Sección 6.6 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si aprobamos parte o todo lo que usted solicitó**, debemos proporcionar la cobertura que hemos aceptado en un plazo de 72 horas después de recibir su apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa en cuanto a una parte o a toda su solicitud**, le enviaremos una declaración por escrito en donde le explicaremos por qué nuestra respuesta es negativa y cómo puede apelar nuestra decisión.

Fechas límite para una apelación “estándar” con respecto a un medicamento que usted todavía no ha recibido

- Si solicita una apelación estándar, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su solicitud. Le informaremos nuestra decisión antes si aún no ha recibido el medicamento y su estado de salud lo requiere.
 - Si no le informamos nuestra decisión en un plazo de 7 días calendario, deberemos trasladar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que una Organización de Revisión Independiente la revise. La Sección 6.6 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si aprobamos parte o todo lo que usted solicitó**, debemos proporcionar la cobertura que hemos aceptado tan rápidamente como lo requiere su salud, en un plazo de **7 días calendario** o menos después de recibir su apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa en cuanto a una parte o a toda su solicitud**, le enviaremos una declaración por escrito en donde le explicaremos por qué nuestra respuesta es negativa y cómo puede apelar nuestra decisión.

Fechas límite para presentar una “Apelación estándar” con respecto a un pago por un medicamento que usted ya compró

- Debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de recibir su solicitud.
 - Si no cumplimos con esta fecha límite, deberemos trasladar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que una Organización de Revisión Independiente la revise.
- **Si aprobamos parte o todo lo que usted solicitó**, también estamos obligados a pagarle en un plazo de 30 días calendario después de que recibimos su solicitud.

Capítulo 7. ¿Qué hacer si tiene algún problema o queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Si nuestra respuesta a parte o toda su solicitud es negativa, le enviaremos una declaración escrita donde le explicaremos por qué nuestra respuesta es negativa. También le diremos cómo puede apelar.

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

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

Sección 5.6 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2

Términos legales

El nombre formal de la “Organización de Revisión Independiente” es “**Entidad de Revisión Independiente**”. A veces se la denomina “**IRE**” (en inglés).

La **Organización de Revisión Independiente es una organización independiente contratada por Medicare**. Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización decide si debería cambiarse nuestra decisión. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Usted (o su representante, su médico o la persona que receta) debe comunicarse con la Organización de Revisión Independiente y solicitar una revisión de su caso.

- Si rechazamos su Apelación de Nivel 1, el aviso por escrito que le enviaremos incluirá **instrucciones sobre cómo presentar una Apelación de Nivel 2** ante la Organización de Revisión Independiente. En estas instrucciones, se le indicará quién puede presentar esta Apelación de Nivel 2, las fechas límite que se establecen y cómo comunicarse con la organización de revisión. Sin embargo, si no completamos nuestra revisión dentro del plazo aplicable o tomamos una decisión desfavorable con respecto a la determinación “en riesgo” conforme a nuestro programa de administración de medicamentos, enviaremos automáticamente su reclamación a la IRE.
- Nosotros enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. Esta información se denomina “archivo de caso”. **Usted tiene el derecho de pedirnos una copia de su archivo de caso**. Se nos permite cobrarle una tarifa por copiar y enviar esta información.
- Tiene derecho a brindar información adicional a la Organización de Revisión Independiente para respaldar su apelación.

Capítulo 7. ¿Qué hacer si tiene algún problema o queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Paso 2: La Organización de Revisión Independiente revisa su apelación.

- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Plazos para una “apelación rápida”

- Si su estado de salud lo requiere, solicite a la Organización de Revisión Independiente una “apelación rápida”.
- Si la organización revisora decide otorgarle una “apelación rápida,” la organización revisora deberá darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** de recibida su solicitud de apelación.

Fechas límite para una “apelación estándar”

- Si presenta una apelación estándar, la organización de revisión deberá informarle la respuesta a su Apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** luego de recibir su apelación si es para un medicamento que aún no ha recibido. Si solicita un reintegro por un medicamento que ya ha comprado, la organización de revisión deberá informarle la respuesta a su Apelación de Nivel 2 **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.

Paso 3: La Organización de Revisión Independiente le informa su respuesta.

Para “apelaciones rápidas”:

- **Si la respuesta de la Organización de Revisión Independiente es afirmativa para una parte o la totalidad de su solicitud,** debemos proveer la cobertura de medicamentos aprobada por la organización revisora **dentro las 24 horas** después de haber recibido nosotros la decisión de la organización revisora.

Para “apelaciones estándar”:

- **Si la Organización de Revisión Independiente aprueba parte o todo lo que usted solicitó,** debemos **proporcionar la cobertura del medicamento** que fue aprobada por la organización de revisión en un **plazo de 72 horas** desde que recibimos la decisión de dicha organización.
- **Si la Organización de Revisión Independiente aprueba la totalidad o una parte de la solicitud de reintegro por un medicamento que usted ya compró, estamos obligados** a enviarle el pago dentro de los 30 días calendario **después de recibida la decisión de la organización revisora.**

¿Qué sucede si la organización de revisión responde negativamente a su apelación?

Si la respuesta de la organización revisora a su solicitud es total o parcialmente negativa, significa que está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud (o parte de su solicitud). (Esto se denomina “confirmar la decisión”. También se

Capítulo 7. ¿Qué hacer si tiene algún problema o queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

denomina “rechazar su apelación”). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta donde se informe lo siguiente:

- Explicar su decisión.
- Notificar sobre el derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita cumple con el mínimo determinado. Si el valor dólar de la cobertura del medicamento que solicita es muy bajo, no puede presentar otra apelación y la decisión tomada en el Nivel 2 será definitiva.
- Decirle el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelación.

