2025

READY TO HELP

Prescription Blue℠ PDP
Select y Premium

Desde el 1 de enero al 31 de diciembre de 2025

Evidencia de cobertura

Su cobertura de medicamentos recetados de Medicare como miembro de Prescription Blue PDP Select o Premium

Este documento le brinda los detalles de su cobertura de medicamentos recetados de Medicare desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2025. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

Si tiene alguna pregunta sobre este documento, llame al servicio de atención al cliente al 1-800-565-1770. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Los horarios son de 8 a.m. a 9 p.m. hora del este, los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo y de 8 a.m. a 9 p.m. de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. Esta llamada es gratuita.

Prescription Blue es un plan que ofrece Blue Cross Blue Shield of Michigan. (Cuando esta *Evidencia de cobertura* dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, se refiere a Blue Cross Blue Shield of Michigan. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, se refiere a Prescription Blue).

Esta información está disponible de forma gratuita en un formato alternativo. Llame a servicio de atención al cliente si necesita información del plan en algún otro formato.

Los beneficios, las primas, los deducibles o los copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2026.

El formulario o la red de farmacias pueden cambiar en cualquier momento. Le informaremos cuando sea necesario. Notificaremos a los inscritos afectados por los cambios con al menos 30 días de antelación.

En este documento, se explican sus beneficios y sus derechos. Use este documento para comprender lo siguiente:

- la prima y el costo compartido de su plan;
- los beneficios de medicamentos recetados;
- cómo presentar una queja si no está satisfecho con un servicio o con el trato;
- cómo comunicarse con nosotros si necesita más ayuda; y
- otras protecciones que exige la ley de Medicare.

S5584_25EOCSP_C NM 08292024
Aprobación de OMB 0938-1051 (vence el: 31 de agosto de 2026)

Form Approved
OMB# 0938-1421

Multi-language Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-800-565-1770. Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-800-565-1770. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-800-565-1770。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯 服務。如需翻譯服務，請致電 1-800-565-1770。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這 是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-800-565-1770. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-800-565-1770. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quí vị cần thông dịch viên xin gọi 1-800-565-1770 sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quí vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-800-565-1770. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-800-565-1770 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-800-565-1770. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-800-565-1770. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-800-565-1770 पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-800-565-1770. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-800-565-1770. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-800-565-1770. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-800-565-1770. Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがありますございます。通訳をご用命になるには、1-800-565-1770 にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。

La discriminación es ilegal

Blue Cross Blue Shield of Michigan y Blue Care Network cumplen con las leyes de derechos civiles federales y no discriminan a ninguna persona sobre la base de su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad ni sexo (incluidas las características sexuales, los rasgos intersexuales, embarazo o afecciones relacionadas; orientación sexual, identidad de género y estereotipos sexuales). Blue Cross Blue Shield of Michigan y Blue Care Network tampoco excluyen a personas ni las tratan de forma menos favorable por su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad ni sexo.
Blue Cross Blue Shield of Michigan y Blue Care Network:

- Ofrecen a las personas con discapacidades modificaciones razonables y ayuda y servicios auxiliares adecuados gratuitos para que puedan comunicarse con nosotros de manera eficaz, entre ellos, los siguientes:
    - intérpretes calificados de lengua de señas;
    - información escrita en otros formatos (letra grande, audios, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Ofrecen servicios lingüísticos gratuitos para las personas cuyo idioma principal no es el inglés, que pueden incluir:
    - intérpretes calificados;
    - información escrita en otros idiomas.

Si necesita modificaciones razonables, ayudas y servicios auxiliares adecuados, o servicios de asistencia lingüística, llame al número de atención al cliente que figura en el dorso de su tarjeta. Si aún no es miembro, llame al 1-877-469-2583 o si tiene 65 o más, llame al 1-888-563-3307, TTY: 711.

Cómo presentar una queja de derechos civiles

Si cree que Blue Cross Blue Shield of Michigan o Blue Care Network no le han suministrado estos servicios o han discriminado a una persona por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja en persona, por correo, fax o correo electrónico por los siguientes medios:

Office of Civil Rights Coordinator 600 E. Lafayette Blvd.
MC 1302
Detroit, MI 48226
Teléfono: 1-888-605-6461, TTY: 711
Fax: 1-866-559-0578
Correo electrónico: CivilRights@bcbsm.com.

Si necesita ayuda con el proceso para presentar una queja, la Oficina del Coordinador de Derechos Civiles está disponible para ayudarlo.

También puede presentar una queja por derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles, de manera electrónica en el sitio web del portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, o por correo, por teléfono o correo electrónico a:

U.S. Department of Health &Human Services
200 Independence Ave., SW, Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
Teléfono: 1-800-368-1019, TTD: 1-800-537-7697
Correo electrónico: OCRComplaint@hhs.gov

Los formularios de queja están disponibles en la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos en http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

Este aviso está disponible en el sitio web de Blue Cross Blue Shield of Michigan and Blue Care Network: https://www.bcbsm.com/important-information/policies-practices/nondiscrimination-notice/.

Evidencia de cobertura 2025

Índice

CAPÍTULO 1: *Su inicio como miembro* 4
SECCIÓN 1 Introducción 5
SECCIÓN 2 ¿Qué lo hace elegible para ser miembro del plan? 6
SECCIÓN 3 Materiales importantes que recibe como miembro 7
SECCIÓN 4 Sus costos mensuales de Prescription Blue PDP 8
SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual 11
SECCIÓN 6 Cómo mantener actualizados sus registros de membresía del plan 13
SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan 14
CAPÍTULO 2: *Números de teléfono y recursos importantes* 16
SECCIÓN 1 Contactos de Prescription Blue PDP (cómo contactarse con nosotros, incluso con el servicio de atención al cliente) 17
SECCIÓN 2 Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa Medicare Federal) 19
SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare) 21
SECCIÓN 4 Organización para la Mejora de la Calidad 21
SECCIÓN 5 Seguro Social 22
SECCIÓN 6 Medicaid 23
SECCIÓN 7 Información sobre programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos recetados 24
SECCIÓN 8 Cómo comunicarse con la Junta de Retiro para Empleados Ferroviarios 28
SECCIÓN 9 ¿Tiene usted un seguro grupal u otro seguro de salud de un empleador? 29
CAPÍTULO 3: *Uso de la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D* 30
SECCIÓN 1 Introducción 31
SECCIÓN 2 Surta su receta médica en una farmacia de la red o mediante el servicio de pedido por correo del plan 32
SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar incluidos en la “Lista de medicamentos” del plan 36
SECCIÓN 4 Existen restricciones en la cobertura de algunos medicamentos 38
SECCIÓN 5 ¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera que usted quisiera? 39
SECCIÓN 6 ¿Qué sucede si cambia la cobertura de uno de sus medicamentos? 42
SECCIÓN 7 ¿Qué clases de medicamentos *no* están cubiertos por el plan? 44
SECCIÓN 8 Cómo surtir una receta 46

SECCIÓN 9 Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales 46
SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad y la administración de los medicamentos 48

CAPÍTULO 4: *Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D* 51

SECCIÓN 1 Introducción 52
SECCIÓN 2 Lo que usted paga por un medicamento depende de la etapa de pago de medicamentos en la que se encuentra al recibir el medicamento 54
SECCIÓN 3 Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y en qué etapa de pago se encuentra 55
SECCIÓN 4 Durante la etapa de deducible, usted paga el costo total de sus medicamentos de los niveles 2, 3, 4 y 5 (solo para el plan Select) 57
SECCIÓN 5 Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga la parte del costo que le corresponde de los costos de sus medicamentos y usted paga su parte 57
SECCIÓN 6 Durante la Etapa de cobertura catastrófica, usted no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D 62
SECCIÓN 7 Vacunas de la Parte D. Lo que usted paga depende de cómo y dónde las reciba 62

CAPÍTULO 5: *Cómo pedirnos que paguemos nuestra parte de los costos de medicamentos cubiertos* 65

SECCIÓN 1 Situaciones en las que puede pedirnos que paguemos la parte que nos corresponde del costo de los medicamentos cubiertos 66
SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos un reembolso 67
SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y le diremos si la aceptamos o no 68

CAPÍTULO 6: *Sus derechos y responsabilidades* 69

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sus particularidades culturales como miembro del plan 70
SECCIÓN 2 Tiene algunas responsabilidades como miembro del plan 80

CAPÍTULO 7: *Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas)* 82

SECCIÓN 1 Introducción 83
SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y ayuda personalizada 83
SECCIÓN 3 ¿Qué proceso debe utilizar para solucionar su problema? 84
SECCIÓN 4 Guía sobre los conceptos básicos de las apelaciones y decisiones de la cobertura 85
SECCIÓN 5 Sus medicamentos recetados de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación 87
SECCIÓN 6 Cómo llevar su apelación al nivel 3 y a los niveles siguientes 97
SECCIÓN 7 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el Servicio de Atención al Cliente y otras inquietudes 98

CAPÍTULO 8: *Cómo dar de baja su membresía en el plan*..... 102
SECCIÓN 1 ¿Cómo puede dar de baja su membresía en nuestro plan?..... 103
SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede dar de baja su membresía en nuestro plan?..... 103
SECCIÓN 3 ¿Cómo puede dar de baja su membresía en nuestro plan?..... 105
SECCIÓN 4 Hasta que su membresía de nuestro plan finalice, deberá continuar recibiendo sus medicamentos a través de él..... 106
SECCIÓN 5 Prescription Blue PDP debe dar de baja su membresía en el plan en determinadas situaciones 107
CAPÍTULO 9: *Avisos legales*..... 109
SECCIÓN 1 Aviso sobre las leyes vigentes..... 110
SECCIÓN 2 Aviso sobre la no discriminación 110
SECCIÓN 3 Aviso de derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare 110
SECCIÓN 4 Aviso adicional de subrogación y recuperación de terceros..... 111
CAPÍTULO 10: *Definiciones de palabras importantes*..... 113

CAPÍTULO 1:
Su inicio como miembro

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Usted está inscrito en Prescription Blue PDP, un plan de medicamentos recetados de Medicare

Tiene cobertura de Medicare Original o de otro plan de salud para su atención médica y ha elegido tener cobertura para sus medicamentos recetados de Medicare a través de nuestro plan, Prescription Blue PDP.

Prescription Blue PDP es un plan de medicamentos recetados (PDP) de Medicare. Como todos los planes de Medicare, este plan de medicamentos recetados de Medicare está aprobado por Medicare y es administrado por una empresa privada.

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

Este documento, *Evidencia de cobertura*, le explica cómo obtener los medicamentos recetados. Explica sus derechos y responsabilidades, lo que está cubierto, lo que paga como miembro del plan y cómo presentar una queja si no está satisfecho con una decisión o un tratamiento.

Los términos *cobertura* y *medicamentos cubiertos* se refieren a la cobertura de medicamentos recetados que tiene disponible como miembro de Prescription Blue PDP.

Es importante que conozca cuáles son las normas del plan y qué cobertura tiene disponible. Lo alentamos a tomarse un tiempo para revisar este documento de Evidencia de cobertura.

Si no comprende alguna parte del documento, algo le preocupa, o si simplemente tiene una pregunta, comuníquese con el servicio de atención al cliente.

Sección 1.3 Información legal sobre la *Evidencia de cobertura*

Esta *Evidencia de cobertura* es parte de nuestro contrato con usted sobre la cobertura de su atención con Prescription Blue PDP. Otras partes de este contrato abarcan el formulario de inscripción, la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* y todos los avisos que reciba de nuestra parte sobre modificaciones en su cobertura o condiciones que afecten a su cobertura. Estos avisos se denominan en ocasiones *anexos* o *enmiendas*.

El contrato tiene vigencia durante los meses en los cuales esté inscrito en Prescription Blue PDP entre el 1 de enero de 2025 y el 31 de diciembre de 2025.

Cada año calendario, Medicare nos permite hacer modificaciones a los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos modificar los costos y los beneficios de Prescription Blue PDP luego del 31 de diciembre de 2025. También podemos decidir dejar de ofrecer el plan en su área de servicio después del 31 de diciembre de 2025.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar el plan Prescription Blue PDP todos los años. Puede seguir recibiendo cobertura de Medicare cada año como

miembro de nuestro plan siempre que optemos por seguir ofreciendo el plan y que Medicare renueve la aprobación del plan.

SECCIÓN 2 ¿Qué lo hace elegible para ser miembro del plan?

Sección 2.1 Requisitos de elegibilidad

Será elegible como miembro de nuestro plan siempre que cumpla con los siguientes requisitos:

- Tiene Medicare Parte A o Medicare Parte B (o tiene tanto la Parte A como la Parte B);
- *Y* es ciudadano de los Estados Unidos o tiene residencia legal en los Estados Unidos.
- *Y* vive dentro de nuestra área geográfica de servicio (la Sección 2.2 más adelante describe nuestra área de servicio); las personas encarceladas no se consideran dentro del área de servicio aun si están ubicadas allí físicamente.

Sección 2.2 Esta es el área de servicio del plan Prescription Blue PDP

Prescription Blue PDP solo está disponible para las personas que viven en el área de servicio de nuestro plan. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, debe seguir residiendo dentro del área de servicio del plan. A continuación se describe el área de servicio.

El área de servicio abarca el estado de Michigan.

Si tiene previsto mudarse fuera del área de servicio, no puede seguir siendo miembro de este plan. Comuníquese con el servicio de atención al cliente para averiguar si tiene un plan en la nueva área. Cuando se mude, tendrá un período de inscripción especial que le permitirá cambiarse a Medicare Original o inscribirse en un plan de salud o medicamentos de Medicare que esté disponible en su nueva ubicación.

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

Sección 2.3 Residencia legal o ciudadanía estadounidense

Los miembros de un plan de salud de Medicare deben ser ciudadanos estadounidenses o tener residencia legal en los Estados Unidos. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificará a Prescription Blue PDP si usted no es elegible para seguir siendo miembro por este motivo. Prescription Blue PDP debe dar de baja su membresía si usted no cumple con este requisito.

SECCIÓN 3 Materiales importantes que recibe como miembro

Sección 3.1 Su tarjeta de miembro del plan

Mientras sea miembro de nuestro plan, debe usar su tarjeta de membresía para los medicamentos recetados que obtiene en las farmacias de la red. Si corresponde, también debe mostrar al proveedor su tarjeta de Medicaid. Esta es una tarjeta de membresía de muestra para que vea cómo será la suya:

Lleve la tarjeta con usted en todo momento y recuerde mostrarla cuando obtiene medicamentos cubiertos. Si se daña o se pierde su tarjeta de membresía del plan, o si se la roban, llame de inmediato al servicio de atención al cliente y le enviaremos una tarjeta nueva.

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

Sección 3.2 *Directorio de farmacias*

En el *Directorio de farmacias*, **www.bcbsm.com/pharmaciesmedicare** encontrará una lista de las farmacias de nuestra red. Las **farmacias de la red** son todas las farmacias que aceptan surtir las recetas cubiertas de los miembros de nuestro plan. Puede usar el *Directorio de farmacias* para buscar la farmacia de la red que desee usar. Consulte el Capítulo 3, Sección 2.5 para obtener información sobre cuándo puede usar farmacias que no estén dentro de la red del plan.

El *Directorio de farmacias* también le indica qué farmacias de nuestra red tienen costos compartidos preferidos, que pueden ser menores que los costos compartidos estándar que ofrecen otras farmacias de la red para algunos medicamentos.

Si no tiene el *Directorio de farmacias*, puede solicitar una copia al servicio de atención al cliente. También puede encontrar esta información en nuestro sitio web en **www.bcbsm.com/pharmaciesmedicare**.

Sección 3.3 Lista de medicamentos cubiertos (Formulario) del plan

El plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*. La denominamos “Lista de medicamentos” para abreviar. Indica qué medicamentos recetados de la Parte D están cubiertos

por el beneficio de la Parte D que incluye Prescription Blue PDP. El plan selecciona los medicamentos de esta lista con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista debe cumplir con los requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la "Lista de medicamentos" de Prescription Blue PDP.

La "Lista de medicamentos" también le informa si existe alguna norma que limite la cobertura de sus medicamentos.

Le brindaremos una copia de la "Lista de medicamentos". Para obtener la información más completa y actual sobre qué medicamentos están cubiertos, puede visitar el sitio web del plan (**www.bcbsm.com/medicare**) o llamar a servicio de atención al cliente.

SECCIÓN 4 Sus costos mensuales de Prescription Blue PDP

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

- la prima del plan (Sección 4.1)
- la prima mensual de la Parte B de Medicare (Sección 4.2)
- la multa por inscripción tardía en la Parte D (Sección 4.3)
- monto de ajuste mensual por ingresos (Sección 4.4)
- monto del plan de pago de medicamentos recetados de Medicare (Sección 4.5)

En algunas situaciones, la prima del plan podría ser menor

El programa de "ayuda adicional" ayuda a las personas con recursos limitados a pagar sus medicamentos. En el Capítulo 2, Sección 7 encontrará más información sobre este programa. Si califica, la inscripción en el programa podría reducir la prima mensual del plan.

Si *ya está inscrito* y recibe ayuda de alguno de estos programas, **la información sobre las primas que se menciona en esta *Evidencia de cobertura* no se aplica en su caso.** Hemos incluido un folleto que llamamos *Anexo de la evidencia de cobertura para personas que obtienen ayuda adicional para el pago de los medicamentos recetados* (conocido también como "Anexo de subsidio por bajos ingresos" o "Anexo LIS") que habla de su cobertura de medicamentos. Si no tiene este documento, llame al servicio de atención al cliente y pida el "Anexo LIS".

Las primas de Medicare Parte B y Parte D son distintas para personas con diferentes ingresos. Si tiene alguna pregunta sobre estas primas, consulte su ejemplar del manual *Medicare y usted 2025*, en la sección titulada "Costos de Medicare de 2025 Medicare". Si necesita una copia, puede descargarla del sitio web de Medicare (**www.medicare.gov**). O bien, puede pedir un ejemplar impreso por teléfono 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 4.1 Prima del plan

Como miembro de nuestro plan, usted paga una prima mensual del plan. La siguiente tabla le muestra el monto de la prima mensual para cada plan que ofrecemos en el área de servicio.

Tasas de las primas de Prescription Blue PDP por mes	
Prescription Blue PDP Select	Prescription Blue PDP Premium
$122.80	$138.90

Sección 4.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare

Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare

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

Sección 4.3 Multa por inscripción tardía en la Parte D

Algunos miembros deben pagar una **multa por inscripción tardía** en la Parte D. La multa por inscripción tardía en la Parte D es una prima adicional que debe pagar para tener la cobertura de la Parte D si, en algún momento después de que finalizara su período de inscripción inicial, hubo un período de 63 días consecutivos o más en los que usted no tuvo la Parte D u otra cobertura válida para medicamentos recetados. Una cobertura válida para medicamentos recetados es una cobertura que cumple con los estándares mínimos de Medicare, ya que pagará, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare. El costo de esta multa depende de cuánto tiempo estuvo sin la Parte D o sin otra cobertura válida para medicamentos recetados. Tendrá que pagar esta multa durante el tiempo que tenga cobertura de la Parte D.

La multa por inscripción tardía de la Parte D se añade a su prima mensual. Cuando se inscribe por primera vez en Prescription Blue PDP, le informamos el monto de la multa. Si no paga la multa por inscripción tardía de la Parte D, podría perder los beneficios de medicamentos recetados.

No tiene que pagarla en las siguientes circunstancias:

- Recibe “ayuda adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos recetados.
- Han pasado menos de 63 días consecutivos sin tener una cobertura válida.
- Ha tenido otra cobertura válida para medicamentos por otro medio, como un empleador o sindicato anterior, TRICARE o la Administración de Salud para Veteranos (VA). El asegurador o el Departamento de Recursos Humanos le indicará cada año si la cobertura de medicamentos es una cobertura válida. Puede que reciba esta información en una carta o que esté incluida en un boletín informativo del plan. Guarde esta información, ya que podría necesitarla más adelante si se afilia a un plan de medicamentos de Medicare.
    - **Nota:** Cualquier aviso debe afirmar que usted tenía una cobertura válida para medicamentos recetados que esperaba que pague la misma cantidad que paga el plan de medicamentos recetados estándar de Medicare.

- **Nota:** Las siguientes *no* son coberturas válidas de medicamentos recetados: tarjetas de descuento para medicamentos recetados, clínicas gratuitas y sitios web de descuento para medicamentos.

Medicare determina el monto de la multa. Funciona así:

- Si pasaron 63 días o más sin la Parte D u otra cobertura para medicamentos recetados después de llegar a ser elegible para inscribirse en la Parte D, el plan contará los meses completos que no tuvo cobertura. La multa es el 1% por cada mes que no tuvo una cobertura válida. Por ejemplo, si estuvo 14 meses sin cobertura, la multa será del 14%.
- Luego Medicare determina el monto de la prima mensual promedio para los planes de medicamentos de Medicare en la nación del año anterior. Para 2025, ese monto promedio de primas es de $36.78.
- Para calcular la multa mensual, multiplique el porcentaje de la prima y la prima mensual promedio y luego redondéela a la decena de centavos más próxima. En el ejemplo mencionado, sería $36.78 por el 14%, que equivale a $5.15. Esto se redondea a $5.20. Este monto se añadiría **a la prima mensual de alguien con una multa por inscripción tardía de la Parte D**.

Cabe mencionar tres cuestiones importantes acerca de esta multa mensual por inscripción tardía de la Parte D.

- En primer lugar, **la multa puede cambiar todos los años**, ya que la prima mensual promedio puede cambiar todos los años.
- Segundo, **usted continuará pagando una multa** todos los meses durante el tiempo en que esté afiliado en un plan que tenga beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare, incluso si cambia de plan.
- Tercero, si usted tiene menos de 65 años y actualmente recibe beneficios de Medicare, la multa por inscripción tardía volverá a cero cuando usted cumpla 65. Después de los 65, la multa por inscripción tardía de la Parte D se basará solamente en los meses que no tenga cobertura después del período de inscripción inicial para la tercera edad con Medicare.

Si no está de acuerdo con la multa por inscripción tardía en la Parte D, usted o su representante pueden solicitar una revisión. Por lo general, puede solicitar esta revisión en un **plazo de 60 días** desde la fecha de recepción de la primera carta donde se le informa que debe pagar una multa por inscripción tardía. Sin embargo, si estaba pagando una multa antes de afiliarse a nuestro plan, puede que no tenga otra oportunidad de solicitar la revisión de esa multa por inscripción tardía.

Importante: No deje de pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D mientras espera que se revise la decisión sobre esta multa. Si lo hace, podría dársele de baja por no pagar las primas del plan.

Sección 4.4 Monto de ajuste mensual por ingresos

Es posible que se exija que algunos miembros paguen un cargo adicional, conocido como el monto de ajuste mensual por ingresos, o IRMAA. El cargo adicional se calcula usando sus ingresos brutos ajustados modificados según lo que informó en la declaración de impuestos del

IRS de hace dos años. Si este monto supera una cantidad determinada, pagará el monto de la prima estándar y el IRMAA adicional. Si desea más información acerca del monto adicional que podría tener que pagar en función de sus ingresos, visite **https://www.medicare.gov/drug-coverage- part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans**.

Si tiene que pagar un monto adicional, el Seguro Social, no su plan de Medicare, le enviará una carta para informarle cuál será el monto adicional. El monto adicional se retendrá del Seguro Social, de la Junta de Retiro para Empleados Ferroviarios o del cheque de beneficios de la Oficina de Gestión del Personal, sin importar de qué manera suele pagar la prima de su plan, a menos que el beneficio mensual no sea suficiente para cubrir el monto adicional adeudado. Si el cheque de beneficios no es suficiente para cubrir el monto adicional, recibirá una factura de Medicare. **Debe pagar el monto adicional al gobierno. No se puede pagar con la prima mensual de su plan. Si no paga el monto adicional, se cancelará su inscripción en el plan y perderá la cobertura para medicamentos recetados.**

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

Section 4.5 Monto del plan de pago de medicamentos recetados de Medicare

Si participa en el Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare, cada mes pagará la prima de su plan (si tiene uno) y recibirá una factura de su plan de salud o de medicamentos por sus medicamentos recetados (en lugar de pagar en la farmacia). Su factura mensual se basa en lo que adeuda por los medicamentos recetados que recibe, más su saldo del mes anterior, dividido el número de meses restantes en el año.

El Capítulo 2, Sección 7 indica más sobre el Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare. Si no está de acuerdo con el monto facturado como parte de esta opción de pago, puede seguir los pagos en el Capítulo 7 para presentar una queja o apelación.

SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual

Sección 5.1 Puede pagar la prima del plan de varias maneras

Hay cuatro maneras de pagar la prima del plan.

Opción 1: pagar con cheque

Puede optar por pagar la prima mensual del plan directamente a nuestro plan. A menos que elija otra opción, se le enviará por correo el estado de cuenta mensual y un sobre con franqueo pagado. El pago debe recibirse antes del primero de cada mes. Los cheques deben emitirse a nombre de Blue Cross Blue Shield of Michigan, no de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid ni del Departamento de Salud y Servicios Humanos. El pago por cheque puede hacerse por correo:

Enviar el pago a la siguiente dirección:

Blue Cross Blue Shield of Michigan
P.O. Box 553912
Detroit, MI 48255-3912

Opción 2: Pagar en línea o por teléfono de su cuenta corriente o de ahorro o mediante su tarjeta de crédito o débito

En vez de pagar con cheque, puede pedir que se debite la prima mensual del plan automáticamente. Puede configurar el retiro automático a través de su cuenta de miembro bcbsm.com o comunicándose con servicio de atención al cliente al número de teléfono que figura en la contraportada de este documento.

Puede usar las siguientes opciones para pagar la factura:

- En línea, a través de su cuenta de **bcbsm.com**.
- En línea como invitado en **bcbsm.com** sin tener que ingresar un número de contrato.
- Mediante la aplicación móvil Blue Cross. Inicie sesión en la aplicación con los datos de acceso del portal para miembros y haga clic en el ícono “pay your premium” (pagar la prima).
- Por teléfono

Opción 3: puede pagar la prima del plan con MoneyGram®

Use MoneyGram® para pagar las facturas en línea con la aplicación móvil de MoneyGram® o en las tiendas minoristas de MoneyGram®.

Comuníquese con servicio de atención al cliente para averiguar más de esta opción.

Opción 4: hacer que se descuente la prima de su cheque mensual del Seguro Social

Puede hacer que se reste la prima del plan de su cheque mensual del Seguro Social. Comuníquese con Servicio de Atención al Cliente para obtener más información sobre cómo pagar la prima mensual del plan de esta manera. Para nosotros será un placer ayudarlo a configurarlo.

Cómo cambiar la manera en que paga la prima del plan.

Si decide modificar la opción que usa para pagar la prima, pueden pasar hasta tres meses para que el nuevo método de pago entre en vigor. Mientras estemos procesando su solicitud de un nuevo método de pago, usted es responsable de asegurarse de que la prima del plan se pague a tiempo. Para cambiar su método de pago, puede ponerse en contacto con servicio de atención al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) a fin de seleccionar o cambiar su método de pago preferido.

Qué hacer si tiene algún problema para pagar la prima del plan

La prima del plan se deberá pagar en nuestra oficina antes del primer día del mes. Si no recibimos la prima antes del primer día de cada mes, le enviaremos un aviso para indicarle que la

membresía del plan finalizará si no recibimos el pago de la prima en un plazo de 2 meses.

Si tiene algún problema para pagar la prima a tiempo, comuníquese con el servicio de atención al cliente para ver si podemos dirigirlo a algún programa que lo ayude con la prima del plan.

Si damos de baja su membresía porque no pagó las primas, aún tendrá la cobertura de salud de Medicare Original. Además, es posible que no reciba la cobertura de la Parte D hasta el año siguiente si se inscribe en un plan nuevo durante el período anual de inscripción. (Si no tiene una cobertura de medicamentos válida durante más de 63 días, podría tener que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D mientras tenga cobertura de la Parte D).

En el momento en que damos de baja su membresía, todavía nos deberá las primas que no haya pagado. Tenemos derecho a solicitar el pago adeudado. Si más adelante quiere inscribirse de nuevo en nuestro plan (o en otro plan que administremos), tendrá que pagar el monto que nos debe antes de inscribirse.

Si considera que dimos de baja su membresía por error, puede presentar una queja (también denominada queja formal); consulte el Capítulo 7 que trata cómo presentar una queja. Si vivió una situación de emergencia de fuerza mayor que le impidió pagar la prima de su plan dentro de nuestro período de gracia, puede presentar una queja. En el caso de las quejas, volveremos a revisar nuestra decisión. En el Capítulo 7, Sección 7 de este documento, se explica cómo presentar una queja, o puede llamarnos al 1-800-565-1770 de 8 a.m. a 9 p.m. hora del este, los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo. Horario de atención: de lunes a viernes de 8 a.m. a 9 p.m., hora del este, del 1 de abril al 30 de septiembre. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Debe presentar su solicitud no más de 60 días calendario después de la fecha de baja de su membresía.

