

# evidencia de cobertura

---

Blue Shield Rx Plus

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2022



**Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2022**

## **Evidencia de Cobertura:**

### **Su cobertura de medicamentos recetados de Medicare como miembro de Blue Shield Rx Plus (PDP)**

Este folleto le brinda los detalles sobre su cobertura de medicamentos recetados de Medicare desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2022. Le explica cómo obtener cobertura para los medicamentos recetados que necesite. **Es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

Este plan, Blue Shield Rx Plus, es ofrecido por California Physicians' Service (que opera bajo el nombre de Blue Shield of California). (En esta *Evidencia de Cobertura*, los términos “nosotros”, “nos” o “nuestro/a/os/as” hacen referencia a California Physicians' Service (que opera bajo el nombre de Blue Shield of California). Los términos “plan” o “nuestro plan” hacen referencia a Blue Shield Rx Plus).

Este documento está disponible de forma gratuita en español.

Comuníquese con Atención al Cliente llamando al (888) 239-6469 para solicitar información adicional. (Los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 711). El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., cualquier día de la semana, durante todo el año.

Esta información puede estar disponible en otros formatos, incluso en braille y en letra grande. Llame a Atención al Cliente al número que aparece más arriba si necesita la información del plan en otro formato. Si desea recibir los materiales de su plan por correo electrónico, inicie sesión en [blueshieldca.com/login](https://blueshieldca.com/login), haga clic en “Edit Profile” (Editar perfil) en su tablero myblueshield para ir a su página de perfil y, luego, seleccione *Yes, save paper, Send by Email* (Sí, deseo ahorrar papel; enviar por correo electrónico) en “Communications preferences” (Preferencias de comunicación) para indicar que prefiere esa forma de entrega. Si no tiene una cuenta, haga clic en “Create account” (Crear una cuenta) y seleccione “Email” (Correo electrónico) como forma de entrega durante el proceso de registro.

Es posible que, a partir del 1 de enero de 2023, haya cambios en los beneficios, las primas, los deducibles y/o los copagos/coseguros. El formulario y la red de farmacias pueden cambiar en cualquier momento. Se le enviará un aviso cuando sea necesario.

La red de farmacias de Blue Shield of California incluye muy pocas farmacias preferidas de menor costo en California. Es posible que los costos más bajos publicados en los materiales de nuestro plan para estas farmacias no estén disponibles en la farmacia que usted usa. Para obtener información actualizada sobre las farmacias de nuestra red, e incluso saber si hay alguna farmacia preferida de menor costo en su área, llame al (888) 239-6469 [TTY: 711], de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., durante todo el año, o bien consulte el directorio de farmacias por Internet en [blueshieldca.com/medpharmacy2022](https://blueshieldca.com/medpharmacy2022).

**Evidencia de Cobertura para el año 2022****Índice**

Esta lista de capítulos y números de página es su punto de partida. Para obtener más ayuda a fin de encontrar la información que necesita, consulte la primera página de cada capítulo. **Al comienzo de cada capítulo encontrará una lista detallada de temas.**

**Capítulo 1. Los primeros pasos como miembro ..... 4**

Explica lo que significa estar en un plan de medicamentos recetados de Medicare y cómo utilizar este folleto. Brinda información sobre los materiales que le enviaremos, la prima del plan, la multa por inscripción tardía de la Parte D, la tarjeta de membresía del plan y cómo mantener actualizados los registros de membresía.

**Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes ..... 23**

Brinda información sobre cómo comunicarse con nuestro plan (Blue Shield Rx Plus) y con otras organizaciones, como Medicare, el Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP), la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (Quality Improvement Organization), las oficinas del Seguro Social, Medicaid (el programa estatal de seguros de salud para personas de bajos ingresos), programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos recetados y la Junta de Retiro Ferroviario (Railroad Retirement Board).

**Capítulo 3. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D ..... 40**

Describe las normas que debe respetar para obtener sus medicamentos de la Parte D. Explica cómo utilizar la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* del plan para averiguar qué medicamentos tienen cobertura. Indica qué tipos de medicamentos *no* están cubiertos. Describe los diversos tipos de restricciones que se aplican a la cobertura de algunos medicamentos. Explica dónde hacer surtir las recetas. Brinda información acerca de los programas del plan sobre seguridad y administración de los medicamentos.

**Capítulo 4. Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D ..... 67**

Describe las cuatro etapas de cobertura de medicamentos (*Etapas de Deducible, Etapa de Cobertura Inicial, Etapa de Brecha de Cobertura y Etapa de Cobertura para Catástrofes*) y cómo estas etapas afectan lo que paga por sus medicamentos. Explica los cinco niveles de costo compartido para los medicamentos de la Parte D e indica lo que usted debe pagar por un medicamento en cada nivel de costo compartido.

**Capítulo 5. Cómo solicitarnos que paguemos nuestra porción de los costos de medicamentos cubiertos ..... 86**

Explica cómo y cuándo enviarnos una factura en caso de que desee solicitarnos que le reembolsemos la porción del costo de sus medicamentos cubiertos que nos corresponde a nosotros.

**Capítulo 6. Sus derechos y responsabilidades ..... 93**

Describe los derechos y responsabilidades que tiene como miembro de nuestro plan. Explica qué puede hacer si considera que no se están respetando sus derechos.

**Capítulo 7. Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas) ..... 104**

Explica paso a paso qué puede hacer si tiene problemas o inquietudes como miembro de nuestro plan.

- Describe cómo solicitar que se tomen decisiones de cobertura y cómo presentar apelaciones si tiene problemas para obtener los medicamentos recetados que usted cree que nuestro plan cubre. Esto incluye solicitarnos que hagamos excepciones a las normas o que apliquemos restricciones adicionales sobre su cobertura.
- Explica cómo presentar quejas acerca de la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente y otras inquietudes.

**Capítulo 8. Cómo terminar su membresía en el plan ..... 134**

Explica cómo y cuándo puede terminar su membresía en el plan. Describe situaciones en las que nuestro plan debe terminar su membresía.

**Capítulo 9. Avisos legales ..... 144**

Incluye avisos acerca de la ley vigente y sobre prácticas contra la discriminación.

**Capítulo 10. Definiciones de términos importantes ..... 15252**

Explica términos clave que se utilizan en este folleto.

# CAPÍTULO 1

*Los primeros pasos como miembro*

**Capítulo 1. Los primeros pasos como miembro**

|                  |                                                                                                                                                                                             |           |
|------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>SECCIÓN 1</b> | <b>Introducción.....</b>                                                                                                                                                                    | <b>6</b>  |
| Sección 1.1      | Usted está inscrito en Blue Shield Rx Plus, que es un plan de medicamentos recetados de Medicare .....                                                                                      | 6         |
| Sección 1.2      | ¿De qué se trata el folleto <i>Evidencia de Cobertura</i> ? .....                                                                                                                           | 6         |
| Sección 1.3      | Información legal sobre la <i>Evidencia de Cobertura</i> .....                                                                                                                              | 6         |
| <b>SECCIÓN 2</b> | <b>¿Qué requisitos debe reunir para ser miembro del plan? .....</b>                                                                                                                         | <b>7</b>  |
| Sección 2.1      | Los requisitos que debe reunir para obtener acceso al plan .....                                                                                                                            | 7         |
| Sección 2.2      | ¿Qué son la Parte A y la Parte B de Medicare?.....                                                                                                                                          | 7         |
| Sección 2.3      | Área de servicio del plan para Blue Shield Rx Plus.....                                                                                                                                     | 7         |
| Sección 2.4      | Ciudadanía estadounidense o presencia legal en el país .....                                                                                                                                | 8         |
| <b>SECCIÓN 3</b> | <b>¿Qué otros materiales recibirá de nosotros? .....</b>                                                                                                                                    | <b>8</b>  |
| Sección 3.1      | Su tarjeta de membresía del plan: úsela para obtener todos los medicamentos recetados cubiertos .....                                                                                       | 8         |
| Sección 3.2      | El <i>Directorio de Farmacias</i> : su guía para consultar las farmacias de la red .....                                                                                                    | 9         |
| Sección 3.3      | La <i>Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)</i> del plan.....                                                                                                                        | 9         |
| Sección 3.4      | La <i>Explicación de Beneficios de la Parte D</i> (también llamada “EOB de la Parte D”): informes con un resumen de los pagos realizados por sus medicamentos recetados de la Parte D ..... | 10        |
| <b>SECCIÓN 4</b> | <b>Su prima mensual para Blue Shield Rx Plus .....</b>                                                                                                                                      | <b>10</b> |
| Sección 4.1      | ¿Cuánto cuesta su prima del plan? .....                                                                                                                                                     | 10        |
| <b>SECCIÓN 5</b> | <b>¿Debe pagar la “multa por inscripción tardía” de la Parte D? ....</b>                                                                                                                    | <b>12</b> |
| Sección 5.1      | ¿Qué es la “multa por inscripción tardía” de la Parte D? .....                                                                                                                              | 12        |
| Sección 5.2      | ¿Cuánto es la multa por inscripción tardía de la Parte D?.....                                                                                                                              | 12        |
| Sección 5.3      | En algunos casos, puede inscribirse tarde y no tener que pagar la multa .....                                                                                                               | 13        |
| Sección 5.4      | ¿Qué puede hacer si no está de acuerdo con su multa por inscripción tardía de la Parte D? .....                                                                                             | 14        |
| <b>SECCIÓN 6</b> | <b>¿Tiene que pagar una cantidad adicional de la Parte D debido a su ingreso? .....</b>                                                                                                     | <b>14</b> |
| Sección 6.1      | ¿Quién debe pagar una cantidad adicional de la Parte D debido al ingreso?.....                                                                                                              | 14        |
| Sección 6.2      | ¿Cuánto es la cantidad adicional de la Parte D?.....                                                                                                                                        | 15        |

**Capítulo 1. Los primeros pasos como miembro**

---

|                   |                                                                                             |           |
|-------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Sección 6.3       | ¿Qué puede hacer si no está de acuerdo con pagar una cantidad adicional de la Parte D?..... | 15        |
| Sección 6.4       | ¿Qué pasa si no paga la cantidad adicional de la Parte D?.....                              | 15        |
| <b>SECCIÓN 7</b>  | <b>Más información sobre su prima mensual.....</b>                                          | <b>15</b> |
| Sección 7.1       | Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare .....                                  | 15        |
| Sección 7.2       | Usted cuenta con varias opciones para pagar su prima del plan .....                         | 16        |
| Sección 7.3       | ¿Podemos cambiar la prima mensual de su plan durante el año? .....                          | 18        |
| <b>SECCIÓN 8</b>  | <b>Mantenga actualizado su registro de membresía en el plan .....</b>                       | <b>18</b> |
| Sección 8.1       | Cómo asegurarse de que la información que tenemos sobre usted sea correcta .....            | 18        |
| <b>SECCIÓN 9</b>  | <b>Garantizamos la privacidad de la información protegida sobre su salud.....</b>           | <b>19</b> |
| Sección 9.1       | Nos aseguramos de proteger la información sobre su salud .....                              | 19        |
| <b>SECCIÓN 10</b> | <b>Cómo funciona otro seguro con nuestro plan.....</b>                                      | <b>20</b> |
| Sección 10.1      | ¿Qué plan paga primero cuando usted tiene otro seguro?.....                                 | 20        |



**Capítulo 1. Los primeros pasos como miembro****SECCIÓN 1 Introducción****Sección 1.1 Usted está inscrito en Blue Shield Rx Plus, que es un plan de medicamentos recetados de Medicare**

Usted cuenta con la cobertura de atención de la salud de Medicare Original y ha elegido obtener la cobertura de medicamentos recetados de Medicare a través de nuestro plan, Blue Shield Rx Plus.

Hay distintos tipos de planes de Medicare. Blue Shield Rx Plus es un plan de medicamentos recetados (PDP, por sus siglas en inglés) de Medicare. Al igual que todos los planes de Medicare, este plan de medicamentos recetados de Medicare está aprobado por Medicare y es administrado por una compañía privada.

**Sección 1.2 ¿De qué se trata el folleto *Evidencia de Cobertura*?**

Este folleto denominado *Evidencia de Cobertura* le explica cómo obtener cobertura de Medicare para sus medicamentos recetados por medio de nuestro plan. Además, le explica sus derechos y responsabilidades, qué está cubierto y lo que debe pagar como miembro del plan.

Los términos “cobertura” y “medicamentos cubiertos” hacen referencia a la cobertura de medicamentos recetados que usted tiene a su disposición como miembro de Blue Shield Rx Plus.

Es importante que sepa cuáles son las normas del plan y qué cobertura tiene a su disposición. Lo invitamos a dedicar el tiempo necesario a leer este folleto denominado *Evidencia de Cobertura*.

Si tiene alguna duda, inquietud o simplemente una pregunta, comuníquese con Atención al Cliente de nuestro plan. (Los números de teléfono están en la contracubierta de este folleto).

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

Esta *Evidencia de Cobertura* es parte de nuestro contrato con usted respecto de la manera en que Blue Shield Rx Plus cubre su atención. Otras partes de este contrato incluyen su formulario de inscripción, la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* y todos los avisos que reciba de nosotros acerca de cambios en su cobertura o condiciones que afecten su cobertura. A estos avisos a veces se los denomina “cláusulas adicionales” o “enmiendas”.

El contrato será válido durante los meses en los que usted esté inscrito en Blue Shield Rx Plus entre el 1 de enero de 2022 y el 31 de diciembre de 2022.

En cada nuevo año calendario, Medicare nos permite realizar cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y los beneficios de Blue Shield Rx Plus

**Capítulo 1. Los primeros pasos como miembro**

---

después del 31 de diciembre de 2022. También podemos optar por dejar de ofrecer el plan o por ofrecerlo en un área de servicio diferente después del 31 de diciembre de 2022.

**Medicare debe aprobar nuestro plan todos los años**

Medicare (el organismo Centros para los Servicios de Medicare y Medicaid [Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS]) debe aprobar Blue Shield Rx Plus todos los años. Usted puede seguir recibiendo la cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan en la medida en que decidamos seguir ofreciendo el plan y que Medicare renueve la aprobación del plan.

---

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

---

**Sección 2.1      Los requisitos que debe reunir para obtener acceso al plan**

*Usted podrá obtener acceso a nuestro plan como miembro siempre que cumpla con todos los requisitos siguientes:*

- Usted cuenta con la Parte A o la Parte B de Medicare (o ambas). (En la Sección 2.2, se brinda información acerca de la Parte A y la Parte B de Medicare).
- Usted es ciudadano de los Estados Unidos o está en el país de manera legal.
- Usted vive en nuestra área geográfica de servicio. (En la Sección 2.3 a continuación, se describe nuestra área de servicio).

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

Tal como se indicó en la Sección 1.1, usted eligió obtener su cobertura de medicamentos recetados (a veces llamada “Parte D de Medicare”) por medio de nuestro plan. Nuestro plan tiene un contrato con Medicare para brindarle a usted la mayor parte de estos beneficios de Medicare. En el Capítulo 3, se describe la cobertura de medicamentos que recibirá en virtud de la cobertura de la Parte D de Medicare.

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

- La Parte A de Medicare generalmente ayuda a cubrir servicios brindados por hospitales (servicios para pacientes internados, centros de enfermería especializada o agencias de salud en el hogar).
- La Parte B de Medicare es para la mayoría de los demás servicios médicos (como los servicios del médico, tratamiento de infusión en el hogar y otros servicios para pacientes ambulatorios) y para ciertos artículos (como suministros y equipos médicos duraderos [DME, por sus siglas en inglés]).

**Capítulo 1. Los primeros pasos como miembro****Sección 2.3 Área de servicio del plan para Blue Shield Rx Plus**

Si bien Medicare es un programa federal, Blue Shield Rx Plus está disponible únicamente para personas que viven en el área de servicio de nuestro plan. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, debe seguir viviendo en el área de servicio del plan. Se describe el área de servicio a continuación.

Nuestra área de servicio incluye el siguiente estado: California

Si tiene pensado mudarse fuera del área de servicio, comuníquese con Atención al Cliente. (Los números de teléfono están en la contracubierta de este folleto). Una vez que se muda, tendrá un Período de Inscripción Especial que le permitirá inscribirse en un plan de salud o de medicamentos de Medicare que esté disponible en su nueva localidad.

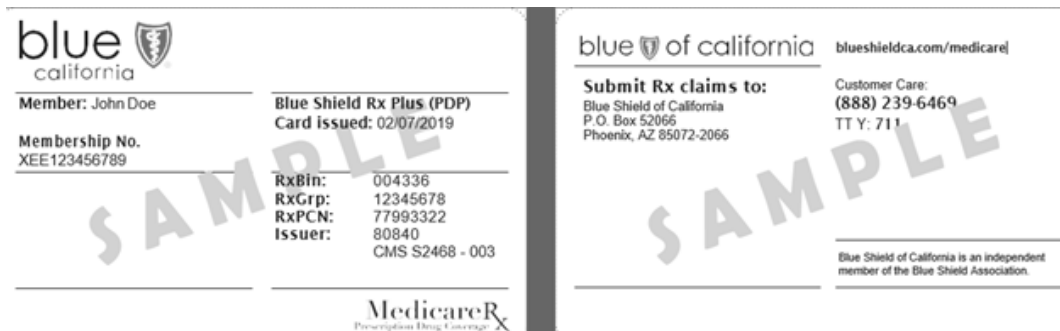
También es importante que se comunique con el Seguro Social si se muda o cambia su dirección postal. Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto de la oficina del Seguro Social en la Sección 5 del Capítulo 2.

**Sección 2.4 Ciudadanía estadounidense o presencia legal en el país**

Los miembros de los planes de salud de Medicare deben ser ciudadanos estadounidenses o estar en los Estados Unidos de manera legal. Medicare (el organismo Centros para los Servicios de Medicare y Medicaid [Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS]) le avisará a Blue Shield Rx Plus si usted no reúne los requisitos necesarios para seguir siendo miembro en función de esta condición. Blue Shield Rx Plus deberá cancelar su inscripción si usted no cumple con este requisito.

**SECCIÓN 3 ¿Qué otros materiales recibirá de nosotros?****Sección 3.1 Su tarjeta de membresía del plan: úsela para obtener todos los medicamentos recetados cubiertos**

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



**Capítulo 1. Los primeros pasos como miembro**

Lleve su tarjeta con usted en todo momento y recuerde mostrarla cada vez que obtenga medicamentos cubiertos. Si su tarjeta de membresía del plan se daña, se pierde o se la roban, llame inmediatamente a Atención al Cliente y le enviaremos una tarjeta nueva. (Los números de teléfono de Atención al Cliente están en la contracubierta de este folleto).

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

|                    |                                                                                          |
|--------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Sección 3.2</b> | <b>El <i>Directorio de Farmacias</i>: su guía para consultar las farmacias de la red</b> |
|--------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|

**¿Qué son las “farmacias de la red”?**

Las farmacias de la red son todas las farmacias que han acordado surtir las recetas de medicamentos cubiertos para los miembros de nuestro plan.

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

Puede usar el *Directorio de Farmacias* para encontrar la farmacia de la red que desea usar. Nuestra red de farmacias también presenta cambios para el próximo año. Puede obtener acceso al *Directorio de Farmacias* actualizado en nuestro sitio web [blueshieldca.com/medpharmacy2022](https://blueshieldca.com/medpharmacy2022). También puede llamar a Atención al Cliente para solicitar información actualizada sobre los proveedores o pedirnos que le enviemos un *Directorio de Farmacias* por correo postal. **Consulte el *Directorio de Farmacias 2022* para averiguar qué farmacias están en nuestra red.**

En el *Directorio de Farmacias*, también podrá consultar qué farmacias de la red tienen costo compartido preferido, el cual puede ser más bajo que el costo compartido estándar ofrecido por otras farmacias de la red para algunos medicamentos.

Si no tiene el *Directorio de Farmacias*, puede solicitar una copia a Atención al Cliente. (Los números de teléfono están en la contracubierta de este folleto). En cualquier momento, puede llamar a Atención al Cliente para obtener información actualizada sobre los cambios en la red de farmacias. También puede encontrar esta información en nuestro sitio web [blueshieldca.com/medpharmacy2022](https://blueshieldca.com/medpharmacy2022).

|                    |                                                                        |
|--------------------|------------------------------------------------------------------------|
| <b>Sección 3.3</b> | <b>La <i>Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)</i> del plan</b> |
|--------------------|------------------------------------------------------------------------|

El plan tiene una *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)*. La manera breve de referirse a esta lista es “Lista de Medicamentos”. Esta lista indica qué medicamentos recetados de la Parte D están cubiertos por Blue Shield Rx Plus. Los medicamentos de esta lista son seleccionados por el plan con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista debe cumplir con los requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la Lista de Medicamentos de Blue Shield Rx Plus.

**Capítulo 1. Los primeros pasos como miembro**

---

La Lista de Medicamentos también le informa si hay alguna norma que restrinja la cobertura de sus medicamentos.

Le brindaremos una copia de la Lista de Medicamentos. Para obtener la información más completa y actualizada acerca de qué medicamentos están cubiertos, puede visitar el sitio web del plan ([blueshieldca.com/medformulary2022](https://blueshieldca.com/medformulary2022)) o llamar a Atención al Cliente. (Los números de teléfono están en la contracubierta de este folleto).

|                    |                                                                                                                                                                                              |
|--------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Sección 3.4</b> | <b>La <i>Explicación de Beneficios de la Parte D</i> (también llamada “EOB de la Parte D”): informes con un resumen de los pagos realizados por sus medicamentos recetados de la Parte D</b> |
|--------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Cuando use sus beneficios de medicamentos recetados de la Parte D, le enviaremos un informe resumido para que comprenda y lleve un registro de los pagos que se han realizado por sus medicamentos recetados de la Parte D. Este informe resumido se denomina *Explicación de Beneficios de la Parte D* (también llamada “EOB de la Parte D”).

La *Explicación de Beneficios de la Parte D* le indica la cantidad total que se ha gastado (entre usted, otras personas en su nombre y nosotros) en sus medicamentos recetados de la Parte D, así como la cantidad total que se pagó por cada uno de sus medicamentos recetados de la Parte D durante cada mes en el que se usó el beneficio de la Parte D. La EOB de la Parte D brinda más información sobre los medicamentos que usted toma, como aumentos en los precios y otros medicamentos con costos compartidos más bajos que pudieran estar disponibles. Debe consultarle al profesional que extiende sus recetas sobre estas opciones con costos más bajos. En el Capítulo 4, *Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D*, encontrará más información sobre la *Explicación de Beneficios de la Parte D* y sobre cómo puede ayudarlo a llevar un registro de su cobertura de medicamentos.

También se le entregará la *Explicación de Beneficios de la Parte D* cuando lo solicite. Para obtener una copia, comuníquese con Atención al Cliente. (Los números de teléfono están en la contracubierta de este folleto).

---

**SECCIÓN 4 Su prima mensual para Blue Shield Rx Plus**

---

|                    |                                          |
|--------------------|------------------------------------------|
| <b>Sección 4.1</b> | <b>¿Cuánto cuesta su prima del plan?</b> |
|--------------------|------------------------------------------|

Como miembro de nuestro plan, usted debe pagar una prima mensual del plan. Para el año 2022, la prima mensual de Blue Shield Rx Plus es de \$90.20. Además, debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid u otro tercero paguen su prima de la Parte B).

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

El programa de “Ayuda Complementaria” ayuda a las personas con recursos limitados a pagar sus medicamentos. En la Sección 7 del Capítulo 2, se brinda más información acerca de este

**Capítulo 1. Los primeros pasos como miembro**

---

programa. Si usted cumple con los requisitos, es posible que la inscripción en el programa reduzca su prima mensual del plan.

Si usted *ya está inscrito* y está obteniendo ayuda de uno de estos programas, **es posible que la información sobre primas de esta *Evidencia de Cobertura* no se aplique en su caso**. Le hemos enviado un encarte separado que se denomina “Cláusula Adicional a la Evidencia de Cobertura para las Personas que Reciben Ayuda Complementaria para Pagar sus Medicamentos Recetados” (también conocida como “Cláusula Adicional sobre Subsidios para Personas de Bajos Ingresos” o “Cláusula Adicional de LIS”), que le brinda información acerca de su cobertura de medicamentos. Si no tiene este documento, llame a Atención al Cliente y solicite la “Cláusula Adicional de LIS”. (Los números de teléfono de Atención al Cliente están en la contracubierta de este folleto).

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

En algunos casos, es posible que su prima del plan sea mayor que la cantidad indicada anteriormente en la Sección 4.1. Algunos miembros deben pagar una **multa por inscripción tardía** de la Parte D por no haberse inscrito en ningún plan de medicamentos de Medicare en cuanto reunieron los requisitos necesarios o por no haber contado con una cobertura de medicamentos recetados “acreditable” durante un período de 63 días seguidos o más. (“Acreditable” significa que se espera que la cobertura de medicamentos pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare). Para estos miembros, la multa por inscripción tardía de la Parte D se suma a la prima mensual del plan. La cantidad de la prima será la prima mensual del plan más la cantidad de la multa por inscripción tardía de la Parte D que les corresponda.

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

Es posible que algunos miembros deban pagar una tarifa adicional, conocida como “cantidad de ajuste mensual según el ingreso de la Parte D” (o IRMAA), si, en el informe de declaración de impuestos del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) de 2 años atrás, su ingreso bruto ajustado y modificado sobrepasó cierta cantidad. Los miembros sujetos a la IRMAA deberán pagar la cantidad de la prima estándar y esta tarifa adicional, que se agregará a su prima. En la Sección 6 del Capítulo 1 se explica la IRMAA en mayor detalle.

---

## **SECCIÓN 5      ¿Debe pagar la “multa por inscripción tardía” de la Parte D?**

---

|                                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Sección 5.1      ¿Qué es la “multa por inscripción tardía” de la Parte D?</b> |
|----------------------------------------------------------------------------------|

**Nota:** Si usted recibe “Ayuda Complementaria” de Medicare para pagar sus medicamentos recetados, no deberá pagar una multa por inscripción tardía.

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

La multa por inscripción tardía de la Parte D se agrega a su prima mensual. La primera vez que se inscribe en Blue Shield Rx Plus, le informamos la cantidad de la multa.

Su multa por inscripción tardía de la Parte D se considera parte de su prima del plan. Si no paga su multa por inscripción tardía de la Parte D, se podría cancelar su inscripción por no pagar su prima del plan.

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

Medicare determina la cantidad de la multa. Funciona de esta manera:

- En primer lugar, cuente la cantidad de meses completos que demoró en inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare después de haber reunido los requisitos necesarios para poder inscribirse. O bien cuente la cantidad de meses completos durante los cuales no tuvo cobertura acreditable de medicamentos recetados si la interrupción en la cobertura fue de 63 días o más. La multa es del 1% por cada mes que no tuvo cobertura acreditable. A modo de ejemplo, si usted permanece 14 meses sin cobertura, la multa será del 14%.
- Después, Medicare determina la cantidad de la prima mensual promedio de los planes de medicamentos de Medicare en la nación desde el año anterior. En el año 2022, esta cantidad de la prima promedio será de \$33.37.
- Para calcular su multa mensual, debe multiplicar el porcentaje de la multa por la prima mensual promedio y, después, redondear el resultado a los 10 centavos más cercanos. En este ejemplo, sería 14% por \$33.37, lo que equivale a \$4.67. Esto se redondea a \$4.70.

**Capítulo 1. Los primeros pasos como miembro**

---

Esta cantidad se agregaría a la **prima mensual de quienes deban pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D.**

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

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

|                    |                                                                                |
|--------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Sección 5.3</b> | <b>En algunos casos, puede inscribirse tarde y no tener que pagar la multa</b> |
|--------------------|--------------------------------------------------------------------------------|

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

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

- Si usted ya tiene una cobertura de medicamentos recetados que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare. Medicare denomina esto **“cobertura acreditable de medicamentos”**. Para tener en cuenta:
  - La cobertura acreditable podría incluir la cobertura de medicamentos ofrecida por un empleador o una unión, TRICARE o el Departamento de Asuntos de Veteranos. Su aseguradora o su Departamento de Recursos Humanos le informarán cada año si su cobertura de medicamentos es una cobertura acreditable. Esta información se le puede enviar en una carta o puede incluirse en un boletín de noticias del plan. Guarde esta información, ya que puede necesitarla si más adelante se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.
    - Para tener en cuenta: Si recibe un “certificado de cobertura acreditable” al terminar su cobertura de salud, es posible que esto no signifique que su cobertura de medicamentos recetados fuese acreditable. En el aviso, debe constar que usted tenía una cobertura “acreditable” de medicamentos recetados que se esperaba que pague lo mismo que paga el plan de medicamentos recetados estándar de Medicare.