Paso 4: Si su caso cumple con los requisitos, puede decidir si desea continuar con el proceso de apelación.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (un total de cinco niveles de apelaciones).
- Si decide presentar una tercera apelación, revise los detalles de cómo proceder que se incluyen en el aviso escrito que recibió después de la segunda apelación.
- La Apelación de Nivel 3 es manejada por un Juez de Derecho Administrativo o un abogado mediador. En la Sección 6 de este capítulo, encontrará más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 6 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más

Sección 6.1 Niveles de Apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de Medicamentos Parte D
--

Esta sección puede aplicar para su caso si ha presentado una Apelación de Nivel 1 y una Apelación de Nivel 2 y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor de los medicamentos que usted apeló alcanza una cierta suma de dinero, usted podrá recurrir a otros niveles de apelación. Si la suma de dinero es menor, no podrá continuar apelando. La respuesta por escrito que reciba por su Apelación de Nivel 2 le explicará a quién debe contactar y cómo proceder para presentar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de los casos de las apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan básicamente de la misma manera. A continuación, se detalla quién se ocupa de la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Capítulo 7. ¿Qué hacer si tiene algún problema o queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Apelación de Nivel 3: un Juez de Derecho Administrativo o un abogado mediador que trabaja para el Gobierno federal revisará su apelación y le informará su respuesta.

- **Si la respuesta es afirmativa, el proceso de apelaciones finaliza.** Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura del medicamento** que haya sido aprobada por el Juez de derecho administrativo o abogado mediador **en un plazo de 72 horas (24 horas en el caso de apelaciones aceleradas) o efectuar el pago como máximo 30 días naturales** después de haber recibido la decisión.
- **Si la respuesta del Juez de Derecho Administrativo o del abogado mediador con respecto a su apelación es negativa, el proceso de apelaciones *puede o no* haber finalizado.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.
 - Si no quiere aceptar la decisión, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. En el aviso que reciba, se le indicará qué debe hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4: El Consejo de Apelaciones (Consejo) de Medicare revisará su apelación y le informará su respuesta. El Consejo es parte del Gobierno federal.

- **Si la respuesta es afirmativa, el proceso de apelaciones finaliza.** Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura del medicamento** que haya sido aprobada por el Consejo **en un plazo de 72 horas (24 horas en el caso de apelaciones aceleradas) o efectuar el pago en no más de 30 días naturales** después de haber recibido la decisión.
- **Si la respuesta es negativa, el proceso de apelaciones *puede o no* haber finalizado.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.
 - Si no quiere aceptar la decisión, es probable que pueda continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo contesta negativamente a su apelación o deniega su solicitud de revisar la apelación, el aviso que reciba le informará si las normas le permiten continuar con una Apelación de Nivel 5. El aviso por escrito también le informará a quién debe contactar y cuál es el siguiente paso si decide continuar con la apelación.

Capítulo 7. ¿Qué hacer si tiene algún problema o queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

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

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

PRESENTAR QUEJAS

SECCIÓN 7 Cómo presentar un reclamo por la calidad de atención, tiempos de espera, atención al cliente u otros reclamos

Sección 7.1 ¿Qué tipos de problemas se manejan por el proceso de quejas?

El procedimiento para quejas se utiliza *solo* para ciertos tipos de problemas únicamente. Estos incluyen problemas tales como los relacionados con la calidad del cuidado, tiempos de espera y el Servicio al Cliente. A continuación, describimos ejemplos de los tipos de problemas que se manejan en el procedimiento para quejas.

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica	• ¿No está conforme con la calidad de la atención que ha recibido?
Respeto de su privacidad	• ¿Alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial?
Conductas irrespetuosas, servicio deficiente al cliente u otras conductas negativas	• ¿Alguna persona lo ha tratado en forma grosera o irrespetuosa? • ¿No está satisfecho con nuestro Servicio al Cliente? • ¿Siente que le han insinuado que debe dejar el plan?
Tiempos de espera	• ¿Ha tenido que esperar demasiado para que lo atienda un farmacéutico o ¿O el personal del Departamento de Servicios para Miembros o de otras áreas del plan? ◦ A modo de ejemplo podemos mencionar los siguientes: esperar demasiado al teléfono, en la sala de espera, o al adquirir una receta médica.
Limpieza	• ¿No está conforme con la higiene o el estado de una farmacia?

Capítulo 7. ¿Qué hacer si tiene algún problema o queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Queja	Ejemplo
Información que recibe de nosotros	• ¿No le enviamos un aviso obligatorio? • ¿Nuestra información escrita es difícil entender?
Puntualidad (Estos tipos de quejas siempre están vinculados con la <i>puntualidad</i> de nuestras acciones relacionadas con las decisiones de cobertura y las apelaciones)	Si ya nos solicitó una decisión de cobertura o presentó una apelación y cree que no respondemos lo suficientemente rápido, también puede presentar una queja por nuestra lentitud. A modo de ejemplo: • Si nos solicitó una “decisión de cobertura rápida” o una “apelación rápida” y rechazamos su solicitud, puede presentar una queja. • Si usted cree que no estamos cumpliendo con las fechas límite para las decisiones de cobertura o apelaciones; puede presentar una queja. • Si usted cree que no estamos cumpliendo con las fechas límite para cubrir o reembolsarle ciertos medicamentos que fueron aprobados; puede presentar una queja. • Si usted cree que no cumplimos con las fechas límite requeridas para enviar su caso a la organización de revisión independiente; puede presentar una queja.

Sección 7.2 Cómo presentar una queja

Términos legales
• Una queja también recibe el nombre de “inconformidad”. • “Presentar una queja” también recibe el nombre de “presentar una inconformidad”. • “Utilizar el proceso para presentar quejas” también se denomina “utilizar el proceso para presentar una inconformidad”. • Una “apelación rápida” también se denomina “reclamo acelerado”.