Sección 5.2 ¿Se puede cambiar la prima mensual del plan durante el año?

No. No se nos permite cambiar el monto que cobramos por una prima mensual del plan en el transcurso del año. Si la prima mensual del plan cambiara el año siguiente, le informaremos en septiembre, y el cambio tendrá efecto el 1 de enero.

Sin embargo, hay casos en los que la parte de la prima que usted paga puede cambiar en el transcurso del año. Esto pasa si llega a ser elegible para el programa de “ayuda adicional” o si pierde la elegibilidad para este programa en el transcurso del año. Si un miembro califica para la “ayuda adicional” con los costos de los medicamentos recetados, el programa de “ayuda adicional” pagará parte de la prima mensual del plan del miembro. Un miembro que pierde la elegibilidad en el transcurso del año tendrá que empezar a pagar la prima mensual completa. Puede encontrar más información acerca del programa de “ayuda adicional” en el Capítulo 2, Sección 7.

SECCIÓN 6 Cómo mantener actualizados sus registros de membresía del plan

Su registro de membresía contiene información obtenida de su formulario de inscripción, que incluye su dirección y número de teléfono. Le muestra cuál es la cobertura específica de su plan.

Las farmacias de la red del plan necesitan tener información correcta sobre usted. **Estos proveedores de la red usan su registro de membresía para saber qué medicamentos están cubiertos y cuáles son los montos de costos compartidos que le corresponden.** Por este motivo, es muy importante que nos ayude a mantener su información actualizada.

Infórmenos de los siguientes cambios:

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono.
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos que tenga (por ejemplo, de su empleador, del empleador de su cónyuge o de su pareja de hecho, de indemnización de trabajadores o de Medicaid).
- Si tiene algún reclamo de responsabilidad, por ejemplo, reclamos por un accidente automovilístico.
- Si ingresa en un asilo de ancianos.
- Si cambia la parte responsable asignada (por ejemplo, un cuidador).

Si hay algún cambio en esta información, comuníquelos llamando al servicio de atención al cliente.

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

SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Otro seguro

Medicare exige que recopilemos información sobre usted acerca de otras coberturas de seguro médico o de medicamentos que tenga. Esto es porque debemos coordinar cualquier otra cobertura que tenga con los beneficios de nuestro plan. Se lo conoce como **Coordinación de beneficios**.

Una vez al año, le enviaremos una carta que enumera cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos de las que tengamos conocimiento. Repase esta información en detalle. Si es correcta, no tiene que hacer nada. Si la información no es correcta, o si tiene otra cobertura que no se menciona, llame al servicio de atención al cliente. Es posible que deba dar el número de identificación de miembro del plan a sus otros aseguradores (una vez que haya confirmado su identidad) de modo que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

Cuando tiene otro seguro (por ejemplo, una cobertura de salud grupal de su empleador), existen normas establecidas por Medicare que deciden si nuestro plan o su otro seguro paga primero. El seguro que paga primero se denomina pagador primario y paga hasta los límites de esa cobertura. El que paga en segundo lugar, denominado pagador secundario, solo paga si hay costos no cubiertos por el pagador primario. El pagador secundario podría no pagar la totalidad de los costos no cubiertos. Si tiene otro seguro, infórmele a su médico, al hospital y a la farmacia.

Las siguientes normas aplican a la cobertura de un plan de salud grupal de un empleador o un sindicato:

- Si tiene cobertura para jubilados, Medicare paga primero.
- Si la cobertura del plan de salud grupal se basa en su empleo actual o en el de un familiar suyo, quién paga primero dependerá de su edad, de la cantidad de personas empleadas y de si tiene Medicare por edad, discapacidad o enfermedad renal en etapa terminal (ESRD).
    - Si tiene menos de 65 años y tiene alguna discapacidad y usted o su familiar aún trabajan, el plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 100 o más empleados o al menos un empleador en un plan de empleadores múltiples que tenga más de 100 empleados.
    - Si tiene más de 65 años y usted o su cónyuge o su pareja de hecho aún trabajan, el plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 20 o más empleados o al menos un empleador en un plan de empleadores múltiples que tenga más de 20 empleados.
- Si tiene Medicare porque tiene ESRD, su plan de salud grupal pagará primero los primeros 30 meses una vez que sea elegible para Medicare.

Los siguientes tipos de cobertura suelen pagar primero los servicios relacionados con el tipo correspondiente:

- Seguro de responsabilidad pública (incluido el seguro automotor)
- Seguro de responsabilidad civil (incluido el seguro automotor)
- Beneficios por pulmón negro
- Indemnización de trabajadores

Medicaid y TRICARE nunca pagan primero los servicios cubiertos por Medicare. Solo pagan una vez que hayan pagado Medicare, los planes de salud grupales de un empleador o Medigap.

CAPÍTULO 2:
Números de teléfono y recursos importantes

SECCIÓN 1 Contactos de Prescription Blue PDP
(cómo contactarse con nosotros, incluso con el servicio de atención al cliente)

Cómo contactarse con el Servicio de Atención al Cliente de nuestro plan

Si necesita ayuda con los reclamos o la facturación, o si tiene dudas sobre la tarjeta de identificación de miembro, llame o escriba al servicio de atención al cliente de Prescription Blue PDP. Con gusto lo ayudaremos.

Método	Servicio de Atención al Cliente: información de contacto
LLAME AL	1-800-565-1770 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: de 8 a.m. a 9 p.m., hora del este, los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo. Horario de atención: de lunes a viernes de 8 a.m. a 9 p.m., hora del este, del 1 de abril al 30 de septiembre. El Servicio de Atención al Cliente también cuenta con servicios gratuitos de intérpretes para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: de 8 a.m. a 9 p.m., hora del este, los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo. Horario de atención: de lunes a viernes de 8 a.m. a 9 p.m., hora del este, del 1 de abril al 30 de septiembre.
FAX	1-866-624-1090
ESCRIBA A	Blue Cross Blue Shield of Michigan Prescription Blue PDP Customer Service Inquiry Department – Mail Code X521 600 E. Lafayette Blvd. Detroit, MI 48226-2998
SITIO WEB	**www.bcbsm.com/medicare**

Cómo contactarse con nosotros cuando necesita solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación o una queja

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a su cobertura o al monto que pagaremos por los medicamentos recetados de la Parte D. Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos y modifiquemos una decisión de cobertura que hayamos tomado. Usted puede presentar una queja sobre nosotros o sobre alguna de nuestras farmacias de

la red, eso incluye quejas relacionadas con la calidad de la atención recibida. Este tipo de quejas no tiene que ver con las disputas de cobertura ni de pagos. Si desea obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura o presentar apelaciones o quejas relacionadas con los medicamentos recetados de la Parte D, consulte el Capítulo 7 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas)*).

Método	Decisiones de cobertura, apelaciones o quejas relacionadas con los medicamentos recetados de la Parte D: información de contacto
LLAME AL	1-800-565-1770 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: de 8 a.m. a 9 p.m., hora del este, los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo. Horario de atención: de lunes a viernes de 8 a.m. a 9 p.m., hora del este, del 1 de abril al 30 de septiembre.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: de 8 a.m. a 9 p.m., hora del este, los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo. Horario de atención: de lunes a viernes de 8 a.m. a 9 p.m., hora del este, del 1 de abril al 30 de septiembre.
FAX	1-866-601-4428
ESCRIBA A	Blue Cross Blue Shield of Michigan Clinical Pharmacy Help Desk Mail Code 512J P.O. Box 441877 Detroit, MI 48244
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja sobre Prescription Blue PDP directamente ante Medicare. Para presentar una queja en línea ante Medicare, visite **www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx**.

Dónde enviar una solicitud de pago de la parte de los costos que nos corresponde de los medicamentos que usted haya recibido

El proceso de determinación de cobertura abarca las determinaciones de pago de la parte de los costos que nos corresponde de los medicamentos que usted haya recibido. Si usted recibió una factura por los medicamentos o los pagó (por ejemplo, una factura de la farmacia) y considera que nosotros deberíamos pagarlos, es posible que tenga que pedirnos un reembolso o que paguemos la factura de la farmacia. Consulte el Capítulo 5 (*Cómo pedirnos que paguemos nuestra parte de los costos de medicamentos cubiertos*).

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

Método	Solicitudes de pago: información de contacto
LLAME AL	1-800-565-1770 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: de 8 a.m. a 9 p.m., hora del este, los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo. Horario de atención: de lunes a viernes de 8 a.m. a 9 p.m., hora del este, del 1 de abril al 30 de septiembre.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: de 8 a.m. a 9 p.m., hora del este, los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo. Horario de atención: de lunes a viernes de 8 a.m. a 9 p.m., hora del este, del 1 de abril al 30 de septiembre.
ESCRIBA A	Optum Rx P.O. Box 650287 Dallas, TX 75265
SITIO WEB	**www.bcbsm.com/content/dam/microsites/medicare/documents/prescription-drug-claim-form-ppo.pdf**

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

Medicare es el programa federal de seguro de salud para las personas de 65 años en adelante, algunas personas menores de 65 años con discapacidades, y personas con enfermedad renal terminal (insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante de riñón).

La agencia federal que tiene a su cargo Medicare son los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (en ocasiones llamados CMS). Esta agencia establece contratos con planes de medicamentos recetados de Medicare, incluidos nosotros.

Método	Medicare: información de contacto

LLAME AL	1-800-MEDICARE o 1-800-633-4227 Las llamadas a este número son gratuitas. Está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Este número requiere un equipo especial de telefonía y es solo para personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.
SITIO WEB	**www.Medicare.gov** Este es el sitio web oficial de Medicare. Le ofrece información actualizada sobre Medicare y sus temas de actualidad. También contiene información sobre hospitales, asilos de ancianos, médicos, agencias de atención médica en el hogar y centros de diálisis. Incluye documentos que puede imprimir directamente desde su computadora. También puede encontrar contactos de Medicare en su estado. En el sitio web de Medicare también encontrará información detallada acerca de su elegibilidad y sus opciones de inscripción con las siguientes herramientas: • **Herramienta de elegibilidad para Medicare:** Ofrece información sobre la situación de elegibilidad para Medicare. • **Buscador de planes de Medicare:** Ofrece información personalizada sobre los planes de medicamentos recetados de Medicare, los planes de salud de Medicare y las pólizas de Medigap (seguro complementario de Medicare) dentro de su área. Estas herramientas proporcionan una *estimación* de lo que podrían ser los costos a su cargo en diferentes planes de Medicare. También puede usar el sitio web para comunicar a Medicare cualquier queja que tenga en relación con Prescription Blue PDP: • **Informe a Medicare sobre su queja:** Puede presentar una queja sobre Prescription Blue PDP directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, visite **www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx**. Medicare tomará sus quejas con seriedad y utilizará esa información para mejorar la calidad del programa Medicare. Si no tiene una computadora, quizá pueda ingresar a este sitio web usando la computadora de la biblioteca o del centro para personas mayores de su localidad. O puede llamar a Medicare y decirles qué información está buscando. Buscarán 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 sobre Seguros de Salud (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) es un programa gubernamental que cuenta con asesores capacitados en todos los estados. En Michigan, el SHIP recibe el nombre de Programa de ayuda para Medicare de Michigan.

El Programa de ayuda para Medicare de Michigan es un programa estatal independiente (no relacionado con ninguna empresa de seguro ni plan de salud) que recibe dinero del Gobierno federal para brindar asesoramiento gratuito y local sobre seguros de salud a las personas que tienen Medicare.

Los asesores del Programa de ayuda para Medicare de Michigan pueden ayudarlo a comprender sus derechos en Medicare, a presentar quejas relacionadas con la atención médica o el tratamiento que haya recibido y a resolver problemas que tenga con sus facturas de Medicare. También pueden ayudarlo con las dudas o los problemas que tenga relacionados con Medicare y explicarle cuáles son sus opciones de planes de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan.

MÉTODO DE ACCESO A SHIP Y A OTROS RECURSOS:

- Visite **www.shiphelp.org** (haga clic en SHIP LOCATOR a mitad de página)
- Seleccione su **ESTADO** en la lista. Lo llevará a una página con números de teléfono y recursos específicos de su estado.

Método	**Programa de ayuda para Medicare de Michigan:** información **de contacto**
LLAME AL	1-800-803-7174
ESCRIBA A	Michigan Medicare Assistance Program 6105 W. St. Joseph Hwy., Suite 204 Lansing, MI 48917-4850
SITIO WEB	**www.mmapinc.org**

SECCIÓN 4 Organización para la Mejora de la Calidad

Hay una Organización para la Mejora de la Calidad designada en cada estado para atender a los beneficiarios de Medicare. En el caso de Michigan, la Organización para la Mejora de la Calidad se llama Livanta.

Livanta cuenta con un grupo de médicos y otros profesionales de la salud a quienes Medicare les paga para verificar la calidad de la atención que se brinda a las personas con Medicare y ayudar a mejorarla. Livanta es una organización independiente. No está conectada con nuestro plan.

Debe ponerse en contacto con Livanta si tiene una queja en relación con la calidad de la atención que recibió. Por ejemplo, puede comunicarse con Livanta si le dieron el medicamento equivocado o si le dieron medicamentos que interactúan de manera negativa.

Método	**Livanta (Organización para la Mejora de la Calidad de Michigan): información de contacto**
LLAME AL	1-888-524-9900 De lunes a viernes: de 9 a.m. a 5 p.m. (hora local) Sábados, domingos y todos los feriados nacionales: de 10 a.m. a 4 p.m. (hora local) El servicio de buzón de voz está disponible las 24 horas.
TTY	711 Este número requiere un equipo especial de telefonía y es solo para personas con problemas auditivos o del habla. De lunes a viernes: de 10 a.m. a 4 p.m. (hora local) Sábados, domingos y todos los feriados nacionales: de 11 a.m. a 3 p.m. (hora local) El servicio de buzón de voz está disponible las 24 horas.
ESCRIBA A	Livanta LLC BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
SITIO WEB	**www.livantaqio.com**

SECCIÓN 5 Seguro Social

Es responsabilidad del Seguro Social determinar la elegibilidad y gestionar la inscripción para Medicare. Son elegibles para Medicare los ciudadanos estadounidenses y los residentes legales permanentes de 65 años en adelante, o que tengan una discapacidad o sufran enfermedad renal terminal y reúnan ciertos requisitos. Si usted ya está recibiendo cheques del Seguro Social, su inscripción en Medicare es automática. Si no recibe cheques del Seguro Social, debe inscribirse en Medicare. Para solicitar la cobertura de Medicare, puede llamar o concurrir a la oficina local del Seguro Social.

El Seguro Social también tiene la responsabilidad de determinar quién debe pagar un monto extra por la cobertura de medicamentos de la Parte D debido a que cuenta con un ingreso mayor. Si recibió una carta del Seguro Social en la que se le informa que debe pagar el monto extra y

tiene dudas acerca de ese monto o si su ingreso se redujo debido a algún acontecimiento que cambió su vida, puede llamar al Seguro Social para pedir que se lo reconsidere.

Si se muda o cambia su dirección de correo, es importante que lo notifique al Seguro Social.

Método	Seguro Social: información de contacto
LLAME AL	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: de lunes a viernes, de 8 a.m. a 7 p.m. Para obtener información grabada y realizar algunos trámites, puede usar los servicios telefónicos automáticos del Seguro Social las 24 horas del día.
TTY	1-800-325-0778 Este número requiere un equipo especial de telefonía y es solo para personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: de lunes a viernes, de 8 a.m. a 7 p.m.
SITIO WEB	**www.ssa.gov**

SECCIÓN 6 Medicaid

Medicaid es un programa conjunto federal y estatal que ayuda a algunas personas con ingresos y recursos escasos a pagar los costos médicos. Algunas de las personas que tienen Medicare también son elegibles para obtener la ayuda de Medicaid. Los programas que se ofrecen a través de Medicaid ayudan a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare, como las primas de Medicare. Estos **Programas de ahorro de Medicare** incluyen lo siguiente:

- **Beneficiario calificado de Medicare (QMB):** Este programa ayuda a pagar las primas de las Partes A y B de Medicare y otros costos compartidos (como deducibles, coseguros y copagos). (Algunas de las personas que tienen QMB también son elegibles para obtener los beneficios completos de Medicaid [QMB+]).
- **Beneficiario de Medicare especificado de bajos ingresos (SLMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunas de las personas que tienen SLMB también son elegibles para obtener los beneficios completos de Medicaid [SLMB+]).
- **Persona que califica (QI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Trabajadores discapacitados calificados (QDWI, por sus siglas en inglés):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Si desea obtener más información sobre Medicaid y sus programas, comuníquese con el Departamento de Salud Comunitaria de Michigan, Administración de Servicios Médicos.

Método	Departamento de Salud Comunitaria de Michigan, Administración de Servicios Médicos: información de contacto
LLAME AL	1-800-642-3195 De lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m. hora del este
ESCRIBA A	Michigan Department of Health and Human Services 333 S. Grand Ave. P.O. Box 30195 Lansing, MI 48909
SITIO WEB	**https://www.michigan.gov/mdhhs**

SECCIÓN 7 Información sobre programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos recetados

El sitio web Medicare.gov **(https://www.medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs)** brinda información sobre cómo disminuir los costos de los medicamentos recetados. Las personas con ingresos limitados también tienen disponibles otros programas de asistencia, que se describen a continuación.

Programa de "ayuda adicional" de Medicare

Medicare proporciona "ayuda adicional" para pagar los costos de medicamentos recetados a personas con ingresos y recursos limitados. Los recursos incluyen sus ahorros y acciones, pero no su casa ni su auto. Si califica, usted obtiene ayuda para pagar la prima mensual de cualquier plan de medicamentos de Medicare, el deducible anual y los copagos y coseguros de medicamentos recetados. Esta "ayuda adicional" también se tiene en cuenta para calcular los costos a su cargo.

Si califica automáticamente para la "ayuda adicional", Medicare le enviará una carta por correo postal. No tendrá que hacer una solicitud. Si no califica automáticamente, es posible que pueda recibir "ayuda adicional" para pagar sus primas y costos de medicamentos recetados. Para averiguar si califica para obtener "ayuda adicional", llame al:

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

Si cree que califica para obtener "ayuda adicional" y que está pagando un monto incorrecto en los costos compartidos cuando obtiene los medicamentos recetados en la farmacia, nuestro plan cuenta con un proceso que le permite solicitar ayuda para obtener evidencia de su nivel correcto de copago o, si ya cuenta con la evidencia, de hacérnosla llegar.

Si tiene su evidencia:

Si está en la farmacia, puede entregar una de las siguientes formas de prueba para obtener un nivel menor de costos compartidos en el punto de venta (la documentación debe ser de algún mes posterior a junio del año anterior):

- Una copia de la tarjeta de beneficiario de Medicaid que incluya su nombre y fecha de elegibilidad.
- Copia del documento estatal que confirme su condición de activo en Medicaid.
- Una copia impresa de la inscripción electrónica estatal en la que conste la situación respecto de Medicaid.
- Una impresión de pantalla del sistema estatal de Medicaid en la que conste la situación respecto de Medicaid.
- Otra documentación provista por el estado en la que conste la situación respecto de Medicaid.
- Un aviso de adjudicación del ingreso de seguridad suplementario (SSI) con fecha vigente.
- Una carta de Información importante de la Administración del Seguro Social (SSA) en la que conste que el beneficiario es “automáticamente elegible para la ayuda adicional”.
    - Si es elegible para Medicaid, usted o su farmacéutico, su representante o cualquier persona que actúe en su nombre para establecer que usted está internado o, a partir de la fecha especificada por la secretaría, pero no antes del 1 de enero de 2012, si recibe servicios en el hogar y la comunidad (HCBS) y califica para el costo compartido nulo, tendrá que confirmar su condición de activo en Medicaid mediante proporcionar al menos una de las siguientes formas de prueba, que no deben tener fecha anterior al 1 de julio del año calendario anterior:
        - Una derivación de un centro de atención a largo plazo en la que conste el pago de Medicaid por un mes calendario completo.
        - Una copia de un documento estatal en la que conste el pago de Medicaid al centro de atención a largo plazo en su nombre por un mes calendario completo.
        - Una impresión de pantalla de los sistemas estatales de Medicaid en la que conste su situación institucional a partir de, por lo menos, la estadía de un mes calendario completo, a los fines del pago de Medicaid.
        - Un aviso de adjudicación del ingreso de seguridad suplementario (SSI) con fecha vigente.
        - Una carta de Información importante de la Administración del Seguro Social (SSA) en la que conste que el beneficiario es “automáticamente elegible para la ayuda adicional”.
        - Con vigencia a partir de la fecha especificada por la Secretaría, pero no antes del 1 de enero de 2012, una copia de lo siguiente:
            - Un Aviso de medidas, un Aviso de determinación o un Aviso de inscripción emitido por el estado que incluya el nombre del

beneficiario y la elegibilidad para los HCBS con una fecha que no sea antes de julio del año anterior.

- Un plan de HCBS aprobado por el estado que incluya el nombre del beneficiario y con una fecha de entrada en vigor durante un mes que no sea antes de julio del año anterior.
    - Una carta de aprobación de autorización previa para los HCBS emitida por el estado que incluya el nombre del beneficiario y con una fecha de entrada en vigor que no sea antes de julio del año anterior.
    - Otra documentación provista por el estado que demuestre la condición de elegibilidad para HCBS y que no tenga fecha de antes de julio del año anterior. O
    - Un documento emitido por el estado, como un aviso de pago, que confirme el pago de los HCBS y que incluya el nombre del beneficiario y las fechas de los HCBS.

Si usted no está en la farmacia o no puede entregar una de las formas de prueba mencionadas anteriormente, comuníquese con el servicio de atención al cliente.

- Cuando recibamos la prueba de su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema de manera que usted pueda pagar el copago correcto cuando le surtan la próxima receta en la farmacia. Si paga en exceso por su copago, le reembolsaremos el dinero. O bien le enviaremos un cheque por el monto que pagó en exceso o se lo descontaremos de pagos futuros. Si la farmacia no le ha cobrado el copago y ese copago permanece como una deuda suya, nosotros pagaremos directamente a la farmacia. Si el estado paga en su nombre, haremos el pago directamente al estado. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con el servicio de atención al cliente.
- **¿Qué sucede si usted tiene ayuda adicional y está cubierto por un programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP)?**

¿Qué es un programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP)?

El programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP) ayuda a las personas elegibles que tienen el VIH/SIDA para que puedan acceder a los medicamentos para el VIH que le salvarán la vida. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también están en el formulario del ADAP califican para una ayuda con los costos compartidos de medicamentos recetados a través del Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA/VIH de Michigan (MIDAP).

Nota: Para ser elegibles para el ADAP que opera en su estado, las personas deben cumplir con ciertos criterios, incluida la prueba de residencia en el estado y de su condición de paciente con VIH, bajos ingresos según la definición del estado y no tener seguro o estar subasegurada. Si cambia de planes, notifique al trabajador de inscripción de su ADAP local para poder seguir recibiendo asistencia. Para obtener más información sobre criterios de elegibilidad, medicamentos cubiertos, o cómo inscribirse en el programa, llame al 1-888-826-6565.

Método	Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA/VIH de Michigan (MIDAP): información de contacto
LLAME AL	1-888-826-6565 De lunes a viernes de 9 a.m. a 5 p.m.
FAX	1-517-335-7723
ESCRIBA A	Michigan Drug Assistance Program HIV Care Section Division of HIV/STI Programs, Client and Partner Services Bureau of HIV and STI Programs Michigan Department of Health and Human Services P.O. Box 30727 Lansing, MI 48909
SITIO WEB	**www.michigan.gov/mdhhs/keep-mi-healthy/chronicdiseases/hivsti/michigan-drug-assistance-program**

El plan de pago de medicamentos recetados de Medicare

El plan de pago de medicamentos recetados de Medicare es una nueva opción de pago que funciona con su cobertura de medicamentos actual, y le puede ayudar a gestionar sus costos de medicamentos dividiéndolos en **pagos mensuales que varían durante el año** (enero a diciembre). **Esta opción de pago puede ayudarle a gestionar sus gastos, pero no le hace ahorrar dinero o disminuir sus costos de medicamentos. La** "ayuda adicional" de Medicare y la ayuda de su SPAP y ADAP, para aquellas personas que reúnen los requisitos, es más ventajosa que la participación en el Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare. Todos los miembros son elegibles para participar en esta opción de pago, independientemente del nivel de ingreso y todos los planes de medicamentos de Medicare y los planes de salud de Medicare con cobertura de medicamentos deben ofrecer esta opción de pago. Comuníquese con nosotros o visite **www.Medicare.gov** para averiguar si esta opción de pago es adecuada para usted.

Método	El plan de pago de medicamentos recetados de Medicare: información de contacto
LLAME	1-877-241-2583 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 8 a.m. a 9 p.m. hora del este, de lunes a viernes. Del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a.m. a 9 p.m. hora del este, los siete días de la semana. La atención al cliente también tiene servicios de intérprete gratuitos disponibles para personas que no hablan inglés.

Método	El plan de pago de medicamentos recetados de Medicare: información de contacto
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 8 a.m. a 9 p.m. hora del este, de lunes a viernes. Del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a.m. a 9 p.m. hora del este, los siete días de la semana.
FAX	1-866-624-1090
ESCRIBA	Blue Cross Blue Shield of Michigan Medicare Plus Prescription Blue PDP Customer Service Inquiry Department – Mail Code X521 600 E. Lafayette Blvd. Detroit, MI 48226-2998
SITIO WEB	**www.bcbsm.com/medicare**

SECCIÓN 8 Cómo comunicarse con la Junta de Retiro para Empleados Ferroviarios

La Junta de Retiro para Empleados Ferroviarios (RRB) es una agencia federal independiente que administra los programas integrales de beneficios para los trabajadores ferroviarios del país y sus familias. Si usted recibe Medicare a través de la Junta de Retiro para Empleados Ferroviarios, es importante que les avise si se muda o cambia su dirección de correo. Si tiene preguntas sobre los beneficios que le corresponden de la Junta de Retiro para Empleados Ferroviarios, comuníquese con la agencia.

Método	Junta de Retiro para Empleados Ferroviarios: información de contacto
LLAME AL	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Si presiona “4”, podrá hablar con un representante de la RRB de 9 a.m. a 3 p.m. los lunes a viernes. Si presiona “1”, podrá acceder a la línea de ayuda automatizada de la RRB y a la información grabada las 24 horas del día, incluidos los fines de semana y feriados.
TTY	1-312-751-4701 Este número requiere un equipo especial de telefonía y es solo para personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número no son gratuitas.

SITIO WEB	**rrb.gov/**

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

Si, como parte de este plan, usted (o su cónyuge o su pareja de hecho) reciben beneficios de su empleador o grupo de jubilados (o del de su cónyuge o su pareja de hecho) y tiene alguna duda, puede llamar al administrador de los beneficios del empleador/sindicato o a servicio de atención al cliente. Puede preguntar acerca de los beneficios de salud, las primas o el período de inscripción que le ofrece su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge o su pareja de hecho). (Los números de teléfono de servicio de atención al cliente están impresos en la contraportada de este documento). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048) para preguntar acerca de la cobertura de Medicare bajo este plan.

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

CAPÍTULO 3:
Uso de la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

SECCIÓN 1 Introducción

En este capítulo, **se explican las normas que debe seguir para usar la cobertura de los medicamentos de la Parte D**.

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

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

Los dos ejemplos de medicamentos descritos anteriormente están cubiertos por Medicare Original. (Para obtener más información sobre esta cobertura, consulte el manual *Medicare y usted 2025*). Sus medicamentos recetados de la Parte D están cubiertos por nuestro plan.

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

Por lo general, el plan cubrirá los medicamentos siempre que siga las siguientes normas básicas:

- Un proveedor (un médico, dentista u otro proveedor de recetas) debe darle una receta que sea válida según las leyes estatales pertinentes.
- El proveedor de recetas no debe estar en las listas de exclusión de Medicare.
- Por lo general, debe usar una farmacia de la red para surtir su receta.(Consulte la Sección 2 de este capítulo, o puede s*urtir su receta médica mediante el servicio de pedido por correo del plan*).
- Su medicamento debe estar incluido en la *Lista de medicamentos cubiertos (formulario)* (para abreviar, la llamamos “Lista de medicamentos”). (Consulte la Sección 3 en este capítulo).
- El medicamento se debe usar para una indicación médicamente aceptada. Una *indicación médicamente aceptada* es el uso de un medicamento que está aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos, o bien cuenta con el aval de determinadas referencias. (Consulte la Sección 3 de este capítulo para obtener más información sobre las indicaciones médicamente aceptadas).
- Su medicamento puede requerir la aprobación antes de que le brindemos cobertura. (Consulte la Sección 4 de este capítulo para obtener más información sobre restricciones en su cobertura).