**Capítulo 1. Los primeros pasos como miembro**

- Las siguientes alternativas *no* se consideran coberturas acreditables de medicamentos recetados: tarjetas de descuentos para medicamentos recetados, clínicas gratuitas y sitios web de descuentos para medicamentos.
- Para obtener información adicional sobre la cobertura acreditable, consulte su folleto *Medicare & You 2022* (Medicare y usted 2022) o llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números sin cargo durante las 24 horas, cualquier día de la semana.
- Si no tuvo cobertura acreditable por un período inferior a 63 días seguidos.
- Si recibe “Ayuda Complementaria” de Medicare.

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

Si no está de acuerdo con su multa por inscripción tardía de la Parte D, usted o su representante pueden solicitar una revisión de la decisión sobre dicha multa. Por lo general, usted debe solicitar esta revisión **en un plazo de 60 días** a partir de la fecha que aparece en la primera carta que recibió, en la que se le informaba que debía pagar una multa por inscripción tardía. Si estaba pagando una multa antes de inscribirse en nuestro plan, es posible que no tenga otra posibilidad de solicitar una revisión de esa multa por inscripción tardía. Llame a Atención al Cliente para obtener más información acerca de cómo hacerlo. (Los números de teléfono están en la contracubierta de este folleto).

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

**SECCIÓN 6      ¿Tiene que pagar una cantidad adicional de la Parte D debido a su ingreso?****Sección 6.1      ¿Quién debe pagar una cantidad adicional de la Parte D debido al ingreso?**

Si, en el informe de declaración de impuestos del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) de hace 2 años, su ingreso bruto ajustado y modificado (MAGI, por sus siglas en inglés) sobrepasa cierta cantidad, deberá pagar la cantidad de la prima estándar y una cantidad de ajuste mensual según el ingreso (Income Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA). La IRMAA es una tarifa adicional que se agrega a su prima.

Si usted tiene que pagar una cantidad adicional, el Seguro Social (no su plan de Medicare) le enviará una carta en la que constará la cantidad adicional que debe pagar y cómo hacerlo. La cantidad adicional se deducirá de su cheque de beneficios del Seguro Social, de la Junta de Retiro Ferroviario (Railroad Retirement Board) o de la Oficina de Administración de Personal

**Capítulo 1. Los primeros pasos como miembro**

---

(Office of Personnel Management), sin importar cómo pague normalmente su prima del plan, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir la cantidad adicional adeudada. Si su cheque de beneficios no es suficiente para cubrir la cantidad adicional, recibirá una factura de Medicare. **Usted debe pagar esa cantidad adicional al Gobierno. No es posible pagarla conjuntamente con su prima mensual del plan.**

**Sección 6.2      ¿Cuánto es la cantidad adicional de la Parte D?**

Si, en el informe de declaración de impuestos del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS), su ingreso bruto ajustado y modificado (MAGI, por sus siglas en inglés) sobrepasa cierta cantidad, deberá pagar una cantidad adicional además de su prima mensual del plan. Para obtener más información sobre la cantidad adicional que posiblemente deba pagar según sus ingresos, visite [www.medicare.gov/part-d/costs/premiums/drug-plan-premiums.html](http://www.medicare.gov/part-d/costs/premiums/drug-plan-premiums.html).

**Sección 6.3      ¿Qué puede hacer si no está de acuerdo con pagar una cantidad adicional de la Parte D?**

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

**Sección 6.4      ¿Qué pasa si no paga la cantidad adicional de la Parte D?**

La cantidad adicional se paga directamente al Gobierno (no a su plan de Medicare) por su cobertura de la Parte D de Medicare. Si se le exige por ley que pague la cantidad adicional y no lo hace, se **cancelará su inscripción** en el plan y perderá la cobertura de medicamentos recetados.

---

**SECCIÓN 7      Más información sobre su prima mensual**

---

**Sección 7.1      Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare**

Además de pagar la prima mensual del plan, muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare. Algunos miembros del plan (aquellos que no reúnen los requisitos necesarios para obtener acceso a la Parte A sin prima) pagan una prima por la Parte A de Medicare, y la mayoría de los miembros del plan pagan una prima por la Parte B de Medicare.

Si, en el informe de declaración de impuestos del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) de hace 2 años, su ingreso bruto ajustado y modificado (MAGI, por sus siglas en inglés) sobrepasa cierta cantidad, deberá pagar la cantidad de la prima estándar y una cantidad de ajuste mensual según el ingreso (Income Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA). La IRMAA es una tarifa adicional que se agrega a su prima.

**Capítulo 1. Los primeros pasos como miembro**

---

- Si usted debe pagar la cantidad adicional y no lo hace, se **cancelará su inscripción en el plan y perderá la cobertura de medicamentos recetados.**
- Si usted tiene que pagar una cantidad adicional, el Seguro Social (no su plan de Medicare) le enviará una carta en la que constará la cantidad adicional que debe pagar.
- Para obtener más información sobre las primas de la Parte D según los ingresos, consulte la Sección 6 del Capítulo 1 de este folleto. También puede visitar el sitio web [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) o llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) durante las 24 horas, cualquier día de la semana. Los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. También puede llamar al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 1-800-325-0778.

En su copia del folleto *Medicare & You 2022* (Medicare y usted 2022), encontrará información sobre las primas de Medicare; consulte la sección denominada “2022 Medicare Costs” (Costos de Medicare para el año 2022). Allí se explica de qué manera varían las primas de la Parte B y de la Parte D de Medicare según los diferentes ingresos de las personas. Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia del folleto *Medicare & You 2022* todos los años, durante el otoño. Los nuevos miembros de Medicare la reciben en el transcurso del mes siguiente a su inscripción. También puede descargar una copia del folleto *Medicare & You 2022* del sitio web de Medicare ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)). Asimismo, puede solicitar una copia impresa llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) durante las 24 horas, cualquier día de la semana. Los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

|                    |                                                                      |
|--------------------|----------------------------------------------------------------------|
| <b>Sección 7.2</b> | <b>Usted cuenta con varias opciones para pagar su prima del plan</b> |
|--------------------|----------------------------------------------------------------------|

Usted cuenta con tres opciones para pagar su prima del plan. Supondremos que usted utiliza la Opción 1 y le enviaremos una factura mensual, a menos que haya seleccionado otra opción en su formulario de inscripción en el plan cuando se inscribió por primera vez o que se haya comunicado con nosotros para realizar un cambio en una de las opciones que se detallan a continuación.

Si decide cambiar el método de pago de su prima, es posible que su nuevo método de pago demore hasta tres (3) meses en aplicarse. Mientras procesamos su solicitud de cambio de método de pago, usted es responsable de asegurarse de que su prima del plan se pague en término.

**Opción 1: Puede pagar con cheque**

Su prima del plan tiene vencimiento mensual y debe pagarse con un cheque, a más tardar, el último día del mes anterior al mes correspondiente a su período de cobertura. Envíe por correo postal todos los pagos realizados con cheque utilizando el sobre con franqueo pagado incluido en su factura mensual. Si pierde su sobre con franqueo pagado, la dirección a la que debe enviar los pagos es la siguiente:

Blue Shield of California – Blue Shield Rx Plus  
P.O. Box 745843  
Los Angeles, CA 90074-5843

Libre todos los cheques a nombre de “Blue Shield of California”.

**Capítulo 1. Los primeros pasos como miembro**

---

**Opción 2: Pagos electrónicos**

En vez de pagar la prima de su plan con cheque, podrá completar el pago por Internet o por teléfono a través de su tarjeta de crédito/débito o cuenta bancaria en el caso de pagos únicos, o bien podrá inscribirse en AutoPay, nuestro servicio de pago automático. La inscripción en AutoPay es simple. Con este servicio, se completará el pago automático a través de su tarjeta de crédito/débito o cuenta bancaria el día 8 del mes, o alrededor de esta fecha. Para obtener más información sobre sus opciones de pago y sobre cómo inscribirse en AutoPay, visítenos en [blueshieldca.com/medicarewaystopay](https://blueshieldca.com/medicarewaystopay) o llame al número de Atención al Cliente que está en el dorso de su tarjeta de identificación.

Blue Shield intenta mejorar constantemente los procesos de pago para que sean simples y cómodos. Asegúrese de consultar [blueshieldca.com/medicarewaystopay](https://blueshieldca.com/medicarewaystopay) para obtener más información.

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

Puede hacer que la prima del plan se deduzca de su cheque mensual del Seguro Social. Comuníquese con Atención al Cliente para obtener más información sobre cómo pagar su prima mensual del plan de esta manera. Será un placer ayudarlo con este procedimiento. (Los números de teléfono de Atención al Cliente están en la contracubierta de este folleto).

**Qué hacer si tiene dificultades para pagar su prima del plan**

La prima del plan debe pagarse en nuestras oficinas, a más tardar, el último día del mes anterior al mes correspondiente a su período de cobertura. Si no recibimos el pago de su prima del plan, a más tardar, el último día del mes anterior al mes correspondiente a su período de cobertura, le enviaremos un aviso para informarle que daremos por terminada su membresía en el plan si no recibimos el pago de la prima en el transcurso de un período de gracia de tres (3) meses.

Si tiene dificultades para pagar su prima en término, comuníquese con Atención al Cliente para saber si podemos indicarle programas que lo ayuden a pagar su prima del plan. (Los números de teléfono de Atención al Cliente están en la contracubierta de este folleto).

Si damos por terminada su membresía debido a que usted no pagó sus primas, usted aún recibirá cobertura de salud mediante Medicare Original.

Si damos por terminada su membresía en el plan debido a que usted no pagó sus primas, y usted actualmente no cuenta con cobertura de medicamentos recetados, es posible que no pueda recibir la cobertura de la Parte D hasta el próximo año si se inscribe en un nuevo plan durante el período de inscripción anual. Durante el período de inscripción abierta anual de Medicare, podrá inscribirse en un plan de medicamentos recetados independiente o en un plan de salud que también brinde cobertura de medicamentos. (Si usted sigue sin una cobertura de medicamentos “acreditable” durante más de 63 días, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D durante el tiempo que tenga la cobertura de la Parte D).

**Capítulo 1. Los primeros pasos como miembro**

---

Al momento de dar por terminada su membresía, es posible que sus primas estén aún pendientes de pago. Tenemos derecho a exigir el pago de las primas que usted deba. En el futuro, si desea volver a inscribirse en nuestro plan (o en otro plan que ofrezcamos), deberá pagar la cantidad adeudada para poder inscribirse.

Si usted considera que dimos por terminada su membresía de manera errónea, tiene derecho a solicitarnos que reconsideremos esta decisión mediante la presentación de una queja. En la Sección 7 del Capítulo 7 de este folleto, se explica cómo presentar una queja. Si el motivo que le impidió pagar su prima del plan durante nuestro período de gracia fue una situación de emergencia que estaba fuera de su control, puede solicitarnos que reconsideremos esta decisión llamando al (888) 239-6469, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., cualquier día de la semana, durante todo el año. Los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 711. Usted debe presentar su solicitud a más tardar 60 días después de la fecha en que termina su membresía.

|                    |                                                                     |
|--------------------|---------------------------------------------------------------------|
| <b>Sección 7.3</b> | <b>¿Podemos cambiar la prima mensual de su plan durante el año?</b> |
|--------------------|---------------------------------------------------------------------|

**No.** No podemos cambiar la cantidad que cobramos por la prima mensual del plan durante el año. Si la prima mensual del plan se cambia para el próximo año, se lo informaremos en septiembre y el cambio será válido desde el 1 de enero.

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

---

|                  |                                                                 |
|------------------|-----------------------------------------------------------------|
| <b>SECCIÓN 8</b> | <b>Mantenga actualizado su registro de membresía en el plan</b> |
|------------------|-----------------------------------------------------------------|

---

|                    |                                                                                   |
|--------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Sección 8.1</b> | <b>Cómo asegurarse de que la información que tenemos sobre usted sea correcta</b> |
|--------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|

Su registro de membresía contiene información extraída de su formulario de inscripción, como su dirección y número de teléfono. Indica 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 informarse sobre qué medicamentos tiene cubiertos y sobre las cantidades de costo compartido que le corresponden a usted.** Por eso, es muy importante que nos ayude a mantener actualizada su información.

**Capítulo 1. Los primeros pasos como miembro**

---

**Infórmenos sobre los siguientes cambios:**

- Cambios en su nombre, su dirección o su número de teléfono.
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos que usted tenga (como la brindada por su empleador, el empleador de su cónyuge, una indemnización por accidentes laborales o Medicaid).
- Si tiene alguna reclamación de responsabilidad civil, como las relativas a un accidente automovilístico.
- Si lo han admitido en un hogar de ancianos.
- Si cambia su parte responsable designada (por ejemplo, una persona que brinda cuidados).

Si alguno de estos datos cambia, comuníquese con Atención al Cliente para informarnos el cambio. (Los números de teléfono están en la contracubierta de este folleto).

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

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

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

Una vez por año, le enviaremos una carta que incluirá todas las demás coberturas de seguro médico o de medicamentos de las que tengamos conocimiento. Lea atentamente esta información. Si es correcta, no debe hacer nada al respecto. Si la información es incorrecta o si tiene alguna otra cobertura que no se mencione en la carta, llame a Atención al Cliente. (Los números de teléfono están en la contracubierta de este folleto).

---

**SECCIÓN 9      Garantizamos la privacidad de la información protegida sobre su salud**

---

|                                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Sección 9.1      Nos aseguramos de proteger la información sobre su salud</b> |
|----------------------------------------------------------------------------------|

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de su historia clínica y de la información protegida sobre su salud. Nosotros garantizamos la privacidad de la información protegida sobre su salud como lo exigen dichas leyes.

Para obtener más información acerca de cómo garantizamos la privacidad de la información protegida sobre su salud, consulte la Sección 1.3 del Capítulo 6 de este folleto.

---

**SECCIÓN 10      Cómo funciona otro seguro con nuestro plan**

---

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

---

Cuando usted tiene otro seguro (como la cobertura de salud grupal de un empleador), hay normas establecidas por Medicare que definen si nuestro plan o su otro seguro paga primero. El seguro que paga primero se denomina “pagador primario” y paga hasta los límites de su cobertura. El seguro que paga en segundo lugar se denomina “pagador secundario” y únicamente paga si hay costos que no fueron cubiertos por la cobertura primaria. Es posible que el pagador secundario no pague la totalidad de los costos que no fueron cubiertos.

Estas normas se aplican a la cobertura de un plan de salud grupal de un empleador o de una unión:

- Si usted posee cobertura para jubilados, Medicare paga primero.
- Si la cobertura de su plan de salud grupal depende de su empleo actual o del empleo actual de un familiar, quien paga primero depende de su edad, de la cantidad de empleados que tenga el empleador y de si usted tiene Medicare de acuerdo con la edad, una discapacidad o insuficiencia renal terminal (ESRD, por sus siglas en inglés):
  - Si tiene menos de 65 años, tiene una discapacidad y usted o su familiar aún trabajan, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 100 empleados o más, o si al menos un empleador en un plan para varios empleadores tiene más de 100 empleados.
  - Si tiene más de 65 años y usted o su cónyuge aún trabajan, el plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 20 empleados o más, o si al menos un empleador en un plan para varios empleadores tiene más de 20 empleados.
- Si usted tiene Medicare debido a una ESRD, su plan de salud grupal pagará primero durante los primeros 30 meses después de que usted haya reunido los requisitos necesarios para obtener acceso a Medicare.

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

- Seguro contra todo riesgo (incluido el seguro automotor)
- Responsabilidad civil (incluido el seguro automotor)
- Beneficios por la enfermedad del pulmón negro
- Indemnización por accidentes laborales

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

**Capítulo 1. Los primeros pasos como miembro**

---

Si usted tiene otro seguro, notifíquese al médico, al hospital y a la farmacia. Si tiene consultas sobre quién paga primero o si necesita actualizar la información de su otro seguro, comuníquese con Atención al Cliente. (Los números de teléfono están en la contracubierta de este folleto). Es posible que deba brindar su número de identificación de miembro del plan a sus otras aseguradoras (una vez que usted haya confirmado la identidad de estas) para que sus facturas se paguen correctamente y en término.



# CAPÍTULO 2

*Números de teléfono  
y recursos importantes*

## **Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes**

|                  |                                                                                                                                                                                     |           |
|------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>SECCIÓN 1</b> | <b>Información de contacto de Blue Shield Rx Plus</b><br>(cómo comunicarse con nosotros y cómo obtener acceso a<br>Atención al Cliente del plan).....                               | <b>24</b> |
| <b>SECCIÓN 2</b> | <b>Medicare</b> (cómo obtener ayuda e información directamente del<br>programa federal Medicare) .....                                                                              | <b>28</b> |
| <b>SECCIÓN 3</b> | <b>Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP)</b><br>(ayuda, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare<br>sin cargo).....                           | <b>30</b> |
| <b>SECCIÓN 4</b> | <b>Organización para el Mejoramiento de la Calidad</b> (patrocinada por<br>Medicare para controlar la calidad de la atención que reciben las<br>personas que tienen Medicare) ..... | <b>31</b> |
| <b>SECCIÓN 5</b> | <b>Seguro Social</b> .....                                                                                                                                                          | <b>32</b> |
| <b>SECCIÓN 6</b> | <b>Medicaid</b> (programa conjunto federal y estatal que ayuda a<br>cubrir los costos médicos de algunas personas con ingresos<br>y recursos limitados).....                        | <b>33</b> |
| <b>SECCIÓN 7</b> | <b>Información sobre programas que ayudan a las personas a<br/>pagar sus medicamentos recetados</b> .....                                                                           | <b>34</b> |
| <b>SECCIÓN 8</b> | <b>Cómo comunicarse con la Junta de Retiro Ferroviario</b> .....                                                                                                                    | <b>37</b> |
| <b>SECCIÓN 9</b> | <b>¿Tiene “seguro grupal” u otro seguro de salud de<br/>un empleador?</b> .....                                                                                                     | <b>38</b> |

---

## **SECCIÓN 1      Información de contacto de Blue Shield Rx Plus** (cómo comunicarse con nosotros y cómo obtener acceso a Atención al Cliente del plan)

---

### **Cómo comunicarse con Atención al Cliente de nuestro plan**

Si tiene alguna pregunta relacionada con reclamaciones, facturación o tarjetas de miembro, llame o escriba a Atención al Cliente de Blue Shield Rx Plus. Será un placer ayudarlo.

| <b>Modo de contacto</b> | <b>Información de contacto de Atención al Cliente</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>TEL.</b>             | (888) 239-6469<br><br>Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., cualquier día de la semana, durante todo el año. Cuando deje un mensaje, incluya su nombre, su número de teléfono y el horario en que llamó, y un representante le devolverá la llamada en no más de un día hábil.<br><br>Atención al Cliente también cuenta con servicios de interpretación gratuitos disponibles para las personas que no hablan inglés.                  |
| <b>TTY</b>              | 711<br><br>Para usar este número, es necesario contar con un equipo telefónico especial. Este número es exclusivo para personas con dificultades auditivas o del habla.<br><br>Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., cualquier día de la semana, durante todo el año. Cuando deje un mensaje, incluya su nombre, su número de teléfono y el horario en que llamó, y un representante le devolverá la llamada en no más de un día hábil. |
| <b>FAX</b>              | (877) 251-6671                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>CORREO</b>           | Blue Shield Rx Plus<br>P.O. Box 927, Woodland Hills, CA 91365-9856                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>SITIO WEB</b>        | <a href="https://blueshieldca.com/medicare">blueshieldca.com/medicare</a>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |

## **Cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura sobre sus medicamentos recetados de la Parte D**

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos acerca de sus beneficios y de su cobertura o acerca de la cantidad que pagaremos por sus medicamentos recetados que estén cubiertos por el beneficio de la Parte D incluido en su plan. Para obtener más información acerca de cómo solicitar decisiones de cobertura sobre sus medicamentos recetados de la Parte D, consulte el Capítulo 7, *Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*.

Puede llamarnos si tiene alguna pregunta sobre nuestro proceso para tomar decisiones de cobertura.

| <b>Modo de contacto</b> | <b>Información de contacto para solicitar decisiones de cobertura sobre sus medicamentos recetados de la Parte D</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>TEL.</b>             | (888) 239-6469<br><br>Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., cualquier día de la semana, durante todo el año. Cuando deje un mensaje, incluya su nombre, su número de teléfono y el horario en que llamó, y un representante le devolverá la llamada en no más de un día hábil.                                                                                                                                                          |
| <b>TTY</b>              | 711<br><br>Para usar este número, es necesario contar con un equipo telefónico especial. Este número es exclusivo para personas con dificultades auditivas o del habla.<br><br>Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., cualquier día de la semana, durante todo el año. Cuando deje un mensaje, incluya su nombre, su número de teléfono y el horario en que llamó, y un representante le devolverá la llamada en no más de un día hábil. |
| <b>FAX</b>              | (888) 697-8122                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>CORREO</b>           | Blue Shield Rx Plus<br>P.O. Box 2080, Oakland, CA 94612-0850                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>SITIO WEB</b>        | <a href="https://blueshieldca.com/medicare">blueshieldca.com/medicare</a>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |

## **Cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación sobre sus medicamentos recetados de la Parte D**

Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado. Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación sobre sus medicamentos recetados de la Parte D, consulte el Capítulo 7, *Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*.

| <b>Modo de contacto</b> | <b>Información de contacto para presentar apelaciones sobre sus medicamentos recetados de la Parte D</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>TEL.</b>             | (888) 239-6469<br><br>Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., cualquier día de la semana, durante todo el año. Cuando deje un mensaje, incluya su nombre, su número de teléfono y el horario en que llamó, y un representante le devolverá la llamada en no más de un día hábil.                                                                                                                                                          |
| <b>TTY</b>              | 711<br><br>Para usar este número, es necesario contar con un equipo telefónico especial. Este número es exclusivo para personas con dificultades auditivas o del habla.<br><br>Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., cualquier día de la semana, durante todo el año. Cuando deje un mensaje, incluya su nombre, su número de teléfono y el horario en que llamó, y un representante le devolverá la llamada en no más de un día hábil. |
| <b>FAX</b>              | (916) 350-6510                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>CORREO</b>           | Blue Shield Rx Plus<br>Appeals & Grievances Department<br>P.O. Box 927, Woodland Hills, CA 91365-9856                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>SITIO WEB</b>        | <a href="https://blueshieldca.com/medappeals">blueshieldca.com/medappeals</a>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |

### **Cómo comunicarse con nosotros para presentar una queja sobre sus medicamentos recetados de la Parte D**

Usted puede presentar una queja en contra de nuestro plan o en contra de alguna de nuestras farmacias de la red, incluidas las quejas relacionadas con la calidad de su atención. Este tipo de queja no incluye conflictos relacionados con la cobertura ni con los pagos. (Si su problema está relacionado con la cobertura o los pagos del plan, debe consultar la sección anterior sobre cómo presentar una apelación). Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre sus medicamentos recetados de la Parte D, consulte el Capítulo 7, *Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*.

| <b>Modo de contacto</b>      | <b>Información de contacto para presentar quejas sobre sus medicamentos recetados de la Parte D</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>TEL.</b>                  | (888) 239-6469<br><br>Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., cualquier día de la semana, durante todo el año. Cuando deje un mensaje, incluya su nombre, su número de teléfono y el horario en que llamó, y un representante le devolverá la llamada en no más de un día hábil.                                                                                                                                                          |
| <b>TTY</b>                   | 711<br><br>Para usar este número, es necesario contar con un equipo telefónico especial. Este número es exclusivo para personas con dificultades auditivas o del habla.<br><br>Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., cualquier día de la semana, durante todo el año. Cuando deje un mensaje, incluya su nombre, su número de teléfono y el horario en que llamó, y un representante le devolverá la llamada en no más de un día hábil. |
| <b>FAX</b>                   | (916) 350-6510                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>CORREO</b>                | Blue Shield Rx Plus<br>Appeals & Grievances Department<br>P.O. Box 927, Woodland Hills, CA 91365-9856                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>SITIO WEB DE MEDICARE</b> | Usted puede presentar una queja sobre Blue Shield Rx Plus directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare a través de Internet, visite <a href="http://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx">www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx</a> .                                                                                                                                                                                                                |

### **Adónde debe enviar una solicitud para que paguemos nuestra porción del costo de un medicamento que ha recibido**

El proceso de determinación de cobertura incluye la determinación de solicitudes de pago de nuestra porción de los costos de un medicamento que usted ha recibido. Para obtener más información sobre las situaciones en las que puede necesitar solicitar al plan un reembolso o el pago de una factura que ha recibido de un proveedor, consulte el Capítulo 5, *Cómo solicitarnos que paguemos nuestra porción de los costos de medicamentos cubiertos*.

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

| Modo de contacto | Información de contacto para presentar solicitudes de pago                |
|------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| <b>CORREO</b>    | Blue Shield of California<br>P.O. Box 52066<br>Phoenix, AZ 85072-2066     |
| <b>SITIO WEB</b> | <a href="https://blueshieldca.com/medicare">blueshieldca.com/medicare</a> |

---

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

---

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

El organismo federal a cargo de Medicare se denomina Centros para los Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services), a veces llamado “CMS”, por sus siglas en inglés. Esta agencia firma un contrato con los planes de medicamentos recetados de Medicare, incluido nuestro plan.

| Modo de contacto | Información de contacto de Medicare                                                                                                                                                                                         |
|------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>TEL.</b>      | 1-800-MEDICARE o 1-800-633-4227<br>Las llamadas a este número son gratuitas.<br>Las 24 horas, cualquier día de la semana.                                                                                                   |
| <b>TTY</b>       | 1-877-486-2048<br>Para usar este número, es necesario contar con un equipo telefónico especial. Este número es exclusivo para personas con dificultades auditivas o del habla.<br>Las llamadas a este número son gratuitas. |

## Modo de contacto Información de contacto de Medicare

### SITIO WEB

[www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)

Este es el sitio web oficial del Gobierno para Medicare. Brinda información actualizada sobre Medicare y temas actuales de Medicare. Además, contiene información sobre hospitales, hogares de ancianos, médicos, agencias de salud en el hogar y centros de diálisis. Incluye folletos que se pueden imprimir directamente desde una computadora. También puede encontrar contactos de Medicare en su estado.

El sitio web de Medicare cuenta también con información detallada sobre los requisitos necesarios para obtener acceso a Medicare y las opciones de inscripción por medio de las siguientes herramientas:

- **Herramienta sobre requisitos de Medicare:** Brinda información que permite determinar si reúne los requisitos necesarios para obtener acceso a Medicare.
- **Buscador de planes de Medicare (Medicare Plan Finder):** Brinda información personalizada acerca de los planes de medicamentos recetados de Medicare, los planes de salud de Medicare y las pólizas de Medigap (seguro suplementario de Medicare) que están disponibles en su área. Estas herramientas brindan un cálculo *aproximado* de cuáles podrían ser sus costos de bolsillo en diferentes planes de Medicare.

También puede usar el sitio web para informarle a Medicare cualquier queja que tenga sobre Blue Shield Rx Plus:

- **Infórmele su queja a Medicare:** Usted puede presentar una queja sobre Blue Shield Rx Plus directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, visite [www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx](http://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx). Medicare considera sus quejas con seriedad y usará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa Medicare.

Si no tiene una computadora, es posible que la biblioteca o el centro para personas de la tercera edad de su localidad lo ayuden a visitar este sitio web utilizando una de sus computadoras. También puede llamar a Medicare y explicar qué información busca. El personal se encargará de buscar la información en el sitio web, imprimirla y enviársela. (Puede llamar a Medicare al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, cualquier día de la semana. Los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 1-877-486-2048).



---

### **SECCIÓN 3      Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP)** (ayuda, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare sin cargo)

---

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa gubernamental que cuenta con asesores entrenados en todos los estados. En California, el SHIP se denomina Programa de Defensa y Asesoramiento sobre Seguros de Salud (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP).

El HICAP es independiente (no está unido a ninguna compañía de seguros ni a ningún plan de salud). Es un programa estatal que recibe fondos del Gobierno federal para brindar asesoramiento gratuito sobre seguros de salud locales a personas que tienen Medicare.

Los asesores del HICAP pueden ayudarlo con sus preguntas o problemas relativos a Medicare. Pueden ayudarlo a entender los derechos que Medicare le ofrece, ayudarlo a presentar quejas sobre su atención médica o su tratamiento y ayudarlo a resolver problemas relacionados con sus facturas de Medicare. Los asesores del HICAP también pueden ayudarlo a entender las opciones que le ofrece su plan de Medicare y pueden responder preguntas sobre cambios de planes.