Capítulo 7. ¿Qué hacer si tiene algún problema o queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Sección 7.3 Paso a paso: Presentar una queja

Paso 1: Contáctenos inmediatamente, por teléfono o por escrito.

- **Generalmente, llamar al Departamento de Servicios para Miembros es el primer paso.** Si hay algo más que usted deba hacer, el Departamento de Servicios para Miembros se lo informará.
- **Si no desea llamar (o si llamó y no recibió una respuesta satisfactoria), puede presentar su queja por escrito y enviarla a nuestras oficinas.** Si presenta su queja por escrito, se la responderemos por escrito.
- Los reclamos recibidos verbalmente se responderán por escrito, a menos que usted solicite una respuesta verbal.
- Si bien podemos comunicarnos con usted verbalmente para dialogar sobre su reclamo o la resolución, los reclamos recibidos por escrito se responderán por escrito.
- Los reclamos relacionados con la calidad de la atención, independientemente de cómo se presenten, se responderán por escrito, incluida una descripción de su derecho a presentar una queja por escrito ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO, en inglés).
- Todos los reclamos (verbales y escritos) se responderán en los siguientes plazos:
 - Los reclamos estándar (aquellos que no sean un reclamo acelerado, según lo definido anteriormente) se responderán tan rápido como lo requiera su caso, en función de su estado de salud, pero no más de 30 días después de que se reciban. Blue Cross MedicareRx Plus (PDP) puede extender el plazo de 30 días hasta un máximo de 14 días si usted solicita la extensión o si Blue Cross MedicareRx Plus (PDP) determina que se necesita información adicional y que la demora es lo más conveniente para usted. Si hay una demora, Blue Cross MedicareRx Plus (PDP) le notificará por escrito el motivo.
 - Los reclamos acelerados pueden presentarse solo si Blue Cross MedicareRx Plus (PDP) rechaza su solicitud de una determinación de cobertura acelerada o de una redeterminación acelerada. Los reclamos acelerados se responderán en un plazo de 24 horas.
- La **fecha límite** para presentar una queja es de **60 días calendario** a partir del momento en que tuvo el problema por el que desea quejarse.

Paso 2: Analizamos su queja y le damos nuestra respuesta.

- **Si es posible, le daremos una respuesta inmediatamente.** Si nos llama por una queja, podremos darle una respuesta durante el mismo llamado.
- **La mayoría de las quejas reciben respuesta dentro de los 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora es en beneficio suyo o si usted pide una extensión, podemos tardar hasta 14 días naturales

**Capítulo 7. ¿Qué hacer si tiene algún problema o queja?
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**

más (44 días naturales en total) para responder a su queja. Si decidimos extender el plazo, se lo informaremos por escrito.

- **Si presenta una queja porque rechazamos su solicitud de una “decisión de cobertura rápida” o “apelación rápida”, automáticamente le daremos una “queja rápida”.** Si tiene una “queja rápida”, significa que le responderemos en un plazo de 24 horas.
- **Si no estamos de acuerdo** con una parte o la totalidad de su queja, o no asumimos responsabilidad por el problema que motivó su reclamo, incluiremos las razones en nuestra respuesta.

Sección 7.4 También puede presentar reclamos por la calidad de atención ante la Organización de Mejora de Calidad

Cuando su queja es por la *calidad de atención*, también tiene dos opciones adicionales:

- **Usted puede presentar su queja directamente ante la Organización para Mejoramiento de la Calidad.** La Organización de Mejoramiento de Calidad es un grupo de médicos y otros expertos en atención médica que ejercen y son pagados por el gobierno federal para verificar y mejorar la atención que se provee a los pacientes de Medicare. El Capítulo 2 contiene información de contacto.

O

- **Puede presentar su queja tanto a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad como a nosotros al mismo tiempo.**

Sección 7.5 También puede informarle su queja a Medicare

Puede presentar una queja sobre Blue Cross MedicareRx Value (PDP) directamente ante Medicare. Para presentar una queja a Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. También puede llamar a 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD pueden llamar al 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 8:

*Finalización de su membresía en el
plan*

Capítulo 8. Finalización de su membresía en el plan

SECCIÓN 1 Introducción a la finalización de su membresía en nuestro plan

La finalización de su membresía en Blue Cross MedicareRx Value (PDP) puede ser **voluntaria** (porque usted lo decide) o **involuntaria** (sin que usted lo decida):

- Usted puede abandonar nuestro plan porque ha decidido que *desea* hacerlo. Secciones 2 y 3 proporcionar información sobre cómo finalizar su membresía de manera voluntaria.
- También existen situaciones limitadas en las que debemos poner fin a su membresía. En la Sección 5, se le informan las situaciones en las que estamos obligados a cancelar su membresía.

Si abandona nuestro plan, nuestro plan debe continuar proporcionando sus medicamentos con receta y usted continuará pagando su parte de los gastos compartidos hasta que finalice su membresía.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede finalizar su membresía a nuestro plan?

Sección 2.1	Usted puede finalizar su membresía durante el Período de Inscripción Anual
--------------------	---

Usted puede finalizar su membresía durante el **Período de Inscripción Anual** (también conocido como el “Período Anual de Inscripciones Abiertas”). Durante este tiempo, revise su cobertura médica y de medicamentos, y decida sobre la cobertura para el año siguiente.

- **El Período de Inscripción Anual es del 15 de Octubre al 7 de Diciembre.**
- Puede elegir mantener su cobertura actual o hacer cambios en su cobertura para el siguiente año. Si decide cambiar a un nuevo plan, podrá elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
 - Otro plan de medicamentos recetados de Medicare
 - Original Medicare *con* un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado.
 - Original Medicare *sin* un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado.
 - Si elige esta opción, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya expresado que no desea una inscripción automática.
 - o bien, un plan de seguro de gastos médicos de Medicare. El seguro de gastos médicos de Medicare es un plan ofrecido por una empresa privada que tiene contrato con Medicare para proporcionar todos los beneficios

Capítulo 8. Finalización de su membresía en el plan

de Medicare para la Parte A (servicios hospitalarios) y la Parte B (servicios médicos). Algunos seguros de gastos médicos de Medicare también incluyen la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D.