SECCIÓN 2 Surta su receta médica en una farmacia de la red o mediante el servicio de pedido por correo del plan

Sección 2.1 Use una farmacia de la red

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

Una farmacia de la red es aquella que tiene contrato con el plan para proporcionar los medicamentos recetados cubiertos. La expresión *medicamentos cubiertos* se refiere a todos los medicamentos recetados de la Parte D que están en la Lista de medicamentos del plan.

Sección 2.2 Farmacias de la red

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

Para encontrar una farmacia de la red, puede buscar en nuestro *Directorio de farmacias*, visitar nuestro sitio web (**www.bcbsm.com/pharmaciesmedicare**) o llamar a servicio de atención al cliente.

Puede ir a cualquiera de las farmacias de nuestra red. Algunas de nuestras farmacias de la red ofrecen costo compartido preferido, que puede ser más bajo que el costo compartido en una farmacia que ofrece costo compartido estándar. El *Directorio de farmacias* le indica cuáles son las farmacias de la red que ofrecen costo compartido preferido. Comuníquese con nosotros para obtener más información sobre cómo los costos a su cargo podrían variar para distintos medicamentos.

¿Qué sucede si la farmacia que estuvo usando abandona la red?

Si la farmacia que estuvo usando abandona la red del plan, tendrá que buscar una nueva farmacia que esté dentro de la red. O si la farmacia que estuvo usando permanece dentro de la red, pero ya no ofrece costos compartidos preferidos, es posible que quiera cambiar a otra farmacia preferida o de la red, si hay una disponible. Para buscar otra farmacia en su área, puede obtener ayuda del servicio de atención al cliente o usar el *Directorio de farmacias*. También encontrará información en nuestro sitio web en **www.bcbsm.com/pharmaciesmedicare**.

¿Qué debe hacer si necesita una farmacia especializada?

Algunas recetas médicas se deben surtir en una farmacia especializada. Entre las farmacias especializadas se incluyen las siguientes:

- Farmacias que suministran medicamentos para el tratamiento de infusión en el hogar.
- Farmacias que suministran medicamentos para quienes residen en un centro de atención a largo plazo (LTC). Por lo general, los centros de LTC (por ejemplo, un asilo de ancianos) tienen su propia farmacia. Si tiene alguna dificultad para acceder a sus beneficios de la Parte D en un centro de LTC, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente.

- Farmacias que atienden al Servicio de Salud para Indígenas/Programa de Salud para Indígenas Tribal/Urbano (no disponible en Puerto Rico). Excepto en casos de emergencia, solo los indígenas nativos americanos o nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias en nuestra red.
- Farmacias que dispensan medicamentos que la FDA limita a determinadas ubicaciones o que requieren manejo especial, coordinación con el proveedor o información para su uso. (**Nota:** Esta no debería ser una situación habitual). Para ubicar una farmacia especializada, busque en el *Directorio de farmacias* **www.bcbsm.com/pharmaciesmedicare** o llame a servicio de atención al cliente.

Sección 2.3 Uso del servicio de pedido por correo del plan

Para ciertos tipos de medicamentos, puede usar el servicio de pedido por correo de la red del plan. Por lo general, los medicamentos que se proporcionan a través de pedido por correo son los que toma con regularidad para tratar una enfermedad crónica o a largo plazo.

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

Para obtener información sobre cómo surtir sus recetas por correo, empezar a usar el servicio de pedido por correo de Prescription Blue PDP o si su pedido por correo se demora, comuníquese con las farmacias de pedido por correo de nuestra red:

Entrega a domicilio de Optum: costo compartido preferido
1-855-810-0007
Las 24 horas del día, los 7 días de la semana
TTY: 711

O

Servicio por correo Walgreens: costo compartido estándar
1-866-877-2392
TTY: 1-800-925-0178
Las 24 horas del día, los 7 días de la semana
www.WalgreensMailServices.com
En español: 1-800-778-5427
TTY: 1-877-220-6173

Los formularios de pedido por correo también están disponibles en **www.bcbsm.com/medicare**. También puede comunicarse con el Servicio de Atención al Cliente para solicitar un formulario de pedido por correo. Tenga presente que debe usar los servicios de pedido por correo de nuestra red.

Por lo general, el pedido por correo de una farmacia se entrega en una semana o menos. Sin embargo, puede que en ocasiones su pedido se demore. Si no recibe los medicamentos recetados de pedido por correo en un plazo de 14 días y no recibió ninguna llamada de su proveedor de pedido por correo, es posible que su pedido esté demorado. Llame de inmediato al proveedor de servicio de pedido por correo.

Recetas nuevas que el consultorio de su médico envía a la farmacia directamente. La farmacia surtirá y entregará automáticamente las recetas nuevas que recibe de los proveedores de atención de la salud sin consultarle antes si:

- Usted utilizó los servicios de pedido por correo con este plan en el pasado.
- Usted se inscribió en la entrega automática de todas las recetas nuevas recibidas de los proveedores de atención de la salud. Puede solicitar la entrega automática de todas las recetas nuevas en cualquier momento accediendo a su perfil de entrega a domicilio de Optum o llamando a la farmacia de pedido por correo.

Si recibe una receta automáticamente por correo que no desea y no lo contactaron para ver si la quería antes del envío, puede ser elegible para un reembolso.

Si utilizó el pedido por correo en el pasado y no desea que la farmacia surta y envíe automáticamente las recetas nuevas, comuníquese con nosotros a través de su perfil de entrega a domicilio de Optum o llamando a la farmacia de pedido por correo.

Si nunca utilizó nuestra entrega de pedido por correo o decide dejar de surtir las recetas nuevas automáticamente, la farmacia se comunicará con usted cada vez que reciba una receta nueva de un proveedor de atención de la salud para ver si desea que le surtan y envíen el medicamento inmediatamente. Es importante que responda cada vez que lo contacte la farmacia, a fin de informarles si deben enviar, demorar o cancelar la receta nueva.

Reabastecimiento de recetas de pedido por correo. Para el reabastecimiento de medicamentos, tiene la opción de inscribirse en el programa de reabastecimiento automático. En este programa comenzaremos a procesar su siguiente reabastecimiento de forma automática cuando nuestros registros nos indiquen que está cerca de quedarse sin el medicamento. La farmacia se comunicará con usted antes de enviarle cada reabastecimiento a fin de asegurarse de que necesita más medicamentos y podrá cancelar el reabastecimiento programado si tiene una cantidad suficiente del medicamento o si ha cambiado de medicamento.

Si decide no utilizar el programa de reabastecimiento automático, pero desea que la farmacia de pedido por correo le envíe la receta, póngase en contacto con la farmacia 30 días antes del vencimiento de la receta actual. De ese modo se asegurará de que el pedido se envíe a tiempo.

Para darse de baja del programa que prepara automáticamente el reabastecimiento de pedido por correo, póngase en contacto con nosotros a través de su perfil de entrega a domicilio de Optum o llamando a la farmacia de pedido por correo.

Si recibe por correo un reabastecimiento automático que no quiere, es posible que sea elegible para un reembolso.

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

En la "Lista de medicamentos", el plan ofrece dos maneras de obtener suministros a largo plazo (también denominado *suministro extendido*) de medicamentos *de mantenimiento*. (Estos son los medicamentos que toma regularmente para tratar una enfermedad crónica o a largo plazo).

1. Algunas farmacias minoristas de la red le permitirán obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento (que ofrecen costo compartido preferido) a un monto menor de costo compartido. Su *Directorio de farmacias* **www.bcbsm.com/medicare** le informa cuáles son las farmacias de nuestra red que le pueden dar un suministro a largo plazo de los medicamentos de mantenimiento. También puede comunicarse con servicio de atención al cliente para obtener más información.
2. También podría recibir los medicamentos de mantenimiento a través de nuestro programa de pedido por correo. Consulte la Sección 2.3 para obtener más información.

Sección 2.5 ¿Cuándo puede usar una farmacia que no forma parte de la red del plan?

Su receta puede estar cubierta en determinadas situaciones

Por lo general, cubrimos las recetas de medicamentos que se surten en una farmacia fuera de la red *solo* cuando usted no puede utilizar una farmacia de la red. Para ayudarlo, contamos con farmacias de la red fuera del área de servicio en las cuales puede surtir sus recetas como miembro de nuestro plan. **Consulte primero con servicio de atención al cliente** para saber si hay una farmacia de la red cerca. Es posible que le soliciten que pague la diferencia entre lo que paga por un medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia de la red.

A continuación, se detallan las circunstancias en las que cubriríamos los medicamentos recetados que surta en una farmacia fuera de la red (incluidos los medicamentos autoadministrados brindados en un entorno ambulatorio):

- Si viaja fuera del área de servicio del plan (dentro de los Estados Unidos y sus territorios) y se queda sin su medicación, si pierde sus medicamentos o si se enferma y no tiene acceso a una farmacia de la red.
- Si no puede obtener un medicamento cubierto de manera oportuna porque no hay ninguna farmacia de la red a una distancia en coche razonable que brinde servicios las 24 horas.
- Si intenta surtir un medicamento recetado que normalmente no se encuentra en un minorista accesible de la red o una farmacia de pedido por correo.
- Si recibe medicamentos de la Parte D dispensados por una farmacia institucional fuera de la red mientras es un paciente en un departamento de emergencias, una clínica del proveedor, un centro quirúrgico ambulatorio u otra ubicación ambulatoria.
- Si ha recibido la receta durante una declaración de catástrofe estatal o federal u otra declaración de emergencia de salud pública en la que haya sido evacuado o desplazado

del área de servicio del plan o su lugar de residencia y no puede esperar obtener de manera lógica los medicamentos cubiertos de la Parte D en una farmacia de la red.

- Usted es responsable de los costos de bolsillo, pero puede solicitar un reembolso. Deberá presentar solicitudes de reembolso al Gerente de beneficios de la farmacia del plan. Los medicamentos aún están sujetos a autorización previa o revisión clínica.

¿Cómo solicita un reembolso de nuestro plan?

Si debe usar una farmacia fuera de la red, por lo general tendrá que pagar el costo total (en vez de solo pagar la parte que le corresponde normalmente) en el momento de surtir la receta. Podrá solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte del costo. (El Capítulo 5, Sección 2, explica cómo solicitar al plan el reembolso).

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

Sección 3.1 La Lista de medicamentos le indica cuáles son los medicamentos cubiertos de la Parte D

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

El plan selecciona los medicamentos de esta lista con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista cumple los requisitos de Medicare y tiene la aprobación de Medicare.

Los medicamentos de la Lista de medicamentos son solo los cubiertos por la Parte D de Medicare.

Por lo general, cubriremos un medicamento que esté en la Lista de medicamentos siempre que usted siga las demás normas de cobertura que se explican en este capítulo y el medicamento se use para una indicación médicamente aceptada. Una *indicación médicamente aceptada* es el uso de un medicamento que cumple con *al menos uno* de los siguientes requisitos:

- Está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos para el diagnóstico o la afección para la cual se lo recetó, o
- O bien, cuenta con el aval de ciertas referencias, como la Información sobre medicamentos del formulario del servicio hospitalario estadounidense y el sistema de información Micromedex DRUGDEX.

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

Un medicamento de marca es un medicamento recetado que se vende con un nombre de marca comercial perteneciente al fabricante del medicamento. Los productos biológicos son más complejos que los medicamentos comunes. En la Lista de medicamentos, cuando decimos *medicamentos*, podríamos referirnos a un medicamento o a un producto biológico.

Un medicamento genérico es un medicamento recetado que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Los productos biológicos tienen alternativas denominadas biosimilares. Por lo general, los genéricos y los biosimilares funcionan tan bien como el medicamento de marca o el producto biológico original y suelen costar menos. Hay sustitutos genéricos disponibles para la mayoría de los medicamentos de marca. Hay alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son biosimilares intercambiables y, según la ley del estado, pueden ser reemplazados por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, como los medicamentos genéricos pueden ser reemplazados por medicamentos de marca.

Consulte el Capítulo 10 para conocer las definiciones de los tipos de medicamentos que pueden estar en la Lista de Medicamentos

¿Qué *no* está en la Lista de medicamentos?

El plan no cubre todos los medicamentos recetados.

- En algunos casos, las leyes no permiten que ningún plan de Medicare cubra determinados tipos de medicamentos (Para obtener más información sobre este asunto, consulte la Sección 7.1 de este capítulo).
- En otros casos, hemos decidido no incluir un medicamento específico en la Lista de medicamentos. En algunos casos, es posible que pueda obtener un medicamento que no figura en la Lista de medicamentos. (Para obtener más información, consulte el Capítulo 7).

Sección 3.2 Existen cinco niveles de costo compartido para los medicamentos de la Lista de medicamentos

Cada medicamento de la Lista de medicamentos se encuentra en uno de los cinco niveles de costos compartidos. En general, cuanto más alto sea el nivel de costos compartidos, más alto será su costo para el medicamento.

- Nivel 1 - Medicamentos genéricos preferidos: son medicamentos genéricos del nivel más bajo de costo compartido.
- Nivel 2 - Medicamentos genéricos: son medicamentos genéricos, pero que no pertenecen al nivel más bajo de costo compartido.
- Nivel 3 - Medicamentos de marca preferida: este nivel contiene la mayor parte de los medicamentos de marca y además incluye algunos medicamentos genéricos de alto costo.
- Nivel 4 - Medicamentos no preferidos: son medicamentos genéricos y de marca que no están en el nivel preferido.
- Nivel 5 - Medicamentos de especialidades: contiene medicamentos de marca y genéricos de alto costo (mayor nivel).

Para saber en qué nivel de costos compartidos se encuentra su medicamento, búsquelo en la Lista de medicamentos del plan.

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

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

Tiene 4 maneras de averiguarlo:

1. Consulte la Lista de medicamentos más reciente que proporcionamos de manera electrónica.
2. Visite el sitio web del plan (**www.bcbsm.com/medicare**). La Lista de medicamentos que hay en el sitio web es siempre la más actualizada.
3. Llame a servicio de atención al cliente para averiguar si un medicamento específico está en la Lista de medicamentos del plan o para solicitar una copia de la lista.
4. Use la "Real-Time Benefit Tool" (Herramienta de beneficios en tiempo real) del plan e inicie sesión como miembro (**www.bcbsm.com/medicare** o llamando a servicio de atención al cliente). Con esta herramienta, puede buscar los medicamentos en la Lista de medicamentos para ver una estimación de lo que pagará y si hay medicamentos alternativos en la Lista de medicamentos que trate la misma afección.

SECCIÓN 4 Existen restricciones en la cobertura de algunos medicamentos

Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?

Para algunos medicamentos recetados, hay normas especiales que restringen cómo y cuándo los cubre el plan. Un equipo formado por médicos y farmacéuticos desarrolló estas normas para alentarlos a usted y a su proveedor a usar los medicamentos de la manera más efectiva. Para averiguar si alguna de estas restricciones aplica a un medicamento que está tomando o que desea tomar, consulte la Lista de medicamentos.

Tenga presente que, en ocasiones, un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra Lista de medicamentos. Esto se debe a que los mismos medicamentos pueden variar según la concentración, la cantidad o la presentación del medicamento que haya indicado el proveedor de atención médica, y es posible que se apliquen distintas restricciones o costos compartidos a las diferentes versiones del medicamento (por ejemplo, 10 mg o 100 mg, uno por día o dos por día, comprimidos o líquido).

Sección 4.2 ¿Qué clases de restricciones?

Las secciones a continuación le dan más información sobre las clases de restricciones que usamos para algunos medicamentos.

Si hay alguna restricción para su medicamento, generalmente significa que usted o su proveedor deberán seguir pasos adicionales para que lo cubramos. Comuníquese con el servicio de atención al cliente para saber lo que usted o su proveedor tendrían que hacer para conseguir la cobertura del medicamento. **Si desea que anulemos una restricción, deberá seguir el proceso de decisión de cobertura y solicitarnos que hagamos una excepción.** Puede que aceptemos o no anular la restricción en su caso. (Consulte el Capítulo 7).

Obtener la aprobación anticipada del plan

Para ciertos medicamentos, usted o su proveedor deberán obtener la autorización del plan, en función de criterios específicos, antes de que accedamos a cubrir el medicamento. Esto se denomina **autorización previa**. Se implementa para garantizar la seguridad del medicamento y ayudar a guiar el uso adecuado de determinados medicamentos. Si no obtiene esta aprobación, el medicamento podría no tener cobertura de nuestro plan.

Probar otro medicamento primero

Este requisito lo anima a probar un medicamento menos costoso, pero que por lo general tiene la misma eficacia, antes de que el plan cubra otro medicamento. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma enfermedad, el plan puede solicitarle que primero pruebe el medicamento A. Si el medicamento A no le resulta eficaz, entonces el plan cubrirá el medicamento B. Este requisito de probar primero con un medicamento distinto se denomina **terapia escalonada**.

Límites de cantidad

En el caso de algunos medicamentos, limitamos la cantidad que puede obtener cada vez que surte la receta. Por ejemplo, si habitualmente se considera seguro tomar solo una píldora por día de determinado medicamento, podemos limitar la cobertura de su receta a no más de una píldora por día.

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

Sección 5.1 Puede tomar medidas si su medicamento no está cubierto de la manera que usted quisiera

Hay situaciones en las que hay un medicamento recetado que está tomando actualmente, o uno que usted y su proveedor consideran que debe tomar, que no está incluido en nuestro formulario o que está en nuestro formulario con restricciones. Por ejemplo:

- Puede que el medicamento no tenga ninguna cobertura. O tal vez se cubra una versión genérica del medicamento, pero no la versión de marca que usted desea tomar.
- El medicamento está cubierto, pero existen normas adicionales o restricciones en la cobertura de ese medicamento, como se explica en la Sección 4.

- El medicamento está cubierto, pero se encuentra en un nivel de costos compartidos que hace que la parte que le corresponde del costo compartido sea más costosa de lo que usted considera que debería ser.
- Puede tomar medidas si su medicamento no está cubierto de la manera que usted quisiera que esté cubierto. **Si el medicamento no está en la Lista de medicamentos o si tiene restricciones, consulte la Sección 5.2 para saber lo que puede hacer**.
- **Si su medicamento se encuentra en un nivel de costos compartidos que hace que le resulte más costoso de lo que considera que debería ser, consulte la Sección 5.3 para saber lo que puede hacer.**

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

Si el medicamento no está en la "Lista de medicamentos" o si tiene restricciones, estas son sus opciones:

- Puede obtener un suministro temporal del medicamento.
- Puede cambiarlo por otro medicamento.
- Puede solicitar una excepción y pedir que el plan cubra el medicamento o que quite las restricciones de este.

Puede obtener un suministro temporal

En determinadas circunstancias, el plan debe proporcionar un suministro temporal de un medicamento que ya está tomando. Este suministro temporal le dará tiempo para hablar con su proveedor sobre el cambio.

A fin de reunir los requisitos para un suministro temporal. el medicamento que toma **no debe estar más en la Lista de medicamentos del plan** O **ahora tiene algún tipo de restricción**.

- **Si es un miembro nuevo,** cubriremos un suministro temporal del medicamento durante los primeros **108 días** de su membresía en el plan.
- **Si estaba en el plan el año anterior,** cubriremos un suministro temporal del medicamento los primeros **108 días** del año calendario.
- Este suministro temporal será por un máximo de 31 días. Si en su receta se indican menos días, le permitiremos surtir varias recetas hasta alcanzar un máximo de 31 días de medicamento. Las recetas se deben surtir en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que las farmacias de atención a largo plazo podrían proporcionar el medicamento en cantidades menores cada vez a fin de evitar desperdicios).
- **En el caso de aquellos miembros que han estado en el plan por más de 108 días, que residen en un centro de atención a largo plazo y necesitan un suministro de inmediato:**

  Cubriremos un suministro de emergencia por 31 días de un medicamento específico o menos si en la receta se indican menos días. Esto es aparte del suministro temporal mencionado anteriormente.

- **Para los miembros que necesitan un suministro temporal de un medicamento que no está en el formulario o que solicitan una excepción del formulario debido a un cambio en el nivel de atención:**

  Se proporcionará un suministro de transición de emergencia a los miembros actuales que ingresen en un centro desde otro entorno de atención o abandonen un centro por otro entorno de atención. Este suministro de transición no se limita a la inscripción inicial únicamente. Nuestra política de transición cubre un suministro de transición para los afiliados que cambian de nivel de atención, por ejemplo, cuando un miembro ingresa en un centro de atención a largo plazo desde un hospital u otra ubicación. El proveedor de la farmacia debe comunicarse con el Servicio de Asistencia Técnica Farmacéutica para solicitar una anulación del cambio en el nivel de atención en su nombre.

Si tiene preguntas sobre el suministro temporal, llame a servicio de atención al cliente.

Mientras usa el suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se acabe su suministro temporal. Tiene dos opciones:

1) Puede cambiar a otro medicamento

Hable con su proveedor para ver si hay un medicamento diferente cubierto por el plan que pueda funcionar igual de bien para usted. Puede llamar a servicio de atención al cliente para pedir una lista de los medicamentos cubiertos que traten la misma enfermedad. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que pueda ser eficaz para usted.

2) Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden pedirle al plan que haga una excepción y cubra el medicamento de la manera que usted quiere que lo cubra. Si su proveedor dice que hay motivos médicos que justifican su pedido de una excepción, el proveedor puede ayudarlo a solicitar una excepción. Por ejemplo, puede pedir que el plan cubra un medicamento, aunque no esté en la Lista de medicamentos del plan. O puede pedir que el plan haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

Si actualmente es miembro del plan y uno de los medicamentos que toma se quitará del formulario o tendrá restricciones de algún tipo el año próximo, le informaremos sobre cualquier cambio antes del nuevo año. Puede solicitar una excepción antes del año próximo y le daremos una respuesta en un lapso de 72 horas a partir del momento en que recibamos su solicitud (o la declaración de respaldo del proveedor que receta). Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura antes de que el cambio entre en vigencia.

Si usted o su proveedor desean pedirnos una excepción, el Capítulo 7, Sección 5.4 le indica qué hacer. Explica los procedimientos y los plazos establecidos por Medicare para asegurarse de que su solicitud se maneje de manera justa y oportuna.

Sección 5.3 ¿Qué puede hacer si su medicamento está en un nivel de costos compartidos que considera demasiado alto?

Esto es lo que puede hacer si su medicamento se encuentra dentro de un nivel de costos compartidos que usted considera demasiado alto:

Puede cambiar a otro medicamento

Si su medicamento se encuentra dentro de un nivel de costos compartidos que usted considera demasiado alto, hable con su proveedor. Podría haber un medicamento distinto en un nivel menor de costos compartidos que tenga la misma eficacia en su caso. Puede llamar a servicio de atención al cliente para pedir una lista de los medicamentos cubiertos que traten la misma enfermedad. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que pueda ser eficaz para usted.

Puede solicitar una excepción

Usted o su proveedor pueden pedir que el plan haga una excepción en el nivel de costos compartidos para este medicamento de modo que usted pueda pagar menos por este. Si su proveedor dice que hay motivos médicos que justifican su pedido de una excepción, el proveedor puede ayudarlo a solicitar una excepción a la norma.

Si usted o su proveedor desean pedirnos una excepción, el Capítulo 7, Sección 5.4, le indica qué hacer. Explica los procedimientos y los plazos establecidos por Medicare para asegurar que su solicitud se maneje de manera justa y oportuna.

Los medicamentos dentro del nivel 5, Medicamentos de especialidades, no son elegibles para este tipo de excepción. No reducimos el monto de costos compartidos para los medicamentos que están en este nivel.

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

Sección 6.1 La Lista de medicamentos puede cambiar durante el año

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos suceden al principio de cada año (1 de enero). Sin embargo, el plan puede hacer algunos cambios a la Lista de medicamentos durante el año. Por ejemplo, el plan podría hacer lo siguiente:

- **Agregar o eliminar medicamentos de la Lista de medicamentos.**
- **Cambiar medicamentos a un nivel superior o inferior de costo compartido.**
- **Agregar o eliminar una restricción a la cobertura de un medicamento.**
- **Reemplazar un medicamento de marca por una versión genérica del medicamento.**
- **Reemplazar un producto biológico original por una versión biosimilar intercambiable del producto biológico.**

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

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

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

Información sobre los cambios en la cobertura de medicamentos

Cuando se realizan cambios en la Lista de medicamentos, publicamos en nuestro sitio web la información sobre esos cambios. También actualizamos nuestra Lista de medicamentos en línea regularmente. En esta sección se describen los tipos de cambios que hacemos a la Lista de medicamentos y en qué ocasiones le avisaremos directamente si se efectúan cambios para un medicamento que está tomando.

Cambios que podemos hacer a la Lista de medicamentos que lo afectan durante el año vigente del plan

- **Agregar nuevos medicamentos a la Lista de medicamentos e inmediatamente eliminar o hacer cambios a un medicamento similar en la Lista de medicamentos con aviso previo.**
  - Cuando se agrega una nueva versión de un medicamento a la Lista de medicamentos, podemos eliminar de inmediato un medicamento similar de la Lista de medicamentos, mover el medicamento similar a un nivel de costo compartido diferente, agregar nuevas restricciones, o ambos. La nueva versión del medicamento que agregamos estará en el mismo nivel de costo compartido o inferior y con las mismas restricciones o menos.
  - Haremos estos cambios solo si agregamos una nueva versión genérica de un medicamento de marca o agregamos determinadas versiones nuevas de biosimilares de un producto biológico original que ya estaba en la Lista de medicamentos.
  - Podemos hacer estos cambios de inmediato e informarle posteriormente, incluso si está tomando el medicamento que estamos eliminando o al que le estamos realizando cambios. Si está tomando el medicamento similar al momento en que hacemos el cambio, le informaremos sobre cualquier cambio específico que hayamos hecho.

- **Eliminar medicamentos peligrosos y otros medicamentos incluidos en la Lista de medicamentos que son retirados del mercado**
  - En ocasiones, es posible que un medicamento se declare como peligroso o que se lo retire del mercado por otro motivo. Si esto sucede, es posible que retiremos el medicamento de la Lista de medicamentos de inmediato. Si está usando ese medicamento, le informaremos después de realizar el cambio.

- **Hacer otros cambios efectuados en los medicamentos incluidos en la Lista de medicamentos.**

- Una vez comenzado el año, podríamos hacer otros cambios que afecten a los medicamentos que está tomando. Por ejemplo, basados en los recuadros de advertencias de la FDA o en nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare.
- Le informaremos al menos 30 días antes de realizar estos cambios, o le informaremos sobre el cambio y cubriremos un reabastecimiento por 31 días adicional del medicamento que está tomando.

Si hacemos cualquiera de estos cambios a cualquier medicamento que está tomando, hable con el proveedor de recetas sobre las opciones que funcionarían mejor para usted, incluido cambiar a un medicamento diferente para tratar una afección, o solicitar una decisión de cobertura que satisfaga cualquier nueva restricción al medicamento que toma. Usted o el proveedor de recetas pueden solicitarnos una excepción para seguir brindándole la cobertura de la versión del medicamento que ha estado tomando. Para obtener más información sobre cómo pedir una decisión de cobertura, lo que incluye una excepción, consulte el Capítulo 7.

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

Es posible que hagamos algunos cambios en la Lista de medicamentos que no se describan en la sección anterior. En estos casos, el cambio no le aplicará si está tomando el medicamento cuando se produce el cambio; sin embargo, es probable que esos cambios lo afecten a partir del 1 de enero del siguiente año del plan si permanece en el mismo.

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

- Pasamos el medicamento a un nivel superior de costos compartidos.
- Añadimos una restricción al uso del medicamento.
- Quitamos el medicamento de la Lista de medicamentos.

Si se aplica alguno de estos cambios a un medicamento que está tomando (excepto por un retiro del mercado, un medicamento genérico que reemplaza a un medicamento de marca u otros cambios mencionados en las secciones anteriores), el cambio no afectará a su uso ni a lo que le corresponda pagar hasta el 1 de enero del año próximo.

No le informaremos directamente sobre estos tipos de cambios durante el año vigente del plan. Tendrá que revisar la Lista de medicamentos para el siguiente año del plan (cuando la lista esté disponible durante el período de inscripción abierta) para ver si hay algún cambio en los medicamentos que toma que lo afecte durante el siguiente año del plan.