#### **MÉTODO PARA OBTENER ACCESO AL SHIP y OTROS RECURSOS:**

- Visite [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)
- Haga clic en “**Forms, Help, and Resources**” (Formularios, ayuda y recursos) a la derecha del menú en la parte superior
- En el menú desplegable, haga clic en “**Phone Numbers & Websites**” (Números de teléfono y sitios web)
- Ahora tiene varias opciones:
  - Opción 1: Puede participar en un **chat en vivo**
  - Opción 2: Puede hacer clic en cualquiera de los “**TOPICS**” (TEMAS) del menú que se encuentra en la parte inferior
  - Opción 3: Puede seleccionar su **STATE** (ESTADO) en el menú desplegable y hacer clic en “**GO**” (IR). Esto lo llevará a una página que incluye números de teléfono y recursos específicos de su estado.

| <b>Modo de contacto</b> | <b>Información de contacto del HICAP (SHIP de California)</b>                                                                                                       |
|-------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>TEL.</b>             | (800) 434-0222                                                                                                                                                      |
| <b>TTY</b>              | 711<br>Para usar este número, es necesario contar con un equipo telefónico especial. Este número es exclusivo para personas con dificultades auditivas o del habla. |
| <b>CORREO</b>           | California Department of Aging<br>1300 National Drive, Suite 200, Sacramento, CA 95834-1992                                                                         |
| <b>SITIO WEB</b>        | <a href="https://www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/">https://www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/</a>               |

---

#### **SECCIÓN 4      Organización para el Mejoramiento de la Calidad** (patrocinada por Medicare para controlar la calidad de la atención que reciben las personas que tienen Medicare)

---

Hay una Organización para el Mejoramiento de la Calidad designada para prestar servicios a los beneficiarios de Medicare en todos los estados. En el caso de California, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se llama Livanta.

Livanta está compuesta por un grupo de médicos y demás profesionales de atención de la salud, patrocinados por el Gobierno federal. Esta organización está patrocinada por Medicare para controlar y contribuir al mejoramiento de la calidad de la atención que reciben las personas que tienen Medicare. Livanta es una organización independiente. No está unida a nuestro plan.

Debe comunicarse con Livanta si tiene alguna queja con respecto a la calidad de la atención que ha recibido. Por ejemplo, puede comunicarse con Livanta si le dieron un medicamento incorrecto o si le dieron medicamentos que interactúan entre sí negativamente.

| <b>Modo de contacto</b> | <b>Información de contacto de Livanta<br/>(Organización para el Mejoramiento de la Calidad de California)</b>                                                                                         |
|-------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>TEL.</b>             | (877) 588-1123<br><br>El horario de atención es de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., de lunes a viernes; de 11:00 a. m. a 3:00 p. m., los sábados y domingos; y de 7:00 a. m. a 3:30 p. m., los días feriados. |
| <b>TTY</b>              | (855) 887-6668<br><br>Para usar este número, es necesario contar con un equipo telefónico especial. Este número es exclusivo para personas con dificultades auditivas o del habla.                    |
| <b>CORREO</b>           | Livanta<br>BFCC-QIO Program<br>10820 Guifford Road, Suite 202<br>Annapolis Junction, MD 20701                                                                                                         |
| <b>SITIO WEB</b>        | <a href="http://www.livantaqio.com">www.livantaqio.com</a>                                                                                                                                            |

---

## **SECCIÓN 5 Seguro Social**

---

El Seguro Social es responsable de determinar si una persona reúne los requisitos necesarios y de gestionar la inscripción en Medicare. Pueden obtener acceso a Medicare los ciudadanos estadounidenses y residentes permanentes legales que tengan 65 años o más, que tengan una discapacidad o que sufran de insuficiencia renal terminal y que cumplan con ciertas condiciones. Si usted ya recibe cheques del Seguro Social, la inscripción en Medicare es automática. Si no recibe cheques del Seguro Social, tiene que inscribirse en Medicare. Para solicitar Medicare, puede llamar al Seguro Social o dirigirse a la oficina del Seguro Social de su localidad.

El Seguro Social también es responsable de determinar quiénes deben pagar una cantidad adicional por su cobertura de medicamentos de la Parte D por tener mayores ingresos. Si usted recibió una carta del Seguro Social en la que se le informa que debe pagar esta cantidad adicional y tiene preguntas acerca de la cantidad, o si sus ingresos se han reducido como consecuencia de un acontecimiento que ha cambiado su situación de vida, puede comunicarse con el Seguro Social para solicitar una reconsideración.

Si se muda o cambia su dirección postal, es importante que se comuniqué con el Seguro Social y lo informe.

| Modo de contacto | Información de contacto del Seguro Social                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| TEL.             | 1-800-772-1213<br>Las llamadas a este número son gratuitas.<br>El horario de atención es de 7:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes.<br>Puede utilizar los servicios de telefonía automática del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunos trámites durante las 24 horas.                    |
| TTY              | 1-800-325-0778<br>Para usar este número, es necesario contar con un equipo telefónico especial. Este número es exclusivo para personas con dificultades auditivas o del habla.<br>Las llamadas a este número son gratuitas.<br>El horario de atención es de 7:00 a. m. a 7:00 p. m. (hora del este), de lunes a viernes. |
| SITIO WEB        | <a href="http://www.ssa.gov/">www.ssa.gov/</a>                                                                                                                                                                                                                                                                           |

---

## **SECCIÓN 6      Medicaid** (programa conjunto federal y estatal que ayuda a cubrir los costos médicos de algunas personas con ingresos y recursos limitados)

---

Medicaid es un programa conjunto del Gobierno federal y estatal, que ayuda a cubrir los costos médicos de algunas personas con ingresos y recursos limitados. Algunas personas que tienen Medicare también reúnen los requisitos necesarios para obtener acceso a Medicaid.

Además, hay programas ofrecidos por medio de Medicaid que ayudan a las personas que tienen Medicare a pagar sus costos de Medicare, tales como sus primas de Medicare. Cada año, estos “Programas de Ahorro de Medicare” (Medicare Savings Programs) ayudan a las personas con ingresos y recursos limitados a ahorrar dinero:

- **Beneficiario de Medicare que cumple con los requisitos (Qualified Medicare Beneficiary, QMB):** Brinda ayuda para pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare, y otros costos compartidos (como deducibles, coseguros y copagos). (Algunas personas que son QMB también reúnen los requisitos necesarios para obtener acceso a los beneficios integrales de Medicaid [QMB+]).
- **Beneficiario de Medicare con ingreso bajo especificado (Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLMB):** Brinda ayuda para pagar las primas de la Parte B. (Algunas personas que son SLMB también reúnen los requisitos necesarios para obtener acceso a los beneficios integrales de Medicaid [SLMB+]).

- **Individuo que cumple con los requisitos (Qualified Individual, QI):** Brinda ayuda para pagar las primas de la Parte B.
- **Individuos discapacitados que actualmente trabajan y cumplen con los requisitos (Qualified Disabled & Working Individuals, QDWI):** Brinda ayuda para pagar las primas de la Parte A.

Para obtener más información sobre Medicaid y sus programas, comuníquese con la oficina de Medi-Cal de su localidad o llame al Departamento de Servicios de Atención de la Salud de California (California Department of Healthcare Services).

| <b>Modo de contacto</b> | <b>Información de contacto del Departamento de Servicios de Atención de la Salud de California</b>                                                                             |
|-------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>TEL.</b>             | (800) 541-5555<br>El horario de atención es de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., de lunes a viernes.                                                                                    |
| <b>TTY</b>              | (800) 735-2922<br>Para usar este número, es necesario contar con un equipo telefónico especial. Este número es exclusivo para personas con dificultades auditivas o del habla. |
| <b>CORREO</b>           | California Department of Health Care Services<br>P.O. Box 997413, MS 4400<br>Sacramento, CA 95899-7413                                                                         |
| <b>SITIO WEB</b>        | <a href="http://www.dhcs.ca.gov">www.dhcs.ca.gov</a>                                                                                                                           |

---

## **SECCIÓN 7      Información sobre programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos recetados**

---

### **Programa de “Ayuda Complementaria” de Medicare**

Medicare brinda “Ayuda Complementaria” para pagar los costos de los medicamentos recetados a las personas que tienen ingresos y recursos limitados. Los recursos incluyen ahorros y acciones, pero no su casa ni su automóvil. Si cumple con los requisitos exigidos, recibirá ayuda para pagar la prima mensual, el deducible anual y los copagos o el coseguro de los medicamentos recetados de cualquier plan de medicamentos de Medicare. Esta “Ayuda Complementaria” también cuenta para sus costos de bolsillo.

Algunas personas cumplen automáticamente con los requisitos exigidos para recibir “Ayuda Complementaria”, sin necesidad de solicitarla. A dichas personas, Medicare les envía una carta por correo postal.

Es posible que usted pueda obtener “Ayuda Complementaria” para pagar las primas y los costos de sus medicamentos recetados. Para saber si cumple con los requisitos para obtener “Ayuda Complementaria”, llame a alguno de los siguientes contactos:

- Medicare, al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 1-877-486-2048 durante las 24 horas, cualquier día de la semana.
- La oficina del Seguro Social, al 1-800-772-1213, de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 7:00 p. m. Los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes).
- La oficina de Medicaid de su estado (solicitudes). (Consulte la Sección 6 de este capítulo para ver la información de contacto).

Si usted considera que cumple con los requisitos para recibir “Ayuda Complementaria” y que está pagando una cantidad incorrecta de costo compartido cuando obtiene su medicamento recetado en una farmacia, nuestro plan cuenta con un proceso que le permite solicitar asistencia para obtener pruebas de su nivel de copago apropiado, o bien, si ya tiene las pruebas, brindarnos dichas pruebas.

- Para solicitar asistencia a fin de obtener pruebas de su nivel de copago apropiado, puede llamar a Atención al Cliente. (Los números de teléfono están en la contracubierta de este folleto). De esta manera, podremos enviarle por correo postal o por fax una lista de documentos aceptables como pruebas o leerle la lista por teléfono. Una vez que obtenga las pruebas, o si ya las tiene, puede enviárnoslas por fax al (877) 251-6671 o por correo postal a Blue Shield Rx Plus, P.O. Box 927, Woodland Hills, CA 91365-9856.
- Cuando recibamos las pruebas que demuestren su nivel de copago, actualizaremos la información en nuestro sistema para que usted pueda pagar el copago correcto cuando obtenga su próximo medicamento recetado en la farmacia. Si usted paga de más por su copago, le haremos un reembolso. Le enviaremos un cheque por la cantidad que pagó en exceso o deduciremos el saldo a su favor de futuros copagos. Si la farmacia no le ha cobrado un copago y tiene registrado su copago como una cantidad que usted adeuda, podemos hacerle el pago directamente a la farmacia. Si un estado pagó en su nombre, podemos hacerle el pago directamente al estado. Comuníquese con Atención al Cliente si tiene alguna pregunta. (Los números de teléfono están en la contracubierta de este folleto).

### **Programa de Descuentos durante la Brecha de Cobertura de Medicare**

El Programa de Descuentos durante la Brecha de Cobertura de Medicare brinda descuentos otorgados por los fabricantes en medicamentos de marca para los miembros de la Parte D que hayan alcanzado la brecha de cobertura y no reciban actualmente “Ayuda Complementaria”. En el caso de los medicamentos de marca, el descuento del 70% otorgado por los fabricantes no incluye ninguna tarifa por prescripción correspondiente a los costos incurridos durante la brecha de cobertura. Para los medicamentos de marca, los miembros pagan el 25% del precio negociado y una porción de la tarifa por prescripción.

Si usted alcanza la brecha de cobertura, aplicaremos automáticamente el descuento cuando la farmacia le facture su medicamento recetado, y su Explicación de Beneficios de la Parte D (EOB) mostrará los descuentos que hayan sido brindados. Tanto la cantidad que usted

paga como la cantidad descontada por el fabricante cuentan para sus costos de bolsillo como si usted las hubiera pagado y le permiten acercarse más al final de la brecha de cobertura. La cantidad pagada por el plan (5%) no cuenta para sus costos de bolsillo.

Usted también recibe cierta cobertura de medicamentos genéricos. Si usted alcanza la brecha de cobertura, el plan paga el 75% del precio de los medicamentos genéricos, y usted paga el 25% restante del precio. En el caso de los medicamentos genéricos, la cantidad que el plan paga (75%) no cuenta para sus costos de bolsillo. Solo cuenta la cantidad que usted paga; dicha cantidad le permite acercarse más al final de la brecha de cobertura. Asimismo, la tarifa por prescripción está incluida como parte del costo del medicamento.

Si tiene alguna pregunta sobre la disponibilidad de descuentos para los medicamentos que usted toma o sobre el Programa de Descuentos durante la Brecha de Cobertura de Medicare en general, comuníquese con Atención al Cliente. (Los números de teléfono están en la contracubierta de este folleto).

**¿Qué debe hacer si tiene cobertura de un Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP)?**  
**¿Qué es el ADAP?**

El Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a que las personas que padecen VIH/SIDA y reúnen los requisitos necesarios para participar en este programa obtengan acceso a medicamentos vitales para el tratamiento del VIH. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también estén cubiertos por el ADAP cumplen con los requisitos exigidos para que usted pueda recibir asistencia con el costo compartido de los medicamentos recetados. Para comunicarse con el ADAP de California, puede llamar al (844) 421-7050, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., de lunes a viernes, o bien puede visitar el sitio web del programa en [https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA\\_adap\\_eligibility.aspx](https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA_adap_eligibility.aspx). Nota: Para poder tener acceso al ADAP correspondiente a su estado, debe cumplir con determinados criterios: debe acreditar, mediante pruebas, que vive en ese estado y que padece VIH, debe demostrar bajos ingresos (según la definición brindada por el estado) y debe carecer de seguro o tener un seguro insuficiente.

Si actualmente está inscrito en un ADAP, el ADAP puede seguir brindándole asistencia con el costo compartido de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare para los medicamentos incluidos en el formulario del ADAP. A fin de asegurarse de seguir recibiendo esta asistencia, notifiquele al personal de inscripción del ADAP correspondiente a su localidad acerca de cualquier cambio en el número de póliza o en el nombre de su plan de la Parte D de Medicare. Para comunicarse con el ADAP de California, puede llamar al (844) 421-7050, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., de lunes a viernes, o bien puede visitar el sitio web del programa en [https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA\\_adap\\_eligibility.aspx](https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA_adap_eligibility.aspx).

Si desea obtener información sobre los criterios para obtener acceso al programa, sobre los medicamentos cubiertos o sobre el proceso de inscripción en el programa, puede comunicarse con el ADAP de California llamando al (844) 421-7050, de lunes a viernes,

de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., o bien puede visitar el sitio web del programa en [https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA\\_adap\\_eligibility.aspx](https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA_adap_eligibility.aspx).

**¿Qué pasa si recibe “Ayuda Complementaria” de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos recetados? ¿Puede obtener los descuentos?**

No. Si recibe “Ayuda Complementaria”, usted ya obtiene cobertura para los costos de sus medicamentos recetados durante la brecha de cobertura.

**¿Qué debe hacer si no recibe un descuento y considera que sí debería recibirlo?**

Si usted cree que ha alcanzado la brecha de cobertura y no recibió un descuento cuando pagó su medicamento de marca, debe revisar el aviso de su próxima *Explicación de Beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D). Si el descuento no aparece en su *Explicación de Beneficios de la Parte D*, debe comunicarse con nosotros para asegurarse de que los registros de sus medicamentos recetados sean correctos y estén actualizados. Si no estamos de acuerdo con que a usted se le deba un descuento, puede presentar una apelación. Puede obtener ayuda para presentar una apelación por medio del Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP). (Los números de teléfono están en la Sección 3 de este capítulo). O bien puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) durante las 24 horas, cualquier día de la semana. Los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

---

## **SECCIÓN 8      Cómo comunicarse con la Junta de Retiro Ferroviario**

---

La Junta de Retiro Ferroviario (Railroad Retirement Board) es un organismo federal independiente que administra programas integrales de beneficios para los trabajadores ferroviarios de la nación y sus familias. Si tiene alguna pregunta acerca de sus beneficios de la Junta de Retiro Ferroviario, comuníquese con el organismo.

Si recibe Medicare a través de la Junta de Retiro Ferroviario, es importante que le informe a dicho organismo en caso de que se mude o cambie su dirección postal.



| Modo de contacto | Información de contacto de la Junta de Retiro Ferroviario                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| TEL.             | <p>1-877-772-5772</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>Para hablar con un representante de la Junta de Retiro Ferroviario, presione “0”. El horario de atención es de 9:00 a. m. a 3:30 p. m., los lunes, martes, jueves y viernes, y de 9:00 a. m. a 12:00 p. m., los miércoles.</p> <p>Si presiona “1”, podrá obtener acceso a la Línea de ayuda automatizada de la Junta de Retiro Ferroviario y a información grabada las 24 horas del día, incluidos los fines de semana y los días feriados.</p> |
| TTY              | <p>1-312-751-4701</p> <p>Para usar este número, es necesario contar con un equipo telefónico especial. Este número es exclusivo para personas con dificultades auditivas o del habla.</p> <p>Las llamadas a este número <i>no</i> son gratuitas.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| SITIO WEB        | <p><a href="http://rrb.gov/">rrb.gov/</a></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

## **SECCIÓN 9      ¿Tiene “seguro grupal” u otro seguro de salud de un empleador?**

Si usted (o su cónyuge) recibe beneficios de su empleador o grupo para jubilados (o los de su cónyuge) como parte de este plan, llame al administrador de beneficios del empleador/de la unión o a Atención al Cliente para obtener respuesta a sus preguntas. Puede hacer preguntas sobre los beneficios, las primas o el período de inscripción del plan de salud de su empleador o grupo para jubilados (o los de su cónyuge). (Los números de teléfono de Atención al Cliente están en la contracubierta de este folleto). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048) para hacer preguntas acerca de su cobertura de Medicare con este plan.

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

# CAPÍTULO 3

*Cómo usar la cobertura del plan para  
sus medicamentos recetados de la  
Parte D*

### **Capítulo 3. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D**

---

## **Capítulo 3. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D**

|                  |                                                                                                                                    |           |
|------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>SECCIÓN 1</b> | <b>Introducción.....</b>                                                                                                           | <b>42</b> |
| Sección 1.1      | Este capítulo describe su cobertura para los medicamentos de la Parte D.....                                                       | 42        |
| Sección 1.2      | Normas básicas para la cobertura de los medicamentos de la Parte D del plan .....                                                  | 43        |
| <b>SECCIÓN 2</b> | <b>Haga surtir sus recetas en una farmacia de la red o mediante la farmacia de servicio por correo del plan.....</b>               | <b>43</b> |
| Sección 2.1      | Para que sus medicamentos recetados estén cubiertos, utilice una farmacia de la red .....                                          | 43        |
| Sección 2.2      | Cómo encontrar farmacias de la red.....                                                                                            | 44        |
| Sección 2.3      | Cómo utilizar la farmacia de servicio por correo del plan .....                                                                    | 45        |
| Sección 2.4      | ¿Cómo puede obtener un suministro de medicamentos a largo plazo?.....                                                              | 46        |
| Sección 2.5      | ¿Cuándo puede utilizar una farmacia que no forma parte de la red del plan? .....                                                   | 47        |
| <b>SECCIÓN 3</b> | <b>Sus medicamentos deben encontrarse en la “Lista de Medicamentos” del plan .....</b>                                             | <b>48</b> |
| Sección 3.1      | La “Lista de Medicamentos” indica qué medicamentos de la Parte D están cubiertos .....                                             | 48        |
| Sección 3.2      | Hay cinco “niveles de costo compartido” para los medicamentos incluidos en la Lista de Medicamentos .....                          | 49        |
| Sección 3.3      | ¿Cómo puede averiguar si un medicamento específico está en la Lista de Medicamentos? .....                                         | 49        |
| <b>SECCIÓN 4</b> | <b>Hay restricciones de cobertura para algunos medicamentos.....</b>                                                               | <b>50</b> |
| Sección 4.1      | ¿Por qué hay restricciones para algunos medicamentos?.....                                                                         | 50        |
| Sección 4.2      | ¿Qué tipos de restricciones? .....                                                                                                 | 50        |
| Sección 4.3      | ¿Alguna de estas restricciones se aplica a sus medicamentos? .....                                                                 | 51        |
| <b>SECCIÓN 5</b> | <b>¿Qué pasa si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera en que le gustaría? .....</b>                                | <b>52</b> |
| Sección 5.1      | Hay medidas que puede tomar si su medicamento no está cubierto de la manera en que le gustaría .....                               | 52        |
| Sección 5.2      | ¿Qué puede hacer si su medicamento no está en la Lista de Medicamentos o si el medicamento está sujeto a alguna restricción? ..... | 53        |

### Capítulo 3. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

|                   |                                                                                                                                                   |           |
|-------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Sección 5.3       | ¿Qué puede hacer si su medicamento está en un nivel de costo compartido que considera demasiado elevado? .....                                    | 55        |
| <b>SECCIÓN 6</b>  | <b>¿Qué pasa si se cambia su cobertura para uno de sus medicamentos? .....</b>                                                                    | <b>55</b> |
| Sección 6.1       | La Lista de Medicamentos puede cambiar durante el año .....                                                                                       | 55        |
| Sección 6.2       | ¿Qué pasa si se cambia la cobertura de un medicamento que toma actualmente? .....                                                                 | 56        |
| <b>SECCIÓN 7</b>  | <b>¿Qué tipos de medicamentos <i>no</i> están cubiertos por el plan?....</b>                                                                      | <b>58</b> |
| Sección 7.1       | Tipos de medicamentos que no cubrimos .....                                                                                                       | 58        |
| <b>SECCIÓN 8</b>  | <b>Muestre su tarjeta de membresía del plan al hacer surtir una receta .....</b>                                                                  | <b>59</b> |
| Sección 8.1       | Muestre su tarjeta de membresía .....                                                                                                             | 59        |
| Sección 8.2       | ¿Qué debe hacer si no lleva con usted su tarjeta de membresía? .....                                                                              | 59        |
| <b>SECCIÓN 9</b>  | <b>Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales.....</b>                                                                     | <b>60</b> |
| Sección 9.1       | ¿Qué pasa si usted está en un hospital o en un centro de enfermería especializada para una estadía que está cubierta por Medicare Original? ..... | 60        |
| Sección 9.2       | ¿Qué pasa si usted vive en un centro de atención a largo plazo (LTC)?.....                                                                        | 60        |
| Sección 9.3       | ¿Qué pasa si toma medicamentos cubiertos por Medicare Original? .....                                                                             | 61        |
| Sección 9.4       | ¿Qué pasa si usted tiene una póliza de Medigap (seguro suplementario de Medicare) con cobertura de medicamentos recetados? .....                  | 61        |
| Sección 9.5       | ¿Qué pasa si usted también recibe cobertura de medicamentos del plan grupal de un empleador o de un grupo para jubilados? .....                   | 62        |
| Sección 9.6       | ¿Qué pasa si está en un programa de atención paliativa certificado por Medicare? .....                                                            | 62        |
| <b>SECCIÓN 10</b> | <b>Programas sobre seguridad y administración de los medicamentos .....</b>                                                                       | <b>63</b> |
| Sección 10.1      | Programas que ayudan a los miembros a usar los medicamentos de manera segura.....                                                                 | 63        |
| Sección 10.2      | Programa de Administración de Medicamentos (DMP) que ayuda a los miembros a usar sus medicamentos con opioides de manera segura.....              | 64        |
| Sección 10.3      | Programa de Administración de Tratamientos con Medicamentos (MTM) que ayuda a los miembros a administrar sus medicamentos.....                    | 65        |

### Capítulo 3. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D



#### ¿Sabía que hay programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos?

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

#### ¿Actualmente recibe ayuda para pagar sus medicamentos?

Si usted recibe ayuda de algún programa para pagar sus medicamentos, **es posible que cierta información sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D incluida en esta Evidencia de Cobertura no se aplique a usted.** Le hemos enviado un encarte separado que se denomina “Cláusula Adicional a la Evidencia de Cobertura para las Personas que Reciben Ayuda Complementaria para Pagar sus Medicamentos Recetados” (también conocida como “Cláusula Adicional sobre Subsidios para Personas de Bajos Ingresos” o “Cláusula Adicional de LIS”), que le brinda información acerca de su cobertura de medicamentos. Si no tiene este documento, llame a Atención al Cliente y solicite la “Cláusula Adicional de LIS”. (Los números de teléfono de Atención al Cliente están en la contracubierta de este folleto).

## SECCIÓN 1 Introducción

|                    |                                                                                |
|--------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Sección 1.1</b> | <b>Este capítulo describe su cobertura para los medicamentos de la Parte D</b> |
|--------------------|--------------------------------------------------------------------------------|

En este capítulo, **se explican las normas para usar la cobertura de medicamentos de la Parte D.** El próximo capítulo le brinda información sobre lo que usted paga por los medicamentos de la Parte D (Capítulo 4, *Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D*).

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

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

Los dos ejemplos de medicamentos descritos anteriormente están cubiertos por Medicare Original. (Para obtener más información acerca de esta cobertura, consulte el folleto *Medicare & You 2022* [Medicare y usted 2022]). Sus medicamentos recetados de la Parte D están cubiertos por nuestro plan.

## Capítulo 3. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

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

El plan generalmente cubrirá sus medicamentos siempre y cuando usted cumpla con las siguientes normas básicas:

- Debe pedirle a un proveedor (un médico, un dentista u otro profesional que extienda recetas) que le haga la receta correspondiente.
- El profesional que extiende recetas debe aceptar Medicare o presentar al CMS documentación que demuestre que está habilitado para extender recetas; de lo contrario, se rechazará su reclamación de la Parte D. La próxima vez que llame o visite a un profesional que extienda recetas, debe preguntarle si cumple con esta condición. Si no es así, tenga en cuenta que a dicho profesional le tomará tiempo presentar todos los documentos necesarios que se deben procesar.
- En general, debe utilizar una farmacia de la red para surtir su receta. (Consulte la Sección 2, *Haga surtir sus recetas en una farmacia de la red o mediante la farmacia de servicio por correo del plan*).
- Su medicamento debe estar incluido en la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* del plan (la manera breve de referirse a esta lista es “Lista de Medicamentos”). (Consulte la Sección 3, *Sus medicamentos deben encontrarse en la “Lista de Medicamentos” del plan*).
- Su medicamento debe ser utilizado según una indicación médicamente aceptada. Una “indicación médicamente aceptada” es el uso de un medicamento que está aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos (Food and Drug Administration, FDA) o avalado por ciertos libros de referencia. (Consulte la Sección 3 para obtener más información acerca de una indicación médicamente aceptada).

## SECCIÓN 2 Haga surtir sus recetas en una farmacia de la red o mediante la farmacia de servicio por correo del plan

### Sección 2.1 Para que sus medicamentos recetados estén cubiertos, utilice una farmacia de la red

En la mayoría de los casos, sus medicamentos recetados están cubiertos *solamente* si la receta se surte en las farmacias de la red del plan. (Consulte la Sección 2.5 para obtener información sobre las circunstancias en las que cubriríamos recetas que se hayan surtido en farmacias fuera de la red).

Una farmacia de la red es una farmacia que tiene un contrato con el plan para brindarle los medicamentos recetados cubiertos. El término “medicamentos cubiertos” se refiere a todos los medicamentos recetados de la Parte D que están cubiertos en la Lista de Medicamentos del plan.

### Capítulo 3. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

Nuestra red incluye farmacias que ofrecen costo compartido estándar y farmacias que ofrecen costo compartido preferido. Puede acudir a cualquiera de los dos tipos de farmacias de la red para obtener sus medicamentos recetados cubiertos. Es posible que su costo compartido sea más bajo en las farmacias que ofrecen costo compartido preferido.

#### Sección 2.2      Cómo encontrar farmacias de la red

##### ¿Cómo puede encontrar una farmacia de la red en su área?

Para encontrar una farmacia de la red, puede consultar el *Directorio de Farmacias*, visitar nuestro sitio web ([blueshieldca.com/medpharmacy2022](https://blueshieldca.com/medpharmacy2022)) o llamar a Atención al Cliente. (Los números de teléfono están en la contracubierta de este folleto).