Si se inscribe en la mayoría de los planes de seguro de gastos médicos de Medicare, se anulará su inscripción en Blue Cross MedicareRx Value (PDP) cuando comience la cobertura de su nuevo plan. Sin embargo, si elige un plan Privado de Pago por Servicio sin cobertura de medicamentos de la Parte D, un plan de Cuentas de Ahorros Médicos de Medicare o un Plan de Costos de Medicare, puede inscribirse en ese plan y mantener Blue Cross MedicareRx Value (PDP) para la cobertura de sus medicamentos. Si no desea conservar nuestro plan, puede optar por inscribirse en otro plan de medicamentos con receta de Medicare o renunciar a la cobertura para medicamentos con receta de Medicare.

- **Su membresía a nuestro plan finalizará cuando la cobertura de su nuevo plan entre en vigor el 1.º de enero.**

Nota: Si cancela la cobertura para medicamentos con receta de Medicare y continúa sin una cobertura válida para medicamentos con receta durante 63 días consecutivos o más, es probable que deba pagar una multa por inscripción tardía si posteriormente se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.

Sección 2.2	En determinadas situaciones, usted puede finalizar su membresía en un Período especial de inscripción.
--------------------	---

En ciertos casos, los miembros de Blue Cross MedicareRx Value (PDP) pueden ser elegibles para cancelar sus membresías en otros momentos del año. Esto se conoce como un **Período Especial de Inscripción**.

- **Usted puede reunir los requisitos para poner fin a su membresía durante un Período especial de Inscripción** si se aplica cualquiera de las siguientes situaciones a su caso. Estos son solo ejemplos; para obtener una lista completa puede contactar al plan, llamar a Medicare o visitar la página web de Medicare (<https://www.medicare.gov>):
 - Si se mudó fuera del área de servicios de su plan.
 - Si tiene Medicaid.
 - Si es elegible para que “Ayuda Adicional” pague sus recetas médicas de Medicare.
 - Si infringimos el contrato con usted.
 - Si está recibiendo atención médica en una institución, como una residencia para ancianos o un hospital de atención a largo plazo.
 - Si se inscribe en el Programa de Cuidado Total de Salud para Ancianos (PACE, en inglés). Los planes PACE no están disponibles en todos los

Capítulo 8. Finalización de su membresía en el plan

estados. Si desea saber si el PACE está disponible en su estado, comuníquese con Servicio al Cliente.

- **Nota:** Si participa en un programa de administración de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de plan. En el Capítulo 3, Sección 10 puede obtener más información sobre los programas de administración de medicamentos.

- **Los períodos de inscripción varían** según su situación.
- **Para conocer si es elegible para el Período Especial de Inscripción**, 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 deberán llamar al 1-877-486-2048. Si es elegible para cancelar su membresía por un caso especial, puede optar por cambiar tanto su cobertura médica como su cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Puede elegir:
 - Otro plan de medicamentos recetados de Medicare
 - Original Medicare *sin* un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado.

Nota: Si cancela la cobertura para medicamentos con receta de Medicare y continúa sin una cobertura válida para medicamentos con receta durante 63 días consecutivos o más, es probable que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.

- **Si recibe “Beneficio Adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos con receta:** Si se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya expresado que no desea una inscripción automática.
- O bien, un plan de seguro de gastos médicos de Medicare. El seguro de gastos médicos de Medicare es un plan ofrecido por una empresa privada que tiene contrato con Medicare para proporcionar todos los beneficios de Medicare para la Parte A (servicios hospitalarios) y la Parte B (servicios médicos). Algunos seguros de gastos médicos de Medicare también incluyen la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D.
 - Si se inscribe en la mayoría de los seguros de gastos médicos de Medicare, se anulará automáticamente su inscripción en Blue Cross MedicareRx Value (PDP) cuando comience la cobertura de su nuevo plan. Sin embargo, si elige un plan privado de pago por servicio sin cobertura de medicamentos de la Parte D, un plan de cuentas de ahorros médicos de Medicare o un plan de costos de Medicare, puede inscribirse en ese plan y mantener Blue Cross MedicareRx Value (PDP) para la cobertura de sus medicamentos. Si no desea conservar nuestro plan, puede optar por inscribirse en otro plan de

Capítulo 8. Finalización de su membresía en el plan

medicamentos recetados de Medicare o renunciar a la cobertura de medicamentos recetados de Medicare.

- **Por lo general, su membresía finalizará** el primer día del mes después de que hayamos recibido su solicitud para cambiar de plan.

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

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

- Puede **llamar al Servicio al Cliente**.
- Puede obtener información en el manual **Medicare y Usted 2023**.
- Comuníquese con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

SECCIÓN 3 ¿Cómo terminar su membresía en nuestro plan?

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

Si desea cambiar de nuestro plan a alguno de los siguientes: Esto es lo que debería hacer:	
• Otro plan de medicamentos recetados de Medicare	• Inscribáse en el nuevo plan de medicamentos recetados de Medicare entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Su inscripción en Blue Cross MedicareRx Value (PDP) se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su plan nuevo.
• Otro plan de seguro de gastos médicos de Medicare	• Inscribáse en el plan de seguro de gastos médicos de Medicare antes del 7 de diciembre. Con la mayoría de los seguros de gastos médicos de Medicare, se anulará automáticamente su inscripción en Blue Cross MedicareRx Value (PDP) cuando comience la cobertura de su nuevo plan. Sin embargo, si elige un plan Privado de Pago por Servicio sin cobertura de medicamentos de la Parte D, un plan de Cuentas de Ahorros Médicos de Medicare o un Plan de Costos de Medicare, puede inscribirse en ese nuevo plan y mantener Blue Cross MedicareRx Value (PDP)

Capítulo 8. Finalización de su membresía en el plan**Si desea cambiar de nuestro plan a alguno de los siguientes: Esto es lo que debería hacer:**

para la cobertura de sus medicamentos. Si desea abandonar nuestro plan, debe inscribirse en otro plan de medicamentos recetados de Medicare o solicitar que se anule su inscripción. Para solicitar que se anule su inscripción, debe enviarnos una solicitud por escrito. Comuníquese con el Servicio al Cliente si necesita más información sobre cómo hacerlo o comuníquese con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

- Original Medicare *sin* un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado.