SECCIÓN 7 ¿Qué clases de medicamentos *no* están cubiertos por el plan?

Sección 7.1 Clases de medicamentos que no cubrimos

Esta sección trata las clases de medicamentos recetados que están *excluidos*. Esto significa que Medicare no paga estos medicamentos.

Si toma medicamentos que están excluidos, debe pagarlos por su cuenta. Si apela y se determina que el medicamento solicitado no está excluido según la Parte D, lo pagaremos o lo cubriremos. (Para obtener más información sobre cómo apelar una decisión, vaya al Capítulo 7).

Estas son las normas generales sobre los medicamentos que los planes de medicamentos de Medicare no cubrirán por la Parte D:

- La cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto por Medicare Parte A o Parte B.
- Nuestro plan no puede cubrir un medicamento que se haya comprado fuera de los Estados Unidos o sus territorios.
- Nuestro plan no puede cubrir el uso fuera de lo indicado en la etiqueta. de un medicamento.
- Cuando el uso no cuenta con el aval de ciertas referencias, como la Información sobre medicamentos del formulario del servicio hospitalario estadounidense y el sistema de información Micromedex DRUGDEX. El uso *fuera de lo indicado* del medicamento es cualquier uso del medicamento que no sea el que se indica en la etiqueta de este según está aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos.

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

- Medicamentos no recetados (también llamados medicamentos de venta libre)
- Medicamentos que se usan para estimular la fertilidad
- Medicamentos que se usan para aliviar los síntomas de la tos o del resfrío
- Medicamentos que se usan con fines estéticos o para estimular el crecimiento del cabello
- Vitaminas y productos minerales recetados, excepto las vitaminas prenatales y las preparaciones con flúor
- Medicamentos que se usan para tratar la disfunción eréctil o sexual
- Medicamentos que se usan para tratar la anorexia, la pérdida de peso o el aumento de peso
- Medicamentos para pacientes ambulatorios para los cuales el fabricante procura exigir que las pruebas o los servicios de control asociados se adquieran exclusivamente del fabricante como condición de venta

Si recibe “ayuda adicional” de Medicare para pagar sus recetas, el programa “ayuda adicional” no pagará los medicamentos que no suelen estar cubiertos. Sin embargo, si tiene cobertura para pagar medicamentos a través de Medicaid, el programa Medicaid de su estado puede cubrir algunos medicamentos recetados que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare. Comuníquese con el programa de Medicaid que tiene en su estado para determinar qué cobertura de medicamentos está disponible para usted. (Encontrará los números de teléfono y la información de contacto de Medicaid en el Capítulo 2, Sección 6).

SECCIÓN 8 Cómo surtir una receta

Sección 8.1 Proporcione la información de su membresía

Para surtir una receta, proporcione la información de la membresía del plan, que figura en su tarjeta de miembro, en la farmacia de la red que elija. La farmacia de la red facturará automáticamente al plan *nuestra* parte del costo del medicamento. Tendrá que pagar a la farmacia *su* parte del costo cuando retire el medicamento.

Sección 8.2 ¿Qué sucede si no tiene la tarjeta de información de la membresía con usted?

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

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, **es posible que tenga que pagar la totalidad del costo del medicamento cuando lo retire.** (Luego puede **solicitarnos que le reembolsemos** la parte que nos corresponde. Consulte el Capítulo 5, Sección 2, para obtener información sobre cómo pedir que el plan le haga un reembolso).

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

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

Si es admitido en un hospital o en un centro de enfermería especializada, por lo general Medicare Original (o su plan de salud de Medicare con cobertura de la Parte A y B, si corresponde) cubrirá el costo de los medicamentos recetados durante la hospitalización. Una vez que deje el hospital o el centro de enfermería especializada, el plan cubrirá sus medicamentos recetados, siempre que estos cumplan con todas nuestras normas de cobertura descritas en este capítulo.

Sección 9.2 ¿Qué sucede si reside en un centro de atención a largo plazo?

En general, un centro de atención a largo plazo (LTC), como un asilo de ancianos, tiene su propia farmacia o usa una farmacia que provee medicamentos a todos sus residentes. Si usted reside en un centro de LTC, podrá obtener sus medicamentos recetados mediante la farmacia del centro o la que se use allí, siempre que esta sea parte de nuestra red.

Consulte el *Directorio de farmacias* **www.bcbsm.com/pharmaciesmedicare** para averiguar si la farmacia del centro de LTC o la que utiliza es parte de nuestra red. Si no lo es, o si necesita más información o ayuda, comuníquese con servicio de atención al cliente. Si usted está en un centro

de LTC, debemos asegurarnos de que pueda recibir de manera rutinaria sus beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias de LTC.

¿Qué sucede si es residente en un centro de atención a largo plazo (LTC) y necesita un medicamento que no está en nuestra "Lista de medicamentos" o que tiene alguna restricción?

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

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

Su inscripción en Prescription Blue PDP no afecta su cobertura de medicamentos cubiertos por Medicare Parte A o Parte B. Si cumple los requisitos de cobertura de Medicare, su medicamento seguirá teniendo cobertura de Medicare Parte A o Parte B, incluso si está inscrito en este plan. Además, si el medicamento tendría cobertura de Medicare Parte A o Parte B, nuestro plan no puede cubrirlo, incluso si decide no inscribirse en la Parte A o la Parte B.

Algunos medicamentos pueden tener cobertura de Medicare Parte B en algunas situaciones y de Prescription Blue PDP en otras. Pero los medicamentos nunca están cubiertos por la Parte B y por nuestro plan al mismo tiempo. En general, el farmacéutico o el proveedor determinarán si deben facturar el medicamento a Medicare Parte B o a Prescription Blue PDP.

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

Si actualmente tiene una póliza de Medigap que incluye cobertura para medicamentos recetados, debe comunicarse con el emisor de Medigap y dígale que se ha inscrito en nuestro plan.
Si decide mantener su póliza actual de Medigap, el emisor de Medigap quitará la parte de la cobertura de medicamentos recetados de su póliza de Medigap y bajará su prima.

Todos los años, su empresa de seguros de Medigap debe enviar un aviso que le informe si su cobertura de medicamentos recetados es válida y las opciones que tiene de cobertura de medicamentos. (Si la cobertura de la póliza de Medigap válida, eso significa que se espera que esta pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare). El aviso también explicará cuánto se bajará de su prima si quita la parte de la cobertura de medicamentos recetados de su póliza de Medigap. Si no recibió este aviso, o si no lo encuentra, comuníquese con la empresa de seguros de Medigap y solicite otra copia.

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

Si actualmente cuenta con otra cobertura de medicamentos recetados a través de su empleador o grupo de jubilados (o del de su cónyuge o su pareja de hecho), comuníquese con el **administrador de beneficios** de **ese grupo**. Podrá ayudarlo a determinar cómo funcionará con nuestro plan su cobertura actual de medicamentos recetados.

En general, si tiene cobertura de un empleador o grupo de jubilados, la cobertura de medicamentos que le brindemos será *secundaria* a su cobertura grupal. Eso significa que la cobertura de su grupo pagará primero.

Aviso especial sobre la cobertura válida:

Todos los años, su empleador o grupo de jubilados debe enviar un aviso que le informe si su cobertura de medicamentos recetados para el siguiente año calendario es válida.

Si la cobertura del plan grupal es válida, eso significa que el plan tiene una cobertura de medicamentos que pagará, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare.

Guarde este aviso sobre cobertura válida, ya que podría necesitarlo más adelante. Si se inscribe en un plan de Medicare que incluye cobertura de medicamentos de la Parte D, puede necesitar estos avisos para demostrar que mantiene la cobertura válida. Si no recibió el aviso de cobertura válida, solicite una copia al administrador de beneficios del grupo de su empleador o de jubilados, o al empleador o el sindicato.

Sección 9.6 ¿Qué sucede si está en un Centro de cuidados paliativos certificado por Medicare?

El centro de cuidados paliativos y nuestro plan no cubren el mismo medicamento al mismo tiempo. Si está inscrito en un centro de cuidados paliativos de Medicare y necesita ciertos medicamentos (p. ej., medicamentos contra las náuseas, laxantes, medicamentos para el dolor o para la ansiedad) que no están cubiertos por el centro de cuidados paliativos porque no están relacionados con su enfermedad terminal y afecciones derivadas, antes de que el plan pueda cubrirlo, debemos recibir una notificación del proveedor que receta o del proveedor del centro, donde se informe que el medicamento no está relacionado. A fin de evitar demoras para recibir estos medicamentos que debe cubrir nuestro plan, pídale al proveedor o al proveedor de recetas del centro de cuidados paliativos que le proporcione una notificación antes de surtir la receta.

En caso de que llegue a anular su elección del centro de cuidados paliativos o le den el alta de este, nuestro plan debería cubrir sus medicamentos como se explica en este documento. Para evitar cualquier demora en la farmacia cuando sus beneficios de cuidados paliativos de Medicare finalicen, lleve los documentos de anulación o de alta a la farmacia.

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

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

Realizamos revisiones del uso de los medicamentos para asegurarnos de que los miembros obtengan una atención segura y adecuada.

Efectuamos una revisión cada vez que surte una receta. También revisamos sus registros con regularidad. Durante estas revisiones, nos fijamos en problemas potenciales, como los siguientes:

- Posibles errores en los medicamentos
- Medicamentos que podrían no ser necesarios porque está tomando otro medicamento similar que trata la misma enfermedad
- Medicamentos que podrían no ser seguros o adecuados debido a su edad o sexo
- Ciertas combinaciones de medicamentos que podrían causarle daño si los toma al mismo tiempo
- Recetas para medicamentos que contienen ingredientes a los que es alérgico
- Posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que está tomando
- Cantidades inseguras de medicamentos analgésicos opioides

Si observamos un posible problema en el uso de los medicamentos, nos pondremos de acuerdo con su proveedor para corregirlo.

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

Contamos con un programa que ayuda a garantizar que los miembros usen de manera segura los opioides con receta y otros medicamentos que suelen usarse de forma inapropiada. Este programa se llama Programa de gestión de medicamentos (DMP). Si toma opioides que obtiene de distintas personas que recetan o farmacias, o si tuvo una sobredosis reciente con opioides, podemos hablar con las personas que recetan para asegurarnos de que usa los medicamentos opioides de manera correcta y de que el uso sea médicamente necesario. En conjunto con las personas que recetan, si decidimos que su uso de medicamentos opioides o benzodiacepina recetados podría no ser seguro, podemos limitar la manera en que obtiene esos medicamentos. Si lo incluimos en nuestro DMP, estas pueden ser las limitaciones:

- Exigirle que obtenga todas sus recetas de medicamentos opioides o benzodiacepina de una determinada farmacia
- Exigirle que obtenga todas sus recetas de medicamentos opioides o benzodiacepina de determinada persona que receta
- Limitar la cantidad de opioides o benzodiacepina que cubrimos para usted

Si planificamos limitar la manera en que recibe estos medicamentos o la cantidad que recibe, le enviaremos una carta con antelación. La carta le indicará si limitaremos la cobertura de estos medicamentos en su caso o si tendrá que obtener las recetas para estos medicamentos solo de una persona que receta o farmacia específicos. Tendrá la oportunidad de decirnos qué personas que recetan o farmacias prefiere usar y cualquier otra información que considere que sea importante que sepamos. Después de que tenga la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura para esos medicamentos, le enviaremos otra carta donde se confirme la limitación. Si cree que cometimos un error o si no está de acuerdo con nuestra decisión o con la limitación, usted y el proveedor de recetas tienen derecho a una apelación. Si apela, revisaremos su caso y tomaremos una nueva decisión. Si continuamos denegando alguna parte de su solicitud

relacionada con las limitaciones que se aplican a su acceso a los medicamentos, le enviaremos automáticamente su caso a un revisor independiente fuera del plan. Consulte el Capítulo 7 para obtener información sobre cómo pedir una apelación.

No lo incluiremos en el DMP si tiene ciertas afecciones médicas, como dolor relacionado con el cáncer o anemia drepanocítica, si recibe cuidados en un centro de cuidados paliativos, un centro para el cuidado de pacientes terminales o vive en un centro de atención a largo plazo.

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

Tenemos un programa que puede ayudar a los miembros que tienen necesidades médicas complejas. Se llama programa de Administración de terapia con medicamentos (MTM). Este programa es voluntario y gratuito. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrollaron el programa a fin de ayudarnos a garantizar que nuestros miembros obtengan el mayor beneficio de los medicamentos que toman.

Algunos miembros que tienen determinadas enfermedades crónicas toman medicamentos que exceden un monto específico de costos de medicamentos o que están dentro de un DMP para ayudar a los miembros a utilizar con seguridad los medicamentos opioides pueden recibir los servicios mediante un programa de MTM. Si califica para el programa, un farmacéutico u otro profesional de la salud hará una revisión integral de todos sus medicamentos. Durante la revisión, puede hablarle de sus medicamentos, los costos y cualquier problema o duda que tenga sobre sus medicamentos recetados y de venta libre. Recibirá un resumen por escrito que contiene una lista de tareas recomendadas con los pasos que debe dar para obtener los mejores resultados de sus medicamentos. También obtendrá una lista de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que está tomando, la cantidad que toma, así como cuándo y por qué los está tomando. Además, los miembros del programa de MTM recibirán información sobre la eliminación segura de los medicamentos recetados que son sustancias controladas.

Sería conveniente que hable con su médico sobre la lista de tareas recomendadas y la lista de medicamentos. Lleve el resumen cuando vaya a la visita o cuando hable con sus médicos, farmacéuticos y demás proveedores de atención de salud. Además, lleve siempre con usted la lista de medicamentos actualizada (por ejemplo, con su identificación) por si debe ir a un hospital o sala de emergencias.

Si tenemos un programa que se ajuste a sus necesidades, lo inscribiremos automáticamente y le enviaremos información. Si decide no participar, notifíquenos y lo retiraremos. Si tiene alguna duda sobre este programa, comuníquese con servicio de atención al cliente.

CAPÍTULO 4:
Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

¿Recibe actualmente ayuda para pagar sus medicamentos?

Si participa en un programa que le ayuda a pagar sus medicamentos, **es posible que parte de la información de esta *Evidencia de cobertura* sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D no se aplique a usted.** Incluimos por separado un documento adicional denominado Cláusula de la *Evidencia de cobertura para personas que reciben "ayuda adicional" para pagar sus medicamentos recetados* (también llamada *Cláusula de subsidio para bajos ingresos* o *Cláusula LIS*), que le informa acerca de su cobertura de medicamentos. Si no tiene este documento, por favor llame al Servicio al Cliente y solicite la *Cláusula LIS*.

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Utilice este Capítulo junto con otros materiales que le explican la cobertura de medicamentos

Este capítulo se concentra en lo que usted paga por los medicamentos recetados de la Parte D. Para hacer las cosas más simples, en este capítulo, usamos el término *medicamento* para hacer una derivación a un medicamento recetado de la Parte D. Como se explicó en el Capítulo 3, no todos los medicamentos son medicamentos de la Parte D, algunos medicamentos están cubiertos bajo la Parte A o Parte B de Medicare y otros medicamentos están excluidos de la cobertura de Medicare según la ley.

Para comprender la información de pago, usted debe conocer qué medicamentos están cubiertos, dónde surtir sus medicamentos recetados y qué normas cumplir cuando obtiene sus medicamentos cubiertos. En el Capítulo 3, Secciones 1 a 4, se explican estas reglas. Cuando utiliza la "Herramienta de beneficios en tiempo real" del plan para buscar cobertura de medicamentos (consulte el Capítulo 3, Sección 3.3), el costo que se muestra se proporciona en "tiempo real", lo que significa que el costo que ve en la herramienta refleja un momento en el tiempo para proporcionar una estimación de los costos de bolsillo que se espera que pague. También puede obtener información proporcionada por la "Herramienta de beneficios en tiempo real" llamando al Servicio al Cliente.

Sección 1.2 Tipos de costos de desembolso directo que puede pagar por los servicios cubiertos

Hay diferentes tipos de costos de desembolso directo por los medicamentos de la Parte D. La cantidad que usted paga por un medicamento se llama *costo compartido*, y hay tres formas en las que se le puede pedir que pague.

- **Deducible** es la cantidad que usted paga por los medicamentos antes de que nuestro plan comience a pagar su parte.
- **Copago** es una cantidad fija que paga cada vez que surte un medicamento recetado.
- **Coseguro** es un porcentaje del costo total del medicamento que usted paga cada vez que surte un medicamento recetado.

Sección 1.3 Cómo Medicare calcula sus costos de desembolso directo

Medicare tiene reglas sobre lo que cuenta y lo que *no* cuenta como sus costos de desembolso directo. A continuación, se incluyen las normas que debemos cumplir para hacer un seguimiento de sus costos de desembolso directo.

Estos pagos se incluyen en sus costos de desembolso directo

Sus costos de desembolso directo incluyen los pagos que aparecen a continuación (siempre que correspondan a los medicamentos cubiertos por la Parte D y usted cumpla con las normas de cobertura de medicamentos que se explican en el Capítulo 3):

- La cantidad que usted paga por medicamentos cuando se encuentra en las siguientes etapas de pago de medicamentos:
  - La etapa del deducible (solo plan Select)
  - La Etapa de cobertura inicial

- Cualquier pago que realizó durante este año calendario como miembro de un plan diferente de medicamentos recetados de Medicare antes de inscribirse en nuestro plan.

Quién paga es importante:

- Si **usted mismo** realiza estos pagos, estos se incluyen en sus costos de desembolso directo.
- Estos pagos *también se incluyen* en sus costos de desembolso directo si los realizan a su nombre **otras personas u organizaciones.** Esto incluye los pagos de sus medicamentos realizados por un amigo o familiar, por la mayoría de las organizaciones benéficas, por programas de ayuda para medicamentos contra el SIDA, planes de salud de empresas o sindicatos, TRICARE o por el Indian Health Service. También se incluyen los pagos que realiza el Programa "Ayuda Adicional" de Medicare.

Cómo pasar a la Etapa de cobertura catastrófica:

Cuando usted (o las personas que pagan en su nombre) hayan gastado un total de $2,000 en costos de desembolso directo en el año calendario, se moverá de la Etapa de cobertura inicial a la Etapa de cobertura catastrófica.

Estos pagos no están incluidos en los costos de desembolso directo

Sus costos de desembolso directo **no incluyen** ninguno de estos tipos de pagos:

- Su prima mensual
- Medicamentos que compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios
- Medicamentos que no están cubiertos por nuestro plan

- Medicamentos que obtiene en una farmacia fuera de la red y que no cumplen con los requisitos de cobertura fuera de la red del plan
- Medicamentos que no sean de la Parte D, incluidos los medicamentos recetados cubiertos por la Parte A o por la Parte B, y otros medicamentos excluidos de la cobertura de Medicare
- Pagos de sus medicamentos efectuados por la Administración de salud para veteranos (VA)
- Pagos por sus medicamentos realizados por un tercero con la obligación legal de pagar los costos de medicamentos recetados (por ejemplo, Compensación para trabajadores por accidentes laborales [Worker's Compensation])
- Pagos efectuados por los fabricantes de medicamentos en el marco del Programa de descuentos a fabricantes

Recordatorio: Si cualquier otra organización, como las mencionadas anteriormente, paga parte o la totalidad de sus costos de desembolso directo por medicamentos, usted debe informarle a nuestro plan al respecto llamando a Servicio al Cliente.

¿Cómo puede hacer un seguimiento del total de su desembolso directo?

- **Lo ayudaremos.** *El informe de la Explicación de beneficios de la Parte D* (EOB) que usted recibe incluye el monto actual de sus costos de desembolso directo. Cuando esta cantidad alcance $2,000, este informe le indicará que dejó la Etapa de cobertura inicial y pasó a la Etapa de cobertura catastrófica.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** La Sección 3.2 le indica lo que puede hacer para ayudar a garantizar que nuestros registros de lo que usted gastó estén completos y actualizados.

SECCIÓN 2 Lo que usted paga por un medicamento depende de la etapa de pago de medicamentos en la que se encuentra al recibir el medicamento

Sección 2.1 ¿Cuáles son las etapas de pago de medicamentos para los miembros de Prescription Blue PDP?

Hay tres **etapas de pago de medicamentos** para su cobertura de medicamentos recetados conforme a Prescription Blue PDP. Lo que usted paga depende de la etapa en que se encuentra en el momento de surtir o resurtir un medicamento recetado. Tenga en cuenta que usted siempre es responsable de la prima mensual del plan, independientemente de la etapa de pago del medicamento. La información de cada etapa se encuentra en las Secciones 4 a 6 de este capítulo. Las etapas son:

Etapa 1: Etapa de deducible anual (solo plan Select)

Etapa 2: Etapa de cobertura inicial

Etapa 3: Etapa de cobertura catastrófica

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

Sección 3.1 Enviamos un informe mensual que se llama *Explicación de beneficios de la Parte D* (la *EOB de la Parte D*)

Nuestro plan hace un seguimiento de los costos de sus medicamentos recetados y los pagos que realizó cuando surte o resurte sus medicamentos recetados en la farmacia. De este modo, podemos indicarle cuándo ha pasado de una fase de pago de medicamentos a la siguiente. En particular, hay dos tipos de costos de los cuales hacemos un seguimiento:

- Hacemos un seguimiento de lo que usted ha pagado. Esto se conoce como **costos de desembolso directo**. Esto incluye lo que usted pagó cuando obtuvo un medicamento cubierto de la Parte D, cualquier pago por sus medicamentos realizado por familiares o amigos y cualquier pago realizado por sus medicamentos mediante la "Ayuda adicional" de Medicare, planes de salud del empleador o sindicato, TRICARE, Servicios de salud para indios americanos, programas de asistencia para medicamentos contra el SIDA, organizaciones benéficas y la mayoría de los Programas de Asistencia Farmacéutica del Estado (SPAP).
- Llevamos el registro de sus **costos de medicamentos totales**. Es el total de todos los pagos efectuados por sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Incluye lo que pagó el plan, lo que pagó usted y lo que pagaron otros programas u organizaciones por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

Si surtió uno o más medicamentos recetados a través del plan durante el mes anterior, le enviaremos una *EOB de la Parte D*. La *EOB de la Parte D* incluye:

- **Información de ese mes.** Este informe le proporciona los detalles de pagos de las recetas médicas que surtió durante el mes anterior. Muestra el total de medicamentos, los costos, lo que el plan paga, y lo que usted y otras personas pagan en su nombre.
- **Totales para el año desde el 1 de enero.** Esto se llama información del año a la fecha. Refleja el costo total por medicamentos y los pagos totales de sus medicamentos desde que comenzó el año.
- **Información sobre el precio de los medicamentos.** Esta información mostrará el precio total del medicamento y la información sobre aumentos de precios desde el primer surtido para cada reclamación de medicamentos recetados de la misma cantidad.
- **Medicamentos recetados alternativos de menor costo disponibles.** Esto incluirá información sobre otros medicamentos disponibles con menor costo compartido para cada reclamación de medicamentos recetados, si procede.

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

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

- **Muestre su tarjeta de miembro cada vez que surta un medicamento recetado.** Esto nos ayuda a garantizar que sabemos sobre los medicamentos recetados que surte y lo que usted paga.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** Hay momentos en los que es posible que pague el costo total de un medicamento con receta. En estos casos, no recibiremos automáticamente la información que necesitamos para llevar el control de sus costos de desembolso directo. Para ayudarnos a hacer un seguimiento de sus costos de desembolso directo, bríndenos las copias de los recibos. **Aquí encontrará ejemplos de cuándo debe darnos copias de los recibos de sus medicamentos:**
    - Cuando compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o usando una tarjeta de descuento que no forma parte de los beneficios de nuestro plan.
    - Cuando realiza un copago por los medicamentos que se proporcionan a través de un programa de asistencia al paciente de un laboratorio farmacéutico.
    - Cada vez que haya comprado medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red o cuando haya pagado el precio total de un medicamento cubierto en circunstancias especiales.
    - Si se le cobra un medicamento cubierto, puede solicitar que nuestro plan pague nuestra parte del costo. Para conocer las instrucciones sobre el modo de hacerlo, consulte el Capítulo 5, Sección 2.
- **Envíenos información sobre los pagos que otros hayan realizado por usted.** Los pagos que efectúen ciertas personas y organizaciones también cuentan para sus costos de desembolso directo. Por ejemplo, los pagos que realiza un Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP), el Servicio de Salud Indígena y las organizaciones benéficas, cuentan para sus costos de desembolso directo. Mantenga un registro de estos pagos y enviárnoslos para que podamos hacer un seguimiento de sus costos.
- **Consulte el informe escrito que le enviamos.** Cuando reciba una *EOB de la Parte D*, léala detenidamente para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si considera que falta información o tiene alguna pregunta, llámenos a Servicio al Cliente. Asegúrese de conservar estos informes.

SECCIÓN 4 Durante la etapa de deducible, usted paga el costo total de sus medicamentos de los niveles 2, 3, 4 y 5 (solo para el plan Select)

No hay deducible para el plan Premium. Usted comienza en la Etapa de cobertura inicial cuando surte su primera receta médica del año. Consulte la sección 5 para obtener información acerca de su cobertura en la Etapa de cobertura inicial.

La Etapa de deducible es la primera etapa de pago por su cobertura de medicamentos en el plan Select. Pagará un deducible anual de $590 en medicamentos de Nivel 2, 3, 4 y 5. **Usted paga el costo total de sus medicamentos de Nivel 2, 3, 4 y 5** hasta que alcance el monto del deducible del plan. El deducible no se aplica a productos de insulina cubiertos y a la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, incluidas las vacunas contra el herpes zóster, el tétanos y las vacunas de viaje. Por todos los otros medicamentos, usted no tendrá que pagar ningún deducible. El **costo total** es por lo general más bajo que el precio total normal del medicamento, debido a que nuestro plan negoció costos más bajos para la mayoría de los medicamentos en farmacias de la red.

Una vez que usted haya pagado $590 por sus medicamentos del Nivel 2, 3, 4 y 5 en el plan Select, puede dejar la Etapa de deducible y pasar a la Etapa de cobertura inicial.

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

Sección 5.1 Lo que usted paga por un medicamento depende del medicamento y del lugar donde surte su medicamento recetado.

Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos recetados cubiertos, y usted paga su parte (su cantidad de copago o de coseguro). Su parte del costo variará según el medicamento y el lugar donde surte su medicamento recetado.

El plan tiene cinco niveles de costo compartido

Cada medicamento de la Lista de medicamentos del plan está en uno de los cinco niveles de costo compartido. Por lo general, cuanto más alto es el número del nivel de costo compartido, más alto es el costo del medicamento para usted:

- Nivel 1: Genéricos preferidos: estos medicamentos son genéricos y se encuentran en el nivel más bajo de costos compartidos.
- Nivel 2: genéricos: siguen siendo medicamentos genéricos, pero no del nivel de costos compartidos más bajo.
- Nivel 3: medicamentos de marca preferidos: este nivel contiene sobre todo medicamentos de marca y también algunos genéricos de alto costo. Usted no paga más de $35 por mes de suministro de cada producto de insulina cubierto en este nivel.

- Nivel 4: medicamentos no preferidos: Estos medicamentos son genéricos y de marca y no se encuentran en un nivel preferente. Usted no paga más de $35 por mes de suministro de cada producto de insulina cubierto en este nivel.
- Nivel 5: medicamentos de especialidad: Contiene medicamentos genéricos y de marca de alto costo (el nivel más alto). Usted no paga más de $35 por mes de suministro de cada producto de insulina cubierto en este nivel.

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

Sus opciones de farmacias

El precio que se paga por un medicamento depende de si se adquiere a través de:

- Una farmacia minorista que ofrece costo compartido estándar.
- Una farmacia minorista que ofrece costo compartido preferido. Los costos podrían ser menores en farmacias que ofrecen costos compartidos preferidos.
- Una farmacia que no forma parte de la red del plan. Cubrimos los medicamentos recetados surtidos en las farmacias fuera de la red solo en situaciones limitadas. Consulte la Sección 3 del Capítulo 2.5 para obtener información acerca de cuándo cubriremos un surtido de un medicamento recetado que se obtiene en una farmacia fuera de la red.
- La farmacia con servicio de pedidos por correo del plan.

Para obtener más información sobre estas opciones de farmacias y cómo surtir sus recetas médicas, consulte el Capítulo 3 y el *Directorio de farmacias* del plan **www.bcbsm.com/pharmaciesmedicare**.

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

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

Como se muestra en la siguiente tabla, el monto del copago o coseguro depende del nivel de costo compartido. 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.