Puede ir a cualquiera de nuestras farmacias de la red. Sin embargo, es posible que sus costos por medicamentos cubiertos sean aún más bajos si utiliza una farmacia de la red que ofrezca costo compartido preferido, en lugar de usar una farmacia de la red que ofrezca costo compartido estándar. En el *Directorio de Farmacias*, encontrará las farmacias de la red que ofrecen costo compartido preferido. Comuníquese con nosotros para obtener más información acerca de cómo podrían diferir sus costos de bolsillo para los distintos medicamentos. Si cambia de una farmacia de la red a otra y necesita una repetición de un medicamento que ha estado tomando, puede pedir que un proveedor le emita una nueva receta o que transfieran su receta a su nueva farmacia de la red.

##### ¿Qué pasa si la farmacia que utiliza deja de formar parte de la red?

Si la farmacia que utiliza deja de formar parte de la red del plan, deberá encontrar una nueva farmacia que esté dentro de la red. O bien, si la farmacia que utiliza permanece en la red, pero deja de ofrecer costo compartido preferido, es posible que desee cambiar de farmacia. Para encontrar otra farmacia de la red en su área, puede solicitar ayuda a Atención al Cliente (los números de teléfono están en la contracubierta de este folleto) o puede utilizar el *Directorio de Farmacias*. También puede encontrar información en nuestro sitio web [blueshieldca.com/medpharmacy2022](https://blueshieldca.com/medpharmacy2022).

##### ¿Qué debe hacer si necesita una farmacia especializada?

En ocasiones, las recetas deben surtirse en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen:

- Farmacias que suministran medicamentos para el tratamiento de infusión en el hogar.
- Farmacias que suministran medicamentos para las personas que viven en un centro de atención a largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés). Por lo general, un centro de atención a largo plazo (p. ej., un hogar de ancianos) tiene su propia farmacia. Si usted está en un centro de LTC, debemos asegurarnos de que pueda recibir regularmente sus beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias de LTC, que, por lo general, es la farmacia que utiliza el centro de LTC. Si tiene alguna dificultad para obtener acceso a los beneficios de la Parte D en un centro de LTC, comuníquese con Atención al Cliente.

### Capítulo 3. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

- Farmacias del Servicio de Salud para Indígenas/Programa de Salud para Tribus/Indios Urbanos (no están disponibles en Puerto Rico). Excepto en una emergencia, solo los nativos americanos o de Alaska tienen acceso a estas farmacias de nuestra red.
- Farmacias que venden medicamentos cuyo expendio está restringido por la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA) a determinados lugares, o que exigen una administración especial, coordinación de proveedores o educación acerca de su uso. (Nota: Esta situación debería presentarse en raras ocasiones).

Para encontrar una farmacia especializada, consulte el *Directorio de Farmacias* o llame a Atención al Cliente. (Los números de teléfono están en la contracubierta de este folleto).

#### Sección 2.3      Cómo utilizar la farmacia de servicio por correo del plan

Para ciertos tipos de medicamentos, puede utilizar la farmacia de servicio por correo de la red del plan. Por lo general, los medicamentos que se suministran mediante el servicio por correo son medicamentos que se toman regularmente para el tratamiento de un problema de salud crónico o prolongado. Los medicamentos que *no* están disponibles mediante la farmacia de servicio por correo del plan están marcados con el símbolo **NDS** en nuestra Lista de Medicamentos.

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

Para obtener los formularios de pedido e información sobre cómo hacer surtir sus recetas por correo, llame a Atención al Cliente al número de teléfono que está en la contracubierta de este folleto. Si utiliza una farmacia de servicio por correo fuera de la red del plan, no se cubrirá su medicamento recetado.

Por lo general, usted recibirá el pedido que realizó a una farmacia de servicio por correo en no más de 14 días. No obstante, a veces, el medicamento recetado que haya pedido a través del servicio por correo puede retrasarse. Si recibe un aviso de que puede haber un retraso en el envío de su medicamento recetado por parte de la farmacia de servicio por correo, por motivos que están fuera de su control, llame a Atención al Cliente al número que está en la contracubierta de este folleto. Un representante de Blue Shield lo ayudará a obtener un suministro de medicamentos suficiente de una farmacia al por menor de la red, de su localidad, para que usted no esté sin medicamentos hasta que llegue su medicamento de servicio por correo. Para ello, puede necesitar comunicarse con su médico para pedirle que llame por teléfono a la farmacia al por menor de la red o envíe por fax una receta nueva en la que se detalle la cantidad de medicamento que usted necesitará hasta que reciba su medicamento de servicio por correo.

Si el retraso supera los 14 días desde la fecha en que el medicamento fue solicitado a la farmacia de servicio por correo y el retraso se debe a que el medicamento se extravió en el sistema de correo, Atención al Cliente puede coordinar con la farmacia de servicio por correo un pedido de reemplazo.

#### **Nuevas recetas que la farmacia reciba directamente del consultorio de su médico.**

Después de que la farmacia reciba una receta por parte de un proveedor de atención de la



### Capítulo 3. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

---

salud, se comunicará con usted para saber si desea hacer surtir el medicamento de inmediato o más adelante. Esto le dará la oportunidad de asegurarse de que la farmacia le envíe el medicamento correcto (con la concentración, la dosis y la fórmula correctas) y, si fuera necesario, le permitirá cancelar o atrasar el pedido antes de que le facturen el medicamento o se lo envíen. Es importante que responda siempre que la farmacia se comunique con usted para informarle al personal qué hacer con la nueva receta y así evitar demoras en el envío.

**Repeticiones de recetas mediante el servicio por correo.** Si necesita repeticiones de recetas, comuníquese con su farmacia 14 días antes de que, según sus cálculos, se le acaben los medicamentos que tiene a su disposición, a fin de asegurarse de recibir su próximo pedido a tiempo.

Asegúrese de informarle al personal de la farmacia cuáles son las mejores formas de comunicarse con usted, de modo que puedan contactarlo para confirmar su pedido antes de enviarlo. Puede llamar a nuestra farmacia de servicio por correo al (866) 346-7200 (TTY: 711).

|                    |                                                                         |
|--------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| <b>Sección 2.4</b> | <b>¿Cómo puede obtener un suministro de medicamentos a largo plazo?</b> |
|--------------------|-------------------------------------------------------------------------|

Si obtiene un suministro de medicamentos a largo plazo, es posible que su costo compartido sea más bajo. El plan ofrece dos maneras de obtener un suministro a largo plazo (también denominado “suministro extendido”) de medicamentos de “mantenimiento” incluidos en la Lista de Medicamentos de nuestro plan. (Los medicamentos de mantenimiento son los medicamentos que se toman regularmente para el tratamiento de un problema de salud crónico o prolongado). Usted puede pedir este suministro a través del servicio por correo (consulte la Sección 2.3) o puede acudir a una farmacia al por menor.

1. **Algunas farmacias al por menor** de nuestra red le permiten obtener un suministro de medicamentos de mantenimiento a largo plazo. Algunas de estas farmacias al por menor (que ofrecen costo compartido preferido) aceptan la cantidad de costo compartido del servicio por correo para un suministro de medicamentos de mantenimiento a largo plazo. En cambio, es posible que otras farmacias al por menor no acepten las cantidades de costo compartido del servicio por correo para un suministro de medicamentos de mantenimiento a largo plazo. En este caso, usted será responsable de la diferencia en el precio. El *Directorio de Farmacias* le informa qué farmacias de nuestra red pueden brindarle un suministro de medicamentos de mantenimiento a largo plazo. También puede llamar a Atención al Cliente para obtener más información. (Los números de teléfono están en la contracubierta de este folleto).
2. Usted puede utilizar la **farmacia de servicio por correo** de la red del plan. Los medicamentos que *no* están disponibles mediante la farmacia de servicio por correo del plan están marcados con el símbolo **NDS** en nuestra Lista de Medicamentos. La farmacia de servicio por correo de nuestro plan le permite pedir un suministro para hasta 90 días.

### Capítulo 3. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

---

Consulte la Sección 2.3 para obtener más información sobre cómo utilizar nuestra farmacia de servicio por correo.

|                    |                                                                                   |
|--------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Sección 2.5</b> | <b>¿Cuándo puede utilizar una farmacia que no forma parte de la red del plan?</b> |
|--------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|

#### **Su receta puede estar cubierta en determinadas situaciones**

En términos generales, cubrimos los medicamentos cuyas recetas fueron surtidas en una farmacia fuera de la red *únicamente* cuando usted no puede utilizar una farmacia de la red. Para ayudarlo, contamos con farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio, en las que puede hacer surtir sus recetas como miembro de nuestro plan. Si usted no puede usar una farmacia de la red, estas son las circunstancias en las que cubriríamos recetas que se surtan en una farmacia fuera de la red:

- Si le es imposible conseguir un medicamento cubierto oportunamente dentro de nuestra área de servicio, debido a que no hay ninguna farmacia de la red que brinde servicios durante las 24 horas a una distancia razonable en automóvil.
- Si necesita hacer surtir una receta por un medicamento recetado cubierto que no se abastece regularmente en una farmacia al por menor de la red o de servicio por correo que reúna los requisitos necesarios (por ejemplo, medicamentos de poco interés comercial, medicamentos exclusivos y de costo elevado u otros productos farmacéuticos especializados).
- Es posible que cubramos, mediante nuestro acceso fuera de la red, algunas vacunas que pueden administrarse en el consultorio de su médico, pero que no están cubiertas por la Parte B de Medicare y que no pueden obtenerse razonablemente en una farmacia de la red.
- Las recetas que se surten en farmacias fuera de la red están limitadas a un suministro para 30 días de medicamentos cubiertos.

En estas situaciones, **verifique antes con Atención al Cliente** si hay una farmacia de la red cerca de su ubicación. (Los números de teléfono de Atención al Cliente están en la contracubierta de este folleto). Es posible que deba pagar la diferencia entre lo que paga por el medicamento en una farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia de la red.

#### **¿Cómo puede solicitarle un reembolso al plan?**

Si debe utilizar una farmacia fuera de la red, por lo general tendrá que pagar el costo total (en lugar de su porción normal del costo) al hacer surtir su receta. Puede solicitarnos que le reembolsemos nuestra porción del costo. (En la Sección 2.1 del Capítulo 5, se explica cómo solicitarle al plan el reembolso del costo).

### Capítulo 3. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

## SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben encontrarse en la “Lista de Medicamentos” del plan

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

El plan tiene una “*Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)*”. En esta *Evidencia de Cobertura*, **nos referimos al formulario de manera breve como la “Lista de Medicamentos”**.

Los medicamentos de esta lista son seleccionados por el plan 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 del plan.

Los medicamentos incluidos en la Lista de Medicamentos son solo los que están cubiertos mediante la Parte D de Medicare. (En la Sección 1.1 de este capítulo, encontrará información sobre los medicamentos de la Parte D).

Por lo general, cubriremos un medicamento incluido en la Lista de Medicamentos del plan siempre y cuando usted respete el resto de las normas de cobertura que se explican en este capítulo y el uso del medicamento sea una indicación médicamente aceptada. Una “indicación médicamente aceptada” es el uso de un medicamento que cumple con *una* de las siguientes dos condiciones:

- Ha sido aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA). (Es decir, la FDA ha aprobado el medicamento para el diagnóstico o el problema de salud para los cuales se lo receta).
- O avalado por ciertas referencias, como la Información sobre Medicamentos del Servicio de Formulario Hospitalario Estadounidense (American Hospital Formulary Service Drug Information) y el Sistema de Información DRUGDEX (DRUGDEX Information System).

### La Lista de Medicamentos incluye medicamentos tanto de marca como genéricos

Un medicamento genérico es un medicamento recetado que contiene los mismos principios activos que el medicamento de marca. Por lo general, tiene la misma eficacia que el medicamento de marca y suele costar menos. Hay medicamentos genéricos que reemplazan a una gran cantidad de medicamentos de marca.

### ¿Qué *no* está incluido en la Lista de Medicamentos?

El plan no cubre todos los medicamentos recetados.

- En algunos casos, la ley no permite que ningún plan de Medicare cubra ciertos tipos de medicamentos. Para obtener más información sobre este punto, consulte la Sección 7.1 de este capítulo.

### Capítulo 3. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

- En otros casos, hemos decidido no incluir un medicamento en particular en nuestra Lista de Medicamentos.

#### Sección 3.2 Hay cinco “niveles de costo compartido” para los medicamentos incluidos en la Lista de Medicamentos

Cada medicamento de la Lista de Medicamentos del plan está en uno de los cinco niveles de costo compartido. En general, mientras más alto sea el nivel de costo compartido, más alto será el costo que usted deberá pagar por el medicamento:

- Nivel 1 de costo compartido: medicamentos genéricos preferidos (el nivel más bajo de costo compartido)  
Incluye medicamentos genéricos preferidos.
- Nivel 2 de costo compartido: medicamentos genéricos  
Incluye medicamentos genéricos.
- Nivel 3 de costo compartido: medicamentos de marca preferidos  
Incluye medicamentos de marca preferidos y algunos medicamentos genéricos.
- Nivel 4 de costo compartido: medicamentos no preferidos  
Incluye medicamentos de marca no preferidos y algunos medicamentos genéricos.
- Nivel 5 de costo compartido: medicamentos de nivel especializado (el nivel más alto de costo compartido)  
Incluye medicamentos de marca y genéricos de costo muy alto que pueden exigir una administración especial y/o estrecha vigilancia.

Para averiguar en qué nivel de costo compartido está su medicamento, búsquelo en la Lista de Medicamentos del plan.

En el Capítulo 4, *Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D*, se indica la cantidad que usted paga por los medicamentos en cada nivel de costo compartido.

#### Sección 3.3 ¿Cómo puede averiguar si un medicamento específico está en la Lista de Medicamentos?

Tiene tres maneras de averiguarlo:

1. Consulte la Lista de Medicamentos más actualizada que le brindamos electrónicamente.
2. Visite el sitio web del plan ([blueshieldca.com/medformulary2022](https://blueshieldca.com/medformulary2022)). La Lista de Medicamentos del sitio web es siempre la versión más actualizada.
3. Llame a Atención al Cliente para averiguar si un medicamento en particular está en la Lista de Medicamentos del plan, o bien para solicitar una copia de la lista. (Los números de teléfono de Atención al Cliente están en la contracubierta de este folleto).

### Capítulo 3. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

## SECCIÓN 4 Hay restricciones de cobertura para algunos medicamentos

### Sección 4.1 ¿Por qué hay restricciones para algunos medicamentos?

Hay normas especiales que restringen la manera y la circunstancia en que ciertos medicamentos recetados están cubiertos por el plan. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrolló estas normas para ayudar a nuestros miembros a utilizar los medicamentos de las maneras más eficaces. Dichas normas especiales también contribuyen al control del costo total de los medicamentos, lo cual mantiene su cobertura de medicamentos más asequible.

En general, nuestras normas lo instan a obtener un medicamento que sea seguro, eficaz y efectivo para tratar su problema de salud. Siempre que un medicamento seguro y económico surta el mismo efecto que un medicamento de mayor costo, las normas del plan están creadas para alentarlos a usted y a su proveedor a optar por la alternativa de menor costo. Además, debemos cumplir con las normas y los reglamentos de Medicare sobre la cobertura de medicamentos y los costos compartidos.

**Si hay una restricción para su medicamento, por lo general significa que usted o su proveedor tendrán que tomar medidas adicionales para que nosotros cubramos el medicamento.** Si usted desea que le quitemos la restricción, deberá utilizar el proceso de decisión de cobertura y solicitarnos que hagamos una excepción. Nosotros podemos estar de acuerdo o no con quitar dicha restricción para su caso. (Consulte la Sección 5.2 del Capítulo 7 para obtener información acerca de la solicitud de excepciones).

Tenga en cuenta que, a veces, un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra lista de medicamentos. Esto se debe a que pueden aplicarse diferentes restricciones o costos compartidos en función de factores tales como la concentración, la dosis o la fórmula del medicamento recetado por su proveedor de atención de la salud. (Por ejemplo, el medicamento puede tener una concentración de 10 mg o 100 mg, puede indicarse para una dosis diaria o para dos dosis diarias, o puede presentarse en comprimidos o en forma líquida).

### Sección 4.2 ¿Qué tipos de restricciones?

Nuestro plan utiliza diferentes tipos de restricciones para ayudar a nuestros miembros a usar los medicamentos de las maneras más eficaces. Las secciones incluidas a continuación le brindan más información acerca de los tipos de restricciones que utilizamos para ciertos medicamentos.

#### **Restricción de medicamentos de marca cuando hay disponible una versión genérica**

Por lo general, un medicamento “genérico” tiene la misma eficacia que un medicamento de marca y suele costar menos. **En la mayoría de los casos, cuando haya disponible una versión genérica de un medicamento de marca, nuestras farmacias de la red le brindarán la versión**

### Capítulo 3. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

---

**genérica.** Por lo general, no cubriremos el medicamento de marca si hay disponible una versión genérica. Sin embargo, si su proveedor nos comunica la razón médica por la cual el medicamento genérico no le surtirá efecto, cubriremos el medicamento de marca. (Es posible que su porción del costo sea mayor para el medicamento de marca que para el medicamento genérico).

#### Obtención de la aprobación por adelantado del plan

Para ciertos medicamentos, usted o su proveedor necesitan obtener la aprobación del plan antes de que aceptemos cubrir tales medicamentos. Esto se denomina **“autorización previa”**. En ocasiones, el requisito de obtener la aprobación por adelantado contribuye a brindar orientación sobre el uso apropiado de ciertos medicamentos. Si no obtiene esta aprobación, es posible que el plan no cubra su medicamento.

#### Requisito de probar primero un medicamento diferente

Este requisito lo alienta a probar medicamentos menos costosos que generalmente tienen la misma eficacia antes de que el plan cubra otro medicamento. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B sirven para tratar el mismo problema de salud, es posible que el plan le solicite que pruebe primero el medicamento A. Si el medicamento A no surte efecto, entonces el plan cubrirá el medicamento B. Este requisito de probar primero un medicamento diferente se denomina **“tratamiento escalonado”**.

#### Límites en las cantidades

Para determinados medicamentos, limitamos la cantidad que puede obtener cada vez que hace surtir su receta. Por ejemplo, si por lo general se considera que es seguro tomar solamente una píldora por día de cierto medicamento, es posible que limitemos la cobertura de su receta a no más de una píldora por día.

|                    |                                                                     |
|--------------------|---------------------------------------------------------------------|
| <b>Sección 4.3</b> | <b>¿Alguna de estas restricciones se aplica a sus medicamentos?</b> |
|--------------------|---------------------------------------------------------------------|

La Lista de Medicamentos del plan incluye información acerca de las restricciones descritas anteriormente. Para averiguar si alguna de estas restricciones se aplica a un medicamento que usted toma o desea tomar, consulte la Lista de Medicamentos. Para obtener la información más actualizada, llame a Atención al Cliente (los números de teléfono están en la contracubierta de este folleto) o visite nuestro sitio web ([blueshieldca.com/medformulary2022](https://blueshieldca.com/medformulary2022)).

**Si hay una restricción para su medicamento, por lo general significa que usted o su proveedor tendrán que tomar medidas adicionales para que nosotros cubramos el medicamento.** Si hay una restricción sobre el medicamento que desea tomar, debe comunicarse con Atención al Cliente para saber qué deben hacer usted o su proveedor a fin de obtener la cobertura del medicamento. Si usted desea que le quitemos la restricción, deberá utilizar el proceso de decisión de cobertura y solicitarnos que hagamos una excepción. Nosotros podemos

**Capítulo 3. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D**

---

estar de acuerdo o no con quitar dicha restricción para su caso. (Consulte la Sección 5.2 del Capítulo 7 para obtener información acerca de la solicitud de excepciones).

---

**SECCIÓN 5 ¿Qué pasa si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera en que le gustaría?**

---

|                    |                                                                                                       |
|--------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Sección 5.1</b> | <b>Hay medidas que puede tomar si su medicamento no está cubierto de la manera en que le gustaría</b> |
|--------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Esperamos que su cobertura de medicamentos sea adecuada para usted. Sin embargo, es posible que haya algún medicamento recetado que usted esté tomando actualmente, o que usted y su proveedor consideren que debería estar tomando, que no esté en nuestro formulario o que esté incluido en nuestro formulario con ciertas restricciones. A continuación, se brindan algunos ejemplos:

- Es posible que el medicamento directamente no esté cubierto; o quizás, una versión genérica del medicamento está cubierta, pero la versión de marca que desea tomar no lo está.
- El medicamento está cubierto, pero hay normas o restricciones adicionales para ese medicamento. Como se explica en la Sección 4, algunos de los medicamentos cubiertos por el plan están sujetos a normas adicionales que restringen su uso. Por ejemplo, antes de que el medicamento que desea tomar se incluya en su cobertura, es posible que tenga que probar primero un medicamento diferente para ver si surte efecto. También puede haber límites en la cantidad de medicamento (cantidad de píldoras, etc.) que se cubre durante un determinado período. En algunos casos, es posible que usted desee que le quitemos la restricción.
- El medicamento está cubierto, pero está en un nivel de costo compartido en el cual el costo compartido que le corresponde a usted es superior a lo que considera que debería ser. El plan coloca cada uno de los medicamentos cubiertos en uno de los cinco niveles diferentes de costo compartido. La cantidad que usted paga por su medicamento recetado depende, en parte, del nivel de costo compartido en el cual está su medicamento.

**Hay medidas que puede tomar si su medicamento no está cubierto de la manera en que le gustaría.** Sus opciones dependen del tipo de problema que tenga:

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

### Capítulo 3. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

---

|                    |                                                                                                                                     |
|--------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Sección 5.2</b> | <b>¿Qué puede hacer si su medicamento no está en la Lista de Medicamentos o si el medicamento está sujeto a alguna restricción?</b> |
|--------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Si su medicamento no está en la Lista de Medicamentos o está sujeto a restricciones, estas son las medidas que puede tomar:

- Es posible que pueda obtener un suministro temporal del medicamento (únicamente los miembros en determinadas situaciones pueden obtener un suministro temporal). Esto les dará tiempo a usted y a su proveedor para cambiar de medicamento o para solicitar la cobertura del medicamento.
- Puede cambiar de medicamento.
- Puede solicitar una excepción y pedirle al plan que cubra el medicamento o que quite las restricciones del medicamento.

#### Es posible que pueda obtener un suministro temporal

En ciertas circunstancias, el plan le debe ofrecer un suministro temporal de un medicamento cuando su medicamento no esté en la Lista de Medicamentos o cuando esté sujeto a algún tipo de restricción. Durante ese período puede hablar con su proveedor acerca del cambio en la cobertura y decidir qué hacer.

Para tener derecho a recibir un suministro temporal, debe cumplir con los siguientes dos requisitos:

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

- El medicamento que ha estado tomando **ya no está incluido en la Lista de Medicamentos del plan.**
- O bien el medicamento que ha estado tomando **ahora está sujeto a algún tipo de restricción.** (En la Sección 4 de este capítulo, encontrará información acerca de las restricciones).

#### 2. Usted debe encontrarse en una de las situaciones que se describen a continuación:

- **Para aquellos miembros que son nuevos o que eran del plan el año pasado:**

Cubriremos un suministro temporal de su medicamento **durante los primeros 90 días de su membresía en el plan en el caso de los miembros nuevos, o durante los primeros 90 días del año calendario si los miembros estaban en el plan el año anterior.** Este suministro temporal será para un máximo de 30 días. Si su receta indica menos días, le permitiremos hacer surtir su receta varias veces hasta alcanzar un suministro para 30 días de medicación como máximo. La receta debe surtirse en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo puede brindar el medicamento en menores cantidades por vez para evitar que se desperdicie).



### **Capítulo 3. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D**

---

- **Para aquellos miembros que hayan pertenecido al plan durante más de 90 días, vivan en un centro de atención a largo plazo (LTC) y necesiten un suministro de inmediato:**

Cubriremos un suministro para 31 días de un medicamento en particular, o menos si la receta indica menos días. Esto se suma a la situación de suministro temporal descrita anteriormente.

Para solicitar un suministro temporal, comuníquese con Atención al Cliente. (Los números de teléfono están en la contracubierta de este folleto).

Mientras esté recibiendo un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se acabe su suministro temporal. Puede optar por cambiar de medicamento y elegir uno que esté cubierto por el plan o solicitarle al plan que haga una excepción y cubra su medicamento actual. Las secciones incluidas a continuación le brindan más información acerca de estas opciones.

#### **Puede cambiar de medicamento**

Primero, hable con su proveedor. Quizás haya un medicamento diferente que esté cubierto por el plan y que le podría surtir igual efecto. Puede llamar a Atención al Cliente para solicitar una lista de los medicamentos cubiertos que se utilizan para tratar el mismo problema de salud. Esta lista puede resultar de ayuda para que su proveedor encuentre un medicamento cubierto que le podría surtir efecto. (Los números de teléfono de Atención al Cliente están en la contracubierta de este folleto).

#### **Puede solicitar una excepción**

Usted y su proveedor pueden solicitarle al plan que haga una excepción y cubra el medicamento de la manera en que a usted le gustaría. Si su proveedor indica que usted tiene razones médicas que justifican la solicitud de una excepción, su proveedor puede ayudarlo a solicitarnos una excepción a la norma. Por ejemplo, puede solicitarle al plan que cubra un medicamento, aun cuando no esté en la Lista de Medicamentos del plan. O puede solicitarle al plan que haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

Si usted es miembro actualmente y toma un medicamento que se quitará del formulario o estará sujeto a alguna restricción el próximo año, le permitiremos solicitar una excepción del formulario por adelantado para el próximo año. Le informaremos cualquier cambio en la cobertura de su medicamento para el próximo año. Puede solicitar una excepción antes del próximo año, y nosotros le daremos una respuesta en el plazo de las 72 horas siguientes a la recepción de su solicitud de excepción (o del certificado de respaldo del profesional que extiende recetas). Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura antes de que se aplique el cambio.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, la Sección 5.4 del Capítulo 7 le explica qué debe hacer. Asimismo, le explica los procedimientos y las fechas límite estipulados por Medicare para garantizar que su solicitud se gestione de manera rápida y justa.

**Capítulo 3. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D**

---

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

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

**Puede cambiar de medicamento**

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera demasiado elevado, hable primero con su proveedor. Quizás haya un medicamento diferente que esté en un nivel de costo compartido más bajo y que le podría surtir igual efecto. Puede llamar a Atención al Cliente para solicitar una lista de los medicamentos cubiertos que se utilizan para tratar el mismo problema de salud. Esta lista puede resultar de ayuda para que su proveedor encuentre un medicamento cubierto que le podría surtir efecto. (Los números de teléfono de Atención al Cliente están en la contracubierta de este folleto).

**Puede solicitar una excepción**

Usted y su proveedor pueden solicitarle al plan que haga una excepción en el nivel de costo compartido para dichos medicamentos, de manera que usted pague menos por ellos. Si su proveedor indica que usted tiene razones médicas que justifican la solicitud de una excepción, su proveedor puede ayudarlo a solicitarnos una excepción a la norma.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, la Sección 5.4 del Capítulo 7 le explica qué debe hacer. Asimismo, le explica los procedimientos y las fechas límite estipulados por Medicare para garantizar que su solicitud se gestione de manera rápida y justa.

Los medicamentos del Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos) y del Nivel 5 (medicamentos de nivel especializado) no reúnen las condiciones exigidas para este tipo de excepción. No reducimos la cantidad de costo compartido de los medicamentos en estos niveles.

---

**SECCIÓN 6      ¿Qué pasa si se cambia su cobertura para uno de sus medicamentos?**

---

**Sección 6.1      La Lista de Medicamentos puede cambiar durante el año**

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos se produce al comienzo de cada año (1 de enero). Sin embargo, es posible que, durante el año, el plan realice cambios en la Lista de Medicamentos. Por ejemplo, el plan puede:

- **Agregar o quitar medicamentos de la Lista de Medicamentos.** Surgen nuevos medicamentos, incluso nuevos medicamentos genéricos. Quizá el Gobierno ha aprobado un nuevo uso para un medicamento existente. A veces, un medicamento es retirado del

### Capítulo 3. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

mercado y decidimos no cubrirlo. O podemos quitar un medicamento de la lista porque se ha determinado que no es efectivo.

- **Trasladar un medicamento a un nivel más alto o más bajo de costo compartido.**
- **Agregar o quitar una restricción en la cobertura de un medicamento.** (Para obtener más información acerca de las restricciones que rigen sobre la cobertura, consulte la Sección 4 de este capítulo).
- **Reemplazar un medicamento de marca por un medicamento genérico.**

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

|                    |                                                                                    |
|--------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Sección 6.2</b> | <b>¿Qué pasa si se cambia la cobertura de un medicamento que toma actualmente?</b> |
|--------------------|------------------------------------------------------------------------------------|

#### Información sobre cambios en la cobertura de medicamentos

Cuando se hacen cambios en la Lista de Medicamentos durante el año, publicamos información en nuestro sitio web sobre esos cambios. Actualizaremos nuestra Lista de Medicamentos que está en Internet con regularidad para incluir cualquier cambio que se haya hecho después de la última actualización. A continuación, se indican las ocasiones en que recibirá un aviso directo si se hacen cambios en un medicamento que está tomando en ese momento. También puede llamar a Atención al Cliente para obtener más información. (Los números de teléfono están en la contracubierta de este folleto).