- **Envíenos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción.** Comuníquese con Servicio al Cliente si necesita más información sobre cómo hacerlo.
- También puede comunicarse con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y pedir que cancelen su suscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

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

- **Usted deberá usar las farmacias de nuestra red o la entrega a domicilio para que le surtan sus recetas.**

SECCIÓN 5 Blue Cross MedicareRx Value (PDP) debe cancelar su membresía a nuestro plan en ciertos casos

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos finalizar su membresía al plan?
--

Blue Cross MedicareRx Value (PDP) debe cancelar su membresía al plan en cualquiera de los siguientes casos:

- Si ya no tiene Medicare Parte A o Parte B (o ninguno de los dos).
- Si usted se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si se muda fuera del área de servicio por un período mayor a 12 meses.
 - Si se muda o viaja por un tiempo prolongado, llame al Servicio al Cliente para saber si el lugar al que se muda o viaja está dentro del área de nuestro plan.
- Si es encarcelado (va a prisión).
- Si ya no es ciudadano estadounidense ni reside legalmente en Estados Unidos.
- Si brinda información falsa u omite comunicar la existencia de un seguro médico adicional que le provee la cobertura para medicamentos con receta.
- Si intencionalmente nos da información incorrecta al inscribirse en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por este motivo a menos que obtengamos permiso de Medicare primero).
- Si se comporta continuamente de manera inapropiada y nos dificulta la provisión de atención a usted y a otros miembros del plan. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por este motivo a menos que obtengamos permiso de Medicare primero).
- Si usted permite que otra persona use su tarjeta de membresía para obtener medicamentos recetados. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por este motivo a menos que obtengamos permiso de Medicare primero).
 - Si terminamos su membresía por este motivo, Medicare podría pedir que el inspector general investigue el caso.
- Si no paga las primas del plan durante 90 días.
 - Le notificaremos por escrito que tiene 90 días para pagar la prima del plan antes de que terminemos su membresía.
- Si debe pagar el monto adicional de la Parte D por sus ingresos y no la paga, Medicare cancelará su inscripción a nuestro plan y perderá la cobertura para medicamentos recetados.

¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene alguna pregunta o desea obtener más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía:

Capítulo 8. Finalización de su membresía en el plan

- Llame al Servicio al Cliente.

Sección 5.2 No podemos solicitarle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con la salud

Blue Cross MedicareRx Value (PDP) no puede pedirle que abandone nuestro plan por ninguna razón relacionada con su salud.

¿Qué debe hacer si esto sucede?

Si usted considera que se le está solicitando abandonar nuestro plan por una razón relacionada con su salud, usted debe llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. TTY 1-877-486-2048.

Sección 5.3 Tiene derecho a presentar una queja si terminamos su membresía en nuestro plan

Si terminamos su membresía en nuestro plan, debemos comunicarle los motivos de la terminación por escrito. También debemos explicarle cómo presentar una queja o reclamo sobre nuestra decisión de terminar su membresía.

CAPÍTULO 9:

Avisos legales

Capítulo 9. Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso de leyes aplicables

La ley principal que se aplica a este documento de *Evidencia de Cobertura* es el Título XVIII de la Ley de seguro Social y las regulaciones creadas conforme a la Ley de Seguro Social por los centros de Servicios de Medicare y Medicaid o CMS. Además, pueden aplicarse otras leyes Federales y, en determinadas circunstancias, las leyes del estado en el que vive. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades, incluso si las leyes no están incluidas o explicadas en este documento.

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación

No discriminamos por motivos de raza, grupo étnico, nacionalidad, color, creencia religiosa, sexo, orientación sexual, género, edad, discapacidad física o mental, estado de salud, antecedentes de reclamaciones, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que proporcionan planes de medicamentos con receta de Medicare, como el nuestro, deben cumplir las leyes Federales contra la discriminación, incluidos el Capítulo VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación por Edad de 1975, la Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio y demás leyes que rigen para organizaciones que obtienen fondos federales, y demás leyes y normas que rigen por cualquier otra razón.

Para obtener más información o si tiene alguna duda sobre discriminación o trato injusto, por favor llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a su Oficina de Derechos Civiles local.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda con el acceso a la atención, llámenos al Servicio al Cliente. Si tiene alguna queja, por ejemplo, por un problema de acceso en silla de ruedas, Departamento de Servicios para Miembros puede ayudarlo.

SECCIÓN 3 Aviso sobre sus derechos de subrogación para pagadores secundarios de Medicare

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar los medicamentos recetados de Medicare de los cuales Medicare no es el pagador principal. De acuerdo con las reglamentaciones de los CMS, incluidas en los artículos 422.108 y 423.462 del título 42 del CFR, Blue Cross MedicareRx Value (PDP), en calidad de patrocinador de un plan de medicamentos recetados de Medicare, ejercerá los mismos derechos de recuperación que ejerce la Secretaría de acuerdo con las reglamentaciones de los

Capítulo 9. Avisos legales

CMS en las subpartes B a D de la parte 411 del Título 42 del CFR, y las normas establecidas en esta sección suplantán a cualquier ley estatal.