La parte que a usted le corresponde del costo cuando obtiene un suministro para *un mes* de un medicamento recetado cubierto por la Parte D:

Nivel	**Costo compartido estándar en farmacias minoristas y de venta por correo (dentro de la red)** (un suministro de hasta 31 días)	**Costo compartido preferido en farmacias minoristas y de venta por correo (dentro de la red)** (un suministro de hasta 31 días)	**Costo compartido en farmacia de atención a largo plazo (LTC)** (un suministro de hasta 31 días)	**Costo compartido en farmacia fuera de la red** (La cobertura está limitada a algunas situaciones; consulte el Capítulo 3 para conocer detalles). (un suministro de hasta 31 días)
Nivel 1 de costo compartido (Medicamentos genéricos preferidos)	**Select** $6 **Premium** $6	**Select** $1 **Premium** $1	**Select** $6 **Premium** $6	**Select** $6 **Premium** $6
Nivel 2 de costo compartido (Medicamentos genéricos)	**Select** $11 **Premium** $10	**Select** $6 **Premium** $5	**Select** $11 **Premium** $10	**Select** $11 **Premium** $10
Nivel 3 de costo compartido (Medicamentos de marca preferidos)	**Select** 23% del importe aprobado **Premium** $45	**Select** 23% del importe aprobado **Premium** $40	**Select** 23% del importe aprobado **Premium** $45	**Select** 23% del importe aprobado **Premium** $45
Nivel 4 de costo compartido (Medicamentos no preferidos)	**Select** 25% del importe aprobado **Premium** 45% del importe aprobado	**Select** 25% del importe aprobado **Premium** 45% del importe aprobado	**Select** 25% del importe aprobado **Premium** 45% del importe aprobado	**Select** 25% del importe aprobado **Premium** 45% del importe aprobado
Nivel 5 de costo compartido (Nivel de especialidad)	**Select** 25% del importe aprobado **Premium** 33% del importe aprobado	**Select** 25% del importe aprobado **Premium** 33% del importe aprobado	**Select** 25% del importe aprobado **Premium** 33% del importe aprobado	**Select** 25% del importe aprobado **Premium** 33% del importe aprobado

Usted no pagará más de $35 por un suministro para un mes por cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de costo compartido, incluso si no pagó su deducible (solo plan Select).

Consulte la Sección 7 de este capítulo para obtener más información sobre los costos compartidos de las vacunas de la Parte D.

Sección 5.3 Si su médico le receta un suministro para menos de un mes completo, es posible que no tenga que pagar el costo de suministro de todo el mes

Por lo general, el monto que paga por un medicamento con receta cubre el suministro de un mes completo. Habrá ocasiones en que usted o su médico quisieran que tenga un suministro de menos de un mes de medicamento (por ejemplo, cuando está probando un medicamento por primera vez). Usted también puede solicitarle a su médico que le recete y a su farmacéutico que le despache, un suministro de menos de un mes completo de sus medicamentos, si esto le ayudará a planear mejor las fechas de resurtido para diferentes recetas médicas.

Si recibe menos de un mes completo de determinados medicamentos, usted no tendrá que pagar por el suministro de la totalidad del mes.

- Si es responsable por el coseguro, usted paga un *porcentaje* del costo total del medicamento. Dado que el coseguro se basa en el costo total del medicamento, su costo será menor ya que el costo total del medicamento será menor.
- Si usted es responsable por el copago del medicamento, solo pagará la cantidad de días del medicamento que usted recibe, en lugar de todo el mes. Calcularemos la cantidad que usted paga por día por su medicamento (la *tarifa diaria de costo compartido*) y lo multiplicaremos por el número de días del medicamento que usted recibe.

Sección 5.4 Una tabla muestra sus costos para un suministro de un medicamento a *largo plazo* (32 a 90 días)

Para algunos medicamentos, usted puede obtener un suministro a largo plazo (también denominado *suministro extendido*). Un suministro a largo plazo es un suministro de 32 a 90 días.

La siguiente tabla muestra lo que usted paga cuando recibe 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.

Su parte del costo cuando obtiene un suministro *a largo plazo* de un medicamento recetado cubierto por la Parte D:

Nivel	**Costo compartido estándar en farmacias minoristas y de venta por correo (dentro de la red)** (suministro de 32 a 90 días)	**Costo compartido preferido en farmacias minoristas y de venta por correo** (suministro de 32 a 90 días)
Nivel 1 de costo compartido (Medicamentos genéricos)	**Select** $18 **Premium** $18	**Select** $3 **Premium** $0
Nivel 2 de costo compartido (Genéricos)	**Select** $33 **Premium** $30	**Select** $18 **Premium** $0
Nivel 3 de costo compartido (De marca preferidos)	**Select** 23% del importe aprobado **Premium** $135	**Select** 23% del importe aprobado **Premium** $120
Nivel 4 de costo compartido (Medicamentos no preferidos)	**Select** 25% del importe aprobado **Premium** 45% del importe aprobado	**Select** 25% del importe aprobado **Premium** 45% del importe aprobado
Nivel 5 de costo compartido (Nivel de especialidad)	**Select y Premium** Un suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos en el Nivel 5	**Select y Premium** Un suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos en el Nivel 5

Usted no pagará más de $105 por un suministro de hasta tres meses por cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de costo compartido, incluso si no pagó su deducible (solo plan Select).

Sección 5.5 Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que sus costos de desembolso directo para el año lleguen a $2,000

Permanecerá en la Etapa de cobertura inicial hasta que el total de sus costos de desembolso directo alcance los $2,000. A continuación, pasa a la Etapa de cobertura catastrófica.

La *EOB de la Parte D* que recibe lo ayudará a llevar un registro de cuánto usted y el plan, así como cualquier tercero, gastaron en su nombre durante el año. No todos los miembros alcanzarán el límite de $2,000 de desembolso directo en un año.

Le haremos saber si usted llega a este monto. Si alcanza esta cantidad, usted dejará de permanecer en la Etapa de cobertura inicial y pasará a la Etapa de cobertura catastrófica. Consulte la Sección

1.3 sobre cómo Medicare calcula sus costos de desembolso directo.

SECCIÓN 6 Durante la Etapa de cobertura catastrófica, usted no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D

Usted entra en la Etapa de cobertura catastrófica cuando sus costos de desembolso directos hayan alcanzado el límite de $2,000 para el año calendario. Una vez que se encuentra en la Etapa de cobertura catastrófica, usted permanecerá en esta etapa de pago hasta el fin del año calendario.

- Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

SECCIÓN 7 Vacunas de la Parte D. Lo que usted paga depende de cómo y dónde las reciba

Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas: Algunas vacunas se consideran beneficios médicos y están cubiertas por la Parte B. Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas enumeradas en la Lista de medicamentos del plan. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas para adultos sin costo para usted, incluso si no alcanzó su deducible (solo plan Select). Consulte la Lista de medicamentos de su plan o comuníquese con Servicio al Cliente para obtener detalles de cobertura y costos compartidos sobre vacunas específicas.

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

- La primera parte de la cobertura es el costo de **la vacuna en sí.**
- La segunda parte de la cobertura es el costo de la **aplicación de la vacuna.** (En ocasiones, esto se denomina administración de la vacuna).

Sus costos por una vacuna de la Parte D dependen de tres cosas:

1. **Si la vacuna es recomendada para adultos por una organización llamada Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación (Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP).**
   - La mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D son recomendadas por el ACIP y no le cuestan nada.
2. **El lugar donde obtiene la vacuna.**
   - La vacuna en sí puede ser expedida por una farmacia o proporcionada por el consultorio del médico.
3. **Quién le administra la vacuna**
   - Un farmacéutico u otro proveedor pueden administrarle la vacuna en la farmacia. Alternativamente, un proveedor puede administrarla en el consultorio del médico.

Lo que usted paga en el momento en que recibe la vacuna de la Parte D puede variar según las circunstancias y en qué **etapa de pago de medicamentos** esté.

- A veces, cuando recibe una vacuna, deberá pagar por el costo total de la vacuna en sí y el costo del proveedor que le administra la vacuna. Puede solicitar que nuestro plan le reembolse nuestra parte del costo. Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, esto significa que se le reembolsará el costo total que pagó.
- En otros momentos, cuando recibe una vacuna, pagará solo para parte del costo que le corresponde en virtud de su beneficio de la Parte D. Por la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, usted no pagará nada.

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

Situación 1: Recibe la vacuna de la Parte D en una farmacia de la red. (La disponibilidad de esta opción depende de dónde vive. Algunos estados no permiten que las farmacias apliquen determinadas vacunas).

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

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

- Cuando recibe la vacuna, usted podría tener que pagar por el costo total de la vacuna en sí y el costo del proveedor que se la administra.
- Luego, puede solicitar a nuestro plan el pago de la parte del costo que nos corresponde mediante el uso de los procedimientos que se describen en el Capítulo 5.
- Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, se le reembolsará el costo total que pagó. Para otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará la cantidad que pagó menos cualquier copago o coseguro por la vacuna (incluida su aplicación).

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

- Por la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, usted no pagará nada por la vacuna en sí.
- Para otras vacunas de la Parte D, usted pagará a la farmacia su coseguro o copago por la vacuna en sí.
- Cuando su médico le proporciona la vacuna, usted podría tener que pagar el costo total por este servicio.

- Luego, puede solicitar a nuestro plan el pago de la parte del costo que nos corresponde mediante el uso de los procedimientos que se describen en el Capítulo 5.
- Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, se le reembolsará el costo total que pagó. Para otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará la cantidad que pagó menos cualquier coseguro por la aplicación de la vacuna.

Las vacunas de la Parte D requieren una receta de su médico antes de que el farmacéutico pueda dispensar y administrar la vacuna.

Si opta por recibir una vacuna como la descrita en la situación 3, deberá surtir la receta en su farmacia el mismo día en que se vaya a administrar la vacuna. Algunas vacunas requieren una manipulación especial y deben dispensarse lo más cerca posible de su cita.

Si necesita que le reembolsen la vacunación y/o la tasa de administración del médico, asegúrese de guardar todos los recibos y de obtener el nombre de la vacuna, la cantidad que se le administró (por ejemplo, 0,5 ml) y el Código Nacional del Medicamento (NDC) antes de salir del consultorio médico, ya que lo necesitará para el reembolso. Puede descargarse una copia de nuestro formulario de reclamación de reembolso de farmacia directa para miembros en nuestro sitio web **www.bcbsm.com/claimsmedicare** o puede solicitarlo al Servicio de Atención al Cliente. (Los números de teléfono del Servicio de Atención al Cliente figuran en la contraportada de este documento). Debe presentarnos su reclamación en un plazo de tres años a partir de la fecha en que recibió la vacuna.

Si obtiene la vacuna de la Parte D en:	**Y se la administra:**	**Usted paga (y/o se le reembolsa)**
La farmacia	**La farmacia (no es posible en todos los estados)**	Usted paga su copago o coseguro normal por la vacuna.
Su médico	**Su médico**	Usted paga por anticipado el costo total de la vacuna y su administración. Se le reembolsará este importe menos su copago o coseguro habitual por la vacuna (incluida la administración).
La farmacia	**Su médico**	Usted paga el copago o coseguro normal de la vacuna en la farmacia y el importe íntegro cobrado por el médico por la administración de la vacuna. Se le reembolsará el importe cobrado por el médico menos los gastos aplicables dentro de la red por la administración de la vacuna.

CAPÍTULO 5:
Cómo pedirnos que paguemos nuestra parte de los costos de medicamentos cubiertos

SECCIÓN 1 Situaciones en las que puede pedirnos que paguemos la parte que nos corresponde del costo de los medicamentos cubiertos

A veces, al obtener un medicamento recetado, puede ser necesario que pague el costo total de inmediato. En otras ocasiones, quizás se encuentre con que ha pagado más de lo previsto según las normas de cobertura del plan o quizás reciba una factura de un proveedor. En estos casos, puede pedirle a nuestro plan que le devuelva el pago (la devolución del pago suele llamarse *reembolso*). Es posible que tenga que cumplir plazos para recibir el reembolso. Consulte la Sección 2 de este capítulo.

Estos son ejemplos de situaciones en las que puede ser necesario que le solicite a nuestro plan que le devuelva el pago. Todos estos ejemplos son tipos de decisiones de cobertura (para obtener más información sobre las decisiones de cobertura, vaya al Capítulo 7).

1. Si usa una farmacia fuera de la red para obtener un medicamento recetado

Si acude a una farmacia fuera de la red, es posible que la farmacia no pueda presentarnos el reclamo directamente. Cuando eso sucede, usted debe pagar el costo total del medicamento recetado.

Guarde el recibo y envíenos una copia cuando nos solicite que le devolvamos el pago de la parte que nos corresponde del costo. Recuerde que solo cubrimos farmacias fuera de la red en circunstancias limitadas. Consulte el Capítulo 3, Sección 2.5 para ver información de estas circunstancias. Es posible que no le paguemos la diferencia entre lo que pagó por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el monto que pagaríamos en una farmacia dentro de la red.

2. Si paga el costo total del medicamento recetado porque no tiene con usted la tarjeta de membresía del plan

Si no tiene con usted la tarjeta de membresía del plan, puede solicitar en la farmacia que llamen al plan o que averigüen sus datos de inscripción. Sin embargo, si la farmacia no puede obtener de inmediato la información que necesita sobre su inscripción, es posible que tenga que pagar la totalidad del costo del medicamento recetado.

Guarde el recibo y envíenos una copia cuando nos solicite que le devolvamos el pago de la parte que nos corresponde del costo. Es posible que no le paguemos el costo total que pagó si el precio en efectivo que pagó es superior a nuestro precio negociado para el medicamento recetado.

3. Si paga el costo total del medicamento recetado en otras situaciones

Tal vez pague el costo total del medicamento recetado porque, por algún motivo, se entera de que el medicamento no tiene cobertura.

- Por ejemplo, el medicamento podría no estar en la Lista de medicamentos del plan o podría tener una restricción o un requisito que usted desconozca o no considere que sea válido para su situación. Si decide obtener el medicamento de inmediato, es posible que deba pagar el costo total.
- Guarde el recibo y envíenos una copia cuando nos solicite que le devolvamos el pago. En algunas situaciones, podemos necesitar más información de su médico para devolverle el pago de la parte que nos corresponde del costo. Es posible que no le paguemos el costo total que pagó si el precio en efectivo que pagó es superior a nuestro precio negociado por el medicamento recetado.

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

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

Si se inscribió de forma retroactiva en nuestro plan y pagó costos a su cargo por cualquiera de los medicamentos después de su fecha de inscripción, puede solicitarnos que le devolvamos el pago de la parte que nos corresponde de los costos. Deberá enviarnos documentación para que gestionemos el reembolso.

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

SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos un reembolso

Puede pedirnos un reembolso enviando una solicitud por escrito. Si envía la solicitud por escrito, envíe el recibo que acredite el pago que efectuó. Es conveniente guardar una copia de los recibos para su registro. **Debe enviarnos su reclamo en un plazo de 36 meses** a partir de la fecha de recepción del servicio, artículo o medicamento.

Para asegurarse de darnos toda la información que necesitamos para tomar la decisión, puede llenar nuestro formulario de reclamación (cuyo fin es solicitar el pago).

- No es necesario que use el formulario, pero su uso nos ayuda a procesar la información con más rapidez.
- Descargue una copia del formulario desde nuestro sitio web (**www.bcbsm.com/claimsmedicare**) o llame al Servicio de Atención al Cliente y solicite un formulario.

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

Optum Rx
P.O. Box 650287
Dallas, TX 75265

SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y le diremos si la aceptamos o no

Sección 3.1 Verificaremos si debemos cubrir el medicamento y cuánto es el importe

Cuando recibamos su solicitud de pago, le avisaremos si necesitamos que nos proporcione alguna otra clase de información. De lo contrario, consideraremos su solicitud y tomaremos una decisión de cobertura.

- Si decidimos que el medicamento está cubierto y usted cumplió con todas las normas, pagaremos la parte que nos corresponde del costo. Es posible que nuestra parte del costo no sea el monto total que pagó (por ejemplo, si obtuvo un medicamento en una farmacia fuera de la red o si el precio en efectivo que pagó por un medicamento es superior a nuestro precio negociado). Le enviaremos por correo el reembolso de la parte que nos corresponde del costo. Le enviaremos el pago en un plazo de 30 días desde que recibimos la solicitud.
- Si decidimos que el medicamento *no* está cubierto o usted *no* cumplió con todas las normas, no pagaremos la parte que nos corresponde del costo. Le enviaremos una carta que explique los motivos por los que no le enviamos el pago y sus derechos de apelar esa decisión.

Sección 3.2 Si le decimos que no le pagaremos nada o una parte del medicamento, puede presentar una apelación

Si cree que cometimos un error al rechazar su solicitud de pago o con el importe que le pagamos, puede presentar una apelación. Si presenta una apelación, esto significa que nos está solicitando que modifiquemos la decisión que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago. El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Para obtener detalles sobre cómo presentar esta apelación, consulte el Capítulo 7 de este documento.

CAPÍTULO 6:
Sus derechos y responsabilidades

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

Sección 1.1 Debemos brindarle información de la manera que le resulte útil y en consonancia con sus particularidades culturales (en otros idiomas, en letra grande o en formatos alternativos, etc.)

Su plan tiene la obligación de garantizar que todos los servicios, clínicos o no, se proporcionen de manera culturalmente adecuada y que estén accesibles a todos los inscritos, incluso a quienes tienen competencia limitada de inglés, habilidades limitadas de lectura, incapacidad auditiva o quienes tienen antecedentes étnicos y culturales diversos. Algunos ejemplos de cómo un plan puede cumplir estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros, los siguientes: prestación de servicios de traducción, servicios de interpretación, teletipos o conexión TTY (teléfono de texto o teletipo).

Nuestro plan tiene servicios de interpretación gratuitos disponibles para responder las preguntas de los miembros que no hablan inglés. También podemos brindarle información, en letra grande o en formatos alternativos sin costo si así lo necesita. Se nos exige que le brindemos información acerca de los beneficios del plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para obtener información de nosotros de una manera que sea conveniente para usted, llame a servicio de atención al cliente.

Si tiene algún problema para obtener información de nuestro plan en un formato accesible y adecuado para usted, llame a servicio de atención al cliente para presentar una queja formal. También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

Sección 1.2 Debemos asegurarnos de que tenga acceso de manera oportuna a los medicamentos cubiertos

Tiene derecho a obtener los suministros o los reabastecimientos de sus recetas en cualquier farmacia de nuestra red sin largas demoras. Si considera que no está recibiendo los medicamentos de la Parte D dentro de un período razonable, en el Capítulo 7 se explica lo que puede hacer.

Sección 1.3 Protegemos la privacidad de su información médica personal

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de sus registros médicos y de su información médica personal. Nosotros protegemos su información médica personal según lo exigen estas leyes.

- Su información médica personal abarca la información personal que nos proporcionó cuando se inscribió en este plan, así como sus registros médicos y otra información personal médica y relacionada con la salud.

- Tiene derechos relacionados con su información y de controlar cómo se usa su información médica. Le damos un aviso por escrito, llamado *Aviso de prácticas de privacidad,* que le informa sobre estos derechos y le explica de qué manera protegemos la privacidad de su información médica.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información médica personal?

- Nos aseguramos de que ninguna persona no autorizada vea o cambie sus expedientes.
- Excepto en las circunstancias mencionadas debajo, si tenemos la intención de suministrar su información médica a otra persona que no le brinda atención médica ni paga por ella, *tenemos la obligación de pedirle primero autorización por escrito a usted o a alguien a quien usted le haya dado el poder legal de tomar decisiones en su nombre.*
- Existen algunas excepciones en las que no se nos exige obtener su permiso por escrito primero. Estas excepciones están permitidas o son exigidas por ley.
    - Se nos exige que revelemos información médica a las agencias de gobierno que controlan la calidad de la atención.
    - Como usted es miembro de nuestro plan por Medicare, debemos proporcionarle su información médica a Medicare, incluida la información sobre sus medicamentos recetados de la Parte D. Si Medicare da a conocer su información para investigación u otros usos, esto se hará de acuerdo con los estatutos y reglamentos federales; por lo general, se exige que no se comparta la información que lo identifique específicamente.

Puede ver la información en sus registros y saber de qué manera se compartió con otros

Usted tiene derecho a ver sus registros médicos que se conservan en el plan y a obtener una copia de estos. Tenemos permitido cobrarle una tarifa por hacer copias. También tiene derecho a pedirnos que añadamos o corrijamos información en sus registros médicos. Si nos lo solicita, analizaremos la situación con su proveedor de atención médica para decidir si se deben realizar los cambios.

Tiene derecho a saber de qué manera se compartió su información médica con otros para cualquier fin que no sea el habitual.

Si tiene preguntas o inquietudes acerca de la privacidad de su información médica personal, llame al servicio de atención al cliente.

Blue Cross® Blue Shield® of Michigan
Blue Care Network of Michigan

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

PARA LOS MIEMBROS DE NUESTROS PLANES DE GRUPOS SUSCRITOS O QUE NO PERTENECEN A GRUPOS, INCLUIDOS LOS PLANES DE MEDICAMENTOS RECETADOS Y MEDICARE ADVANTAGE

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. LÉALO CON ATENCIÓN.

Entidades afiliadas que abarca este aviso

Este aviso aplica a las prácticas de privacidad de las siguientes entidades afiliadas cubiertas que puedan compartir su información médica protegida según sea necesario para las operaciones de atención médica, pago y tratamientos.

- Blue Cross Blue Shield of Michigan
- Blue Care Network of Michigan

Nuestro compromiso en relación con su información médica protegida

Comprendemos la importancia de su información médica protegida (en adelante haremos referencia a esta como "PHI") y seguimos políticas estrictas (en conformidad con las leyes de privacidad estatales y federales) para mantener privada su PHI. La PHI es información sobre usted, incluidos los datos demográficos, que puede ser utilizada, de manera razonable, para identificarlo, y que se relaciona con su salud física o mental pasada, presente o futura, con la prestación de atención médica que recibe o con el pago de dicha atención. Nuestras políticas abarcan la protección de su PHI, ya sea oral, escrita o electrónica.

En este aviso, le explicamos cómo protegemos la privacidad de su PHI y de qué manera permitiremos que se la use y se la dé a conocer ("divulgue"). Debemos seguir las prácticas de privacidad que se describen en este aviso mientras esté vigente. Este aviso tiene vigencia a partir del 30 de septiembre de 2016 y permanecerá vigente hasta que se lo reemplace o modifique.

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad y los términos de este aviso en cualquier momento, siempre que las leyes aplicables permitan esos cambios. Estas prácticas revisadas aplicarán a su PHI sin importar cuándo se la creó o recibió. Antes de efectuar cambios importantes en nuestras prácticas de privacidad, proporcionaremos un aviso revisado a nuestros suscriptores.

Cuando múltiples leyes estatales o federales protejan la privacidad de su PHI, seguiremos los requisitos que proporcionen el mayor grado de protección de la privacidad. Por ejemplo, cuando autoriza la divulgación a terceros, las leyes estatales exigen que BCBSM condicione la divulgación a la promesa del receptor de obtener su permiso por escrito para divulgar su PHI a alguien más.

Nuestro uso y divulgación de su información médica protegida

Podemos usar y divulgar su PHI para los siguientes fines sin su autorización:

- **Para dársela a usted y a su representante personal:** Podemos entregarle su PHI a usted o a su representante personal (alguien que esté legalmente autorizado a actuar en su nombre).
- **Para tratamiento:** Podemos usar y divulgar su PHI a los proveedores de atención médica (médicos, dentistas, farmacias, hospitales y otros cuidadores) que la soliciten en relación con su tratamiento. Por ejemplo, podemos divulgar su PHI a proveedores de atención médica en relación con programas de gestión de casos y enfermedades.
- **Para pagos:** Podemos usar y divulgar su PHI para actividades relacionadas con el pago y con proveedores de atención médica y otros planes de salud, que incluyen las siguientes:
    - Obtener los pagos de las primas y determinar la elegibilidad para recibir los beneficios.
    - Pagar reclamos de servicios de atención médica que están cubiertos por nuestro plan de salud.
    - Responder a consultas, apelaciones y quejas formales.
    - Coordinar los beneficios con otro seguro que tenga.
- **Para operaciones de atención médica:** Podemos usar y divulgar su PHI para nuestras operaciones de atención médica, entre ellas:
    - Realizar actividades de evaluación y mejoramiento de la calidad, como la revisión por pares, la matriculación de proveedores y la acreditación.
    - Efectuar evaluaciones de resultados y análisis de reclamos médicos.
    - Prevenir, detectar e investigar el fraude y el uso indebido.
    - Actividades de suscripción, clasificación y reaseguro (aunque se nos prohíbe usar o divulgar cualquier información genética para fines de suscripción).
    - Coordinar actividades de gestión de casos y enfermedades.
    - Comunicarnos con usted sobre sus alternativas de tratamiento u otros servicios y beneficios asociados con la salud.
    - Realizar actividades de gestión comercial y otras actividades administrativas generales, entre ellas, la gestión de los sistemas y el servicio de atención al cliente.

También podemos divulgar su PHI a otros proveedores y planes de salud que tienen relación con usted en el caso de determinadas operaciones de atención médica. Por ejemplo, podemos divulgar su PHI para sus actividades de evaluación y mejoramiento de la calidad o para la detección de fraude y uso indebido de la atención médica.

- **Para dársela a otras personas que participan en su atención:** En determinadas circunstancias, podemos entregar a un familiar, un pariente, un amigo cercano o cualquier otra persona que usted identifique la PHI que esté directamente vinculada con la participación de esa persona en su atención médica o en el pago de la atención médica. Por ejemplo, podemos considerar una decisión sobre un reclamo en presencia de un amigo o un familiar, a menos que usted se niegue.

- **Cuando lo requiera la ley:** Usaremos y divulgaremos su PHI si así lo requiere la ley. Por ejemplo, usaremos y divulgaremos su PHI en respuesta a órdenes judiciales y administrativas, así como citaciones, y para cumplir con las leyes de indemnización de trabajadores. Divulgaremos su PHI cuando lo solicite el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos y autoridades regulatorias estatales.
- **Por cuestiones de interés público:** Podemos usar o divulgar su PHI sin su permiso por escrito para cuestiones de interés público, que pueden incluir los siguientes ejemplos:
    - Actividades de salud y seguridad pública, entre ellas, informes estadísticos vitales y de enfermedades, informes de abuso o maltrato de menores y supervisión de la Administración de Medicamentos y Alimentos.
    - Informar el abuso, maltrato o abandono de menores, así como casos de violencia doméstica.
    - Informar a organizaciones de obtención de órganos y donación de tejidos.
    - Prevenir una grave amenaza para la salud o la seguridad de otros.
- **Para investigación:** Podemos utilizar y divulgar su PHI para llevar a cabo actividades de investigación especiales, siempre que se implementen determinadas medidas establecidas de antemano para proteger su privacidad.
- **Para comunicarnos con usted respecto de productos y servicios relacionados con la salud:** Podemos usar su PHI para comunicarnos con usted respecto de productos y servicios relacionados con la salud que nosotros ofrecemos o que están incluidos en su plan de beneficios. Podemos utilizar su PHI para comunicarle información acerca de las alternativas de tratamiento que podrían interesarle.

  Estas comunicaciones pueden incluir información acerca de proveedores de atención médica en nuestras redes, la sustitución o mejora de su plan de salud e información acerca de productos o servicios relacionados con la salud que están disponibles solo para quienes están inscritos en nuestros planes y que añaden valor a su plan de beneficios.
- **A nuestros socios comerciales:** De vez en cuando, involucramos a terceros para que nos proporcionen diversos servicios. Cuando un acuerdo con un tercero supone el uso o la divulgación de su PHI, firmamos un contrato por escrito con dicho tercero, destinado a proteger la privacidad de su PHI. Por ejemplo, podemos compartir su información con socios comerciales que procesan reclamos o que llevan a cabo programas de gestión de enfermedades en nuestro nombre.
- **A planes de salud y patrocinadores del plan:** Participamos en un arreglo organizado de atención médica con nuestros planes de salud grupal suscritos. Enviamos PHI a estos planes, así como los empleadores u otras entidades que los patrocinan, como parte de la información de inscripción (aunque se nos prohíbe usar o divulgar cualquier información genética con fines de suscripción). Algunos planes y sus patrocinadores pueden recibir PHI adicional de BCBSM y BCN. Siempre que divulgamos PHI a los planes o a sus patrocinadores, estos deben cumplir con las leyes aplicables que rigen el uso y la divulgación de su PHI, que incluye modificar los documentos del plan de su plan de salud grupal a fin de establecer los usos limitados y las divulgaciones que puede hacer de su PHI.