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

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

- **Un medicamento genérico nuevo reemplaza a un medicamento de marca de la Lista de Medicamentos (o cambiamos el nivel de costo compartido o agregamos nuevas restricciones al medicamento de marca, o ambas cosas)**
  - Podemos quitar de inmediato un medicamento de marca de nuestra Lista de Medicamentos si lo reemplazamos con una versión genérica recientemente aprobada del mismo medicamento que aparecerá en el mismo nivel de costo compartido, o en uno más bajo, y con las mismas restricciones, o menos. Además, al agregar el nuevo medicamento genérico, podremos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de Medicamentos, pero moverlo inmediatamente a un nivel de costo compartido más alto o agregar nuevas restricciones, o ambas cosas.
  - Es posible que no le avisemos con anticipación antes de hacer ese cambio, incluso si está tomando el medicamento de marca en ese momento.
  - Usted o el profesional que extiende recetas puede pedirnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo su medicamento de marca. Para obtener información

### Capítulo 3. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

---

sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 7, *Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*.

- Si está tomando el medicamento de marca cuando hacemos el cambio, le brindaremos información sobre el cambio específico que hicimos. También se incluirá información sobre los pasos que puede seguir para solicitar una excepción para cubrir el medicamento de marca. Es posible que no reciba este aviso antes de que hagamos el cambio.
- **Medicamentos inseguros y otros medicamentos de la Lista de Medicamentos que se retiran del mercado**
  - De vez en cuando, un medicamento puede ser retirado del mercado repentinamente porque se ha determinado que no es seguro o por otras razones. Si esto llegara a pasar, quitaremos el medicamento de la Lista de Medicamentos de inmediato. Si usted está tomando ese medicamento, le haremos saber sobre este cambio inmediatamente.
  - El profesional que extiende recetas también estará al tanto de este cambio y podrá trabajar junto con usted a fin de encontrar otro medicamento para tratar su problema de salud.
- **Otros cambios en los medicamentos de la Lista de Medicamentos**
  - Una vez que empieza el año, podemos hacer otros cambios que afectan los medicamentos que está tomando. Por ejemplo, podemos agregar un medicamento genérico que no es nuevo en el mercado para reemplazar a un medicamento de marca o cambiar el nivel de costo compartido o agregar nuevas restricciones al medicamento de marca, o ambas cosas. También podemos hacer cambios en función de la presencia de recuadros de advertencia de la FDA o nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare. Debemos darle aviso del cambio con al menos 30 días de anticipación o darle aviso del cambio y una repetición de 30 días del medicamento que está tomando en una farmacia de la red.
  - Una vez que reciba el aviso del cambio, deberá trabajar junto con el profesional que extiende recetas para cambiar a un medicamento diferente que cubramos.
  - O bien, usted o el profesional que extiende recetas puede pedirnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 7, *Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*.

**Cambios en los medicamentos de la Lista de Medicamentos que no afectarán a las personas que actualmente toman el medicamento:** En el caso de los cambios en la Lista de Medicamentos que no se describieron anteriormente, si actualmente toma el medicamento, los siguientes tipos de cambios no lo afectarán a usted hasta el 1 de enero del próximo año si permanece en el plan:

- Si trasladamos su medicamento a un nivel más alto de costo compartido.
- Si agregamos una nueva restricción al uso que usted hace del medicamento.
- Si quitamos su medicamento de la Lista de Medicamentos.

### Capítulo 3. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

Si cualquiera de estos cambios se aplica a un medicamento que está tomando (pero no porque se lo retira del mercado, un medicamento genérico reemplaza a un medicamento de marca o a causa de otro cambio incluido en las secciones anteriores), el cambio no afectará su uso o lo que paga como su porción del costo hasta el 1 de enero del próximo año. Hasta esa fecha, es probable que no perciba ningún aumento en sus pagos ni ninguna restricción adicional en el uso que usted hace del medicamento. Este año, no recibirá un aviso directo sobre los cambios que no lo afecten. Sin embargo, el 1 de enero del próximo año, los cambios lo afectarán, y es importante consultar la Lista de Medicamentos del nuevo año de beneficios para conocer cualquier cambio en los medicamentos.

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

### Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos

En esta sección, se explica qué tipos de medicamentos recetados están “excluidos”. Esto significa que Medicare no paga por estos medicamentos.

Si obtiene medicamentos que están excluidos, el pago será responsabilidad suya. No pagaremos los medicamentos que se detallan en esta sección. Hay una única excepción: Cuando, tras una apelación, se determina que el medicamento solicitado es un medicamento que no está excluido por la Parte D y que deberíamos haberlo pagado o cubierto en su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hayamos tomado de no cubrir un medicamento, consulte la Sección 5.5 del Capítulo 7 de este folleto).

A continuación, incluimos tres normas generales acerca de los medicamentos que los planes de medicamentos de Medicare no cubrirán según la Parte D:

- La cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto por la Parte A o por la Parte B de Medicare.
- Nuestro plan no puede cubrir un medicamento que se haya comprado fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Por lo general, nuestro plan no puede cubrir el uso ajeno al indicado en la etiqueta. “Uso ajeno al indicado en la etiqueta” es cualquier uso del medicamento que no coincida con los usos que se indican en la etiqueta de un medicamento y están aprobados por la Administración de Medicamentos y Alimentos.
  - En general, se permite la cobertura de un “uso ajeno al indicado en la etiqueta” únicamente cuando el uso está avalado por ciertas referencias, como la Información sobre Medicamentos del Servicio de Formulario Hospitalario Estadounidense (American Hospital Formulary Service Drug Information) y el Sistema de Información DRUGDEX (DRUGDEX Information System). Si el uso no está avalado por ninguna de estas referencias, nuestro plan no podrá cubrir el “uso ajeno al indicado en la etiqueta” de dicho medicamento.

### Capítulo 3. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

---

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

- Medicamentos sin receta (también llamados “medicamentos de venta libre”)
- Medicamentos utilizados para estimular la fecundidad
- Medicamentos utilizados para aliviar los síntomas de la tos y el resfrío
- Medicamentos utilizados con fines estéticos o para estimular el crecimiento del cabello
- Vitaminas y productos minerales recetados, excepto los preparados vitamínicos y con flúor prenatales
- Medicamentos utilizados para tratar la disfunción sexual o eréctil
- Medicamentos utilizados para tratar la anorexia, la pérdida de peso o el aumento de peso
- Medicamentos para pacientes ambulatorios para los cuales el fabricante pretende exigir, como condición de venta, que las pruebas o servicios de control relacionados con dichos medicamentos se le compren exclusivamente al fabricante

Si recibe “Ayuda Complementaria” para pagar sus medicamentos, su programa estatal de Medicaid puede cubrir algunos medicamentos recetados que generalmente no están cubiertos por un plan de medicamentos de Medicare. Comuníquese con su programa estatal de Medicaid para determinar la cobertura de medicamentos que puede tener disponible. (Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto de Medicaid en la Sección 6 del Capítulo 2).

---

## SECCIÓN 8 Muestre su tarjeta de membresía del plan al hacer surtir una receta

---

|                    |                                        |
|--------------------|----------------------------------------|
| <b>Sección 8.1</b> | <b>Muestre su tarjeta de membresía</b> |
|--------------------|----------------------------------------|

Para hacer surtir su receta, muestre su tarjeta de membresía del plan en la farmacia de la red que elija. Cuando muestre su tarjeta de membresía del plan, la farmacia de la red automáticamente le facturará al plan *nuestra* porción del costo de su medicamento recetado cubierto. Usted deberá pagarle a la farmacia *su* porción del costo al recoger su medicamento recetado.

|                    |                                                                       |
|--------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| <b>Sección 8.2</b> | <b>¿Qué debe hacer si no lleva con usted su tarjeta de membresía?</b> |
|--------------------|-----------------------------------------------------------------------|

Si no lleva con usted su tarjeta de membresía del plan al hacer surtir su receta, pídale a la farmacia que se comunique con el plan para solicitar la información necesaria.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, **es posible que deba pagar el costo total del medicamento recetado cuando lo recoja.** (Después puede solicitarnos que le

### Capítulo 3. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

**reembolsemos** la porción que nos corresponde. Consulte la Sección 2.1 del Capítulo 5 para obtener información sobre cómo solicitarle un reembolso al plan).

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

### Sección 9.1 ¿Qué pasa si usted está en un hospital o en un centro de enfermería especializada para una estadía que está cubierta por Medicare Original?

Si a usted **lo admiten en un hospital** para una estadía cubierta por Medicare Original, la Parte A de Medicare generalmente cubrirá el costo de sus medicamentos recetados durante su estadía. Una vez que salga del hospital, nuestro plan cubrirá sus medicamentos siempre y cuando los medicamentos cumplan con todas nuestras normas para la cobertura. Consulte la información de este capítulo para conocer las normas para obtener cobertura de medicamentos.

Si a usted **lo admiten en un centro de enfermería especializada** para una estadía cubierta por Medicare Original, la Parte A de Medicare generalmente cubrirá sus medicamentos recetados durante parte o la totalidad de su estadía. Si aún está internado en un centro de enfermería especializada y la Parte A ya no cubre sus medicamentos, nuestro plan los cubrirá siempre y cuando los medicamentos cumplan con todas nuestras normas para la cobertura. Consulte la información de este capítulo para conocer las normas para obtener cobertura de medicamentos.

Para tener en cuenta: Cuando usted entra a un centro de enfermería especializada, vive allí o lo deja, tiene derecho a un Período de Inscripción Especial. Durante este período, puede cambiarse de plan o cambiar su cobertura. (El Capítulo 8, *Cómo terminar su membresía en el plan*, le explica cuándo puede dejar nuestro plan e inscribirse en otro plan de Medicare).

### Sección 9.2 ¿Qué pasa si usted vive en un centro de atención a largo plazo (LTC)?

En general, los centros de atención a largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés), como los hogares de ancianos, tienen sus propias farmacias o cuentan con una farmacia que les suministra medicamentos para todos sus residentes. Si usted vive en un centro de atención a largo plazo, puede obtener sus medicamentos recetados mediante la farmacia del centro siempre y cuando la farmacia forme parte de nuestra red.

Consulte el *Directorio de Farmacias* para averiguar si la farmacia de su centro de atención a largo plazo forma parte de nuestra red. Si la farmacia no pertenece a nuestra red o si usted necesita más información, comuníquese con Atención al Cliente. (Los números de teléfono están en la contracubierta de este folleto).

### Capítulo 3. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

---

#### ¿Qué pasa si usted vive en un centro de atención a largo plazo y es un nuevo miembro del plan?

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

Mientras esté recibiendo un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se acabe su suministro temporal. Quizás haya un medicamento diferente que esté cubierto por el plan y que le podría surtir igual efecto. O bien usted y su proveedor pueden solicitarle al plan que haga una excepción y cubra el medicamento de la manera en que a usted le gustaría. Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, la Sección 5.4 del Capítulo 7 le explica qué debe hacer.

|                    |                                                                        |
|--------------------|------------------------------------------------------------------------|
| <b>Sección 9.3</b> | <b>¿Qué pasa si toma medicamentos cubiertos por Medicare Original?</b> |
|--------------------|------------------------------------------------------------------------|

Su inscripción en Blue Shield Rx Plus no afecta su cobertura de medicamentos de la Parte A o la Parte B de Medicare. Si reúne los requisitos de cobertura de Medicare, la Parte A o la Parte B de Medicare seguirán cubriendo su medicamento, incluso si usted está inscrito en este plan. Además, si su medicamento estuviese cubierto por la Parte A o la Parte B de Medicare, nuestro plan no podría cubrirlo, aun si usted decide no inscribirse en la Parte A o la Parte B.

Algunos medicamentos pueden estar cubiertos por la Parte B de Medicare en algunas situaciones y por Blue Shield Rx Plus en otras. Sin embargo, los medicamentos nunca están cubiertos por la Parte B y por nuestro plan al mismo tiempo. Por lo general, su farmacéutico o proveedor determinarán si deben facturar a la Parte B de Medicare o a Blue Shield Rx Plus por el medicamento.

|                    |                                                                                                                                   |
|--------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Sección 9.4</b> | <b>¿Qué pasa si usted tiene una póliza de Medigap (seguro suplementario de Medicare) con cobertura de medicamentos recetados?</b> |
|--------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Si actualmente cuenta con una póliza de Medigap que incluye cobertura de medicamentos recetados, debe comunicarse con su emisor de Medigap e informarle que está inscrito en nuestro plan. Si usted decide conservar su póliza de Medigap actual, su emisor de Medigap excluirá de su póliza de Medigap la parte correspondiente a la cobertura de medicamentos recetados y disminuirá su prima.



### Capítulo 3. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

---

Su compañía de seguros de Medigap debe enviarle todos los años un aviso para informarle si su cobertura de medicamentos recetados es “acreditable”, así como las opciones que tiene con respecto a la cobertura de medicamentos. (Si la cobertura de la póliza de Medigap es “**acreditable**”, significa que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare). El aviso también debe explicar cuánto disminuiría su prima si se excluye de su póliza de Medigap la parte correspondiente a la cobertura de medicamentos recetados. Si no recibió este aviso o si no puede encontrarlo, comuníquese con la compañía de seguros de Medigap y solicite otra copia.

|                    |                                                                                                                                  |
|--------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Sección 9.5</b> | <b>¿Qué pasa si usted también recibe cobertura de medicamentos del plan grupal de un empleador o de un grupo para jubilados?</b> |
|--------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

¿Actualmente tiene otra cobertura de medicamentos recetados mediante su empleador o grupo para jubilados (o los de su cónyuge)? Si la tiene, comuníquese con **el administrador de beneficios pertinente**. El administrador puede ayudarlo a determinar cómo funcionará su cobertura de medicamentos recetados actual con nuestro plan.

Por lo general, si usted actualmente es empleado, la cobertura de medicamentos recetados que reciba de nosotros será *secundaria* respecto de la cobertura grupal de su empleador o grupo para jubilados. Eso significa que le corresponde pagar primero a la cobertura grupal.

#### **Nota especial sobre la “cobertura acreditable”:**

Todos los años, su empleador o grupo para jubilados deben enviarle un aviso que indique si su cobertura de medicamentos recetados para el próximo año calendario es “acreditable” y qué opciones tiene usted disponibles para su cobertura de medicamentos.

Si la cobertura del plan grupal es “**acreditable**”, esto significa que se espera que la cobertura de medicamentos pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare.

**Guarde estos avisos sobre la cobertura acreditable**, ya que puede necesitarlos más adelante. Si se inscribe en un plan de Medicare que incluye una cobertura de medicamentos de la Parte D, es posible que necesite estos avisos para demostrar que ha mantenido una cobertura acreditable. Si no recibió un aviso sobre la cobertura acreditable del plan grupal de su empleador o grupo para jubilados, puede solicitarle una copia al administrador de beneficios del plan de su empleador o grupo para jubilados o a su empleador o unión.

|                    |                                                                                         |
|--------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Sección 9.6</b> | <b>¿Qué pasa si está en un programa de atención paliativa certificado por Medicare?</b> |
|--------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|

Los medicamentos nunca están cubiertos por el programa de atención paliativa y por nuestro plan al mismo tiempo. Si está inscrito en un programa de atención paliativa de Medicare y

### **Capítulo 3. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D**

---

requiere un medicamento antiemético, laxante, analgésico o ansiolítico que no está cubierto por ese programa, debido a que no está relacionado con su enfermedad terminal o los problemas de salud asociados, nuestro plan debe recibir un aviso por parte del profesional que extiende recetas o de su proveedor de atención paliativa que indique que el medicamento no está relacionado con su enfermedad terminal a fin de que nuestro plan pueda cubrir dicho medicamento. Para evitar demoras en la recepción de los medicamentos que nuestro plan debería cubrir, antes de solicitarle a la farmacia que surta su receta, puede pedirle a su proveedor de atención paliativa o al profesional que extiende recetas que se asegure de que hayamos recibido el aviso que indica que el medicamento no está relacionado con su enfermedad terminal.

En el caso de que usted revoque su elección de recibir atención paliativa o que le den el alta del centro de atención paliativa, nuestro plan deberá cubrir todos sus medicamentos. Para evitar demoras en una farmacia cuando termine su beneficio de atención paliativa de Medicare, debe presentar en la farmacia la documentación que demuestre su revocación o alta. Consulte la información de esta sección que describe las normas para obtener cobertura de medicamentos de la Parte D. El Capítulo 4, Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D, le brinda más información acerca de la cobertura de medicamentos y lo que usted debe pagar.

---

## **SECCIÓN 10      Programas sobre seguridad y administración de los medicamentos**

---

|                                                                                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Sección 10.1      Programas que ayudan a los miembros a usar los medicamentos de manera segura</b> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Para nuestros miembros, realizamos revisiones del uso de los medicamentos a fin de asegurarnos de que estén recibiendo una atención adecuada y segura. Estas revisiones son particularmente importantes para los miembros que cuentan con más de un proveedor que les receta medicamentos.

Realizamos una revisión cada vez que usted hace surtir una receta. También realizamos una revisión periódica de nuestros registros. Durante estas revisiones, nos concentramos en la búsqueda de problemas potenciales, tales como:

- Posibles errores de medicación
- Medicamentos que pueden no ser necesarios, debido a que toma otro medicamento que sirve para tratar el mismo problema de salud
- Medicamentos que pueden no ser seguros o apropiados para su edad o sexo
- Ciertas combinaciones de medicamentos que podrían hacerle daño si los toma de manera simultánea
- Recetas para medicamentos que contienen componentes a los que usted es alérgico
- Posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que está tomando
- Cantidades inseguras de analgésicos opioides

**Capítulo 3. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D**

---

Si detectamos un posible problema en el uso que usted hace de los medicamentos, trabajaremos junto con su proveedor para corregir el problema.

|                     |                                                                                                                                        |
|---------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Sección 10.2</b> | <b>Programa de Administración de Medicamentos (DMP) que ayuda a los miembros a usar sus medicamentos con opioides de manera segura</b> |
|---------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Tenemos un programa que nos ayuda a asegurarnos de que nuestros miembros usen sus medicamentos recetados con opioides, y otros medicamentos de los que con frecuencia se abusa, de manera segura. Este programa se llama Programa de Administración de Medicamentos (Drug Management Program, DMP). Si usted usa medicamentos con opioides que obtiene de diferentes médicos o farmacias, o si tuvo una sobredosis reciente con opioides, podemos hablar con sus médicos para asegurarnos de que su uso sea apropiado y médicamente necesario. Al trabajar con sus médicos, si decidimos que el uso de sus medicamentos recetados con opioides no es seguro, podemos limitar la manera en que puede obtener esos medicamentos. Las limitaciones pueden ser:

- requerir que obtenga todas sus recetas para los medicamentos con opioides de (una) determinada(s) farmacia(s);
- requerir que obtenga todas sus recetas para los medicamentos con opioides de (un) determinado(s) médico(s);
- limitar la cantidad de medicamentos con opioides que le cubriremos.

Si consideramos que deben aplicarse una o más de estas limitaciones, anteriormente le enviaremos una carta. La carta incluirá información que explicará las limitaciones que creemos que deben aplicársele. Usted también tendrá la oportunidad de decirnos qué médicos o farmacias prefiere usar, y de brindarnos cualquier otra información que considere importante que sepamos. Después de que haya tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos, le enviaremos otra carta para confirmar la limitación. Si usted cree que cometimos un error o no está de acuerdo con la limitación o nuestra determinación de que usted está en riesgo de abusar de los medicamentos recetados, usted y el profesional que extiende recetas tienen derecho a presentar una apelación. Si elige apelar, revisaremos su caso y le comunicaremos nuestra decisión. Si seguimos rechazando alguna parte de su solicitud relacionada con las limitaciones que aplican a su acceso a los medicamentos, enviaremos su caso automáticamente a un revisor independiente ajeno a nuestro plan. Consulte el Capítulo 7 para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

Es posible que el DMP no se aplique a usted si tiene ciertos problemas de salud, como cáncer o enfermedad de células falciformes, si recibe atención paliativa o para enfermos terminales, o si vive en un centro de atención a largo plazo.

**Capítulo 3. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D**

---

|                     |                                                                                                                                  |
|---------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Sección 10.3</b> | <b>Programa de Administración de Tratamientos con Medicamentos (MTM) que ayuda a los miembros a administrar sus medicamentos</b> |
|---------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Tenemos un programa que puede ayudar a nuestros miembros con problemas de salud complejos.

Este programa es voluntario y gratuito para los miembros. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrolló el programa para nosotros. Este programa puede ayudar a nuestros miembros a obtener el máximo beneficio de los medicamentos que toman. Nuestro programa se denomina Programa de Administración de Tratamientos con Medicamentos (Medication Therapy Management, MTM).

Es posible que algunos miembros que toman medicamentos por distintos problemas de salud y tienen costos elevados de medicamentos, o que están en un DMP para ayudar a miembros a usar opioides de manera segura, puedan obtener servicios a través del programa MTM. Un farmacéutico u otro profesional de la salud realizarán una revisión completa de todos sus medicamentos. Puede hablar sobre cuál es la mejor manera de tomar sus medicamentos, sobre sus costos y sobre cualquier problema o duda que tenga acerca de sus medicamentos recetados y de venta libre. Recibirá un resumen escrito de los temas tratados. Este resumen incluye un plan de acción de medicamentos, mediante el cual se le recomienda lo que puede hacer para utilizar mejor sus medicamentos, y cuenta con un espacio en blanco para que pueda tomar notas o escribir cualquier pregunta de seguimiento. También recibirá una lista de medicamentos personal, que incluirá todos los medicamentos que toma actualmente y la razón por la cual los toma. Además, los miembros del programa MTM recibirán información sobre cómo deben desechar de manera segura los medicamentos recetados que son sustancias controladas.

Es recomendable que se realice la revisión de sus medicamentos antes de la visita anual relativa a su bienestar, de modo que pueda hablar con su médico sobre su plan de acción y su lista de medicamentos. Lleve su plan de acción y su lista de medicamentos a la visita o siempre que hable con sus médicos, farmacéuticos u otros proveedores de atención de la salud. Además, lleve su lista de medicamentos siempre con usted (por ejemplo, con su identificación) en caso de que deba ir al hospital o a una sala de emergencias.

Si alguno de nuestros programas se adapta a sus necesidades, lo inscribiremos automáticamente en él y le enviaremos información. Si usted decide no participar, notifíquenos su decisión y lo retiraremos del programa. Si tiene alguna pregunta acerca de estos programas, comuníquese con Atención al Cliente. (Los números de teléfono están en la contracubierta de este folleto).

# CAPÍTULO 4

*Lo que usted paga por sus  
medicamentos recetados de la  
Parte D*

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

|                  |                                                                                                                                                     |           |
|------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>SECCIÓN 1</b> | <b>Introducción.....</b>                                                                                                                            | <b>69</b> |
| Sección 1.1      | Consulte este capítulo junto con otros materiales que le brindan información sobre su cobertura de medicamentos .....                               | 69        |
| Sección 1.2      | Tipos de costos de bolsillo que usted podría pagar por sus medicamentos cubiertos .....                                                             | 70        |
| <b>SECCIÓN 2</b> | <b>Lo que usted paga por un medicamento depende de la “etapa de pago de medicamentos” en la que está cuando obtiene el medicamento.....</b>         | <b>70</b> |
| Sección 2.1      | ¿Cuáles son las etapas de pago de medicamentos para los miembros de Blue Shield Rx Plus? .....                                                      | 70        |
| <b>SECCIÓN 3</b> | <b>Le enviamos informes que le explican los pagos por sus medicamentos y le indican en qué etapa de pago está .....</b>                             | <b>71</b> |
| Sección 3.1      | Le enviamos un resumen mensual denominado “Explicación de Beneficios de la Parte D” (también llamada “EOB de la Parte D”).....                      | 71        |
| Sección 3.2      | Ayúdenos a mantener actualizada nuestra información sobre sus pagos por medicamentos .....                                                          | 72        |
| <b>SECCIÓN 4</b> | <b>Durante la Etapa de Deducible, usted paga el costo total de sus medicamentos del Nivel 2 al Nivel 5 .....</b>                                    | <b>73</b> |
| Sección 4.1      | Usted permanece en la Etapa de Deducible hasta haber pagado \$480 por sus medicamentos del Nivel 2 al Nivel 5 .....                                 | 73        |
| <b>SECCIÓN 5</b> | <b>Durante la Etapa de Cobertura Inicial, el plan paga una porción de sus costos por medicamentos y usted paga la suya.....</b>                     | <b>74</b> |
| Sección 5.1      | Lo que usted paga por un medicamento depende del medicamento y del lugar donde haga surtir su receta .....                                          | 74        |
| Sección 5.2      | Cuadro que indica sus costos por un suministro para <i>un mes</i> de un medicamento .....                                                           | 75        |
| Sección 5.3      | Si su médico le receta un medicamento para menos de un mes, es posible que no sea necesario que pague el costo del suministro para todo el mes..... | 77        |
| Sección 5.4      | Cuadro que indica sus costos por un suministro <i>a largo plazo</i> (para hasta 90 días) de un medicamento .....                                    | 77        |
| Sección 5.5      | Usted sigue en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que sus costos totales por medicamentos para el año alcancen \$4,430.....                        | 79        |

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

---

|                  |                                                                                                                                                                            |           |
|------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>SECCIÓN 6</b> | <b>Durante la Etapa de Brecha de Cobertura, usted recibe un descuento en medicamentos de marca y paga no más del 25% de los costos de los medicamentos genéricos .....</b> | <b>79</b> |
| Sección 6.1      | Usted sigue en la Etapa de Brecha de Cobertura hasta que sus costos de bolsillo alcancen \$7,050 .....                                                                     | 79        |
| Sección 6.2      | Cómo calcula Medicare sus costos de bolsillo por medicamentos recetados.....                                                                                               | 80        |
| <b>SECCIÓN 7</b> | <b>Durante la Etapa de Cobertura para Catástrofes, el plan paga la mayor porción del costo de sus medicamentos.....</b>                                                    | <b>82</b> |
| Sección 7.1      | Cuando llegue a la Etapa de Cobertura para Catástrofes, seguirá en esta etapa durante el resto del año .....                                                               | 82        |
| <b>SECCIÓN 8</b> | <b>Lo que usted paga por vacunas cubiertas por la Parte D depende de cómo y dónde las obtenga .....</b>                                                                    | <b>82</b> |
| Sección 8.1      | Nuestro plan puede tener una cobertura aparte para las vacunas de la Parte D propiamente dichas y para el costo de aplicarle la vacuna.....                                | 82        |
| Sección 8.2      | Le recomendamos que llame a Atención al Cliente antes de recibir una vacuna .....                                                                                          | 84        |

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

---

**¿Sabía que hay programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos?**

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

**¿Actualmente recibe ayuda para pagar sus medicamentos?**

Si usted recibe ayuda de algún programa para pagar sus medicamentos, **es posible que cierta información sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D incluida en esta Evidencia de Cobertura no se aplique a usted.** Le hemos enviado un encarte separado que se denomina “Cláusula Adicional a la Evidencia de Cobertura para las Personas que Reciben Ayuda Complementaria para Pagar sus Medicamentos Recetados” (también conocida como “Cláusula Adicional sobre Subsidios para Personas de Bajos Ingresos” o “Cláusula Adicional de LIS”), que le brinda información acerca de su cobertura de medicamentos. Si no tiene este documento, llame a Atención al Cliente y solicite la “Cláusula Adicional de LIS”. (Los números de teléfono de Atención al Cliente están en la contracubierta de este folleto).

---

**SECCIÓN 1      Introducción**

---

|                    |                                                                                                                        |
|--------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Sección 1.1</b> | <b>Consulte este capítulo junto con otros materiales que le brindan información sobre su cobertura de medicamentos</b> |
|--------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Este capítulo se centra en lo que usted debe pagar por sus medicamentos recetados de la Parte D. Para simplificar las cosas, en este capítulo utilizamos la palabra “medicamento” para referirnos a un medicamento recetado de la Parte D. Tal como se explica en el Capítulo 3, no todos los medicamentos se consideran medicamentos de la Parte D: algunos están cubiertos por la Parte A o por la Parte B de Medicare, y otros están excluidos de la cobertura de Medicare por ley.