CAPÍTULO 10:

*Definiciones de términos
importantes*

Capítulo 10. Definiciones de términos importantes

Apelación: una apelación es una medida que toma usted si no está de acuerdo con nuestra decisión de denegar una solicitud de cobertura de medicamentos recetados o del pago de medicamentos que usted ya ha recibido.

Período de Inscripción Anual: Un lapso de tiempo establecido desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre de cada año cuando los miembros pueden cambiar su seguro de gastos médicos, su plan de medicamentos, o cambiarse a Original Medicare.

Medicamento de marca: un medicamento recetado fabricado y comercializado por la empresa farmacéutica que realizó el trabajo de investigación y desarrollo original del medicamento. Los medicamentos de marca poseen la misma fórmula del ingrediente activo que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y comercializados por otros fabricantes de medicamentos y, generalmente, solo están disponibles cuando la patente del medicamento de marca ha vencido.

Etapas de cobertura para casos catastróficos: la etapa del Beneficio de medicamentos de la Parte D en la que paga un monto bajo de copago o coseguro por sus medicamentos después de que usted u otras partes calificadas en su nombre han gastado \$7,400 en medicamentos incluidos durante el año de cobertura.

Centros de servicios de Medicare y Medicaid (CMS): es la agencia federal a cargo de la administración de Medicare.

Coseguro: Un monto porcentual que debe pagar como su parte del costo (por ejemplo, costo compartido del 20%) de los medicamentos con receta después de pagar cualquier deducible correspondiente.

Queja: El nombre formal para “presentar una queja” es “presentar una inconformidad”. El proceso de quejas se utiliza solo para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio de atención al cliente que usted recibe. También incluye las quejas si su plan no cumple con los plazos establecidos en el proceso de apelación.

Copago: un monto que probablemente deba pagar como su parte del costo de un medicamento recetado. El copago es una suma fija (por ejemplo, \$10), en lugar de un porcentaje.

Costo compartido: el costo compartido se refiere a los montos que un miembro debe pagar cuando recibe medicamentos. (Esto se suma a la prima mensual del plan). Los gastos compartidos incluyen cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) cualquier monto deducible que un plan puede imponer antes de cubrir los medicamentos; (2) cualquier monto fijo de “copago” que un plan exige para recibir medicamentos específicos o (3) cualquier monto de “coseguro” que corresponde pagar como porcentaje de la suma total pagada por un medicamento, que el plan exige para recibir medicamentos específicos.

Categoría de Gastos Compartidos: cada medicamento presente en la Lista de Medicamentos Cubiertos se clasifica en una de las 5 categorías de gastos compartidos.

Capítulo 10. Definiciones de términos importantes

En general, cuanto más alta es la categoría de costo compartido, mayor es su costo por el medicamento.

Determinación de Cobertura: una decisión del plan para cubrir un medicamento recetado y la suma, si corresponde, que usted debe pagar por la receta médica. En general, si lleva su receta médica a una farmacia y la farmacia le informa que el medicamento recetado no está cubierto por su plan, no estamos frente a una determinación de cobertura. Debe llamar o enviar una carta a su plan para solicitar una decisión formal sobre la cobertura. En este documento, las determinaciones de cobertura se denominan “decisiones de cobertura”.

Medicamentos Cubiertos: el término que usamos para referirnos a todos los medicamentos recetados cubiertos por nuestro plan.

Cobertura Válida para Medicamentos Recetados: cobertura de medicamentos recetados (por ejemplo, de un empleador o sindicato) que debe cubrir, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare. Los beneficiarios de este tipo de cobertura, cuando se vuelven elegibles para Medicare, generalmente pueden conservar esa cobertura sin pagar una multa, si deciden inscribirse más adelante en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare.

Departamento de Servicios para Miembros: un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder sus preguntas sobre su membresía, beneficios, reclamos y apelaciones. Consulte el Capítulo 2 para obtener información sobre cómo comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros.

Tasa de costo compartido diario: una “tasa de costo compartido diario” puede aplicarse cuando su médico le recete menos de un suministro de un mes completo de ciertos medicamentos y usted deba abonar un copago. Una tasa de costo compartido diario es el copago dividido entre la cantidad de días en el suministro de un mes. Aquí, un ejemplo: Si su copago por un suministro mensual de un medicamento es de \$30 y el suministro mensual en su plan es de 30 días, su “tasa de gasto compartido diario” es de \$1 por día.

Deducible: El monto que debe pagar por recetas médicas antes de que nuestro plan comience a pagar.

Cancelar o cancelación de la inscripción: el proceso de cancelar su membresía al plan.

Arancel de Dispensación: Un arancel que se cobra cada vez que se dispensa un medicamento incluido para pagar el costo de surtir una receta, como el tiempo que tarda el farmacéutico en preparar y envasar la receta.

Emergencia: Una emergencia médica ocurre cuando usted u otra persona prudente no experta en medicina, con un conocimiento promedio sobre salud y medicina, considera que presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar el fallecimiento (y, si se trata de una mujer embarazada, fallecimiento del bebé nonato), la pérdida de una extremidad o de una función de esta, o la pérdida o

Capítulo 10. Definiciones de términos importantes

incapacitación grave de las funciones corporales. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor grave o una afección médica que empeora rápidamente.

Evidencia de Cobertura (EOC) e Información de Divulgación: este documento, junto con el formulario de inscripción y otros anexos, cláusulas adicionales u otra cobertura opcional seleccionada, describe su cobertura, nuestras obligaciones, sus derechos y sus responsabilidades como miembro de nuestro plan.

Excepción: Un tipo de decisión de cobertura que, si se aprueba, le permite obtener un medicamento que no está incluido en nuestra Lista de medicamentos (una excepción de Lista de medicamentos), o para adquirir un medicamento no preferencial en un nivel de gastos compartidos más bajo (una excepción de nivel). También puede solicitar una excepción si nuestro plan requiere que usted pruebe otro medicamento antes de recibir el medicamento que solicita, o si el plan establece límites por la cantidad o dosis del medicamento que solicita (una excepción de Lista de medicamentos).