Puede darnos su autorización por escrito para usar su PHI o para divulgarla a cualquiera para cualquier fin. Si nos da una autorización, puede revocarla por escrito en cualquier momento. Revocarla no afectará al uso o la divulgación permitidos por su autorización mientras esta estaba vigente. Algunos usos y divulgaciones de su PHI requieren una autorización firmada:

- **Para comunicaciones de marketing:** Los usos y divulgaciones de su PHI para comunicaciones de marketing no se realizarán sin una autorización firmada, excepto cuando esté permitido por la ley.
- **Venta de PHI:** No venderemos su PHI sin una autorización firmada excepto cuando esté permitido por la ley.
- **Notas de psicoterapia:** Al grado (si hubiera) que mantengamos o recibamos notas de psicoterapia sobre usted, la divulgación de estas notas no se hará sin una autorización firmada, excepto cuando esté permitido por la ley.

No se realizará ningún otro uso o divulgación de su información médica protegida, excepto como se describe en este Aviso de Prácticas de Privacidad, sin su autorización firmada.

Divulgaciones que usted solicite

Puede indicarnos y dar su autorización por escrito para que divulguemos su PHI a terceros con cualquier fin. Le solicitamos que su autorización se realice en nuestro formulario estándar. Para obtener el formulario, llame al número del Servicio de Atención al Cliente que está en el reverso de su tarjeta de membresía o llame al 1-313-225-9000.

Derechos de las personas

Usted tiene los siguientes derechos. Para ejercer estos derechos, debe enviar una solicitud por escrito en nuestros formularios estándar. Para obtenerlos, llame al número del Servicio de Atención al Cliente que está en el reverso de su tarjeta de identificación de miembro o llame al 1-313-225-9000. Estos formularios también están disponibles en línea en www.bcbsm.com.

- **Acceso:** Con algunas excepciones, tiene derecho a consultar o recibir una copia de su PHI que se encuentra en el grupo de registros que usamos a fin de tomar decisiones sobre usted, que incluye nuestras notas sobre inscripción, pagos, resolución de reclamos y gestiones médicas o de casos. Nos reservamos el derecho de cobrar una tarifa razonable por los costos de copia y envío. Puede solicitar que se le proporcionen estos materiales de forma escrita o, en ciertas circunstancias, de forma electrónica. Si solicita un formato alternativo, por ejemplo, un resumen, podemos cobrar una tarifa por los costos de preparación del resumen. Si rechazamos su solicitud de acceder a esta información, le informaremos en qué nos basamos para esta decisión y si tiene derecho a una revisión adicional.

- **Informe de divulgación:** Tiene el derecho a un informe de las divulgaciones que nosotros, o nuestros socios comerciales, hayamos hecho de su PHI en los seis años anteriores a la fecha de su solicitud. No se nos exige que informemos las divulgaciones realizadas antes del 14 de abril de 2003, o las divulgaciones que hayamos hecho a usted, a su representante personal o en conformidad con su autorización o permiso informal; por actividades de tratamiento, pago u operaciones de atención médica; como parte de un conjunto limitado de datos; relacionados con una divulgación permitida; o con fines de inteligencia o seguridad nacional; o para el cumplimiento de la ley o correccionales relacionadas con personas detenidas legalmente.

  Tiene derecho a solicitar un informe de divulgación gratuito cada 12 meses. Nos reservamos el derecho de cobrar una tarifa razonable por cada informe de divulgación adicional que solicite durante el mismo período de 12 meses.
- **Solicitudes de restricción:** Tiene derecho a solicitar que pongamos restricciones a la manera en que usamos o divulgamos su PHI para operaciones de tratamiento, pago o atención médica. No se nos exige que aceptemos estas restricciones adicionales; pero si lo hacemos, las respetaremos (excepto si es necesario para un tratamiento de emergencia o si lo exige la ley), a menos que le avisemos que rescindiremos su contrato.
- **Modificación:** Tiene derecho a solicitar que modifiquemos su PHI en el conjunto de registros que se describen más arriba en la sección Acceso. Si rechazamos su solicitud, se lo explicaremos por escrito. Si no está de acuerdo, puede hacer que se presente una declaración de su desacuerdo en nuestros registros. Si aceptamos su solicitud de modificar la información, haremos esfuerzos razonables para comunicarles la modificación a los demás, incluidas las personas que usted mencione.
- **Comunicación confidencial:** Acostumbramos comunicar al suscriptor las decisiones relacionadas con los pagos y los beneficios, y estas pueden incluir PHI. Los miembros que consideren que esta práctica podría ponerlos en peligro pueden solicitarnos que nos comuniquemos con ellos mediante medios o ubicaciones alternativas razonables. Por ejemplo, un miembro puede solicitar que le enviemos una Explicación de los beneficios a un apartado postal en vez de al domicilio del suscriptor. Para solicitar comunicaciones confidenciales, llame al número del Servicio de Atención al Cliente que está en el reverso de su tarjeta de identificación de miembro o al 1-313-225-9000.
- **Aviso de filtración:** En caso de que ocurra una filtración de su PHI no protegida, le proporcionaremos una notificación de dicha filtración según lo exija la ley o cuando lo consideremos adecuado.

Preguntas y quejas

Si desea más información sobre nuestras prácticas de privacidad o una copia por escrito de este aviso, comuníquese con nosotros a la siguiente dirección:

Blue Cross Blue Shield of Michigan
600 E. Lafayette Blvd., MC 1302
Detroit, MI 48226-2998
Attn: Privacy Official
Teléfono: 1-313-225-9000

Para su conveniencia, también puede obtener una copia electrónica (descargable) de este aviso en línea en **www.bcbsm.com**.

Si le preocupa que hayamos violado sus derechos de privacidad, o cree que hemos usado o divulgado indebidamente su PHI, llámenos al 1-800-552-8278. También puede completar nuestro formulario de quejas sobre privacidad en línea en **www.bcbsm.com**.

También puede enviar una queja por escrito al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Le proporcionaremos la dirección para presentar su queja cuando lo solicite. Apoyamos su derecho de proteger la privacidad de su PHI. No tomaremos represalias de manera alguna si presenta una queja ante nosotros o ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

Fecha de la última revisión: 12/16/2022 CF 1296 OCT 21

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

Como miembro de Prescription Blue PDP, tiene derecho a que le enviemos varias clases de información.

Si desea algunos de los siguientes tipos de información, llame a servicio de atención al cliente.

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre el estado financiero del plan.
- **Información sobre las farmacias de nuestra red.** Tiene derecho a obtener información sobre las cualificaciones de las farmacias de nuestra red y de la manera en que les pagamos a las farmacias de la red.
- **Información sobre su cobertura y las normas que debe cumplir al usarla.** Los Capítulos 3 y 4 brindan información sobre la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D.
- **Información acerca de los motivos por los cuales algo no está cubierto y lo que puede hacer al respecto.** En el Capítulo 7 se brinda información sobre cómo pedir una explicación por escrito sobre por qué no se cubre un medicamento de la Parte D o si su cobertura está restringida. El Capítulo 7 también brinda información sobre cómo pedirnos que cambiemos una decisión, también llamado apelación.

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

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

En ocasiones las personas no pueden tomar decisiones sobre la atención médica por sí mismos debido a un accidente o a una enfermedad grave. Tiene el derecho a decir qué quiere que suceda si se encuentra en esta situación. Esto significa que, *si lo desea*, puede hacer lo siguiente:

- Completar un formulario por escrito para otorgar **a alguien la autoridad legal para tomar decisiones médicas por usted** si en algún momento llega a encontrarse incapacitado para tomar decisiones por sí mismo.
- **Dar instrucciones escritas a sus médicos** sobre cómo desea que manejen su atención médica en caso de quedar incapacitado para tomar decisiones médicas por usted mismo.

Los documentos legales que puede usar para dar instrucciones anticipadas en estas situaciones se denominan **directivas anticipadas**. Existen diferentes tipos de directivas anticipadas y diferentes formas de denominarlas. Los documentos llamados **testamento vital** y **poder legal para la atención médica** son ejemplos de directivas anticipadas.

Si desea usar una directiva anticipada para dar instrucciones, esto es lo que debe hacer:

- **Obtener el formulario**. Puede pedirle un formulario de directivas anticipadas a su abogado o al asistente social o puede conseguirlo en algunas tiendas de artículos para oficina. En ocasiones, puede obtener formularios de directivas anticipadas de organizaciones que brindan información sobre Medicare. También puede comunicarse con servicio de atención al cliente para pedirnos los formularios.
- **Completar y firmar el formulario**. Independientemente del origen del formulario, tenga presente que es un documento legal. Considere consultar con un abogado para que lo ayude a prepararlo.
- **Entregar las copias a las personas apropiadas**. Debe entregar una copia del formulario a su médico y a la persona que nombra en el formulario que puede tomar decisiones por usted si no está en condiciones. Podría ser conveniente entregarles copias a sus amigos cercanos o los miembros de su familia. Guarde una copia en su hogar.

Si sabe de antemano que será hospitalizado y tiene una directiva anticipada firmada, **lleve una copia al hospital con usted**.

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

Recuerde que es su elección si desea preparar un documento de directivas anticipadas (incluso en el caso de que desee firmarlo mientras se encuentra en el hospital). Según la ley, nadie puede negarse a darle atención o discriminarlo porque usted tenga o no una directiva anticipada firmada.

Qué hacer si no se cumplen sus instrucciones

Si usted ha firmado una directiva anticipada y considera que un médico o un hospital no cumplieron con lo establecido allí, puede presentar una queja ante el Departamento de Licencias y Asuntos Regulatorios de Michigan (LARA).

Visite www.michigan.gov/lara y haga clic en *File a complaint (Presentar una queja).*

Para presentar una queja contra un hospital u otro centro de atención médica póngase en contacto con:
Department of Licensing & Regulatory Affairs
Bureau of Community and Health Systems - Health Facility Complaints
P.O. Box 30828
Lansing, MI 48909
Llame al: 1-800-882-6006, de 8 a.m. a 5 p.m., hora del este, de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.
Correo electrónico: lara-bsc-complaints@michigan.gov_
Fax: 1-517-763-0214

Para presentar una queja contra un médico, el personal de enfermería o cualquier profesional médico con licencia estatal póngase en contacto con:
Bureau of Professional Licensing
Investigations and Inspections Division
P.O. Box 30670
Lansing, MI 48909-8170
Llame al: 1-517-241-0205 de lunes a viernes de 8 a.m. a 4:30 p.m., hora del este (los usuarios de TTY deben llamar al 711).
Correo electrónico: BPL-Complaints@michigan.gov
Fax: 1-517-241-2389 (Attn: Complaint Intake)

Sección 1.6 Tiene derecho a presentar quejas y a pedirnos que reconsideremos las decisiones que tomamos

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

Sección 1.7 ¿Qué puede hacer si considera que lo tratan injustamente o que no respetan sus derechos?

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

Si cree que lo han tratado de forma injusta o que no se han respetado sus derechos a causa de su raza, discapacidad, religión, sexo, salud, origen étnico, credo (creencias), edad, orientación sexual o país de procedencia, debe llamar a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al número 1-800-368-1019 o TTY al número 1-800-537-7697, o bien, llame a la Oficina de Derechos Civiles local.

Si se trata de otro tema

Si cree que fue tratado injustamente o que no se respetaron sus derechos *y no* se trata de discriminación, puede obtener ayuda para tratar su problema:

- Puede **llamar a servicio de atención al cliente.**
- Puede **llamar al SHIP**. Para más detalles, consulte el Capítulo 2, Sección 3.

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

Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos

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

- Puede **llamar a servicio de atención al cliente.**
- Puede **llamar al SHIP**. Para 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*. (Esta publicación está disponible en **www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf**).
    - O bien, puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

SECCIÓN 2 Tiene algunas responsabilidades como miembro del plan

A continuación se enumera lo que debe hacer como miembro del plan. Si tiene alguna pregunta, llame al servicio de atención al cliente.

- **Familiarícese con sus medicamentos cubiertos y con las normas que debe seguir para obtenerlos**. Use esta *Evidencia de cobertura* para conocer lo que está cubierto en su caso y las normas que debe seguir para obtener los medicamentos cubiertos.
    - Los Capítulos 3 y 4 brindan detalles sobre su cobertura de medicamentos recetados de la Parte D.
- Si tiene alguna otra cobertura de medicamentos recetados además de nuestro plan, debe informárnoslo. En el Capítulo 1 se le indica cómo se coordinan estos beneficios.
- **Avise a su médico y al farmacéutico que está inscrito en nuestro plan**. Muestre su tarjeta de membresía del plan cada vez que obtenga medicamentos recetados de la Parte D.
- Dé información a los médicos y otros proveedores, hágales preguntas y siga sus indicaciones a fin de contribuir a que estos lo ayuden.
    - Para contribuir a obtener la mejor atención, informe a sus médicos y a otros proveedores de salud acerca de sus problemas de salud. Siga los planes y las instrucciones de tratamiento acordados entre usted y sus médicos.
    - Asegúrese de que sus médicos conozcan todos los medicamentos que toma, incluso los medicamentos de venta libre, vitaminas y suplementos.
    - Si tiene preguntas, no dude en hacerlas, y asegúrese de obtener una respuesta que entienda.

- **Pague lo que debe**. Como miembro del plan, usted es responsable de los siguientes pagos:
  - Debe pagar las primas de su plan.
  - En el caso de la mayoría de los medicamentos cubiertos por el plan, usted debe pagar su parte del costo en el momento de recibirlos.
  - Si se le exige que pague una multa por inscripción tardía, debe pagar la multa para seguir siendo miembro del plan.
  - Si tiene que pagar el importe adicional de la Parte D debido a un ingreso anual, debe continuar pagando el importe adicional directamente al Gobierno para seguir siendo miembro del plan.
- **Si se muda *dentro* del área de servicio de nuestro plan, necesitamos saberlo** para mantener su registro de membresía actualizado y saber cómo contactarlo.
- **Si se muda *fuera* del área de servicio de nuestro plan, usted** no puede seguir siendo miembro de nuestro plan.
- Si se muda, también es importante informar al Seguro Social (o a la Junta de Retiro para Empleados Ferroviarios).

CAPÍTULO 7:
Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas)

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Qué hacer si tiene un problema o una queja

En este capítulo se explican dos tipos de procesos para manejar problemas e inquietudes:

- Para algunos problemas, debe utilizar el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones.
- En otros casos, tendrá que usar el proceso de presentación de quejas, también llamadas quejas formales.

Estos dos procesos han sido aprobados por Medicare. Cada proceso tiene un conjunto de normas, procedimientos y plazos que usted y nosotros debemos seguir.

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

Sección 1.2 ¿Y los términos legales?

Existen términos legales para algunas de las normas, los procedimientos y los tipos de plazos que se explican en este capítulo. Muchos de estos términos no resultan conocidos para la mayoría de las personas y pueden ser difíciles de comprender. Para facilitar la comprensión, en este capítulo se siguen estas pautas:

- Se usan palabras más simples en lugar de algunos términos legales. Por ejemplo, en este capítulo por lo general se dice “hacer una queja” en lugar de “presentar una queja formal”, “decisión de cobertura” en lugar de “determinación de cobertura” o “determinación de riesgo” y “organización de revisión independiente” en lugar de “Entidad de Revisión Independiente”.
- También se usa la menor cantidad posible de abreviaturas.

No obstante, puede resultarle útil y, a veces, es bastante importante, conocer los términos legales correctos. Saber qué términos usar lo ayudará a comunicarse con mayor precisión para obtener la ayuda o la información adecuada a su situación. Para ayudarlo a conocer los términos que debe usar, incluimos términos legales al proporcionar los detalles para el manejo de tipos específicos de situaciones.

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y ayuda personalizada

Siempre estamos disponibles para ayudarlo. Incluso si tiene una queja sobre el trato que le damos, estamos obligados a respetar su derecho a reclamar. Por lo tanto, siempre debe dirigirse a Servicio de atención al cliente para obtener ayuda. Pero, en algunas situaciones, puede necesitar la ayuda o guía de una persona que no esté conectada con nosotros. A continuación, se mencionan dos entidades que pueden ayudarlo.

Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP)

Cada estado tiene un programa del Gobierno con asesores capacitados. El programa no tiene relación con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los asesores de este programa pueden ayudarlo a comprender qué proceso debe usar para manejar un problema que esté teniendo. También pueden responder sus preguntas, darle más información y ofrecerle orientación con respecto a lo que debe hacer.

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

Medicare

También puede comunicarse con Medicare para pedir ayuda. Para hacerlo:

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

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

Si tiene un problema o una inquietud, solo debe leer las partes de este capítulo que se apliquen a su situación. La guía que figura a continuación lo ayudará.

¿Su problema o inquietud está relacionado con sus beneficios o cobertura?

Esto incluye problemas sobre si un medicamento recetado está cubierto o no, el modo en que está cubierto y problemas relacionados con el pago de los medicamentos recetados.

Sí.

Vaya a la siguiente sección de este capítulo, la **Sección 4**, **Guía sobre los conceptos básicos de las apelaciones y decisiones de la cobertura**.

No.

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

DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES

SECCIÓN 4 Guía sobre los conceptos básicos de las apelaciones y decisiones de la cobertura

Sección 4.1 Cómo pedir decisiones de cobertura y presentar apelaciones: el panorama completo

Las decisiones de cobertura y las apelaciones se encargan de los problemas relacionados con sus beneficios y cobertura de medicamentos recetados, incluidos los pagos. Este es el proceso que usted debe usar para cuestiones tales como si un medicamento está cubierto o no y el modo en que está cubierto.

Cómo solicitar decisiones de cobertura antes de recibir los beneficios

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y su cobertura, o al monto que pagaremos por los medicamentos recetados que usted reciba.

Tomamos una decisión de cobertura siempre que decidimos lo que usted tiene cubierto y el monto que pagaremos. En algunos casos, podríamos decidir que usted ya no tiene cubierto un medicamento o que Medicare ya no lo cubre. Si usted no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

En circunstancias limitadas, una solicitud de decisión de cobertura será rechazada, lo que significa que no revisaremos la solicitud. La solicitud se desestimará, por ejemplo, si la solicitud es inválida, si alguien presenta la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo o si usted pide que se retire su solicitud. Si rechazamos una solicitud de decisión de cobertura, le enviaremos un aviso explicando por qué se ha rechazado la solicitud y cómo solicitar una revisión del rechazo.

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura, sea antes o después de recibir un beneficio, y usted no está satisfecho, puede *apelar* la decisión. Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos y modifiquemos una decisión de cobertura que hayamos tomado. En determinadas circunstancias, que mencionaremos más adelante, puede solicitar una *apelación rápida* o acelerada de una decisión de cobertura. Su apelación la manejan revisores que no son los mismos que tomaron la decisión original.

Cuando apela una decisión por primera vez, a esta apelación se la llama apelación de nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión que cobertura que tomamos para verificar si, al tomar la decisión, seguimos todas las normas de forma adecuada. Cuando hayamos finalizado la revisión, le indicaremos nuestra decisión.

En circunstancias limitadas, una solicitud de apelación de nivel 1 será rechazada, lo que significa que no revisaremos la solicitud. La solicitud se desestimará, por ejemplo, si la solicitud es inválida, si alguien presenta la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para

hacerlo o si usted pide que se retire su solicitud. Si rechazamos una solicitud de apelación de nivel 1, le enviaremos un aviso explicando por qué se ha rechazado la solicitud y cómo solicitar una revisión del rechazo.

Si no rechazamos su caso, pero decimos que no a la totalidad o parte de su apelación de nivel 1, puede pasar a una apelación de nivel 2. La apelación de nivel 2 la lleva a cabo una organización de revisión independiente que no tiene conexión con nosotros. Las apelaciones de la Parte D se analizan con más detalle en la Sección 5 de este capítulo). Si no está satisfecho con la decisión tomada en la apelación de nivel 2, puede avanzar a otros niveles de apelación (En la Sección 6 de este capítulo se explican los procesos de apelación de nivel 3, 4 y 5).

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

A continuación, se presentan recursos disponibles si decide pedir algún tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- Puede **llamarnos al servicio de atención al cliente**.
- **Puede obtener ayuda gratuita** de su Programa estatal de asistencia sobre el seguro médico.
- **Su médico u otro proveedor de recetas puede hacer la solicitud por usted.** Para los medicamentos recetados de la Parte D, su médico o proveedor que receta pueden solicitar una decisión de cobertura o una apelación de nivel 1 en su nombre. Si su apelación de nivel 1 es denegada, su médico o el profesional que le receta puede solicitar una apelación de nivel 2.
- **Puede pedirle a alguien que actúe en su nombre.** Si lo desea, puede designar a otra persona para que actúe como su *representante* para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
    - Si quiere que un amigo, pariente u otra persona sea su representante, llame al servicio de atención al cliente y pida el formulario de *Nombramiento de representante*. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en **www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf** o en nuestro sitio web en **www.bcbsm.com/medicare/help/forms-documents/appointment-representative.html**). El formulario otorga permiso a dicha persona para que actúe en su nombre. Debe estar firmado por usted y por la persona que usted desee que actúe en su nombre. Debe entregarnos una copia del formulario firmado.
    - Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos completar nuestra revisión hasta que lo recibamos. Si no recibimos el formulario antes de nuestro plazo para tomar una decisión con respecto a su apelación, su solicitud de apelación será rechazada. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito en el que le explicaremos su derecho a solicitar a la organización de revisión independiente que revise nuestra decisión de rechazar su apelación.
- **También tiene derecho a contratar a un abogado.** Puede comunicarse con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado del colegio profesional de abogados local u otro servicio de derivación. También hay grupos que le pueden proporcionar servicios

legales gratuitos, si reúne los requisitos para recibirlos. Sin embargo, **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 Esta sección le dice lo que debe hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea que le reembolsemos la parte que nos corresponde por un medicamento de la Parte D

Los beneficios incluyen la cobertura para muchos medicamentos recetados. Para que esté cubierto, el medicamento debe usarse para una indicación médicamente aceptada. (Consulte el Capítulo 3 para obtener más información sobre las indicaciones médicamente aceptadas). Si desea conocer los detalles de los medicamentos de la Parte D, las normas, las restricciones y los costos, consulte los Capítulos 3 y 4.

- **En esta sección, se habla solamente de sus medicamentos de la Parte D.** Para simplificar las cosas, por lo general, diremos *medicamento* en el resto de esta sección para no repetir *medicamento recetado cubierto para pacientes ambulatorios* o *medicamento de la Parte D* a cada momento. También usamos la expresión “Lista de medicamentos” en lugar de *Lista de medicamentos cubiertos* o *Formulario*.
- Si no sabe si un medicamento está cubierto o si cumple las normas, puede preguntarnos. Algunos medicamentos requieren que obtenga nuestra aprobación antes de que lo cubramos.
- Si la farmacia le indica que su receta no puede surtirse de forma escrita, la farmacia le entregará un aviso por escrito en el que se explique cómo contactarnos para solicitar una decisión de cobertura.

Decisiones de cobertura y apelaciones de la Parte D

Término legal
La decisión de cobertura inicial sobre sus medicamentos de la Parte D se llama **determinación de cobertura**.

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y su cobertura, o al monto que pagaremos por los medicamentos que usted reciba. Esta sección le indica lo que puede hacer si se encuentra en alguna de las siguientes situaciones:

- Solicitar que cubramos un medicamento de la Parte D que no está en la *Lista de medicamentos cubiertos* del plan. **Pedir una excepción. Sección 5.2**

- Solicitar que hagamos una excepción a una restricción de la cobertura de un medicamento del plan (como límites en la cantidad del medicamento que puede obtener), autorización previa, o el requisito de probar otro medicamento primero). **Pedir una excepción. Sección 5.2**
- Solicitar pagar un monto menor de costos compartidos por un medicamento cubierto en un nivel más alto de costos compartidos. **Pedir una excepción. Sección 5.2**
- Pedir la autorización previa de un medicamento. **Pedir una decisión de cobertura. Sección 5.4**
- Pedir que paguemos por un medicamento recetado que ya ha comprado. **Pedirnos un reembolso. Sección 5.4**

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

En esta sección se le indica cómo solicitar decisiones de cobertura y cómo solicitar una apelación.

Sección 5.2 ¿Qué es una excepción?

Términos legales
Para solicitar la cobertura de un medicamento que no está dentro de la "Lista de medicamentos", a veces, se dice que se solicita una **excepción del formulario**. Solicitar la eliminación de una restricción en la cobertura de un medicamento a veces también se denomina solicitar una **excepción del formulario**. Solicitar pagar un precio menor por un medicamento no preferido cubierto también se llama solicitar una **excepción de nivel**.

Si un medicamento no está cubierto del modo que le gustaría que lo esté, puede solicitarnos que hagamos una *excepción*. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura.

Para que consideremos su solicitud de excepción, su médico u otro proveedor de recetas tendrá que explicar los motivos médicos que justifican que necesite que se apruebe la excepción. A continuación se presentan tres ejemplos de excepciones que usted o su médico u otro proveedor de recetas puede solicitarnos que hagamos:

1. **Cobertura de un medicamento de la Parte D que no está dentro de la Lista de medicamentos.** Si aceptamos cubrir un medicamento que no está en la Lista de medicamentos, deberá pagar el importe del costo compartido que se aplica a los medicamentos del nivel 4. No puede solicitar una excepción al monto de costo compartido que le exigimos que pague por el medicamento.
2. **Eliminación de una restricción de un medicamento cubierto.** En el Capítulo 3, se describen las normas o restricciones adicionales que se aplican a determinados medicamentos de nuestra Lista de medicamentos. Si aceptamos hacer una excepción y

omitir una restricción a su favor, puede solicitar una excepción al monto de costo compartido que le exigimos que pague por el medicamento.

3. **Cambio de la cobertura de un medicamento a un nivel más bajo de costos compartidos.** Cada medicamento incluido en la Lista de medicamentos se encuentra en uno de los cinco niveles de costos compartidos. En general, cuanto menor sea el número del nivel de costos compartidos, menor será la parte que le corresponde pagar por el medicamento.
   - Si nuestra Lista de medicamentos contiene medicamentos alternativos que tratan su afección médica y se encuentran en un nivel de costos compartidos más bajo que el medicamento que desea obtener, puede solicitarnos que cubramos el medicamento que desea obtener por el monto de costos compartidos que se aplica al medicamento alternativo.
   - Si el medicamento que toma es un producto biológico, puede pedirnos que cubramos el medicamento en un monto de costo compartido más bajo. Este sería el nivel más bajo que contiene alternativas de productos biológicos para tratar su enfermedad.
   - Si el medicamento que toma es un medicamento de marca, puede solicitarnos que cubramos el importe que se aplica al nivel de menor costo compartido del medicamento que contiene alternativas de marcas para tratar su enfermedad.
   - Si el medicamento que recibe es un medicamento genérico, puede solicitarnos que cubramos el medicamento por el monto del costo compartido que se aplica al nivel más bajo que contiene productos de marca o genéricos alternativos que tratan su afección.
   - No puede solicitarnos que cambiemos el nivel de costos compartidos de ningún medicamento incluido en el nivel 5 (nivel de especialidades).
   - Si aprobamos su solicitud de una excepción de nivel y hay más de un nivel más bajo de costos compartidos que incluya medicamentos alternativos que puede tomar, por lo general usted pagará el monto más bajo.

Sección 5.3 Cosas importantes que debe saber con respecto a solicitar excepciones

Su médico debe indicar los motivos médicos

Su médico u otro proveedor de recetas debe proporcionarnos una declaración que explique los motivos médicos que justifican la solicitud de una excepción. Para obtener una decisión más rápida, debe incluir esta información médica de su médico u otro proveedor de recetas cuando solicite la excepción.

Normalmente, nuestra Lista de medicamentos incluye más de un medicamento que trata una afección en particular. Estas diferentes posibilidades se llaman medicamentos *alternativos*. Si un medicamento alternativo resultara tan eficaz como el medicamento que está solicitando y no causa más efectos secundarios ni otros problemas de salud, en general, *no* aprobaremos la solicitud de una excepción. Si nos solicita una excepción de nivel, por lo general, *no* aprobaremos su solicitud de excepción, a menos que todos los medicamentos alternativos en el

nivel de menor costo compartido no funcionen bien para usted o le causen reacciones adversas u otros daños.

Podemos aceptar o rechazar su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de una excepción, nuestra aprobación suele ser válida hasta la finalización del año del plan. Esto es así siempre y cuando su médico siga recetándole el medicamento y dicho medicamento siga siendo seguro y eficaz para el tratamiento de su afección.
- Si rechazamos su solicitud, puede pedir otra revisión de nuestra decisión presentando una apelación.

Sección 5.4 Instrucciones detalladas: cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

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

<u>Paso 1:</u> Decida si necesita una decisión de cobertura estándar o una decisión de cobertura rápida.