Para entender la información sobre pagos que le brindamos en este capítulo, es necesario que conozca cierta información básica sobre qué medicamentos están cubiertos, dónde puede hacer surtir sus recetas y qué normas debe seguir al obtener sus medicamentos cubiertos. En estos materiales encontrará dicha información básica:

- **La Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario) del plan.** Para simplificar las cosas, la llamamos “Lista de Medicamentos”.
  - Esta Lista de Medicamentos le explica qué medicamentos tienen cobertura.
  - También le explica en cuál de los cinco “niveles de costo compartido” está el medicamento y si hay restricciones en su cobertura para el medicamento.
  - Si necesita una copia de la Lista de Medicamentos, llame a Atención al Cliente. (Los números de teléfono están en la contracubierta de este folleto). También puede encontrar la Lista de Medicamentos en nuestro sitio web



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

---

[blueshieldca.com/medformulary2022](https://blueshieldca.com/medformulary2022). La Lista de Medicamentos del sitio web es siempre la versión más actualizada.

- **El Capítulo 3 de este folleto.** El Capítulo 3 le brinda detalles sobre su cobertura de medicamentos recetados, incluidas las normas que debe cumplir al obtener sus medicamentos cubiertos. El Capítulo 3 también le indica qué tipos de medicamentos recetados no están cubiertos por nuestro plan.
- **El Directorio de Farmacias del plan.** En la mayoría de las situaciones, debe usar una farmacia de la red para obtener sus medicamentos cubiertos. (Consulte el Capítulo 3 para obtener detalles). El *Directorio de Farmacias* contiene una lista de las farmacias que forman parte de la red del plan. También le indica en cuáles de las farmacias de nuestra red puede obtener un suministro de un medicamento a largo plazo (p. ej., dónde puede hacer surtir una receta para obtener un suministro para tres meses).

|                    |                                                                                          |
|--------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Sección 1.2</b> | <b>Tipos de costos de bolsillo que usted podría pagar por sus medicamentos cubiertos</b> |
|--------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|

Para entender la información sobre pagos que le brindamos en este capítulo, es necesario que conozca cuáles son los tipos de costos de bolsillo que podría pagar por sus servicios cubiertos. La cantidad que usted paga por un medicamento se denomina “costo compartido” y podemos solicitarle el pago de tres formas diferentes.

- El “**deducible**” representa la cantidad que usted debe pagar por los medicamentos antes de que nuestro plan empiece a pagar la porción que le corresponde.
- El “**copago**” es la cantidad fija que usted paga cada vez que hace surtir una receta.
- El “**coseguro**” es un porcentaje del costo total del medicamento que usted paga cada vez que hace surtir una receta.

---

|                  |                                                                                                                                        |
|------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>SECCIÓN 2</b> | <b>Lo que usted paga por un medicamento depende de la “etapa de pago de medicamentos” en la que está cuando obtiene el medicamento</b> |
|------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

---

|                    |                                                                                                 |
|--------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Sección 2.1</b> | <b>¿Cuáles son las etapas de pago de medicamentos para los miembros de Blue Shield Rx Plus?</b> |
|--------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|

Como se indica en el cuadro incluido a continuación, hay “etapas de pago de medicamentos” para su cobertura de medicamentos recetados de Blue Shield Rx Plus. La cantidad que usted pague por un medicamento dependerá de la etapa en la que esté al momento de hacer surtir una receta o de solicitar una repetición. Recuerde que usted siempre es responsable de la prima mensual del plan, independientemente de la etapa de pago de medicamentos.

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

| <b>Etapa 1</b><br><i>Etapa de Deducible Anual</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <b>Etapa 2</b><br><i>Etapa de Cobertura Inicial</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <b>Etapa 3</b><br><i>Etapa de Brecha de Cobertura</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <b>Etapa 4</b><br><i>Etapa de Cobertura para Catástrofes</i>                                                                                                                                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>En esta etapa, <b>usted paga el costo total</b> de sus medicamentos del Nivel 2 (medicamentos genéricos), del Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos), del Nivel 4 (medicamentos no preferidos) y del Nivel 5 (medicamentos de nivel especializado).</p> <p>Usted permanece en esta etapa hasta que haya pagado \$480 del Nivel 2 (medicamentos genéricos), del Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos), del Nivel 4 (medicamentos no preferidos) y del Nivel 5 (medicamentos de nivel especializado) (\$480 es la cantidad de su deducible para los medicamentos del Nivel 2 [medicamentos genéricos], del Nivel 3 [medicamentos de marca preferidos], del Nivel 4 [medicamentos no preferidos] y del Nivel 5 [medicamentos de nivel especializado]).</p> <p>(Para obtener más detalles, consulte la Sección 4 de este capítulo).</p> | <p>En esta etapa, el plan paga su porción del costo del Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos) y <b>usted paga su porción del costo</b>.</p> <p>Después de que usted (u otras personas en su nombre) haya alcanzado el deducible del Nivel 2 (medicamentos genéricos), del Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos), del Nivel 4 (medicamentos no preferidos) y del Nivel 5 (medicamentos de nivel especializado), el plan paga su porción de los costos del Nivel 2 (medicamentos genéricos), del Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos), del Nivel 4 (medicamentos no preferidos) y del Nivel 5 (medicamentos de nivel especializado), y usted paga su porción.</p> <p>Usted permanece en esta etapa hasta que sus <b>“costos totales por medicamentos”</b> anuales hasta la fecha (sus pagos más cualquier pago del plan de la Parte D) alcancen un total de \$4,430.</p> <p>(Para obtener más detalles, consulte la Sección 5 de este capítulo).</p> | <p>En esta etapa, usted paga el 25% del precio de los medicamentos de marca (más una porción de la tarifa por prescripción) y el 25% del precio de los medicamentos genéricos.</p> <p>Usted permanece en esta etapa hasta que sus <b>“costos de bolsillo”</b> anuales hasta la fecha (sus pagos) alcancen un total de \$7,050. Esta cantidad y las normas que determinan los costos que cuentan para esta cantidad han sido establecidas por Medicare.</p> <p>(Para obtener más detalles, consulte la Sección 6 de este capítulo).</p> | <p>En esta etapa, <b>el plan pagará la mayor porción del costo</b> de sus medicamentos durante el resto del año calendario (hasta el 31 de diciembre de 2022).</p> <p>(Para obtener más detalles, consulte la Sección 7 de este capítulo).</p> |

### **SECCIÓN 3**      **Le enviamos informes que le explican los pagos por sus medicamentos y le indican en qué etapa de pago está**

#### **Sección 3.1**      **Le enviamos un resumen mensual denominado “Explicación de Beneficios de la Parte D” (también llamada “EOB de la Parte D”)**

Nuestro plan lleva un registro de los costos de sus medicamentos recetados y de los pagos que ha realizado al hacer surtir sus recetas o al solicitar una repetición en la farmacia. De esta manera,

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

---

podemos determinar el momento en que usted pasa de una etapa de pago de medicamentos a la siguiente. Llevamos un registro de dos tipos de costos en particular:

- Llevamos un registro de cuánto ha pagado. Esto es lo que se denomina su costo de **“bolsillo”**.
- Llevamos un registro de sus **“costos totales por medicamentos”**. Esta es la cantidad que usted paga como gastos de bolsillo o que otros pagan en su nombre, más la cantidad que paga el plan.

Nuestro plan preparará un resumen escrito denominado *Explicación de Beneficios de la Parte D* (también llamado “EOB de la Parte D”) cuando usted haya hecho surtir una o más recetas a través del plan durante el mes anterior. La EOB de la Parte D brinda más información sobre los medicamentos que usted toma, como aumentos en los precios y otros medicamentos con costos compartidos más bajos que pudieran estar disponibles. Debe consultarle al profesional que extiende sus recetas sobre estas opciones con costos más bajos. La EOB de la Parte D incluye:

- **La información de ese mes.** Este informe le brinda los detalles de pago sobre las recetas que haya hecho surtir durante el mes anterior. Le muestra los costos totales por medicamentos, lo que pagó el plan y lo que pagaron usted y otras personas en su nombre.
- **Los totales desde el 1 de enero hasta lo que va del año.** Esto se denomina “información anual hasta la fecha”. Le muestra los costos totales por medicamentos y los pagos totales por sus medicamentos desde que empezó el año.
- **Información sobre los precios de los medicamentos.** Esta información muestra el precio total del medicamento y los cambios que haya en los porcentajes a partir del primer surtido para cada reclamación de medicamentos recetados de la misma cantidad.
- **Disponibilidad de medicamentos recetados alternativos de menor costo.** Esto incluye información sobre otros medicamentos con un costo compartido menor que pudieran estar disponibles para cada reclamación relacionada con medicamentos recetados.

|                    |                                                                                             |
|--------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Sección 3.2</b> | <b>Ayúdenos a mantener actualizada nuestra información sobre sus pagos por medicamentos</b> |
|--------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|

Para llevar el registro de los costos de sus medicamentos y los pagos que realiza por sus medicamentos, usamos los registros que obtenemos de las farmacias. Puede ayudarnos a mantener la información correcta y actualizada de la siguiente manera:

- **Muestre su tarjeta de membresía cada vez que haga surtir una receta.** Para asegurarse de que estemos al tanto de las recetas que hace surtir y de lo que paga, muestre su tarjeta de membresía del plan cada vez que haga surtir una receta.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** A veces, es posible que usted pague sus medicamentos recetados y que nosotros no recibamos automáticamente la información que necesitamos para llevar un registro de sus costos de bolsillo. Para ayudarnos a llevar un registro de sus costos de bolsillo, puede brindarnos copias de los recibos de los medicamentos que ha comprado. (Si le facturan un medicamento cubierto, puede solicitarle a nuestro plan que pague la porción del costo que nos corresponde. Para

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

obtener instrucciones sobre cómo hacerlo, consulte la Sección 2 del Capítulo 5 de este folleto). A continuación, incluimos algunos tipos de situaciones en las que le recomendamos que nos entregue copias de los recibos de sus medicamentos para garantizar que tengamos un registro completo de lo que ha gastado en sus medicamentos:

- Cada vez que compre un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o usando una tarjeta de descuento que no sea parte del beneficio de nuestro plan.
- Cuando haya realizado un copago por medicamentos que se suministran mediante un programa de asistencia al paciente patrocinado por un fabricante de medicamentos.
- Todas las veces que compre medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red o que pague el precio total de un medicamento cubierto en circunstancias especiales.
- **Envíenos la información sobre los pagos que otras personas hayan realizado por usted.** Los pagos realizados por determinadas personas u organizaciones también cuentan para sus costos de bolsillo y lo ayudan a cumplir con los requisitos para obtener acceso a la cobertura para catástrofes. Por ejemplo, los pagos realizados por un Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP), por el Servicio de Salud para Indígenas (Indian Health Service) y por la mayoría de las organizaciones de beneficencia cuentan para sus costos de bolsillo. Usted debe conservar un registro de estos pagos y enviárnoslo de manera tal que podamos llevar un registro de sus costos.
- **Controle el informe escrito que le enviamos.** Cuando reciba la *Explicación de Beneficios de la Parte D* (también llamada “EOB de la Parte D”) por correo postal, revísela para asegurarse de que la información sea correcta y esté completa. Si considera que el informe está incompleto o si tiene alguna pregunta, comuníquese con Atención al Cliente. (Los números de teléfono están en la contracubierta de este folleto). Asegúrese de conservar estos informes. Son un registro importante de sus gastos por medicamentos.

---

## **SECCIÓN 4      Durante la Etapa de Deducible, usted paga el costo total de sus medicamentos del Nivel 2 al Nivel 5**

---

|                    |                                                                                                                      |
|--------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Sección 4.1</b> | <b>Usted permanece en la Etapa de Deducible hasta haber pagado \$480 por sus medicamentos del Nivel 2 al Nivel 5</b> |
|--------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

La Etapa de Deducible es la primera etapa de pago por su cobertura de medicamentos. Usted deberá pagar un deducible anual de \$480 por los medicamentos del Nivel 2 al Nivel 5. **Debe pagar el costo total de sus medicamentos del Nivel 2 al Nivel 5** hasta alcanzar la cantidad del deducible del plan. En el caso de todos los demás medicamentos, no deberá pagar ningún deducible y empezará a recibir cobertura de inmediato.

- Por lo general, su “**costo total**” es menor que el precio total normal del medicamento, ya que nuestro plan ha negociado costos menores para la mayoría de los medicamentos.
- El “**deducible**” representa la cantidad que usted debe pagar por sus medicamentos recetados de la Parte D antes de que el plan empiece a pagar la porción que le corresponde.

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

---

Cuando haya pagado \$480 por sus medicamentos del Nivel 2 al Nivel 5, pasará de la Etapa de Deducible a la siguiente etapa de pago de medicamentos, que es la Etapa de Cobertura Inicial.

---

**SECCIÓN 5 Durante la Etapa de Cobertura Inicial, el plan paga una porción de sus costos por medicamentos y usted paga la suya**

---

|                    |                                                                                                             |
|--------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Sección 5.1</b> | <b>Lo que usted paga por un medicamento depende del medicamento y del lugar donde haga surtir su receta</b> |
|--------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

---

Durante la Etapa de Cobertura Inicial, el plan paga una porción del costo de sus medicamentos recetados cubiertos y usted paga la suya (la cantidad del copago o coseguro que le corresponde a usted). Su porción del costo variará según el medicamento y el lugar donde haga surtir su receta.

**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. En general, mientras más alto sea el nivel de costo compartido, más alto será el costo que usted deberá pagar por el medicamento:

- Nivel 1 de costo compartido: medicamentos genéricos preferidos (el nivel más bajo de costo compartido)  
Incluye medicamentos genéricos preferidos.
- Nivel 2 de costo compartido: medicamentos genéricos  
Incluye medicamentos genéricos.
- Nivel 3 de costo compartido: medicamentos de marca preferidos  
Incluye medicamentos de marca preferidos y algunos medicamentos genéricos.
- Nivel 4 de costo compartido: medicamentos no preferidos  
Incluye medicamentos de marca no preferidos y algunos medicamentos genéricos.
- Nivel 5 de costo compartido: medicamentos de nivel especializado (el nivel más alto de costo compartido)  
Incluye medicamentos de marca y genéricos de costo muy alto que pueden exigir una administración especial y/o estrecha vigilancia.

Para averiguar en qué nivel de costo compartido está su medicamento, búsquelo en la *Lista de Medicamentos* del plan.

**Sus opciones de farmacias**

La cantidad que usted paga por un medicamento depende de si obtiene el medicamento en:

- Una farmacia al por menor de la red que ofrece costo compartido estándar

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

---

- Una farmacia al por menor de la red que ofrece costo compartido preferido
- Una farmacia que no pertenece a la red del plan
- La farmacia de servicio por correo del plan

Para obtener más información sobre estas opciones de farmacias y sobre cómo hacer surtir sus recetas, consulte el Capítulo 3 de este folleto y el *Directorio de Farmacias* del plan.

Por lo general, cubriremos sus recetas *únicamente* si se surten en alguna de las farmacias de la red. Algunas de las farmacias de la red también ofrecen costo compartido preferido. Para obtener sus medicamentos recetados cubiertos, puede acudir a las farmacias de la red que ofrecen costo compartido preferido o a otras farmacias de la red que ofrecen costo compartido estándar. Sus costos pueden ser menores en las farmacias que ofrecen costo compartido preferido.

|                    |                                                                                            |
|--------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Sección 5.2</b> | <b>Cuadro que indica sus costos por un suministro para <i>un mes</i> de un medicamento</b> |
|--------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|

Durante la Etapa de Cobertura Inicial, su porción del costo de un medicamento cubierto será un copago o un coseguro.

- El “**copago**” es la cantidad fija que usted paga cada vez que hace surtir una receta.
- El “**coseguro**” es un porcentaje del costo total del medicamento que usted paga cada vez que hace surtir una receta.

Como se indica en el cuadro a continuación, la cantidad del copago o coseguro depende del nivel en el cual está su medicamento. Para tener en cuenta:

- Si su medicamento cubierto cuesta menos que la cantidad del copago que se indica en el cuadro, usted pagará ese precio más bajo por el medicamento. Usted paga el precio total del medicamento *o bien* la cantidad del copago, *la cantidad que sea menor*.
- Cubriremos las recetas que se surtan en farmacias fuera de la red solamente en determinadas situaciones. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 3 para saber cuándo cubriremos una receta que se haya surtido en una farmacia fuera de la red.

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

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

| <b>Nivel</b>                                                                | <b>Costo compartido estándar al por menor (dentro de la red)</b><br>(suministro para hasta 30 días) | <b>Costo compartido preferido al por menor (dentro de la red)</b><br>(suministro para hasta 30 días) | <b>Costo compartido del servicio por correo</b><br>(suministro para hasta 30 días) | <b>Costo compartido de atención a largo plazo (LTC)</b><br>(suministro para hasta 31 días) | <b>Costo compartido fuera de la red</b><br>(La cobertura se limita a ciertos casos; consulte los detalles en el Capítulo 3).<br>(suministro para hasta 30 días) |
|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Nivel 1 de costo compartido</b><br>(medicamentos genéricos preferidos)   | \$12 de copago                                                                                      | \$4 de copago                                                                                        | No está disponible el servicio por correo para los medicamentos del Nivel 1.       | \$12 de copago                                                                             | \$12 de copago                                                                                                                                                  |
| <b>Nivel 2 de costo compartido</b><br>(medicamentos genéricos)              | \$20 de copago                                                                                      | \$13 de copago                                                                                       | No está disponible el servicio por correo para los medicamentos del Nivel 2.       | \$20 de copago                                                                             | \$20 de copago                                                                                                                                                  |
| <b>Nivel 3 de costo compartido</b><br>(medicamentos de marca preferidos)    | \$47 de copago                                                                                      | \$43 de copago                                                                                       | No está disponible el servicio por correo para los medicamentos del Nivel 3.       | \$47 de copago                                                                             | \$47 de copago                                                                                                                                                  |
| <b>Nivel 4 de costo compartido</b><br>(medicamentos no preferidos)          | 41% de coseguro                                                                                     | 38% de coseguro                                                                                      | No está disponible el servicio por correo para los medicamentos del Nivel 4.       | 41% de coseguro                                                                            | 41% de coseguro                                                                                                                                                 |
| <b>Nivel 5 de costo compartido</b><br>(medicamentos de nivel especializado) | 25% de coseguro                                                                                     | 25% de coseguro                                                                                      | 25% de coseguro                                                                    | 25% de coseguro                                                                            | 25% de coseguro                                                                                                                                                 |

**Capítulo 4. Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D****Sección 5.3 Si su médico le receta un medicamento para menos de un mes, es posible que no sea necesario que pague el costo del suministro para todo el mes**

Por lo general, la cantidad que usted paga por un medicamento recetado cubre el suministro para un mes completo de un medicamento cubierto. No obstante, su médico puede recetarle un medicamento para un plazo menor de un mes. Es posible que, algunas veces, deba solicitarle a su médico que le recete un medicamento para un plazo menor de un mes completo (por ejemplo, cuando sea la primera vez que prueba un determinado medicamento que tiene efectos secundarios graves conocidos). Si su médico le receta un medicamento para menos de un mes, no tendrá que pagar el costo del suministro para el mes completo de determinados medicamentos.

La cantidad que deberá pagar cuando obtenga un medicamento para menos de un mes completo dependerá de si debe pagar un coseguro (un porcentaje del costo total) o un copago (una cantidad fija en dólares).

- Si debe pagar un coseguro, pagará un *porcentaje* del costo total del medicamento. Pagará el mismo porcentaje más allá de que la receta sea para un mes completo o para menos días. No obstante, debido a que el costo total del medicamento será inferior si hace surtir la receta para un plazo menor de un mes completo, la *cantidad* que deberá pagar será menor.
- Si debe pagar un copago por el medicamento, su copago se basará en la cantidad de días para la cual reciba el medicamento. La cantidad que deba pagar se calculará por día de medicamento (la “proporción de costo compartido por día”) y se multiplicará por la cantidad de días para la cual reciba el medicamento.
  - Analice este ejemplo: Supongamos que el copago por su medicamento para un mes completo (un suministro para 30 días) es de \$30. Esto significa que la cantidad que paga por día por su medicamento es de \$1. Si recibe un suministro del medicamento para siete (7) días, su pago será de \$1 por día multiplicado por siete (7) días, es decir, su pago total será de \$7.

El costo compartido por día le permite asegurarse de que un medicamento funcione bien para su tratamiento sin tener que pagar un suministro para un mes completo antes de probarlo. También puede solicitar a su médico que recete, y a su farmacéutico que surta, un suministro de medicamentos para menos de un mes, si esto lo ayudará a planificar mejor las fechas de repetición de las diferentes recetas para poder hacer menos viajes a la farmacia. La cantidad que usted deberá pagar dependerá de los días para los que reciba el suministro.

**Sección 5.4 Cuadro que indica sus costos por un suministro a largo plazo (para hasta 90 días) de un medicamento**

Para algunos medicamentos, puede obtener un suministro a largo plazo (también denominado “suministro extendido”) cuando hace surtir su receta. Un suministro a largo plazo es un suministro para hasta 90 días. (En la Sección 2.4 del Capítulo 3, encontrará detalles acerca de dónde y cómo puede obtener un suministro a largo plazo de un medicamento).



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

El cuadro a continuación indica lo que usted paga cuando recibe un suministro a largo plazo (para hasta 90 días) de un medicamento.

- Para tener en cuenta: Si su medicamento cubierto cuesta menos que la cantidad del copago que se indica en el cuadro, usted pagará ese precio más bajo por el medicamento. Usted paga el precio total del medicamento *o bien* la cantidad del copago, *la cantidad que sea menor*.

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

| <b>Nivel</b>                                                                | <b>Costo compartido estándar al por menor (dentro de la red) (suministro para hasta 90 días)</b> | <b>Costo compartido preferido al por menor (dentro de la red) (suministro para hasta 90 días)</b> | <b>Costo compartido del servicio por correo (suministro para hasta 90 días)</b>   |
|-----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Nivel 1 de costo compartido</b><br>(medicamentos genéricos preferidos)   | \$36 de copago                                                                                   | \$8 de copago                                                                                     | \$8 de copago                                                                     |
| <b>Nivel 2 de costo compartido</b><br>(medicamentos genéricos)              | \$60 de copago                                                                                   | \$26 de copago                                                                                    | \$26 de copago                                                                    |
| <b>Nivel 3 de costo compartido</b><br>(medicamentos de marca preferidos)    | \$141 de copago                                                                                  | \$86 de copago                                                                                    | \$86 de copago                                                                    |
| <b>Nivel 4 de costo compartido</b><br>(medicamentos no preferidos)          | 41% de coseguro                                                                                  | 38% de coseguro                                                                                   | 38% de coseguro                                                                   |
| <b>Nivel 5 de costo compartido</b><br>(medicamentos de nivel especializado) | No está disponible un suministro a largo plazo para los medicamentos del Nivel 5.                | No está disponible un suministro a largo plazo para los medicamentos del Nivel 5.                 | No está disponible un suministro a largo plazo para los medicamentos del Nivel 5. |

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

---

**Sección 5.5      Usted sigue en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que sus costos totales por medicamentos para el año alcancen \$4,430**

Usted sigue en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que la cantidad total correspondiente a los medicamentos recetados que haya hecho surtir y repetido alcance el **límite de \$4,430 para la Etapa de Cobertura Inicial**.

El total de sus costos por medicamentos se obtiene sumando lo que usted ha pagado y lo que cualquier plan de la Parte D ha pagado:

- **Lo que usted ha pagado** por todos los medicamentos cubiertos que ha obtenido desde la primera vez en el año que compró un medicamento. (Consulte la Sección 6.2 para obtener más información acerca de la manera en que Medicare calcula sus costos de bolsillo). Esto incluye:
  - Los \$480 que usted pagó cuando estaba en la Etapa de Deducible.
  - El total que usted pagó como la porción del costo que le corresponde a usted por sus medicamentos durante la Etapa de Cobertura Inicial.
- **Lo que el plan ha pagado** como la porción del costo que le corresponde al plan por sus medicamentos durante la Etapa de Cobertura Inicial. (Si usted se inscribe en otro plan de la Parte D en cualquier momento durante el año 2022, la cantidad que dicho plan pague durante la Etapa de Cobertura Inicial también cuenta para sus costos totales por medicamentos).

La *Explicación de Beneficios* (también llamada “EOB”) que le enviamos le permitirá llevar un registro de cuánto han gastado usted, el plan y cualquier tercero en su nombre durante el año. Muchas personas no alcanzan el límite de \$4,430 en un año.

Le informaremos si usted alcanza esta cantidad de \$4,430. Si alcanza dicha cantidad, pasará de la Etapa de Cobertura Inicial a la Etapa de Brecha de Cobertura.

---

**SECCIÓN 6      Durante la Etapa de Brecha de Cobertura, usted recibe un descuento en medicamentos de marca y paga no más del 25% de los costos de los medicamentos genéricos**

---

**Sección 6.1      Usted sigue en la Etapa de Brecha de Cobertura hasta que sus costos de bolsillo alcancen \$7,050**

Cuando usted está en la Etapa de Brecha de Cobertura, el Programa de Descuentos durante la Brecha de Cobertura de Medicare brinda descuentos otorgados por los fabricantes en medicamentos de marca. Para los medicamentos de marca, usted paga el 25% del precio negociado y una porción de la tarifa por prescripción. Tanto la cantidad que usted paga como la cantidad descontada por el fabricante cuentan para sus costos de bolsillo como si usted los hubiera pagado y le permiten acercarse más al final de la brecha de cobertura.

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

---

Usted también recibe cierta cobertura de medicamentos genéricos. Usted no paga más del 25% del costo por medicamentos genéricos, y el plan paga el resto. En el caso de los medicamentos genéricos, la cantidad que el plan paga (75%) no cuenta para sus costos de bolsillo. Solo cuenta la cantidad que usted paga; dicha cantidad le permite acercarse más al final de la brecha de cobertura.

Usted sigue pagando el precio con descuento por medicamentos de marca y no más del 25% de los costos por medicamentos genéricos hasta que sus pagos de bolsillo anuales alcancen la cantidad máxima que Medicare ha definido. En el año 2022, dicha cantidad será de \$7,050.

Medicare tiene normas para establecer lo que se tiene en cuenta y lo que *no* se tiene en cuenta como costo de bolsillo. Cuando usted alcance un límite de gastos de bolsillo de \$7,050, pasará de la Etapa de Brecha de Cobertura a la Etapa de Cobertura para Catástrofes.

|                    |                                                                                |
|--------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Sección 6.2</b> | <b>Cómo calcula Medicare sus costos de bolsillo por medicamentos recetados</b> |
|--------------------|--------------------------------------------------------------------------------|

A continuación, se incluyen las normas de Medicare que debemos respetar al llevar el registro de sus costos de bolsillo por sus medicamentos.

---

### **Estos pagos están incluidos en sus costos de bolsillo**

Cuando usted sume sus costos de bolsillo, **puede incluir** los pagos que se indican a continuación (siempre y cuando correspondan a medicamentos cubiertos de la Parte D y se hayan respetado las normas para la cobertura de medicamentos que se explican en el Capítulo 3 de este folleto):

- La cantidad que usted paga por medicamentos cuando está en cualquiera de las siguientes etapas de pago de medicamentos:
  - La Etapa de Deducible
  - La Etapa de Cobertura Inicial
  - La Etapa de Brecha de Cobertura
- Todos los pagos que usted haya realizado durante este año calendario como miembro de otro plan de medicamentos recetados de Medicare antes de inscribirse en nuestro plan.

#### **Importa quién paga:**

- Si **usted** realiza estos pagos, se incluyen en sus costos de bolsillo.
- Estos pagos *también se incluyen* si **otras personas u organizaciones determinadas** los realizan en su nombre. Esto incluye los pagos de sus medicamentos que hayan realizado un amigo o pariente, la mayoría de las organizaciones de beneficencia, un programa de asistencia de medicamentos para el SIDA o el Servicio de Salud para Indígenas. También se incluyen los pagos realizados por el programa de “Ayuda Complementaria” de Medicare.

---

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

---

- Se incluyen algunos de los pagos que realiza el Programa de Descuentos durante la Brecha de Cobertura de Medicare. Se incluye la cantidad que el fabricante paga por sus medicamentos de marca. Sin embargo, la cantidad que el plan paga por sus medicamentos genéricos no está incluida.

**Paso a la Etapa de Cobertura para Catástrofes:**

Cuando usted o quienes realicen pagos en su nombre hayan gastado un total de \$7,050 en costos de bolsillo durante el año calendario, pasará de la Etapa de Brecha de Cobertura a la Etapa de Cobertura para Catástrofes.