Beneficio Adicional: Un programa Estatal o de Medicare que ayuda a personas de bajos ingresos y recursos a pagar los costos del programa de medicamentos con receta de Medicare, como primas, deducibles y coseguros.

Medicamento genérico: un medicamento recetado aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA, en inglés) por poseer los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Por lo general, un medicamento “genérico” posee el mismo mecanismo de acción que el medicamento de marca pero, generalmente, su costo es inferior.

Inconformidad: Tipo de queja que usted presenta en relación con nuestro plan, los proveedores o nuestras farmacias, incluso quejas por la calidad de atención. Este tipo de queja no incluye disputas por cobertura o pagos.

Suma de Ajuste Mensual Conforme con los Ingresos (Income Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA): si su ingreso bruto ajustado modificado según se informó en su declaración de impuestos del IRS hace 2 años es superior a un monto determinado, pagará la suma prima estándar y un monto de ajuste mensual conforme con los ingresos, también conocido como IRMAA. IRMAA es un cargo adicional agregado a su prima. Menos del 5% de las personas con Medicare se ven afectadas; por lo tanto, la mayor parte no abonará una prima más alta.

Límite inicial de cobertura: el máximo límite de cobertura en la Etapa de cobertura inicial.

Etapa de cobertura inicial: es la etapa anterior a que sus gastos totales por medicamentos, incluidos los montos que ha pagado y que el plan ha pagado en su nombre durante el año, hayan alcanzado los \$4,660.

Periodo de Inscripción Inicial: Cuando es elegible por primera vez para Medicare, el periodo de tiempo en el que puede inscribirse en Medicare Parte A y Parte B. Si es

Capítulo 10. Definiciones de términos importantes

elegible 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 que cumple 65 años, incluye el mes en que cumple 65 años y finaliza 3 meses después del mes en que cumple 65 años.

Lista de medicamentos cubiertos (“Lista de medicamentos” o Formulary, en inglés): una lista de medicamentos recetados y cubiertos por el plan.

Subsidio por bajos ingresos: consulte “Ayuda Adicional”.

Medicaid (o Medical Assistance): Un programa mixto Federal y Estatal que brinda asistencia económica por gastos médicos a personas de bajos ingresos y recursos limitados. Los programas Estatales de Medicaid varían, pero la mayoría de los costos de atención médica se encuentran cubiertos si usted reúne los requisitos tanto para Medicare como para Medicaid.

Indicación Médica Aceptada: consiste en el consumo de un medicamento aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos o avalado por determinados libros de referencia.

Medicare: el programa de seguro médico federal para mayores de 65, algunas personas menores de 65 con ciertas discapacidades y pacientes que sufren insuficiencia renal en etapa terminal (generalmente aquellos con insuficiencia renal permanente que deben recibir servicios de diálisis o un trasplante de riñón).

Plan Medicare Advantage (MA): A veces llamado Medicare Parte C. Un plan ofrecido por una empresa privada bajo contrato con Medicare para proporcionarle todos los beneficios de Medicare Parte A y Parte B. Un Plan de Medicare Advantage puede ser un i) HMO, ii) un PPO, iii) un Plan Privado de Pago por Servicio (PFFS, en inglés) o iv) un Plan de Cuentas de Ahorros Médicos de Medicare (MSA, en inglés). Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan de cobertura Medicare Advantage HMO o PPO también puede ser un Plan para Necesidades Especiales (SNP, en inglés). En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen Medicare Parte D (cobertura para medicamentos con receta). Estos planes se denominan **Planes de Medicare Advantage con Cobertura de Medicamentos Recetados**.

Programa de descuento por Interrupción en la Cobertura de Medicare: Un programa que proporciona descuentos sobre la mayoría de los medicamentos incluidos de marca de la Parte D a los asegurados de la Parte D que hayan alcanzado la Etapa de Interrupción en la Cobertura y no se encuentren recibiendo “Beneficio Adicional”. Los descuentos se basan en los acuerdos establecidos entre el gobierno Federal y determinados fabricantes de medicamentos.

Servicios incluidos de Medicare: son los servicios cubiertos por Medicare Parte A y B. El término Servicios Incluidos por Medicare no incluye los beneficios adicionales, como los correspondientes a la visión, servicio dental o de audición, que un plan de Medicare Advantage puede ofrecer.

Capítulo 10. Definiciones de términos importantes

Plan de salud de Medicare: un plan de salud de Medicare ofrecido por una empresa privada que tiene contratos con Medicare para proporcionar beneficios de la Parte A y Parte B a personas que se inscriben en el plan. El término incluye todos los Planes Medicare Advantage, los Planes de Costos de Medicare, los Planes para Necesidades Especiales, los Programas de Demostración o Piloto y los Programas de Cuidado Total de Salud para Ancianos (PACE, en inglés).

Cobertura de Medicamentos Recetados de Medicare (Medicare Parte D): seguro de asistencia económica para la compra de medicamentos recetados, vacunas, compuestos biológicos y ciertos suministros para pacientes ambulatorios no cubiertos por Medicare Parte A o Parte B.

Póliza “Medigap” (Seguro suplementario de Medicare): el seguro suplementario de Medicare vendido por compañías de seguro privadas para cubrir las “brechas” en Original Medicare. Las pólizas Medigap solo se aplican a Original Medicare. (Un Plan Medicare Advantage no es una póliza de Medigap).

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

Farmacia de la red: Una farmacia de la red es una farmacia donde los asegurados de nuestro plan pueden obtener sus beneficios por medicamentos con receta. En la mayoría de los casos, sus recetas médicas están cubiertas solo si a usted se las surten en una de las farmacias de nuestra red.