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

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

- Debe pedir un *medicamento que aún no haya recibido*. (No puede pedir una decisión de cobertura rápida para que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró).
- Usar los plazos estándares podría *causar daños graves a su salud o dañar su capacidad funcional*.
- **Si su médico u otro proveedor de recetas nos dice que su salud requiere una decisión de cobertura rápida, automáticamente le daremos una decisión de cobertura rápida.**
- **Si usted solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta, sin el respaldo de su médico o de otro proveedor de recetas, decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta para lo siguiente:
  - Explicar que usaremos los plazos estándares.
  - Explicar que si su médico u otro proveedor de recetas solicita la decisión de cobertura rápida; tomaremos automáticamente una decisión de cobertura rápida.

- Indicarle cómo puede presentar una *queja rápida* sobre nuestra decisión de tomar una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que usted solicitó. Responderemos a su reclamo en un plazo de 24 horas desde su recepción.

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

Para comenzar, llame, escriba o envíe un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o cubramos el medicamento recetado que desea. También puede tener acceso al proceso de decisiones de cobertura a través de nuestro sitio web. Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito, incluidas las solicitudes enviadas mediante el *Formulario de solicitud de determinación de cobertura del modelo de los CMS* o el formulario de nuestro plan, que está disponible en nuestro sitio web. El **www.bcbsm.com/medicare**. En el Capítulo 2 está la información de contacto. Para ayudarnos a procesar su solicitud, asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información que identifique el reclamo rechazado que está apelando.

Usted, su médico (u otro proveedor de recetas) o su representante pueden hacerlo. También puede hacer que un abogado actúe en su nombre. En la Sección 4 de este capítulo se indica cómo puede otorgar un permiso por escrito a un tercero para que actúe como su representante.

- **Si está solicitando una excepción, proporcione la *declaración de respaldo*,** es decir, las razones médicas para la excepción. Su médico u otro profesional autorizado para recetar medicamentos pueden enviarnos la justificación por fax o correo postal. O bien, su médico u otro proveedor de recetas nos lo puede decir por teléfono y realizar un seguimiento con el envío de una declaración por escrito, por fax o correo postal, de ser necesario.

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

Plazos para una decisión de cobertura rápida

- Por lo general, debemos darle una respuesta en un plazo de **24 horas** después de recibir su solicitud.
  - Si está solicitando una excepción, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas después de recibir la declaración de su médico que respalda su solicitud. Le daremos una respuesta antes, si su salud lo requiere.
  - Si no cumplimos con este plazo, deberemos enviar su solicitud al proceso de apelaciones de nivel 2, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aprobamos su solicitud, ya sea de forma parcial o total**, debemos proporcionar la cobertura acordada en el término de las 24 horas posteriores a la recepción de su solicitud o la declaración del médico que respalde su solicitud.
- **Si rechazamos su solicitud, ya sea de forma parcial o total**, le enviaremos una justificación por escrito que explicará las razones por las que dijimos que no. Además, le indicaremos cómo apelar.

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

- Por lo general, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud.

- Si está solicitando una excepción, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibir la declaración de su médico que respalda su solicitud. Le daremos una respuesta antes, si su salud lo requiere.
- Si no cumplimos con este plazo, deberemos enviar su solicitud al proceso de apelaciones de nivel 2, donde la revisará una organización de revisión independiente.

- **Si aprobamos su solicitud, ya sea de forma parcial o total,** debemos **proporcionar la cobertura** acordada en el **plazo de las 72 horas** posteriores a la recepción de su solicitud o la declaración del médico que respalde su solicitud.
- **Si rechazamos su solicitud, ya sea de forma parcial o total**, le enviaremos una justificación por escrito que explicará las razones por las que dijimos que no. Además, le indicaremos cómo apelar.

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

- Debemos darle una respuesta **en el término de los 14 días calendario** posteriores a la recepción de su solicitud.
  - Si no cumplimos con este plazo, deberemos enviar su solicitud al proceso de apelaciones de nivel 2, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aprobamos su solicitud, ya sea de forma parcial o total**, también debemos efectuar el pago en el término de los 14 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud.
- **Si rechazamos su solicitud, ya sea de forma parcial o total**, le enviaremos una justificación por escrito que explicará las razones por las que dijimos que no. Además, le indicaremos cómo apelar.

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

- Si decidimos no otorgar la cobertura, tiene derecho a solicitarnos que reconsideremos esta decisión mediante una apelación. Esto significa volver a solicitar la cobertura del medicamento que desea. Si presenta una apelación, significa que pasará automáticamente al nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 5.5 Instrucciones detalladas: cómo presentar una apelación de nivel 1

Términos legales
Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de un medicamento de la Parte D se denomina **redeterminación** del plan. La *apelación rápida* también se conoce como **redeterminación acelerada**.

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

Una apelación estándar suele hacerse en un plazo de 7 días calendario. Una apelación rápida se hace generalmente en un plazo de 72 horas. Si su salud lo requiere, solicite una apelación rápida.

- Si usted apela una decisión que tomamos con respecto a un medicamento que aún no ha recibido, usted y su médico u otro proveedor de recetas tendrán que decidir si necesita una *apelación rápida*.
- Los requisitos para obtener una *apelación rápida* son los mismos que los requisitos para la *decisión de cobertura rápida* en la Sección 5.4 de este capítulo.

Paso 2: Usted, su representante, su médico u otra persona autorizada a dar recetas debe ponerse en contacto con nosotros y presentar su apelación de nivel 1. Si su salud requiere una respuesta inmediata, debe solicitar una apelación rápida.

- **Para las apelaciones estándares, presente una solicitud por escrito**. El Capítulo 2 tiene la información de contacto.
- Para las apelaciones rápidas, puede presentar la apelación por escrito o llamarnos al 1-800-565-1770. El Capítulo 2 tiene la información de contacto.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito,** incluidas las solicitudes enviadas mediante el *Formulario de solicitud de redeterminación del modelo CMS*, que está disponible en nuestro sitio web **www.bcbsm.com/medicare**. 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 el término de los 65 días calendario** posteriores a la fecha que figura en el aviso por escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si excede este plazo por una razón que lo justifique, explique por qué presentó tarde su apelación durante su presentación. Podemos concederle más tiempo para presentar la apelación. Entre los ejemplos de motivos justificados se incluyen una enfermedad grave que le impidiera comunicarse con nosotros o que le hayamos proporcionado información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información con respecto a su apelación y agregar más información.** Usted y su médico pueden añadir más información para apoyar su apelación.

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

- Cuando estamos revisando su apelación, volvemos a mirar minuciosamente toda la información sobre su solicitud de cobertura. Nos fijamos si seguimos todas las reglas cuando rechazamos su solicitud.
- Podemos comunicarnos con usted o con su médico u otro proveedor de recetas para obtener más información.

Plazos para una apelación rápida

- En el caso de las apelaciones rápidas, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 72 horas desde que recibimos su apelación**. Le daremos una respuesta antes, si su salud lo requiere.
    - Si no le damos una respuesta en el término de las 72 horas, debemos enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente. En la Sección 5.6 se explica el proceso de apelaciones de nivel 2.
- **Si aprobamos su solicitud, ya sea de forma parcial o total,** debemos proporcionar la cobertura que aceptamos proporcionar en el término de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación.
- **Si rechazamos su solicitud, ya sea de forma parcial o total,** le enviaremos una justificación por escrito que explicará las razones por las que dijimos que no y cómo puede apelar nuestra decisión.

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

- En el caso de las apelaciones estándares, debemos darle una respuesta **en un plazo de 7 días calendario** desde que recibimos su apelación. Tomaremos una decisión antes si aún no ha recibido el medicamento y su afección médica lo requiere.
    - Si no le damos una respuesta en el término de los 7 días calendario, debemos enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente. En la Sección 5.6 se explica el proceso de apelaciones de nivel 2.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos proporcionarle la cobertura tan rápido como su salud lo requiera, pero no más de **7 días calendario** de recibida su apelación.
- **Si rechazamos su solicitud, ya sea de forma parcial o total,** le enviaremos una justificación por escrito que explicará las razones por las que dijimos que no y cómo puede apelar nuestra decisión.

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

- Debemos darle una respuesta **en el término de los 14 días calendario** posteriores a la recepción de su solicitud.
    - Si no cumplimos con este plazo, deberemos enviar su solicitud al proceso de apelaciones de nivel 2, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aprobamos su solicitud, ya sea de forma parcial o total**, también debemos efectuar el pago en el término de los 30 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud.
- **Si rechazamos su solicitud, ya sea de forma parcial o total,** le enviaremos una justificación por escrito que explicará las razones por las que dijimos que no. Además, le indicaremos cómo 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 Instrucciones detalladas: cómo presentar una apelación de nivel 2

Término legal
El nombre formal de la *organización de revisión independiente* es **Entidad de Revisión Independiente**. A veces se denomina **IRE.**

La **organización de revisión independiente es una organización independiente que contrata Medicare**. No tiene relación con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización decide si la decisión que tomamos es correcta o debe cambiarse. Medicare supervisa el trabajo que esta hace.

Paso 1: Usted (o su representante, su médico u otro proveedor de recetas) debe comunicarse con la organización de revisión independiente y solicitar una revisión de su caso.

- Si rechazamos su apelación de nivel 1, en el aviso que le enviemos por escrito se incluirán **instrucciones sobre cómo presentar una apelación de nivel 2** ante la organización de revisión independiente. Estas instrucciones le indicarán quién puede presentar esta apelación de nivel 2, qué plazos debe seguir y cómo comunicarse con la organización de revisión. Sin embargo, si no realizamos la revisión dentro del plazo correspondiente, o si tomamos una decisión desfavorable respecto de la determinación **de riesgo** según su programa de gestión de medicamentos, automáticamente enviaremos su reclamo a la IRE.
- Le enviaremos la información que tengamos sobre su apelación a esta organización. Esta información se llama **archivo de su caso**. **Tiene derecho a solicitarnos una copia del archivo de su caso**.
- Tiene derecho a proporcionar a la organización de revisión independiente información adicional que respalde su apelación.

Paso 2: La organización de revisión independiente revisa su apelación.

- Los revisores de la organización de revisión independiente revisarán minuciosamente toda la información relacionada con su apelación.

Plazos para apelación rápida

- Si su salud lo requiere, solicite una *apelación rápida* a la organización de revisión independiente.

- Si la organización acepta otorgarle una *apelación rápida*, la organización debe darle una respuesta a su apelación de nivel 2 **en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud de apelación.

Plazos para una apelación estándar

- Para las apelaciones estándares, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** desde que se recibe su apelación, si es para un medicamento que aún no ha recibido. Si solicita que le reembolsemos un medicamento que ya adquirió, la organización de revisión debe responder su apelación de nivel 2 **en el plazo de 14 días calendario** tras recibir la solicitud.

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

Para las apelaciones rápidas:

- **Si la organización de revisión independiente aprueba su solicitud, ya sea de forma parcial o total,** debemos proporcionarle la cobertura del medicamento aprobada por la organización de revisión **en el plazo de 24 horas** tras la recepción de la decisión de la organización de revisión.

Para las apelaciones estándares:

- **Si la organización de revisión independiente aprueba su solicitud de cobertura, ya sea de forma parcial o total**, debemos **proporcionarle la cobertura del medicamento** aprobada por la organización de revisión **en el plazo de 72 horas** tras la recepción de la decisión de la organización de revisión.
- Si la organización de revisión independiente aprueba su solicitud de reembolso del pago **de un medicamento que ya compró, ya sea de forma parcial o total, debemos** enviarle el pago en un plazo de 30 días calendario **después de recibir la decisión de la organización de revisión.**

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

Si esta organización rechaza parte o la totalidad de su apelación, significa que está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud (o parte de ella). (Esto se llama *confirmar la decisión*. También se lo conoce como *rechazo de su apelación*). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta con la siguiente información:

- La explicación de su decisión.
- Una notificación sobre su derecho a una apelación de nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura del medicamento que está solicitando cumple con un mínimo determinado. Si el valor en dólares de la cobertura del medicamento que solicita es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación, y la decisión que se tome en el nivel 2 es la decisión definitiva.
- Información del valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelaciones.

Paso 4: Si su caso reúne los requisitos, usted elige si desea que su apelación suba de nivel.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones posteriores al nivel 2 (un total de cinco niveles de apelación).
- Si decide presentar un apelación de nivel 3, los detalles con respecto a cómo hacerlo se encuentran en el aviso que recibió por escrito después de su segunda apelación.
- De la apelación de nivel 3 se encarga un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador. La Sección 6 de este capítulo brinda más información sobre los procesos de apelación de los niveles 3, 4 y 5.

SECCIÓN 6 Cómo llevar su apelación al nivel 3 y a los niveles siguientes

Sección 6.1 Apelaciones de nivel 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D

Esta sección puede resultarle útil si ha presentado una apelación de nivel 1 y una apelación de nivel 2 y se han rechazado ambas.

Si el valor del medicamento por el que ha presentado la apelación cumple con un determinado monto en dólares, podría tener la posibilidad de continuar con niveles de apelación adicionales. Si el valor en dólares es menor, no puede seguir presentando apelaciones. En la respuesta que reciba por escrito a su apelación de nivel 2 se le explicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer para solicitar una apelación de nivel 3.

Para la mayoría de las situaciones que implican apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan de una manera bastante similar. A continuación se indica quién se encarga de la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de nivel 3	**Un juez (llamado juez de derecho administrativo) o un abogado adjudicador que trabaje para el Gobierno federal** revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si se aprueba su apelación, el proceso de apelaciones termina.** Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura del medicamento** que fue aprobada por el juez de derecho administrativo o abogado adjudicador **en el término de las siguientes 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o efectuar el pago, como máximo, en el término de los 30 días calendario** posteriores a la recepción de la decisión.
- **Si el juez de derecho administrativo o abogado mediador rechaza su apelación, el proceso de apelaciones puede *finalizar* o *no*.**
  - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, finalizará el proceso de apelaciones.

- Si no desea aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le dirá que hacer para una apelación de nivel 4.

Apelación de nivel 4 El **Consejo de Apelaciones de Medicare** (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo forma parte del gobierno federal.

- **Si se aprueba su apelación, el proceso de apelaciones termina. Debemos autorizar o proporcionar cobertura del medicamento aprobado por el Consejo en el plazo de 72 horas (24 horas si es una apelación acelerada) o pagar antes de los 30 días calendario una vez recibida la decisión.**
- **Si se rechaza su apelación, el proceso de apelaciones *puede finalizar* o *no*.**
  - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, finalizará el proceso de apelaciones.
  - Si no desea aceptar la decisión, podría tener la posibilidad de pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación o niega su solicitud de revisión de la apelación, el aviso que recibe indica si las normas permiten que proceda con una apelación de nivel 5. También se le indicará con quién comunicarse y qué hacer a continuación si decide seguir con su apelación.

Apelación de nivel 5 Un juez del **tribunal federal de distrito** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si *acepta* o *rechaza* su solicitud. Esta respuesta es final. Ya no hay más niveles de apelación después del Tribunal Federal de Distrito.

CÓMO PRESENTAR QUEJAS

SECCIÓN 7 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el Servicio de Atención al Cliente y otras inquietudes

Sección 7.1 ¿Para qué tipos de problemas se usa el proceso de quejas?

El proceso de queja se usa *solamente* para determinados tipos de problemas. Esto abarca problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio de atención al cliente. A continuación, se presentan ejemplos de los tipos de problemas para los que se usa el proceso de quejas.

Queja	Ejemplo
Calidad de la atención que recibe	• ¿Está disconforme 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?
Falta de respeto, mal servicio de atención al cliente u otras conductas negativas	• ¿Alguien ha sido grosero con usted o le ha faltado el respeto? • ¿Está insatisfecho con nuestro servicio de atención al cliente? • ¿Considera que lo están alentando a abandonar el plan?
Tiempos de espera	• ¿Lo han dejado esperando demasiado tiempo los farmacéuticos? ¿O el Servicio de Atención al Cliente u otro miembro del personal del plan? ◦ Entre los ejemplos se incluyen esperas demasiado prolongadas al teléfono, en la sala de espera o al surtir una receta.
Limpieza	• ¿Está disconforme con la limpieza o el estado general de una farmacia?
Información que le proporcionamos	• ¿No le dimos un aviso obligatorio? • ¿Es difícil de entender la información escrita que brindamos?
Cumplimiento de los plazos (Este tipo de quejas está relacionado con el cumplimiento de los *plazos* en nuestras acciones relacionadas con decisiones de cobertura y apelaciones)	Si ha solicitado una decisión de cobertura o ha presentado una apelación y piensa que no estamos respondiendo lo suficientemente rápido, puede presentar una queja con respecto a nuestra lentitud. A continuación, se presentan ejemplos: • Si nos ha solicitado una *decisión de cobertura rápida* o una *apelación rápida* y hemos rechazado dicha solicitud, puede presentar una queja. • Cree que no cumplimos los plazos para las decisiones de cobertura o las apelaciones: puede presentar una queja. • Cree que no cumplimos los plazos para cubrir o reembolsarle determinados medicamentos que estaban aprobados; puede presentar una queja. • Cree que no cumplimos los plazos obligatorios 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 se denomina **queja formal**. • **Presentar una queja** también se denomina **presentar una queja formal.** • **Usar el proceso para quejas** también se denomina **usar el proceso para presentar una queja formal**. • Una **queja rápida** también se denomina **queja formal acelerada**.

Sección 7.3 Instrucciones detalladas: cómo presentar una queja

Paso 1: Comuníquese con nosotros a la brevedad, ya sea por teléfono o por escrito.

- **Por lo general, el primer paso es llamar al Servicio de Atención al Cliente.** Si hay algo más que debe hacer, se lo informará el personal del Servicio de Atención al Cliente.
- **Si no desea llamar (o llamó y no quedó conforme), puede redactar su queja por escrito y enviárnosla.** Si envió su queja por escrito, le responderemos por escrito.
- **Usted o alguien en su nombre pueden presentar una queja formal.** Debe enviarla por correo a la siguiente dirección:

  Blue Cross Blue Shield of Michigan
  Clinical Pharmacy Help Desk
  Mail Code 512J
  P.O. Box 441877
  Detroit, MI 48244

  También puede enviarla por fax a este número: 1-866-601-4428.

  Debemos atender su queja formal con la rapidez que su estado de salud lo requiera, pero no debe ser posterior a los 30 días de la fecha de recepción de la queja formal oral o escrita. **No obstante, podemos demorarnos hasta 14 días adicionales** si descubrimos que falta información que podría beneficiarlo (como historias clínicas de proveedores fuera del estado) o si necesita tiempo para proporcionarnos información para la revisión; si decidimos tomar días adicionales, se lo notificaremos por escrito. En ciertos casos, tiene derecho a solicitar una “queja formal rápida”, lo que significa que responderemos la queja formal en el plazo de 24 horas. Hay solo dos motivos por los que concederemos la solicitud de una queja formal rápida.

  - Si le pidió a Blue Cross Blue Shield of Michigan que tome una “decisión rápida” sobre un servicio que aún no ha recibido y hemos rechazado.

- Si no acepta nuestra solicitud de una extensión de 14 días para responder a su queja formal estándar, decisión de cobertura o apelación previa al servicio.

- El **plazo límite** para presentar una queja es **65 días calendario** desde el momento en que tuvo el problema que dio lugar a la queja.

Paso 2: Revisamos su queja y le damos una respuesta.

- **De ser posible, le daremos una respuesta de inmediato.** Si nos llama para comunicarnos una queja, tal vez podamos darle una respuesta durante la misma llamada telefónica.
- **La mayoría de las quejas se responde dentro de los 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora redunda en su beneficio, o si usted solicita más tiempo, podemos tardar hasta 14 días calendario más (44 días calendario en total) en responder a su queja. Si decidimos tomarnos más días, se lo diremos por escrito.
- **Si presenta una queja porque rechazamos su solicitud de *decisión de cobertura rápida* o una *apelación rápida*, automáticamente le concederemos una *queja rápida*.** Si presenta una *queja rápida*, significa que le responderemos en el plazo de 24 horas.
- **Si no estamos de acuerdo** con su queja, ya sea de forma parcial o total, o no asumimos responsabilidad por el problema que originó la queja, le daremos los motivos de nuestra respuesta.

Sección 7.4 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención ante la Organización para la Mejora de la Calidad

Cuando su queja está relacionada con la *calidad de la atención*, también tiene dos opciones más:

- **Puede presentar su queja directamente ante la Organización para la Mejora de la Calidad.** La Organización para la Mejora de la Calidad está conformada por un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica en ejercicio pagados por el Gobierno federal, que se encarga de controlar y mejorar la atención que reciben los pacientes de Medicare. En el Capítulo 2 está la información de contacto.

O

- **Puede presentar su queja a la Organización para la Mejora de la Calidad y a nosotros al mismo tiempo.**

Sección 7.5 También puede comunicar su queja a Medicare

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

CAPÍTULO 8:
Cómo dar de baja su membresía en el plan

SECCIÓN 1 ¿Cómo puede dar de baja su membresía en nuestro plan?

La desafiliación del plan Prescription Blue PDP puede ser en forma **voluntaria** (por decisión propia) o **involuntaria** (no por decisión propia):

- Puede desafiliarse del plan porque decidió que *desea* hacerlo. En las Secciones 2 y 3 se le brindan información sobre cómo cancelar su membresía voluntariamente.
- También existen situaciones limitadas en las que nos vemos obligados a finalizar su membresía. En la Sección 5 se indican las situaciones en que debemos terminar su membresía.

Si finalizará la membresía a nuestro plan, el plan debe seguir proporcionándole los medicamentos recetados, y usted seguirá pagando su parte del costo hasta que finalice su membresía.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede dar de baja su membresía en nuestro plan?

Sección 2.1 Usted puede dar de baja su membresía durante el período anual de inscripción

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

- El período anual de inscripción es del 15 de octubre al 7 de diciembre.
- Para el año próximo, decida mantener su cobertura actual o hacer cambios en su cobertura. Si decide cambiar por un nuevo plan, podrá elegir entre uno de los siguientes tipos de plan:
  - Otro plan de medicamentos recetados de Medicare.
  - Medicare Original *con* un plan de Medicare aparte para los medicamentos recetados.
  - Medicare Original *sin* un plan de Medicare aparte para los medicamentos recetados.
    - Si elige esta opción, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar en la inscripción automática.
  - Otro plan de salud de Medicare. Un plan de salud de Medicare es un plan administrado por una empresa privada que tiene contrato con Medicare para brindar todos los beneficios de Medicare Parte A (hospitalarios) y Parte B (médicos). Algunos planes de salud de Medicare también incluyen la cobertura de los medicamentos recetados de la Parte D.

    En la mayoría de los casos, si se inscribe en un plan de salud de Medicare, se cancelará su inscripción en Prescription Blue PDP cuando empiece la cobertura de su nuevo plan. Sin embargo, si elige un plan privado de tarifa por servicio sin cobertura de medicamentos de la Parte D, un plan de una cuenta de ahorros médicos de

Medicare o un plan de costos de Medicare, puede inscribirse en ese plan y mantener Prescription Blue PDP para su cobertura de medicamentos. Si no quiere seguir en nuestro plan, puede optar por inscribirse en otro plan de medicamentos recetados de Medicare o dar de baja la cobertura de medicamentos recetados de Medicare.

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

Nota: Si cancela su inscripción a la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y no tiene una cobertura válida de medicamentos durante 63 días consecutivos o más, podría tener que pagar una multa por inscripción tardía si se une a un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Sección 2.2 En ciertas circunstancias, usted puede dar de baja su membresía durante el período de inscripción especial

En ciertas circunstancias, los miembros de Prescription Blue PDP pueden ser elegibles para dejar el plan en otros momentos del año. Esto se conoce como **período de inscripción especial**.

Es posible que sea elegible para cancelar su membresía durante el período de inscripción especial, si le aplican alguna de las siguientes situaciones. Estos son solo ejemplos; para obtener la lista completa, comuníquese con el plan, llame a Medicare o visite el sitio web de Medicare (**www.medicare.gov**):

- Se ha mudado fuera del área de servicio del plan.
- Si tiene el Departamento de Salud Comunitaria de Michigan, Administración de Servicios Médicos.
- Si es elegible para recibir “ayuda adicional” con el pago de sus medicamentos recetados de Medicare.
- Si no cumplimos con el contrato que hemos hecho con usted.
- Si está recibiendo cuidados en una institución, como un centro de enfermería o un centro de atención a largo plazo (LTC).
- Si se inscribe en el Programa de Cuidado Integral para Ancianos (PACE).
- **Nota:** Si usted participa de un programa de gestión de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de plan. En el Capítulo 3, Sección 10 encontrará más información sobre los programas de gestión de medicamentos.

Los períodos de inscripción varían según su situación.

Para averiguar si es elegible para un período de inscripción especial, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si reúne los requisitos para dar de baja su membresía como consecuencia de una situación especial, puede decidir cambiar ambas, su cobertura de salud de Medicare y su cobertura de medicamentos recetados. Puede elegir entre las siguientes opciones:

- Otro plan de medicamentos recetados de Medicare.

- O Medicare Original *sin* un plan de Medicare aparte para los medicamentos recetados.
  Nota: Si cancela su inscripción a la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y no tiene una cobertura válida de medicamentos durante 63 días consecutivos o más, podría tener que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se une a un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Si recibe "**ayuda adicional**" **de Medicare para pagar sus medicamentos recetados**: Si usted cambia por Medicare Original y no se inscribe en un plan de Medicare aparte para los medicamentos recetados, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted haya renunciado a la inscripción automática.

- Otro plan de salud de Medicare. Un plan de salud de Medicare es un plan administrado por una empresa privada que tiene contrato con Medicare para brindar todos los beneficios de Medicare Parte A (hospitalarios) y Parte B (médicos). Algunos planes de salud de Medicare también incluyen la cobertura de los medicamentos recetados de la Parte D.
- En la mayoría de los casos, si se inscribe en un plan de salud de Medicare, automáticamente se cancelará su inscripción en Prescription Blue PDP cuando empiece la cobertura de su nuevo plan. Sin embargo, si elige un plan privado de tarifa por servicio sin cobertura de medicamentos de la Parte D, un plan de una cuenta de ahorros médicos de Medicare o un plan de costos de Medicare, puede inscribirse en ese plan y mantener Prescription Blue PDP para su cobertura de medicamentos. Si no quiere seguir en nuestro plan, puede optar por inscribirse en otro plan de medicamentos recetados de Medicare o dar de baja la cobertura de medicamentos recetados de Medicare.

Su membresía normalmente finalizará el primer día del mes siguiente al mes en que recibimos su solicitud de cambio de plan.

Sección 2.3 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede dar de baja su membresía?

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

- Llame a **servicio de atención al cliente**.
- Encontrará la información en el manual ***Medicare y usted 2025***.
- Comuníquese con **Medicare** llamando 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 puede dar de baja su membresía en nuestro plan?

En la tabla que verá a continuación se le explica cómo debe dar de baja su membresía en nuestro plan.

Si desea cambiar nuestro plan por:	Debe:
• Otro plan de medicamentos recetados de Medicare.	• Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos recetados de Medicare entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. • Cuando comience la cobertura del nuevo plan, usted quedará automáticamente dado de baja de Prescription Blue PDP.
• Otro plan de salud de Medicare.	• Inscribirse en el plan de salud de Medicare antes del 7 de diciembre. En la mayoría de los casos, si se inscribe en un plan de salud de Medicare, automáticamente se cancelará su inscripción en Prescription Blue PDP cuando empiece la cobertura de su nuevo plan. • Sin embargo, si elige un plan privado de tarifa por servicio sin cobertura de medicamentos de la Parte D, un plan de una cuenta de ahorros médicos de Medicare o un plan de costos de Medicare, puede inscribirse en ese nuevo plan y mantener Prescription Blue PDP para su cobertura de medicamentos. Si quiere dejar nuestro plan, debe inscribirse en otro plan de medicamentos recetados de Medicare *o* pedir que le den de baja. Para pedir que le den de baja, debe enviarnos una solicitud por escrito (comuníquese con el servicio de atención al cliente si necesita más información sobre cómo hacerlo) o comunicarse con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).
• Medicare Original *sin* un plan de Medicare aparte para los medicamentos recetados.	• **Envíenos una solicitud por escrito para cancelar su inscripción**. Comuníquese con el servicio de atención al cliente si necesita más información sobre cómo hacerlo. • También puede comunicarse con **Medicare** llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y pedir la baja. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 4 Hasta que su membresía de nuestro plan finalice, deberá continuar recibiendo sus medicamentos a través de él

Hasta que finalice su membresía y comience su nueva cobertura de Medicare, debe seguir recibiendo los medicamentos recetados a través de nuestro plan.