---

**Estos pagos no están incluidos en sus costos de bolsillo**

Al sumar sus costos de bolsillo, **no puede incluir** ninguno de estos tipos de pagos de medicamentos recetados:

- La cantidad que usted paga por su prima mensual.
- Medicamentos que compre fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Medicamentos que no estén cubiertos por nuestro plan.
- Medicamentos que obtenga en una farmacia fuera de la red y que no cumplan con los requisitos del plan para la cobertura fuera de la red.
- Medicamentos que no estén incluidos en la Parte D; entre ellos, medicamentos recetados cubiertos por la Parte A o la Parte B, y otros medicamentos excluidos de la cobertura de Medicare.
- Pagos que usted realice por medicamentos recetados que normalmente no estén cubiertos en un plan de medicamentos recetados de Medicare.
- Pagos que el plan realice por sus medicamentos genéricos o de marca mientras esté en la Brecha de Cobertura.
- Pagos que los planes de salud grupales, incluidos los planes de salud ofrecidos por empleadores, realicen por sus medicamentos.
- Pagos que determinados planes de seguros y programas de salud patrocinados por el Gobierno (como TRICARE y el Departamento de Asuntos de Veteranos [Veterans Affairs]) realicen por sus medicamentos.
- Pagos que un tercero con obligación legal de pagar los costos de medicamentos recetados realice por sus medicamentos (por ejemplo, en caso de una indemnización por accidentes laborales).

*Para recordar:* Si cualquier otra organización como las mencionadas más arriba paga una parte o la totalidad de los costos de bolsillo por sus medicamentos, usted tiene la obligación de informarlo a nuestro plan. Llame a Atención al Cliente para avisarnos. (Los números de teléfono están en la contracubierta de este folleto).

---

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

---

**¿Cómo puede llevar un registro del total de sus costos de bolsillo?**

- **Nosotros lo ayudaremos.** En el resumen de la *Explicación de Beneficios de la Parte D* (también llamada “EOB de la Parte D”) que le enviamos, se incluye la cantidad actual de sus costos de bolsillo. (En la Sección 3 de este capítulo, encontrará información sobre dicho resumen). Cuando alcance un total de \$7,050 en costos de bolsillo para el año, en este informe se le indicará que ha pasado de la Etapa de Brecha de Cobertura a la Etapa de Cobertura para Catástrofes.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** En la Sección 3.2, encontrará información acerca de lo que puede hacer para asegurarse de que nuestros registros de lo que ha gastado estén completos y actualizados.

---

**SECCIÓN 7 Durante la Etapa de Cobertura para Catástrofes, el plan paga la mayor porción del costo de sus medicamentos**

---

|                    |                                                                                                               |
|--------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Sección 7.1</b> | <b>Cuando llegue a la Etapa de Cobertura para Catástrofes, seguirá en esta etapa durante el resto del año</b> |
|--------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Podrá obtener acceso a la Etapa de Cobertura para Catástrofes cuando sus costos de bolsillo hayan alcanzado el límite de \$7,050 para el año calendario. Cuando llegue a la Etapa de Cobertura para Catástrofes, seguirá en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.

En esta etapa, el plan pagará la mayor porción del costo de sus medicamentos.

- **Su porción** del costo de un medicamento cubierto será un coseguro o un copago, la cantidad que sea *mayor*:
  - o *O bien* un coseguro del 5% del costo del medicamento.
  - o *O bien* \$3.95 por un medicamento genérico o un medicamento que se trate como un medicamento genérico, y \$9.85 por todos los demás medicamentos.
- **Nuestro plan paga el resto del costo.**

---

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

---

|                    |                                                                                                                                               |
|--------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Sección 8.1</b> | <b>Nuestro plan puede tener una cobertura aparte para las vacunas de la Parte D propiamente dichas y para el costo de aplicarle la vacuna</b> |
|--------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Nuestro plan brinda cobertura para determinadas vacunas de la Parte D. Hay dos partes en nuestra cobertura de vacunas:

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

---

- La primera parte de la cobertura es el costo de **la vacuna propiamente dicha**. La vacuna es un medicamento recetado.
- La segunda parte de la cobertura es para el costo de **aplicarle la vacuna**. (Esto se denomina “aplicación” de la vacuna).

**¿Cuánto paga por una vacuna de la Parte D?**

Lo que usted paga por una vacuna de la Parte D depende de tres aspectos:

- 1. El tipo de vacuna** (contra qué lo van a vacunar).
  - Algunas vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Estas vacunas están incluidas en la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* del plan.
  - Otras vacunas se consideran beneficios médicos. Están cubiertas por Medicare Original.
- 2. Dónde obtiene la vacuna.**
- 3. Quién le aplica la vacuna.**

Lo que usted paga al momento de recibir la vacuna de la Parte D puede variar según las circunstancias. A continuación, se brindan algunos ejemplos:

- En algunos casos, cuando reciba la vacuna, deberá pagar el costo total tanto por la vacuna propiamente dicha como por la aplicación de la vacuna. Puede solicitarle a nuestro plan que le reembolse la porción del costo correspondiente al plan.
- En otros casos, cuando reciba o se le aplique la vacuna, usted pagará solamente su porción del costo.

Para demostrar cómo funciona, a continuación se indican tres maneras comunes de recibir una vacuna de la Parte D. Recuerde que usted es responsable de todos los costos relacionados con las vacunas (incluida su aplicación) durante la Etapa de Deducible y la Etapa de Brecha de Cobertura de su beneficio.

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

- Tendrá que pagarle a la farmacia la cantidad de su coseguro o copago por la vacuna y el costo de la aplicación de dicha 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 reciba la vacuna, usted pagará el costo total de la vacuna y su aplicación.

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

---

- Después, puede solicitar que nuestro plan pague la porción del costo correspondiente al plan según los procedimientos descritos en el Capítulo 5 de este folleto, *Cómo solicitarnos que paguemos nuestra porción de los costos de medicamentos cubiertos*.
- Se le reembolsará la cantidad que pagó menos su coseguro o copago normal por la vacuna (incluida su aplicación), menos cualquier diferencia entre la cantidad que cobre el médico y la cantidad que pagamos nosotros normalmente. (Si usted recibe “Ayuda Complementaria”, le reembolsaremos esta diferencia).

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

- Tendrá que pagarle a la farmacia la cantidad de su coseguro o copago por la vacuna propiamente dicha.
- Cuando su médico le administre la vacuna, usted deberá pagar la totalidad del costo de este servicio. Después, puede solicitar que nuestro plan pague la porción del costo correspondiente al plan según los procedimientos descritos en el Capítulo 5 de este folleto.
- Se le reembolsará la cantidad que cobró el médico por aplicarle la vacuna, menos cualquier diferencia entre la cantidad que cobre el médico y la cantidad que pagamos nosotros normalmente. (Si usted recibe “Ayuda Complementaria”, le reembolsaremos esta diferencia).

**Nota:** En la *Situación 1*, se le debe aplicar la vacuna en la misma farmacia en la que compró la vacuna. Su copago o coseguro por la vacuna incluye el costo de aplicársela.

|                    |                                                                                    |
|--------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Sección 8.2</b> | <b>Le recomendamos que llame a Atención al Cliente antes de recibir una vacuna</b> |
|--------------------|------------------------------------------------------------------------------------|

Las normas de cobertura para las vacunas son complicadas. Estamos aquí para ayudarlo. Le recomendamos que primero llame a Atención al Cliente cuando tenga pensado recibir una vacuna. (Los números de teléfono de Atención al Cliente están en la contracubierta de este folleto).

- Podemos informarle la cobertura que ofrece nuestro plan para su vacuna y explicarle la porción del costo que le corresponde a usted.
- Podemos informarle cómo mantener bajo su propio costo acudiendo a proveedores y farmacias de nuestra red.
- Si no puede acudir a un proveedor ni una farmacia de la red, podemos informarle lo que debe hacer para que nosotros paguemos nuestra porción del costo.

# CAPÍTULO 5

*Cómo solicitarnos que paguemos  
nuestra porción de los costos de  
medicamentos cubiertos*



## **Capítulo 5. Cómo solicitarnos que paguemos nuestra porción de los costos de medicamentos cubiertos**

---

### **Capítulo 5. Cómo solicitarnos que paguemos nuestra porción de los costos de medicamentos cubiertos**

|                  |                                                                                                                                                |           |
|------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>SECCIÓN 1</b> | <b>Casos en los cuales usted debería solicitarnos que paguemos nuestra porción del costo de sus medicamentos cubiertos .....</b>               | <b>87</b> |
| Sección 1.1      | Si usted paga la porción correspondiente a nuestro plan del costo de sus medicamentos cubiertos, puede solicitarnos el pago .....              | 87        |
| <b>SECCIÓN 2</b> | <b>Cómo solicitarnos un reembolso .....</b>                                                                                                    | <b>88</b> |
| Sección 2.1      | Cómo y dónde debe enviarnos su solicitud de pago .....                                                                                         | 88        |
| <b>SECCIÓN 3</b> | <b>Consideraremos su solicitud de pago y le daremos una respuesta positiva o negativa .....</b>                                                | <b>89</b> |
| Sección 3.1      | Analizamos la información para determinar si debemos cubrir el medicamento y cuánto dinero debemos .....                                       | 89        |
| Sección 3.2      | Si le informamos que no pagaremos la totalidad o parte del medicamento, usted puede presentar una apelación.....                               | 89        |
| <b>SECCIÓN 4</b> | <b>Otras situaciones en las que debe conservar sus recibos y enviarnos copias .....</b>                                                        | <b>90</b> |
| Sección 4.1      | En algunos casos, debe enviarnos copias de sus recibos para ayudarnos a llevar un registro de los costos de bolsillo por sus medicamentos..... | 90        |

**Capítulo 5. Cómo solicitarnos que paguemos nuestra porción de los costos de medicamentos cubiertos**

---

**SECCIÓN 1 Casos en los cuales usted debería solicitarnos que paguemos nuestra porción del costo de sus medicamentos cubiertos**

---

|                    |                                                                                                                                    |
|--------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Sección 1.1</b> | <b>Si usted paga la porción correspondiente a nuestro plan del costo de sus medicamentos cubiertos, puede solicitarnos el pago</b> |
|--------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

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

A continuación, se incluyen algunos ejemplos de casos en los cuales es posible que usted tenga que solicitarle a nuestro plan que le reembolse cierta cantidad. Todos estos ejemplos son tipos de decisiones de cobertura. (Para obtener más información acerca de las decisiones de cobertura, consulte el Capítulo 7 de este folleto).

**1. Cuando utiliza una farmacia fuera de la red para hacer surtir una receta**

Si usted acude a una farmacia fuera de la red e intenta utilizar su tarjeta de membresía para hacer surtir una receta, es posible que la farmacia no pueda enviarnos la reclamación directamente a nosotros. Si eso pasa, tendrá que pagar el costo total de su medicamento recetado. (Cubrimos recetas surtidas en farmacias fuera de la red solamente en determinadas situaciones especiales. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 3 para obtener más información).

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

**2. Cuando paga el costo total de un medicamento recetado porque no tiene con usted su tarjeta de membresía del plan**

Si no tiene con usted su tarjeta de membresía del plan, puede solicitarle a la farmacia que llame al plan o que consulte la información sobre su inscripción. Sin embargo, si la farmacia no puede obtener esa información que necesita inmediatamente, es posible que usted tenga que pagar el costo total del medicamento.

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

**3. Cuando paga el costo total de un medicamento recetado en otros casos**

Es posible que usted tenga que pagar el costo total del medicamento recetado porque dicho medicamento no está cubierto por algún motivo.

## Capítulo 5. Cómo solicitarnos que paguemos nuestra porción de los costos de medicamentos cubiertos

---

- Por ejemplo, es posible que el medicamento no esté incluido en la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* del plan o que esté sujeto a un requisito o una restricción que usted desconocía o que considera que no correspondería en su caso. Si decide adquirir el medicamento inmediatamente, es posible que tenga que pagar el costo total.
- Conserve su recibo y envíenos una copia cuando nos solicite que le reembolsemos la cantidad correspondiente. En algunas situaciones, es posible que necesitemos obtener más información de su médico para poder reembolsarle nuestra porción del costo.

### 4. Si se inscribe en nuestro plan de manera retroactiva

A veces, la inscripción de una persona en el plan es retroactiva. (“Retroactiva” significa que el primer día de su inscripción ya ha pasado. Incluso es posible que la fecha de inscripción haya sido el año anterior).

Si usted fue inscrito de manera retroactiva en nuestro plan y pagó gastos de bolsillo por cualquiera de sus medicamentos después de la fecha de su inscripción, puede solicitarnos el reembolso de nuestra porción de los costos. Deberá presentar la documentación correspondiente para que podamos encargarnos del reembolso.

Llame a Atención al Cliente a fin de obtener información adicional sobre cómo solicitarnos el reembolso y para saber cuánto tiempo tiene para hacer su solicitud. (Los números de teléfono de Atención al Cliente están en la contracubierta de este folleto).

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

---

## SECCIÓN 2      Cómo solicitarnos un reembolso

---

|                                                                          |
|--------------------------------------------------------------------------|
| <b>Sección 2.1      Cómo y dónde debe enviarnos su solicitud de pago</b> |
|--------------------------------------------------------------------------|

Envíenos su solicitud de pago, junto con su recibo como documentación del pago que realizó. Le recomendamos que conserve una copia de sus recibos para sus registros.

Para asegurarse de brindarnos toda la información que necesitamos a fin de tomar una decisión, puede completar nuestro formulario de reclamación para realizar su solicitud de pago.

- Si bien no es necesario que use el formulario, su uso nos ayudará a procesar la información más rápidamente.
- Puede descargar una copia del formulario desde nuestro sitio web ([blueshieldca.com](https://www.blueshieldca.com)) o llamar a Atención al Cliente y solicitar el formulario. (Los números de teléfono de Atención al Cliente están en la contracubierta de este folleto).

**Capítulo 5. Cómo solicitarnos que paguemos nuestra porción de los costos de medicamentos cubiertos**

---

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

Blue Shield of California  
P.O. Box 52066  
Phoenix, AZ 85072-2066

**Para presentarnos su reclamación, tiene un (1) año** a partir de la fecha en la que recibió el servicio, el artículo o el medicamento.

Comuníquese con Atención al Cliente si tiene alguna pregunta. (Los números de teléfono están en la contracubierta de este folleto). Si no sabe qué debería haber pagado, podemos ayudarlo. También puede llamar si desea brindarnos más información sobre una solicitud de pago que ya nos ha enviado.

---

**SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y le daremos una respuesta positiva o negativa**

---

|                    |                                                                                                           |
|--------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Sección 3.1</b> | <b>Analizamos la información para determinar si debemos cubrir el medicamento y cuánto dinero debemos</b> |
|--------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Una vez que recibamos su solicitud de pago, le informaremos si necesitamos que nos brinde alguna otra información. De lo contrario, analizaremos su solicitud y tomaremos una decisión de cobertura.

- Si determinamos que el medicamento está cubierto y usted respetó todas las normas para obtenerlo, pagaremos nuestra porción del costo. Le enviaremos por correo postal el reembolso de nuestra porción del costo. (El Capítulo 3 le explica las normas que debe respetar para obtener cobertura para sus medicamentos recetados de la Parte D). Enviaremos el pago en un plazo de 30 días después de haber recibido su solicitud.
- Si decidimos que el medicamento *no* está cubierto o que usted *no* respetó todas las normas, no pagaremos nuestra porción del costo. En cambio, le enviaremos una carta en la que le explicaremos las razones por las cuales no le enviamos el pago que usted solicitó y su derecho a apelar esa decisión.

|                    |                                                                                                                    |
|--------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Sección 3.2</b> | <b>Si le informamos que no pagaremos la totalidad o parte del medicamento, usted puede presentar una apelación</b> |
|--------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Si considera que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago o si no está de acuerdo con la cantidad que le pagamos, puede presentar una apelación. Si presenta una apelación, quiere decir que nos solicita que cambiemos la decisión que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

## Capítulo 5. Cómo solicitarnos que paguemos nuestra porción de los costos de medicamentos cubiertos

Para obtener más detalles sobre cómo presentar dicha apelación, consulte el Capítulo 7 de este folleto, *Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*. El proceso de presentación de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Si no está familiarizado con el proceso de presentación de una apelación, le resultará útil empezar leyendo la Sección 4 del Capítulo 7. La Sección 4 es una sección introductoria en la que se explica el proceso de solicitud de decisiones de cobertura y de presentación de apelaciones; allí podrá encontrar definiciones de términos tales como “apelación”. Después de leer la Sección 4, puede consultar la Sección 5.5 del Capítulo 7 para obtener una explicación paso a paso sobre cómo presentar una apelación.

### SECCIÓN 4 Otras situaciones en las que debe conservar sus recibos y enviarnos copias

#### Sección 4.1 En algunos casos, debe enviarnos copias de sus recibos para ayudarnos a llevar un registro de los costos de bolsillo por sus medicamentos

Hay algunas situaciones en las que debe informarnos los pagos que ha realizado por sus medicamentos. En estos casos, no nos solicita ningún pago. En cambio, lo que hace es informarnos sobre sus pagos para que podamos calcular correctamente sus costos de bolsillo. Esto puede ayudarlo a cumplir con los requisitos para obtener acceso a la Etapa de Cobertura para Catástrofes más rápidamente.

En las dos situaciones que se describen a continuación, debe enviarnos copias de los recibos para informarnos sobre los pagos que haya realizado por sus medicamentos:

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

A veces, cuando usted está en la Etapa de Deducible o en la Etapa de Brecha de Cobertura, puede comprar su medicamento **en una farmacia de la red** a un precio más bajo que el nuestro.

- Por ejemplo, es posible que una farmacia ofrezca un precio especial para el medicamento. O bien usted puede tener una tarjeta de descuento externa a nuestro beneficio que le ofrezca un precio más bajo.
- Salvo que se apliquen condiciones especiales, en estos casos debe usar una farmacia de la red y su medicamento debe estar incluido en nuestra Lista de Medicamentos.
- Conserve su recibo y envíenos una copia a fin de que nos aseguremos de que sus gastos de bolsillo le permitan cumplir con los requisitos para obtener acceso a la Etapa de Cobertura para Catástrofes.
- **Para tener en cuenta:** Si usted está en la Etapa de Deducible o en la Etapa de Brecha de Cobertura, es posible que no paguemos ninguna porción de los costos de estos medicamentos. Sin embargo, el envío de una copia del recibo nos permite calcular

## Capítulo 5. Cómo solicitarnos que paguemos nuestra porción de los costos de medicamentos cubiertos

---

correctamente sus costos de bolsillo y puede ayudarlo a cumplir con los requisitos para obtener acceso a la Etapa de Cobertura para Catástrofes más rápidamente.

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

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

- Conserve su recibo y envíenos una copia a fin de que nos aseguremos de que sus gastos de bolsillo le permitan cumplir con los requisitos para obtener acceso a la Etapa de Cobertura para Catástrofes.
- **Para tener en cuenta:** Debido a que usted obtiene su medicamento mediante el programa de asistencia al paciente y no mediante los beneficios del plan, nosotros no pagaremos ninguna porción de los costos de estos medicamentos. Sin embargo, el envío de una copia del recibo nos permite calcular correctamente sus costos de bolsillo y puede ayudarlo a cumplir con los requisitos para obtener acceso a la Etapa de Cobertura para Catástrofes más rápidamente.

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

# CAPÍTULO 6

*Sus derechos y responsabilidades*

**Capítulo 6. Sus derechos y responsabilidades**

|                  |                                                                                                                                                                                   |            |
|------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>SECCIÓN 1</b> | <b>Nuestro plan debe respetar sus derechos como miembro del plan.....</b>                                                                                                         | <b>94</b>  |
| Sección 1.1      | Debemos brindar información de una manera que a usted le sea útil (en otros idiomas que no sean el inglés, en braille, en letra grande, en formatos alternativos, etcétera) ..... | 94         |
| Section 1.1      | We must provide information in a way that works for you (in languages other than English, in large print, or other alternate formats, etc.).....                                  | 94         |
| Sección 1.2      | Debemos asegurarnos de que obtenga un acceso rápido a sus medicamentos cubiertos .....                                                                                            | 95         |
| Sección 1.3      | Debemos garantizar la privacidad de la información protegida sobre su salud .....                                                                                                 | 95         |
| Sección 1.4      | Debemos brindarle información sobre el plan, su red de farmacias y sus medicamentos cubiertos .....                                                                               | 97         |
| Sección 1.5      | Debemos respaldar su derecho a tomar decisiones sobre su atención.....                                                                                                            | 98         |
| Sección 1.6      | Tiene derecho a presentar quejas y a solicitarnos que reconsideremos una decisión que hayamos tomado .....                                                                        | 99         |
| Sección 1.7      | ¿Qué puede hacer si considera que está siendo tratado de manera injusta o que no se están respetando sus derechos?.....                                                           | 100        |
| Sección 1.8      | Cómo puede obtener más información sobre sus derechos.....                                                                                                                        | 100        |
| <b>SECCIÓN 2</b> | <b>Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan.....</b>                                                                                                           | <b>101</b> |
| Sección 2.1      | ¿Cuáles son sus responsabilidades? .....                                                                                                                                          | 101        |



---

**SECCIÓN 1      Nuestro plan debe respetar sus derechos como miembro del plan**

---

|                    |                                                                                                                                                                                    |
|--------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Sección 1.1</b> | <b>Debemos brindar información de una manera que a usted le sea útil (en otros idiomas que no sean el inglés, en braille, en letra grande, en formatos alternativos, etcétera)</b> |
|--------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Para obtener información de nosotros de una manera que le sea útil, llame a Atención al Cliente. (Los números de teléfono están en la contracubierta de este folleto).

Nuestro plan cuenta con personas que están a su disposición y con servicios gratuitos de interpretación para responder las preguntas de los miembros que tengan alguna discapacidad y de los miembros que no hablen inglés. Asimismo, podemos brindarle la información en braille, en letra grande o en algún otro formato alternativo de manera gratuita, si es necesario. Tenemos la obligación de brindarle información acerca de los beneficios del plan en un formato que sea apropiado y accesible para usted. Para obtener información de nosotros de una manera que le sea útil, llame a Atención al Cliente. (Los números de teléfono están en la contracubierta de este folleto).

Si tiene alguna dificultad para obtener información acerca de nuestro plan en un formato que sea apropiado y accesible para usted, comuníquese con nosotros para presentar un reclamo:

Blue Shield of California  
Civil Rights Coordinator  
P.O. Box 629007  
El Dorado Hills, CA 95762-9007  
Teléfono: (844) 831-4133 (TTY: 711)  
Fax: (844) 696-6070  
Correo electrónico: [BlueShieldCivilRightsCoordinator@blueshieldca.com](mailto:BlueShieldCivilRightsCoordinator@blueshieldca.com)

También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights). La información de contacto está incluida en esta Evidencia de Cobertura o en esta correspondencia. También puede llamar a Atención al Cliente para obtener más información (los números de teléfono están en la contracubierta de este folleto).

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

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

**Capítulo 6. Sus derechos y responsabilidades**

---

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

If you have any trouble getting information from our plan in a format that is accessible and appropriate for you, please call to file a grievance with:

Blue Shield of California  
Civil Rights Coordinator  
P.O. Box 629007  
El Dorado Hills, CA 95762-9007  
Phone: (844) 831-4133 (TTY: 711)  
Fax: (844) 696-6070  
Email: BlueShieldCivilRightsCoordinator@blueshieldca.com

You may also file a complaint with Medicare by calling 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) or directly with the Office for Civil Rights. Contact information is included in this Evidence of Coverage or with this mailing, or you may contact Customer Care (phone numbers are printed on the back cover of this booklet) for additional information.

|                    |                                                                                         |
|--------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Sección 1.2</b> | <b>Debemos asegurarnos de que obtenga un acceso rápido a sus medicamentos cubiertos</b> |
|--------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|

Como miembro de nuestro plan, usted también tiene derecho a que le surtan sus recetas o las repeticiones en cualquiera de nuestras farmacias de la red sin demoras excesivas. Si considera que no está recibiendo sus medicamentos de la Parte D en un plazo razonable, la Sección 7 del Capítulo 7 de este folleto le explica qué puede hacer para resolverlo. (Si hemos negado la cobertura de sus medicamentos recetados y usted no está de acuerdo con nuestra decisión, la Sección 4 del Capítulo 7 le explica qué puede hacer).

|                    |                                                                                    |
|--------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Sección 1.3</b> | <b>Debemos garantizar la privacidad de la información protegida sobre su salud</b> |
|--------------------|------------------------------------------------------------------------------------|

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de su historia clínica y de la información protegida sobre su salud. Nosotros garantizamos la privacidad de la información protegida sobre su salud como lo exigen dichas leyes.

- La “información protegida sobre su salud” incluye la información personal que nos brindó cuando se inscribió en este plan, como también sus historias clínicas y otra información médica y sobre su salud.
- Las leyes que protegen su privacidad le otorgan derechos sobre cómo obtener información y controlar la forma en que se utiliza la información sobre su salud. Le

**Capítulo 6. Sus derechos y responsabilidades**

---

entregamos un aviso escrito denominado “Aviso de Prácticas de Privacidad”, que le brinda información sobre estos derechos y le explica de qué manera protegemos la privacidad de la información sobre su salud.

**¿De qué manera protegemos la privacidad de la información sobre su salud?**

- Nos aseguramos de que ninguna persona sin autorización vea ni altere sus registros.
- En la mayoría de los casos, si compartimos la información sobre su salud con alguna persona que no esté a cargo de brindarle atención ni de pagar por ella, *tenemos la obligación de solicitarle antes su permiso por escrito*. Tanto usted como alguien a quien usted le haya otorgado poder legal para que tome decisiones en su nombre podrán darnos dicho permiso por escrito.
- Hay ciertas excepciones en las que no es necesario que obtengamos antes su permiso por escrito. Dichas excepciones están permitidas o exigidas por ley.
  - Por ejemplo, tenemos la obligación de compartir información sobre la salud con los organismos gubernamentales que realicen inspecciones sobre la calidad de la atención.
  - Como usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, tenemos la obligación de compartir con Medicare la información sobre su salud, incluida la información sobre sus medicamentos recetados de la Parte D. Si Medicare divulga su información por cuestiones de investigación o por otros motivos, tal divulgación se hará de acuerdo con las leyes y los reglamentos federales.

**Usted puede revisar la información de su historia clínica e informarse acerca de la manera en que se ha compartido con terceros**

Tiene derecho a revisar la historia clínica que el plan conserva sobre usted y a obtener una copia de dicha historia clínica. Estamos autorizados a cobrarle una tarifa por hacer copias de esta información. También tiene derecho a solicitarnos que agreguemos información a su historia clínica o que hagamos correcciones. Si nos lo solicita, trabajaremos junto con su proveedor de atención de la salud para decidir si los cambios son apropiados.

Tiene derecho a informarse acerca de la manera en que se ha compartido la información sobre su salud con terceros por cualquier motivo que no sea de rutina.

Si tiene alguna pregunta o inquietud relacionada con la privacidad de la información protegida sobre su salud, llame a Atención al Cliente. (Los números de teléfono están en la contracubierta de este folleto).

Nuestro compromiso es garantizar siempre la privacidad de la información protegida sobre su salud. En nuestro “Aviso de Prácticas de Privacidad”, se describen sus derechos de privacidad como miembro, así como la manera en que garantizamos la privacidad de la información protegida sobre su salud. Para obtener una copia de nuestro aviso sobre la privacidad, usted puede:

1. Visitar [blueshieldca.com](https://blueshieldca.com), hacer clic en el enlace “Privacy” (Privacidad), en la parte inferior de la página de inicio, e imprimir una copia.

**Capítulo 6. Sus derechos y responsabilidades**

2. Llamar al número de teléfono de Atención al Cliente que está en su tarjeta de identificación de miembro de Blue Shield para solicitar una copia.
3. Llamar a la Oficina de Privacidad de Blue Shield of California al número gratuito (888) 266-8080, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 3:00 p. m. Los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 711.
4. Escribirnos por correo electrónico a [privacy@blueshieldca.com](mailto:privacy@blueshieldca.com).

|                    |                                                                                                      |
|--------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Sección 1.4</b> | <b>Debemos brindarle información sobre el plan, su red de farmacias y sus medicamentos cubiertos</b> |
|--------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Como miembro de Blue Shield Rx Plus, tiene derecho a recibir varios tipos de información de nosotros. (Como se explica anteriormente en la Sección 1.1, tiene derecho a que le brindemos información de una manera que le sea útil. Esto incluye recibir la información en otros idiomas además del inglés, en letra grande o en otros formatos alternativos).