Original Medicare (“Medicare tradicional” o Medicare de “pago por cada servicio”): Original Medicare es ofrecido por el gobierno y no es un plan de salud privado como los Planes Medicare Advantage y planes de medicamentos recetados. Según Original Medicare, los servicios de Medicare son cubiertos mediante el pago de las sumas establecidas por el Congreso a médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica. Puede consultar a cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención médica que acepte Medicare. A usted le corresponde pagar el deducible. Medicare paga su parte de la suma aprobada por Medicare y Usted paga la suya. Original Medicare tiene dos partes: Parte A (Seguro de hospital) y Parte B (Seguro médico), y está disponible en todo Estados Unidos.

Farmacia fuera de la red: Una farmacia no contratada por nuestro plan para coordinar o proveer medicamentos incluidos a los asegurados de nuestro plan. La mayoría de los medicamentos que usted obtiene de farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, salvo que se apliquen ciertas condiciones.

Gastos de su propio bolsillo: vea la definición anterior de “costo compartido”. El requisito de costos compartidos debido al cual un miembro debe pagar una parte de los medicamentos recibidos también se denomina requisito de “gastos de bolsillo” del miembro.

Capítulo 10. Definiciones de términos importantes

Plan PACE: Un plan PACE (Programa de Cuidado Total de Salud para Ancianos) combina servicios de atención médica, social y a largo plazo (LTC), y está destinado a ayudar a que personas frágiles continúen siendo independientes y viviendo en su comunidad (en lugar de mudarse a un hogar de servicios de enfermería) el mayor tiempo posible. Las personas inscritas en los planes PACE reciben beneficios de Medicare y de Medicaid a través del plan. Los planes PACE no están disponibles en todos los estados. Si desea saber si el PACE está disponible en su estado, comuníquese con Servicio al Cliente.

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

Parte D: el Programa de Beneficios de Medicamentos Recetados de Medicare voluntario.

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

Multa por inscripción tardía en la Parte D: el monto que se agrega a su prima mensual por cobertura de medicamentos de Medicare si no tiene cobertura válida (una cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos el mismo monto que paga la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare) por un período de 63 días consecutivos o más después de ser elegible por primera vez para inscribirse al plan Parte D.

Costos compartidos preferidos: esto significa menos costos compartidos para determinados medicamentos de la Parte D en ciertas farmacias de la red.

Prima: el pago periódico que se efectúa a Medicare, una compañía de seguros o un plan de salud por cobertura médica o medicamentos recetados.

Autorización previa: Aprobación por adelantado para obtener ciertos medicamentos. Los medicamentos cubiertos que requieren autorización previa están marcados en el formulario.

Organización de Mejoramiento de Calidad (QIO): un grupo de médicos y otros expertos en salud que ejercen y son pagados por el gobierno federal para verificar y mejorar la atención que se provee a los pacientes de Medicare.

Límites de Cantidades: una herramienta administrativa diseñada para establecer límites al uso de medicamentos seleccionados por razones de calidad, seguridad o uso. Los límites se pueden establecer por la cantidad de medicamento que cubrimos por receta médica o por un período específico.

Área de servicios: Un área geográfica donde usted debe vivir para inscribirse en un plan de medicamentos con receta en particular. El plan podrá cancelar su inscripción si se muda fuera del área de servicio del plan de modo permanente.

Período Especial de Inscripción: un lapso durante el cual los miembros pueden cambiar sus planes de salud o medicamentos a Original Medicare. Las situaciones en

Capítulo 10. Definiciones de términos importantes

las que podría ser elegible para un Período especial de inscripción incluyen: si se muda fuera del área de servicio, si está recibiendo “Ayuda Adicional” para los costos de medicamentos recetados, si se muda a una residencia para ancianos o si infringimos nuestro contacto con usted.

Costos compartidos estándar: son costos compartidos distintos de los preferidos que se ofrecen en una farmacia de la red.

Terapia Escalonada: una herramienta de uso que establece que usted primero debe probar otro medicamento para tratar su cuadro médico antes de que podamos cubrir un medicamento que su médico pudo haber recetado inicialmente.

Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI): un beneficio mensual pagado por el Seguro Social a personas de bajos ingresos y recursos con discapacidades, ceguera, o mayores de 65. Los beneficios SSI no son los mismos que los beneficios del Seguro Social.

Servicio al Cliente de Blue Cross MedicareRx Value (PDP)

Método	Departamento de Servicios para Miembros: información de contacto
LLAME AL	1-888-285-2249 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los 7 días de la semana. Si llama entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, se utilizarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz) los fines de semana y los días feriados. El Departamento de Servicios para Miembros también tiene servicios gratuitos de interpretación de idiomas para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los 7 días de la semana. Si llama entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, se utilizarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz) los fines de semana y los días feriados.
FAX	1-855-895-4742
ESCRÍBANOS	Customer Service P.O. Box 3897 Scranton, PA 18505
SITIO WEB:	getblueok.com/pdp

Senior Health Insurance Counseling Program

Senior Health Insurance Counseling Program es un programa estatal que obtiene fondos del gobierno federal para ofrecer asesoramiento local gratuito sobre seguros médicos a personas que tienen Medicare.

Método	Información de Contacto
LLAME AL	1-800-763-2828
ESCRÍBANOS	Senior Health Insurance Counseling Program 3625 NW 56th Street, Suite 100 Oklahoma City, OK 73112
SITIO WEB:	https://www.oid.ok.gov/consumers/information-for-seniors/senior-health-insurance-counseling-program-ship/

Declaración de divulgación con respecto a la PRA Según la ley de Reducción de Papeles (PRA, en inglés) de 1995, nadie está obligado a contestar una recopilación de información, a menos que muestre un número de control OMB válido. El número de control OMB válido para esta recopilación de información es 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escribanos a: CMS, 7500 Security Boulevard, Atención: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.