- **Siga usando las farmacias o el pedido por correo de nuestra red para surtir sus recetas.**

SECCIÓN 5 Prescription Blue PDP debe dar de baja su membresía en el plan en determinadas situaciones

SECCIÓN 5.1 ¿Cuándo debemos dar de baja su membresía en nuestro plan?

Prescription Blue PDP debe dar de baja su membresía en el plan en cualquiera de las siguientes circunstancias:

- Si usted ya no tiene Medicare Parte A o Parte B (o ambas).
- Si usted se muda fuera del área de servicio.
- Si usted permanece fuera de nuestra área de servicio durante más de 12 meses.
  - Si se muda o hace un viaje largo, llame a servicio de atención al cliente para averiguar si el lugar al que se traslada o viaja está dentro del área de nuestro plan.
- Si usted es encarcelado (si va a prisión).
- Si ya no es un ciudadano estadounidense o no tiene residencia legal en los Estados Unidos.
- Si miente o retiene información relacionada con otro seguro que le brinda cobertura de medicamentos recetados.
- Si, intencionalmente, nos aporta información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos desafiliarlo de nuestro plan por esta razón, a menos que obtengamos primero la autorización de Medicare).
- Si usted se comporta continuamente de manera disruptiva y nos hace difícil brindarles atención a usted y a otros miembros de nuestro plan. (No podemos desafiliarlo de nuestro plan por esta razón, a menos que obtengamos primero la autorización de Medicare).
- Si permite que otra persona use su tarjeta de identificación de miembro para obtener medicamentos recetados. (No podemos desafiliarlo de nuestro plan por esta razón, a menos que obtengamos primero la autorización de Medicare).
  - Si le damos de baja su membresía por esta razón, Medicare puede pedir al Inspector General que investigue su caso.
- Si usted no paga la prima del plan por 2 meses.
  - Antes de dar de baja su membresía, tenemos que notificarle por escrito que usted tiene 2 meses para pagar la prima del plan.
- Si se le solicita que pague el monto adicional de la Parte D debido a sus ingresos y no lo hace, Medicare lo desafiliará de nuestro plan y perderá la cobertura de medicamentos recetados.

¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene preguntas o desea obtener más información sobre cuándo podemos dar de baja su membresía, llame a servicio de atención al cliente.

Sección 5.2 No podemos pedirle que deje su plan por ningún motivo relacionado con su salud

Prescription Blue PDP no puede pedirle que deje el plan por ningún motivo relacionado con su salud.

¿Qué debería hacer si esto sucediera?

Si cree que se le está pidiendo que deje el plan por alguna razón relacionada con su salud, llame 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 Si damos de baja su membresía en nuestro plan, usted tiene el derecho de presentar una queja

Si damos de baja su membresía en nuestro plan, debemos indicarle los motivos por escrito para finalizarla. También debemos explicarle cómo presentar una queja formal o cómo puede hacer una queja respecto de nuestra decisión de dar de baja su membresía.

CAPÍTULO 9:
Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre las leyes vigentes

La ley principal que rige este documento de *Evidencia de cobertura* es el Título XVIII de la Ley de Seguridad Social, así como las normas creadas por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (o CMS) en conformidad con la Ley de Seguridad Social. Además, es posible que se apliquen otras leyes federales y, en determinadas circunstancias, las leyes del estado en el que vive. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades incluso si las leyes no están incluidas ni explicadas en este documento.

SECCIÓN 2 Aviso sobre la no discriminación

No discriminamos en función de la raza, la etnia, la nacionalidad, el color, la religión, el sexo, el género, la edad, la orientación sexual, una discapacidad física o mental, el estado de salud, el historial de reclamos, los antecedentes médicos, la información genética, la evidencia de asegurabilidad o la ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que brindan planes de medicamentos recetados de Medicare, como nuestro plan, deben acatar las leyes federales contra la discriminación, que incluyen el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley contra la Discriminación por Edad de 1975, la Ley para Estadounidenses con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley de Cuidado de Salud Asequible, todas las otras leyes vigentes para las organizaciones que reciben financiación federal y cualquier otra ley o norma que sea válida por cualquier otro motivo.

Si desea obtener más información o tiene alguna inquietud sobre la discriminación o el trato injusto, 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 la Oficina de Derechos Civiles local. También puede consultar la información de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos en **https://www.hhs.gov/ocr/index.html.**

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda con el acceso a la atención, llámenos al servicio de atención al cliente. Si tiene una queja, como un problema con el acceso en silla de ruedas, el Servicio de Atención al Cliente puede ayudarlo.

SECCIÓN 3 Aviso de derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar los medicamentos recetados cubiertos por Medicare para los cuales Medicare no es el pagador principal. Conforme a las regulaciones del Título 42 del Código de Reglamentos Federales (CFR) de los CMS en las secciones 422.108 y 423.462, Prescription Blue PDP, como patrocinador del plan de medicamentos recetados de Medicare, tendrá los mismos derechos de recuperación que ejerce la Secretaría según la reglamentación de los CMS en las subpartes B a D de la parte 411 del Título 42 del CFR; las normas establecidas en esta sección sustituyen cualquier ley estatal.

SECCIÓN 4 Aviso adicional de subrogación y recuperación de terceros

Si le hacemos cualquier tipo de pago o realizamos cualquier pago en su nombre por servicios cubiertos, tenemos derecho a la subrogación completa de todos y cada uno de los derechos que usted posea contra cualquier persona, entidad o asegurador que pueda ser responsable del pago de los gastos médicos o los beneficios relacionados con su lesión, enfermedad o afección.

Una vez que hayamos hecho un pago por servicios cubiertos, tendremos un gravamen en la recaudación de cualquier sentencia, conciliación u otra adjudicación o recuperación monetaria que usted reciba (nuestra recuperación no estará limitada por los términos y las condiciones de ninguna de estas conciliaciones, adjudicaciones o sentencias), lo que incluye, entre otros, lo siguiente:

1. cualquier adjudicación, conciliación, beneficio u otro importe pagado en virtud de cualquier adjudicación o ley de indemnización de los trabajadores;
2. todos y cada uno de los pagos realizados directamente por un agraviante externo o una persona, entidad o asegurador responsable de indemnizar al agraviante externo, o en nombre de ellos;
3. cualquier adjudicación, pago, conciliación o conciliación estructurada arbitrales, u otros beneficios o importes pagados de acuerdo con una póliza de cobertura contra automovilistas no asegurados o subasegurados; o bien,
4. cualquier otro pago que se le destine o designado para que usted cobre en concepto de indemnización, restitución o remuneración por una lesión, enfermedad o afección que usted sufrió como consecuencia de la negligencia o responsabilidad de un tercero.

Las reclamaciones de los seguros contra terceros no suelen resolverse de inmediato. Según nuestro criterio, podemos realizar pagos condicionales mientras dicha reclamación está pendiente. También puede suceder que recibamos una reclamación sin saber que hay una reclamación contra terceros o de otro tipo que está pendiente. En esas situaciones, nuestros pagos son “condicionales”. Los pagos condicionales se nos deben reembolsar tras la recepción del pago del seguro contra terceros, lo que incluye las conciliaciones o los pagos médicos.

Usted acepta cooperar con nosotros y con todos nuestros agentes o representantes, y tomar todas y cada una de las medidas o los pasos necesarios para garantizar nuestro gravamen, lo que incluye, entre otras cosas, lo siguiente:

1. responder las solicitudes de información sobre cualquier accidente o lesión;
2. responder nuestras solicitudes de información y brindar cualquier información pertinente que le hayamos solicitado; y,
3. participar en todas las fases de cualquier medida legal que comencemos con el fin de proteger nuestros derechos, lo que incluye, entre otras cosas, participar en la exhibición de pruebas, asistir a los testimonios y presentarse y brindar declaración en el juicio.

Asimismo, acepta no hacer nada que perjudique nuestros derechos, lo que incluye, entre otras cosas, asignar cualquier derecho o causal de acción que pueda tener contra cualquier persona o entidad acerca de su lesión, enfermedad o afección sin nuestro consentimiento expreso previo por

escrito. Su falta de cooperación se considerará un incumplimiento de sus obligaciones, y podemos tomar una medida legal en su contra para proteger nuestros derechos.

También tenemos derecho a que se nos reembolsen por completo todos y cada uno de los pagos por beneficios que le hagamos a usted o en su nombre y que sean responsabilidad de cualquier otra persona, organización o asegurador. Nuestro derecho de reembolso está separado y es diferente de nuestro derecho de subrogación, y está limitado solamente por el importe de los beneficios reales pagados en virtud de nuestro plan. Debe pagarnos de inmediato todo importe que recupere a través de una sentencia, conciliación, adjudicación, recuperación monetaria u otro medio por parte de cualquier tercero responsable, o de su asegurador, en la medida en la que hayamos pagado o proporcionado beneficios para su lesión, enfermedad o afección durante su inscripción en nuestro plan.

No estamos obligados a buscar una subrogación o reembolso para su beneficio personal o en su nombre. Nuestros derechos, según las leyes o reglamentaciones de Medicare, y esta *Evidencia de cobertura* no se verán afectados, reducidos ni eliminados si no intervenimos en ninguna acción legal que usted inicie relacionada con su lesión, enfermedad o dolencia.

CAPÍTULO 10:
Definiciones de palabras importantes

Apelación: es un recurso que usted puede utilizar si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar su solicitud de cobertura de medicamentos recetados o para el pago de medicamentos que ya recibió.

Área de servicio: el área geográfica en la que debe vivir para unirse a un plan de medicamentos recetados en particular. El plan puede darlo de baja si se muda de manera permanente fuera del área de servicio del plan.

Autorización previa: la aprobación anticipada para obtener determinados medicamentos. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa aparecen en el formulario y nuestros criterios están publicados en nuestro sitio web.

Ayuda adicional: un programa o de Medicare para ayudar a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos recetados de Medicare, como las primas, los deducibles y los copagos.

Biosimilar: un producto biológico que es muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Los biosimilares ser tan seguros y eficaces como los productos biológicos originales. Algunos biosimilares pueden ser reemplazados por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta (Consulte “Biosimilar intercambiable”).

Biosimilar intercambiable: un biosimilar que puede usarse como sustituto para un producto biosimilar original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta porque cumple los requisitos adicionales relacionados con el potencial de sustituto automático. El sustituto automático en la farmacia está sujeto a la ley estatal.

Bloqueo de recetas del proveedor que receta: una política que nos da el derecho de retener el pago del plan de una receta que de otro modo sería válida, cuando la receta un proveedor que identificamos que reúne ciertas condiciones. Esta política es una característica de su plan de beneficios y nos ayuda a evitar fraudes, desperdicios y abusos, a la vez que protegemos la integridad del programa de medicamentos recetados y garantizamos su seguridad.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés): la agencia federal que administra Medicare.

Cobertura de medicamentos recetados de Medicare (Medicare Parte D): el seguro que le ayuda a pagar los medicamentos recetados para pacientes ambulatorios, vacunas, productos biológicos y algunos suministros que no están cubiertos por Medicare Parte A o Parte B.

Cobertura válida para medicamentos recetados: una cobertura de medicamentos recetados (por ejemplo, de un empleador o de un sindicato) que pagará, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare. Quienes cuentan con este tipo de cobertura por lo general pueden mantenerla cuando llegan a ser elegibles para Medicare sin pagar una multa, si es que deciden inscribirse más adelante en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare.

Copago (o coseguro): es un monto que posiblemente deba pagar como costo compartido por los medicamentos recetados. El copago es un monto fijo (por ejemplo, $10), no un porcentaje.

Coseguro: un monto, expresado en porcentaje (por ejemplo, 20%), que podría tener que pagar como su parte de los costos de los medicamentos recetados una vez que pague los deducibles.

Costo compartido estándar: el costo compartido estándar es el costo compartido que no es el costo compartido preferido que se ofrece en las farmacias de la red.

Costo compartido preferido: implica un menor costo compartido para ciertos medicamentos cubiertos de la Parte D en determinadas farmacias de la red.

Costo compartido: hace referencia a los montos que un miembro debe pagar cuando recibe los medicamentos. (Esto es aparte de la prima mensual del plan). El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) cualquier monto deducible que imponga un plan antes de cubrir los medicamentos; (2) cualquier monto fijo de *copago* que solicita un plan cuando se obtiene un medicamento específico; o (3) cualquier monto de *coseguro*, un porcentaje del monto total pagado por un medicamento que solicita un plan cuando se obtiene un medicamento específico.

Costo de suministro: un arancel que se cobra cada vez que un medicamento cubierto se entrega para pagar el costo de surtir un medicamento recetado, como el tiempo que dedica el farmacéutico para preparar y envasar el medicamento recetado.

Costos a su cargo: consulte la definición de *costo compartido*. El requisito de costo compartido de un miembro de pagar parte de los medicamentos recibidos también se denomina requisito de *costo a cargo* del miembro.

Dar de baja o **cancelar:** el proceso de finalización de su membresía en nuestro plan.

Deducible: el monto que debe pagar por las recetas antes de que nuestro plan pague.

Determinación de cobertura: una decisión que indica si el plan cubre un medicamento que le recetaron y el monto, si lo hay, que se le solicita que pague por la receta. En términos generales, si lleva su receta a una farmacia y la farmacia le informa que la receta no está cubierta por su plan, eso no es una determinación de cobertura. Debe comunicarse por teléfono o por escrito con el plan para pedir una decisión formal sobre la cobertura. En este documento, las determinaciones de cobertura se denominan *decisiones de cobertura*.

Emergencia: es una situación en la que usted o cualquier otra persona lega prudente, con un conocimiento promedio de salud y medicina, creen que usted tiene síntomas médicos que exigen atención médica de inmediato para prevenir la pérdida de la vida (y si es una mujer embarazada, la pérdida del feto), de un miembro o de la función de un miembro, o la pérdida o del deterioro grave de una función corporal. Estos síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, dolor intenso o una afección que empeora rápidamente.

Etapa de cobertura de catástrofe: la etapa de beneficio de medicamentos de la Parte D que empieza cuando usted (o un tercero calificado en su nombre) ha gastado $2,000 en medicamentos cubiertos de la Parte D durante el año de cobertura. Durante esta etapa de pago, usted no paga nada de sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

Etapa de cobertura inicial: esta es la etapa antes de que el costo de bolsillo, alcance el monto límite de bolsillo.

Evidencia de cobertura (EOC) y divulgación de información: este documento, junto con el formulario de inscripción y cualquier otro adjunto, anexo u otra cobertura opcional seleccionada que expliquen su cobertura, lo que debemos hacer, sus derechos y lo que debe hacer como miembro de nuestro plan.

Excepción al formulario: consulte el término Excepción.

Excepción: tipo de decisión de cobertura que, si se aprueba, permite obtener un medicamento que no se encuentra dentro del formulario (excepción del formulario) o un medicamento no preferido en un nivel de costo compartido menor (excepción de nivel). También puede solicitar una excepción si nuestro plan le solicita que pruebe otro medicamento antes de recibir el medicamento que está solicitando, si nuestro plan requiere una autorización previa por un medicamento y usted quiere que lo eximamos de la restricción de criterios, o si el plan limita la cantidad o la presentación del medicamento que está solicitando (una excepción del formulario).

Farmacia de la red: una farmacia que tiene contrato con nuestro plan en la que los miembros de nuestro plan pueden obtener los beneficios de medicamentos recetados. En la mayoría de los casos, sus recetas están cubiertas únicamente si se surten en una de nuestras farmacias de la red.

Farmacia estándar de la red: una farmacia de la red que ofrece costos compartidos estándar.

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

Farmacia preferida de la red: una farmacia de la red que ofrece medicamentos cubiertos de la Parte D a los miembros de nuestro plan y que tiene niveles menores de costos compartidos que otras farmacias de la red.

Formulario (Lista de medicamentos cubiertos): lista de medicamentos recetados cubiertos por el plan. El plan selecciona los medicamentos de esta lista con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La lista incluye tanto medicamentos de marca como genéricos.

Importe de ajuste mensual por ingreso (IRMAA): si su ingreso bruto ajustado modificado informado en la declaración de impuestos al IRS de hace 2 años está por encima de un monto determinado, pagará el monto de la prima estándar y un importe de ajuste mensual por ingreso, también conocido como IRMAA. El IRMAA es un cargo adicional agregado a su prima. Este afecta a menos del 5% de quienes tienen Medicare, así que la mayoría de las personas no pagará una prima mayor.

Indicación médicamente aceptada: el uso de un medicamento que está aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos o que está respaldado por determinadas referencias, como la Información sobre medicamentos del formulario del servicio hospitalario estadounidense y el sistema de información Micromedex DRUGDEX.

Ingreso de seguridad suplementario (SSI): un beneficio mensual que paga el Seguro Social a las personas que tienen ingresos y recursos limitados y que son discapacitadas, ciegas o tienen 65 años o más. Los beneficios del SSI no son los mismos que los beneficios del Seguro Social.

Límites de cantidad: una herramienta de gestión diseñada para limitar el uso de medicamentos seleccionados por motivos de calidad, seguridad o uso. Los límites pueden aplicarse a la cantidad del medicamento que cubrimos por receta o por un período definido.

Límite de bolsillo: el monto máximo que paga de bolsillo para los medicamentos de la Parte D.

Lista de medicamentos cubiertos (Formulario o Lista de medicamentos): una lista de los medicamentos recetados que cubre el plan.

Lista de medicamentos: una lista de los medicamentos recetados que cubre el plan. El plan selecciona los medicamentos de esta lista con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La lista incluye tanto medicamentos de marca como genéricos.

Medicaid (Asistencia médica): un programa conjunto federal y estatal que ayuda a algunas personas con ingresos bajos y recursos limitados. Los programas estatales de Medicaid varían, pero cubren la mayoría de los costos de atención médica si usted califica para Medicare y Medicaid.

Medicamento de marca: un medicamento recetado fabricado y distribuido por la empresa farmacéutica que originalmente investigó y desarrolló el medicamento. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de ingredientes activos que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y distribuidos por otros fabricantes de medicamentos y, por lo general, no están disponibles hasta después de que se haya vencido la patente del medicamento de marca.

Medicamento genérico: un medicamento recetado que la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA) aprobó, que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. En general, un medicamento *genérico* tiene la misma eficacia que un medicamento de marca y suele costar menos.

Medicamentos cubiertos: la expresión que usamos para referirnos a todos los medicamentos que cubre nuestro plan.

Medicamentos de la Parte D: medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte D. Puede que ofrezcamos todos los medicamentos de la Parte D o no. Ciertas categorías de medicamentos han sido excluidas de la cobertura de medicamentos de la Parte D por el Congreso.

Medicare Original (Medicare Tradicional o Medicare de tarifa por servicio): es un programa que ofrece el gobierno, no un plan de salud privado como los planes de Medicare Advantage y los planes de medicamentos recetados. Dentro de Medicare Original, los servicios de Medicare están cubiertos al pagarles a los médicos, los hospitales y otros proveedores de atención médica los montos de los pagos establecidos por el Congreso. Usted puede consultar a cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención de salud que acepte Medicare. Debe pagar el deducible. Medicare paga la parte que le corresponde del monto aprobado por Medicare y usted paga la suya. Medicare Original está compuesto por dos partes: la Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico), y está disponible en todo Estados Unidos.

Medicare: el programa federal de seguro de salud para personas de 65 años en adelante, algunas personas menores de 65 años con determinadas discapacidades y personas con enfermedad renal

en etapa terminal (generalmente, aquellas personas que tienen insuficiencia renal permanente que necesitan diálisis o un trasplante de riñón).

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

Monto aprobado: el monto en dólares que Blue Cross Blue Shield of Michigan ha aceptado pagar por los servicios de atención médica cubiertos por su plan. Puede ser mayor o menor que el monto que un médico o un proveedor cobra. Cualquier copago o deducible necesario se descuenta de este monto antes de hacer el pago.

Multa por inscripción tardía de la Parte D: monto agregado a la prima mensual por la cobertura de medicamentos de Medicare si no tiene una cobertura válida (cobertura que debe pagar, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare) durante un período continuo de 63 días o más después de que es elegible por primera vez para unirse al plan de la Parte D.

Nivel de costo compartido: todos los medicamentos que están en la lista de medicamentos cubiertos pertenecen a uno de cinco niveles de costos compartidos. En general, cuanto más alto sea el nivel de costos compartidos, más alto será su costo para el medicamento.

Organización para la Mejora de la Calidad (QIO, por sus siglas en inglés): un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica en ejercicio pagados por el gobierno federal, que se encarga de controlar y mejorar la atención que reciben los pacientes de Medicare.

Parte D: el Programa voluntario de beneficios de medicamentos recetados de Medicare.

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

Período anual de inscripción: el período desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre de cada año, en el que los miembros pueden cambiar de planes de medicamentos o de salud o elegir Medicare Original.

Período de inscripción especial: un período establecido durante el cual los miembros pueden cambiar sus planes de salud o de medicamentos o regresar a Medicare original. Entre las situaciones por las cuales podría ser elegible para el período de inscripción especial se encuentran: si se muda fuera del área de servicio, si recibe “ayuda adicional” con los costos de los medicamentos recetados, si se muda a un asilo de ancianos o si no respetamos nuestro contrato con usted.

Período de inscripción inicial: cuando es elegible por primera vez para Medicare, el período en que puede inscribirse a la Parte A y la Parte B de Medicare. Si es elegible para Medicare cuando cumple 65, su período de inscripción inicial es de 7 meses; comienza 3 meses antes del mes (incluido) en que cumple 65 y finaliza 3 meses después del mes en que cumplió los 65.

Plan de Medicare Advantage (MA): en ocasiones se lo llama Medicare Parte C. Un plan que ofrece una empresa privada que tiene contrato con Medicare para proporcionarle todos los beneficios de Medicare Parte A y Parte B. Un plan de Medicare Advantage puede ser i) un plan HMO (Organización de Mantenimiento de la Salud), ii) una PPO (Organización de Proveedores

Preferidos), iii) un plan privado de tarifa por servicio (PFFS) o iv) un plan de una cuenta de ahorros médicos (MSA) de Medicare. Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan de HMO o PPO de Medicare Advantage también puede ser un Plan de Necesidades Especiales (SNP). En la mayoría de los casos, los planes de Medicare Advantage también ofrecen Medicare Parte D (cobertura de medicamentos recetados). Estos planes se denominan **Planes de Medicare Advantage con cobertura de medicamentos recetados**.

Plan de necesidades especiales para atención crónica: los C-SNP son SNP que limitan la inscripción a personas elegibles con MA que tienen una o más afecciones crónicas graves o incapacitantes, según se define en el CFR 42 422.2, incluso la inscripción limitada según los grupos de afecciones múltiples comunes asociadas y clínicamente vinculadas que se especifican en el CFR 42 422.4(a)(1)(iv).

Plan de salud de Medicare: lo ofrece una empresa privada que tiene contrato con Medicare para brindar los beneficios de la Parte A y de la Parte B a las personas con Medicare que se inscriben en el plan. Esta expresión abarca todos los planes de Medicare Advantage, planes de Medicare Cost, planes de necesidades especiales, programas de demostración o pilotos y Programas de Cuidado Integral para Ancianos (PACE).

Plan PACE: un plan PACE (Programa de Cuidado Integral para Ancianos) combina servicios médicos, sociales y de apoyo a largo plazo (LTSS) para personas en estado de salud delicado para ayudarlas a seguir siendo independientes y a que vivan en su comunidad (en vez de mudarse a un asilo de ancianos) durante el mayor tiempo posible. Quienes se inscriben en los planes PACE reciben los beneficios de Medicare y Medicaid a través del plan. El PACE no está disponible en todos los estados. Si le gustaría saber si el PACE está disponible en su estado, comuníquese con servicio de atención al cliente.

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

Pólizas de Medigap (seguro complementario de Medicare): seguro complementario de Medicare vendido por empresas aseguradoras privadas para cubrir las *brechas* en Medicare Original. Las pólizas de Medigap solo funcionan con Medicare Original. (Un plan de Medicare Advantage no es una póliza de Medigap).

Prima: pago periódico a Medicare, una empresa de seguro o un plan de atención médica por la cobertura de la salud o de medicamentos recetados.

Producto biológico: un medicamento recetado que procedente de seres vivos y naturales, como células animales o vegetales, bacterias o levaduras. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no pueden copiarse con exactitud, así que las formas alternativas se llaman biosimilares. (Consulte también “Producto biológico original” y “Biosimilar”).

Producto biológico original: un producto biológico que ha sido aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) y sirve como comparación para los fabricantes que hacen una versión del biosimilar. También se denomina producto de referencia.

Programa de descuento de fabricante: un programa en virtud del cual los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total del plan para un medicamento de marca o producto biológico cubierto en virtud de la Parte D. Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y los fabricantes de medicamentos.

Queja formal: un tipo de queja que usted presenta sobre nuestro plan, los proveedores o las farmacias, entre ellas, una queja relacionada con la calidad de la atención. No guarda relación con disputas de cobertura ni de pago.

Queja: la denominación formal de *hacer una queja* es *presentar una queja formal*. El proceso de queja se usa *solamente* para determinados tipos de problemas. Esto abarca problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio de atención que recibe como cliente. También incluye las quejas si su plan no sigue los períodos del proceso de apelaciones.

"Real-Time Benefit Tool" (Herramienta de beneficios en tiempo real): una aplicación de portal o computadora en la cual los inscritos pueden buscar información completa, precisa, oportuna y clínicamente apropiada sobre el formulario y los beneficios específicos del inscrito. Abarca los montos de costo compartido, medicamentos alternativos del formulario que pueden usarse para la misma afección médica que un medicamento dado y las restricciones de cobertura (autorización previa, terapia escalonada, límites de cantidad) que aplican a los medicamentos alternativos.

Servicio de atención al cliente: es un departamento dentro de nuestro plan, responsable de responder sus preguntas sobre membresía, beneficios, quejas formales y apelaciones.

Servicios cubiertos por Medicare: los servicios cubiertos por Medicare Parte A y Parte B. La expresión servicios cubiertos por Medicare no abarca los beneficios adicionales, como los beneficios dentales, de audición y de la vista, que puede ofrecer un plan de Medicare Advantage.

Subsidio por bajos ingresos (LIS): consulte "Ayuda adicional".

Tarifa diaria de costo compartido: se puede aplicar una tarifa diaria de costo compartido cuando su médico le receta un suministro inferior a un mes completo de determinados medicamentos y usted debe abonar un copago. Una tarifa diaria de costo compartido es un copago dividido por la cantidad de días en un suministro mensual. Por ejemplo: Si su copago por el suministro para un mes de un medicamento es de $30 y el suministro para un mes en su plan es de 30 días, su tarifa diaria de costo compartido es de $1 por día.

Terapia escalonada: una herramienta de uso que requiere que primero pruebe otro medicamento para tratar su afección, antes de que cubramos el medicamento que su médico le recetó inicialmente.

Servicio de atención al cliente de Prescription Blue PDP

Llame al	**1-800-565-1770** Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: de lunes a viernes de 8 a.m. a 9 p.m., hora del este. A partir del 1 de octubre al 31 de marzo, el horario de atención será de 8 a.m. a 9 p.m., hora del este, los siete días de la semana. El servicio de atención al cliente también cuenta con servicios gratuitos de intérpretes para las personas que no hablan inglés.
TTY	**711** Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: de lunes a viernes de 8 a.m. a 9 p.m., hora del este. A partir del 1 de octubre al 31 de marzo, el horario de atención será de 8 a.m. a 9 p.m., los siete días de la semana.
Fax	1-866-624-1090
Escriba a	Blue Cross Blue Shield of Michigan Prescription Blue PDP Customer Service Inquiry Department – Mail Code X521 600 E. Lafayette Blvd. Detroit, MI 48226-2998
Sitio web	**www.bcbsm.com/medicare**

Programa de ayuda para Medicare y Medicaid de Michigan

El Programa de ayuda para Medicare y Medicaid de Michigan es un programa estatal que recibe dinero del Gobierno federal para brindar asesoramiento gratuito y local sobre seguros de salud a las personas que tienen Medicare.

Llame al	**1-800-803-7174** Disponible de 8:30 a.m. a 4:45 p.m., hora del este, de lunes a viernes.
TTY	**711**
Escriba a	Michigan Medicare and Medicaid Assistance Program 6105 West St. Joseph Hwy., Suite 204 Lansing, MI 48917-4850
Sitio web	**www.mmapinc.org**

Declaración de divulgación de la PARA
En conformidad con la Ley de Reducción de Trámites (PRA, por sus siglas en inglés) de 1995, nadie está obligado a responder a una recopilación de información, a menos que esta exhiba un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB, por sus siglas en inglés). El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias sobre cómo mejorar este formulario, escriba a la siguiente dirección: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.