Si desea obtener alguno de los tipos de información que se describen a continuación, llame a Atención al Cliente. (Los números de teléfono están en la contracubierta de este folleto).

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre el estado financiero del plan. También incluye información sobre la cantidad de apelaciones presentadas por los miembros y las calificaciones por estrellas del plan, entre las que se incluye cómo lo han calificado los miembros del plan y cómo se compara con otros planes de medicamentos recetados de Medicare.
- **Información acerca de las farmacias de la red.**
  - Por ejemplo, tiene derecho a obtener información de nosotros acerca de las farmacias de nuestra red.
  - Para obtener una lista de las farmacias de la red del plan, consulte el *Directorio de Farmacias*.
  - Para obtener información más detallada sobre nuestras farmacias, puede llamar a Atención al Cliente (los números de teléfono están en la contracubierta de este folleto) o visitar nuestro sitio web [blueshieldca.com/medpharmacy2022](https://blueshieldca.com/medpharmacy2022).
- **Información sobre su cobertura y las normas que debe respetar al usar su cobertura.**
  - Para obtener los detalles de su cobertura de medicamentos recetados de la Parte D, consulte los Capítulos 3 y 4 de este folleto y la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* del plan. En estos capítulos, junto con la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)*, se brinda información sobre qué medicamentos están cubiertos. Además, se explican las normas que debe respetar y las restricciones que rigen sobre la cobertura de ciertos medicamentos.
  - Si tiene alguna pregunta sobre las normas o las restricciones, llame a Atención al Cliente. (Los números de teléfono están en la contracubierta de este folleto).
- **Información sobre por qué un servicio o medicamento no está cubierto y qué puede hacer al respecto.**

**Capítulo 6. Sus derechos y responsabilidades**

- Si un medicamento de la Parte D no está cubierto o si su cobertura tiene algún tipo de restricción, puede solicitarnos una explicación por escrito. Tiene derecho a recibir dicha explicación, incluso si obtuvo el medicamento de una farmacia fuera de la red.
- Si no está conforme o no está de acuerdo con una decisión que tomamos sobre qué medicamento de la Parte D tiene cubierto, tiene derecho a solicitarnos que cambiemos nuestra decisión. Puede solicitarnos que cambiemos nuestra decisión presentando una apelación. Para obtener más detalles sobre qué debe hacer si algún servicio o medicamento no está cubierto de la manera que usted considera que debería estarlo, consulte el Capítulo 7 de este folleto. Allí encontrará los detalles sobre cómo presentar una apelación si desea que cambiemos nuestra decisión. (El Capítulo 7 también brinda información sobre cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera y otras inquietudes).
- Si desea solicitarle a nuestro plan que pague nuestra porción del costo de un medicamento recetado de la Parte D, consulte el Capítulo 5 de este folleto.

|                    |                                                                          |
|--------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| <b>Sección 1.5</b> | <b>Debemos respaldar su derecho a tomar decisiones sobre su atención</b> |
|--------------------|--------------------------------------------------------------------------|

**Tiene derecho a dar instrucciones sobre qué debe hacerse si usted no está en condiciones de tomar decisiones médicas por sus propios medios**

A veces, las personas quedan incapacitadas para tomar decisiones por sí mismas sobre su propia atención de la salud debido a accidentes o enfermedades graves. Usted tiene derecho a expresar qué desea que pase si está en dicha situación. Es decir que, *si así lo desea*, puede:

- Completar un formulario por escrito a fin de **otorgarle a alguien la autoridad legal para tomar decisiones médicas en su nombre** en caso de que, en algún momento, usted no pueda hacerlo por sus propios medios.
- **Otorgar a sus médicos instrucciones por escrito** sobre cómo desea que ellos administren su atención médica en caso de que usted ya no pueda tomar decisiones por sus propios medios.

Los documentos legales que puede emplear para asentar anticipadamente sus instrucciones en dichas situaciones se denominan “**directivas anticipadas**”. Hay distintos tipos de directivas anticipadas, que reciben diferentes nombres. Los documentos denominados “**testamento en vida**” y “**poder notarial para atención de la salud**” son ejemplos de directivas anticipadas.

A continuación, le explicamos qué debe hacer si desea usar un formulario de “directivas anticipadas” para dar sus instrucciones:

- **Obtenga el formulario.** Si desea asentar directivas anticipadas, puede solicitar un formulario a su abogado o a un trabajador social, u obtenerlo en alguna tienda de artículos de oficina. A veces, los formularios de directivas anticipadas pueden obtenerse en las organizaciones que brindan información sobre Medicare. También puede

**Capítulo 6. Sus derechos y responsabilidades**

---

comunicarse con Atención al Cliente para solicitar los formularios. (Los números de teléfono están en la contracubierta de este folleto).

- **Complételo y firmelo.** Independientemente de dónde consiga este formulario, tenga presente que es un documento legal. Le recomendamos prepararlo con la ayuda de un abogado.
- **Entréguele copias a las personas adecuadas.** Le recomendamos entregar una copia del formulario a su médico y a la persona que designe en el formulario como la encargada de tomar las decisiones por usted cuando ya no pueda hacerlo. También puede darles copias a sus amigos o familiares cercanos. Asegúrese de conservar una copia en su hogar.

Si sabe con anticipación que va a ser hospitalizado y ha firmado un formulario de directivas anticipadas, **lleve una copia con usted cuando vaya al hospital.**

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

**Recuerde que usted es quien decide completar un formulario de directivas anticipadas** (incluso si desea firmarlo cuando está en el hospital). Según la ley, nadie puede negarle atención ni discriminarlo por haber firmado o no un formulario de directivas anticipadas.

**¿Qué pasa si no se respetan sus instrucciones?**

Si ha firmado un formulario de directivas anticipadas y considera que un médico o un hospital no respetaron las instrucciones que allí se estipulan, puede presentar una queja ante Livanta. Consulte la Sección 4 del Capítulo 2 para obtener la información de contacto.

|                    |                                                                                                             |
|--------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Sección 1.6</b> | <b>Tiene derecho a presentar quejas y a solicitarnos que reconsideremos una decisión que hayamos tomado</b> |
|--------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Si tiene algún problema o inquietud relacionado con la atención o los servicios cubiertos, el Capítulo 7 de este folleto brinda información sobre lo que puede hacer para resolverlo. Allí encontrará información detallada sobre qué hacer ante todo tipo de problemas y quejas. Lo que debe hacer para realizar un seguimiento de un problema o inquietud depende de la situación. Es posible que deba solicitarle a nuestro plan que tome una decisión de cobertura por usted, que deba presentar una apelación para que cambiemos una decisión de cobertura o que deba presentar una queja. Más allá de lo que haga, ya sea que solicite una decisión de cobertura, que presente una apelación o que presente una queja, **tenemos la obligación de brindarle un trato imparcial.**

Tiene derecho a recibir un resumen de la información relacionada con las apelaciones y las quejas que otros miembros han presentado anteriormente contra nuestro plan. Para obtener dicha información, llame a Atención al Cliente. (Los números de teléfono están en la contracubierta de este folleto).

|                    |                                                                                                                           |
|--------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Sección 1.7</b> | <b>¿Qué puede hacer si considera que está siendo tratado de manera injusta o que no se están respetando sus derechos?</b> |
|--------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**Si es un problema de discriminación, llame a la Oficina de Derechos Civiles**

Si considera que lo han tratado injustamente o que no se han respetado sus derechos debido a su raza, discapacidad, religión, sexo, estado de salud, origen étnico, credo (creencias), edad o nacionalidad, debe comunicarse con la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos llamando al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697), o bien puede llamar a la Oficina de Derechos Civiles de su localidad.

**¿Es otro tipo de problema?**

Si considera que lo han tratado injustamente o que no se han respetado sus derechos y *no* es un problema de discriminación, puede obtener ayuda para tratar de solucionar su problema.

- Puede **llamar a Atención al Cliente**. (Los números de teléfono están en la contracubierta de este folleto).
- Puede **llamar al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud**. Para obtener más detalles sobre esta organización y cómo comunicarse con ella, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- O bien **puede comunicarse con Medicare** llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) durante las 24 horas, cualquier día de la semana. Los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

|                    |                                                              |
|--------------------|--------------------------------------------------------------|
| <b>Sección 1.8</b> | <b>Cómo puede obtener más información sobre sus derechos</b> |
|--------------------|--------------------------------------------------------------|

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

- Puede **llamar a Atención al Cliente**. (Los números de teléfono están en la contracubierta de este folleto).
- Puede **llamar al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud**. Para obtener más detalles sobre esta organización y cómo comunicarse con ella, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- Puede comunicarse con **Medicare**.
  - Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación “Derechos y Protecciones de Medicare” (Medicare Rights & Protections). (La publicación está disponible en [www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf](http://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf)).
  - También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) durante las 24 horas, cualquier día de la semana. Los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

---

## **SECCIÓN 2      Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan**

---

|                                                            |
|------------------------------------------------------------|
| <b>Sección 2.1      ¿Cuáles son sus responsabilidades?</b> |
|------------------------------------------------------------|

A continuación, se indica lo que tiene que hacer como miembro del plan. Si tiene alguna pregunta, llame a Atención al Cliente. (Los números de teléfono están en la contracubierta de este folleto). Estamos para ayudarlo.

- **Conozca en detalle sus medicamentos cubiertos y las normas que debe respetar para obtener estos medicamentos cubiertos.** Utilice este folleto denominado Evidencia de Cobertura para informarse sobre lo que está cubierto y las normas que debe respetar para obtener sus medicamentos cubiertos.
  - Los Capítulos 3 y 4 brindan detalles acerca de su cobertura de medicamentos recetados de la Parte D.
- **Si cuenta con cualquier otra cobertura de medicamentos recetados además de nuestro plan, tiene la obligación de informarnos.** Llame a Atención al Cliente para avisarnos. (Los números de teléfono están en la contracubierta de este folleto).
  - Tenemos la obligación de respetar las normas establecidas por Medicare para asegurarnos de que usted esté utilizando la totalidad de su cobertura combinada cuando reciba sus medicamentos cubiertos de nuestro plan. Esto se llama **“coordinación de beneficios”**, porque implica coordinar los beneficios de medicamentos que usted recibe de nuestro plan con cualquier otro beneficio de medicamentos que tenga a su disposición. Nosotros podemos ayudarlo a coordinar sus beneficios. Para obtener más información sobre la coordinación de beneficios, consulte la Sección 10 del Capítulo 1.
- **Dígales a su médico y a su farmacéutico que está inscrito en nuestro plan.** Muestre su tarjeta de membresía del plan cada vez que obtenga medicamentos recetados de la Parte D.
- **Contribuya a que sus médicos y otros proveedores lo ayuden brindándoles información, haciendo preguntas y siguiendo con su atención.**
  - Para ayudar a que sus médicos y otros proveedores de atención de la salud le brinden la mejor atención, infórmese lo máximo posible sobre sus problemas de salud y suminístreles la información que necesitan sobre usted y su salud. Respete los planes de tratamiento y las instrucciones que usted y su médico hayan acordado seguir.
  - Asegúrese de que sus médicos tengan conocimiento de todos los medicamentos que usted esté tomando, incluidos los medicamentos de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
  - Si tiene alguna duda, pregunte. Sus médicos y demás proveedores de atención de la salud deben ofrecerle explicaciones que usted pueda entender. Si hace una pregunta y no entiende la respuesta que le dan, vuelva a preguntar.



**Capítulo 6. Sus derechos y responsabilidades**

---

- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de los siguientes pagos:
  - Usted debe pagar sus primas del plan para seguir siendo miembro de nuestro plan.
  - Para la mayoría de sus medicamentos cubiertos por el plan, usted debe pagar su porción del costo cuando obtiene el medicamento. Tal porción será un copago (una cantidad fija) o un coseguro (un porcentaje del costo total). El Capítulo 4 le informa lo que debe pagar por sus medicamentos recetados de la Parte D.
  - Si obtiene algún medicamento que no está cubierto por nuestro plan ni por otro seguro que pueda tener, usted debe pagar el costo total.
    - Si no está de acuerdo con nuestra decisión de negar la cobertura de un medicamento, puede presentar una apelación. Consulte el Capítulo 7 de este folleto para obtener información sobre cómo presentar una apelación.
  - Si se le exige pagar una multa por inscripción tardía, debe pagarla para seguir siendo miembro del plan.
  - Si se le exige que pague la cantidad adicional por la Parte D debido a su ingreso anual, debe pagar la cantidad adicional directamente al Gobierno para seguir siendo miembro del plan.
- **Avísenos si se muda.** Si está por mudarse, es importante que nos avise de inmediato. Llame a Atención al Cliente. (Los números de teléfono están en la contracubierta de este folleto).
  - **Si se muda fuera del área de servicio de nuestro plan, no puede seguir siendo miembro de nuestro plan.** (El Capítulo 1 incluye información sobre nuestra área de servicio). Podemos ayudarlo a averiguar si se va a mudar fuera de nuestra área de servicio. Si se muda fuera de nuestra área de servicio, tendrá un Período de Inscripción Especial durante el cual podrá inscribirse en cualquier plan de Medicare que esté disponible en su nueva área. Podemos informarle si contamos con un plan en su nueva área.
  - **Incluso si se muda dentro de nuestra área de servicio, también tenemos que saberlo** para que podamos mantener actualizado su registro de membresía y para saber cómo comunicarnos con usted.
  - Si se muda, también es importante que le avise al Seguro Social (o a la Junta de Retiro Ferroviario). Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto de estas organizaciones en el Capítulo 2.
- **Si tiene alguna pregunta o inquietud, llame a Atención al Cliente para obtener ayuda.** También nos complace recibir cualquier recomendación que pueda tener para mejorar nuestro plan.
  - Los números de teléfono y el horario de atención de Atención al Cliente están en la contracubierta de este folleto.
  - Para obtener más información sobre cómo comunicarse con nosotros, incluso por correo postal, consulte el Capítulo 2.

# CAPÍTULO 7

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

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

---

|                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Capítulo 7. Qué debe hacer si tiene un problema o una queja<br/>(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)</b> |                                                                                                                                                                                        |
| <b>SECCIÓN 1</b>                                                                                                      | <b>Introducción..... 106</b>                                                                                                                                                           |
| Sección 1.1                                                                                                           | Qué debe hacer si tiene un problema o una inquietud..... 106                                                                                                                           |
| Sección 1.2                                                                                                           | ¿Y los términos legales?..... 106                                                                                                                                                      |
| <b>SECCIÓN 2</b>                                                                                                      | <b>Puede obtener ayuda de organizaciones gubernamentales que<br/>no están unidas a nosotros ..... 107</b>                                                                              |
| Sección 2.1                                                                                                           | Dónde puede obtener más información y asistencia personalizada ..... 107                                                                                                               |
| <b>SECCIÓN 3</b>                                                                                                      | <b>¿Qué proceso debe utilizar para tratar de solucionar<br/>su problema? ..... 108</b>                                                                                                 |
| Sección 3.1                                                                                                           | ¿Debe utilizar el proceso de solicitud de decisiones de cobertura y<br>presentación de apelaciones? ¿O debe utilizar el proceso de<br>presentación de quejas? ..... 108                |
| <b>DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES ..... 109</b>                                                                |                                                                                                                                                                                        |
| <b>SECCIÓN 4</b>                                                                                                      | <b>Guía básica sobre las decisiones de cobertura y<br/>las apelaciones ..... 109</b>                                                                                                   |
| Sección 4.1                                                                                                           | Cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones:<br>panorama general ..... 109                                                                                          |
| Sección 4.2                                                                                                           | Cómo obtener ayuda cuando solicita una decisión de cobertura o<br>cuando presenta una apelación ..... 110                                                                              |
| <b>SECCIÓN 5</b>                                                                                                      | <b>Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una<br/>decisión de cobertura o presentar una apelación ..... 111</b>                                                      |
| Sección 5.1                                                                                                           | Esta sección le explica qué hacer si tiene problemas para obtener un<br>medicamento de la Parte D o si desea que le reembolsemos el costo<br>de un medicamento de la Parte D ..... 111 |
| Sección 5.2                                                                                                           | ¿Qué es una excepción? ..... 113                                                                                                                                                       |
| Sección 5.3                                                                                                           | Información importante que debe conocer sobre la solicitud<br>de excepciones..... 115                                                                                                  |
| Sección 5.4                                                                                                           | Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida<br>una excepción ..... 116                                                                                             |
| Sección 5.5                                                                                                           | Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 (cómo solicitar<br>la revisión de una decisión de cobertura tomada por nuestro plan) ..... 120                                    |
| Sección 5.6                                                                                                           | Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 ..... 123                                                                                                                         |

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

---

|                                    |                                                                                                                                         |            |
|------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>SECCIÓN 6</b>                   | <b>Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y a los niveles subsiguientes .....</b>                                                          | <b>125</b> |
| Sección 6.1                        | Niveles 3, 4 y 5 del proceso de presentación de apelaciones para solicitudes de medicamentos de la Parte D .....                        | 125        |
| <b>CÓMO PRESENTAR QUEJAS .....</b> |                                                                                                                                         | <b>127</b> |
| <b>SECCIÓN 7</b>                   | <b>Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes ....</b> | <b>127</b> |
| Sección 7.1                        | ¿Qué tipos de problemas se solucionan mediante el proceso de presentación de quejas? .....                                              | 127        |
| Sección 7.2                        | El nombre formal de “presentación de una queja” es “presentación de un reclamo” .....                                                   | 129        |
| Sección 7.3                        | Paso a paso: Cómo presentar una queja .....                                                                                             | 130        |
| Sección 7.4                        | También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad .....            | 132        |
| Sección 7.5                        | También puede informarle su queja a Medicare .....                                                                                      | 132        |

**Capítulo 7. Qué debe hacer si tiene un problema o una queja  
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)****SECCIÓN 1 Introducción****Sección 1.1 Qué debe hacer si tiene un problema o una inquietud**

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

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

Ambos procesos han sido aprobados por Medicare. Con el objeto de garantizar que sus problemas se traten de manera rápida y justa, cada proceso cuenta con una serie de normas, procedimientos y fechas límite que usted y nosotros debemos respetar.

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

**Sección 1.2 ¿Y los términos legales?**

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

Para facilitar las cosas, en este capítulo se explican las normas y los procedimientos legales con palabras más simples en lugar de ciertos términos legales. Por ejemplo, en este capítulo generalmente se prefiere usar “presentación de una queja” en lugar de “presentación de un reclamo”; “decisión de cobertura” en lugar de “determinación de cobertura” o “determinación de riesgo”; y “Organización de Revisión Independiente” en lugar de “Organismo de Revisión Independiente”. También se intenta evitar el uso de abreviaturas en la mayor medida posible.

Sin embargo, a usted puede resultarle útil, y a veces es bastante importante, conocer los términos legales correctos para su situación. Saber qué términos utilizar lo ayudará a comunicarse con más claridad y precisión cuando trate de solucionar su problema, y a obtener la ayuda o la información adecuadas para su situación. Para ayudarlo a saber qué términos debe utilizar, incluimos términos legales cuando brindamos los detalles para manejar tipos específicos de situaciones.

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

---

**SECCIÓN 2 Puede obtener ayuda de organizaciones gubernamentales que no están unidas a nosotros**

---

|                    |                                                                       |
|--------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| <b>Sección 2.1</b> | <b>Dónde puede obtener más información y asistencia personalizada</b> |
|--------------------|-----------------------------------------------------------------------|

En ocasiones, puede ser confuso empezar o seguir con el proceso para tratar de solucionar un problema. Esto pasa con más frecuencia si usted no se siente bien o tiene poca energía. En otras ocasiones, es posible que no tenga el conocimiento necesario para dar el siguiente paso.

**Obtenga ayuda de una organización gubernamental independiente**

Siempre estamos disponibles para ayudarlo. Sin embargo, en algunos casos, es posible que también desee recibir ayuda u orientación de alguien que no esté unido a nosotros. Puede comunicarse con el **Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP)** en cualquier momento. Este programa gubernamental cuenta con asesores entrenados en todos los estados. El programa no está unido a nosotros, a ninguna compañía de seguros ni a ningún plan de salud. Los asesores de este programa pueden ayudarlo a entender qué proceso debe utilizar para tratar de solucionar un problema. También pueden responder sus preguntas, brindarle más información y ofrecer orientación sobre lo que debe hacer.

Los servicios de los asesores del SHIP son gratuitos. En la Sección 3 del Capítulo 2 de este folleto, encontrará los números de teléfono.

**También puede obtener ayuda e información a través de Medicare**

Si desea obtener más información y ayuda para tratar de solucionar un problema, también puede comunicarse con Medicare. A continuación, le indicamos dos maneras de obtener información directamente de Medicare:

- Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) durante las 24 horas, cualquier día de la semana. Los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.
- Puede visitar el sitio web de Medicare ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)).

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

---

---

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

---

|                    |                                                                                                                                                                |
|--------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Sección 3.1</b> | <b>¿Debe utilizar el proceso de solicitud de decisiones de cobertura y presentación de apelaciones? ¿O debe utilizar el proceso de presentación de quejas?</b> |
|--------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

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

---

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

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

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

**Sí.** Mi problema está relacionado con los beneficios o la cobertura.

Consulte la siguiente sección de este capítulo: **Sección 4: “Guía básica sobre las decisiones de cobertura y las apelaciones”**.

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

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

---

**Capítulo 7. Qué debe hacer si tiene un problema o una queja  
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)****DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES****SECCIÓN 4      Guía básica sobre las decisiones de cobertura y  
las apelaciones****Sección 4.1      Cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar  
apelaciones: panorama general**

Mediante el proceso de solicitud de decisiones de cobertura y presentación de apelaciones, se intenta solucionar problemas relacionados con sus beneficios y con su cobertura de medicamentos recetados, incluidos los problemas relacionados con pagos. Este es el proceso que debe utilizar para cuestiones tales como determinar si un medicamento está cubierto o no y qué tipo de cobertura tiene.

**Cómo solicitar decisiones de cobertura**

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos acerca de sus beneficios y de su cobertura o acerca de la cantidad que pagaremos por sus medicamentos recetados.

Tomamos decisiones de cobertura por usted cada vez que decidimos lo que tiene cubierto y cuánto pagamos. Es posible que, en algunos casos, decidamos que un medicamento no está cubierto o que Medicare ya no lo cubre para usted. Si usted no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

**Cómo presentar una apelación**

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

Cuando usted presenta una apelación de una decisión por primera vez, se denomina “apelación de Nivel 1”. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que hemos tomado para verificar si hemos cumplido con todas las normas de manera adecuada. Su apelación está a cargo de revisores distintos de los que tomaron la decisión desfavorable original. Al terminar la revisión, le comunicamos nuestra decisión. En determinadas circunstancias, que trataremos más adelante, usted puede solicitar una “decisión de cobertura rápida o urgente” o una “apelación rápida o urgente” de una decisión de cobertura. En circunstancias limitadas, se rechazará la solicitud de una decisión de cobertura, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Por ejemplo, se rechazará una solicitud si está incompleta, si alguien la presenta en su nombre sin estar legalmente autorizado para hacerlo, o bien si usted mismo pide que la cancelen. Si rechazamos la solicitud de una decisión de cobertura, enviaremos un aviso en el que se explicarán los motivos del rechazo y de qué manera se puede pedir que lo revisen.



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

Si rechazamos parte o la totalidad de su apelación de Nivel 1, usted puede solicitar una apelación de Nivel 2. La apelación de Nivel 2 es procesada por una Organización de Revisión Independiente que no está unida a nosotros. Si no está conforme con la decisión tomada en la apelación de Nivel 2, es posible que pueda seguir el proceso a través de niveles de apelación adicionales.

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

¿Necesita ayuda? A continuación, se indican algunos recursos que quizás desee utilizar si decide solicitar algún tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- Puede **llamarnos al número de Atención al Cliente**. (Los números de teléfono están en la contracubierta de este folleto).
- Usted **puede obtener ayuda gratuita** de su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (consulte la Sección 2 de este capítulo).
- **Su médico u otro profesional que extienda recetas pueden realizar una solicitud en su nombre**. En el caso de los medicamentos recetados de la Parte D, su médico u otro profesional que extienda recetas pueden solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 o de Nivel 2 en su nombre. Para solicitar cualquier apelación después del Nivel 2, su médico u otro profesional que extienda recetas deberá ser designado como su representante.
- **Puede pedirle a alguien que actúe en su nombre**. Si así lo desea, puede designar a otra persona para que actúe en su nombre como su “representante” para solicitar una decisión de cobertura o para presentar una apelación.
  - Es posible que alguien ya esté legalmente autorizado por la ley estatal para desempeñarse como su representante.
  - Si desea que sea su representante un amigo, un pariente, su médico u otro profesional que extienda recetas, u otra persona, llame a Atención al Cliente y solicite el formulario “Designación de un representante” (Appointment of Representative). (Los números de teléfono están en la contracubierta de este folleto). (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare [[www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf](http://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf)] o en la página *Forms* [Formularios] de la sección *Member Center* [Centro para Miembros] de nuestro sitio web [blueshieldca.com](http://blueshieldca.com)). El formulario le da permiso a esa persona para actuar en su nombre. Debe estar firmado por usted y por la persona que desea que actúe en su nombre. Debe brindarnos una copia del formulario firmado.
- **Usted también tiene derecho a contratar a un abogado para que lo represente**. Puede comunicarse con su propio abogado o consultar por un abogado en el colegio de abogados de su localidad o en otro servicio de derivaciones. También hay grupos que le brindarán servicios legales gratuitos si cumple con los requisitos exigidos. Sin embargo,

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

**no tiene la obligación de contratar a un abogado** para solicitar ningún tipo de decisión de cobertura ni para apelar una decisión.

---

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

---



¿Ha leído la Sección 4 de este capítulo, *Guía “básica” sobre las decisiones de cobertura y las apelaciones*? De no ser así, le recomendamos que la lea antes de empezar con esta sección.

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

Sus beneficios como miembro de nuestro plan incluyen la cobertura de muchos medicamentos recetados. Consulte la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* de nuestro plan. Para que un medicamento esté cubierto, debe usarse 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 [Food and Drug Administration, FDA] o avalado por ciertos libros de referencia. Consulte la Sección 3 del Capítulo 3 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada).

- **Esta sección trata exclusivamente sobre sus medicamentos de la Parte D.** Para simplificar las cosas, generalmente usamos la palabra “medicamento” en el resto de esta sección, en lugar de repetir “medicamento recetado cubierto para pacientes ambulatorios” o “medicamento de la Parte D” cada vez que se lo menciona.
- Para obtener detalles sobre a qué nos referimos con los términos “medicamentos de la Parte D”, “*Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)*”, “normas y restricciones sobre la cobertura” e “información sobre costos”, consulte el Capítulo 3, *Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D*, y el Capítulo 4, *Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D*.

**Decisiones de cobertura y apelaciones sobre la Parte D**

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

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

### Términos legales

Una decisión de cobertura inicial relacionada con sus medicamentos de la Parte D se denomina “**determinación de cobertura**”.

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

- Nos solicita que hagamos una excepción, por ejemplo:
  - Nos pide que cubramos un medicamento de la Parte D que no está incluido en la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* del plan.
  - Nos pide que no apliquemos una restricción sobre la cobertura del plan para un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede obtener).
  - Nos pide pagar una cantidad menor de costo compartido por un medicamento cubierto de un nivel más alto de costo compartido.
- Nos pregunta si tiene cubierto un medicamento y si cumple con las normas de cobertura correspondientes. (Por ejemplo, cuando su medicamento está incluido en la *Lista de Medicamentos Cubiertos [Formulario]* del plan, pero le exigimos que obtenga nuestra aprobación antes de que lo cubramos para usted).
  - *Para tener en cuenta:* Si su farmacia le dice que su receta no puede surtirse según lo que se indica por escrito, esta le enviará un aviso por escrito con información sobre cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.
- Nos pide que paguemos un medicamento recetado que ya compró. Esta es una solicitud de una decisión de cobertura sobre un pago.

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que hemos tomado, puede presentar una apelación.

Esta sección le explica cómo solicitar decisiones de cobertura y cómo presentar una apelación. Use el cuadro a continuación como ayuda para determinar en qué parte encontrará información para su situación particular:

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

### ¿En cuál de estas situaciones está?

| Si está en esta situación:                                                                                                                                                                                                                        | Esto es lo que puede hacer:                                                                                                                                              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Si necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de Medicamentos o desea que no apliquemos una norma o restricción a un medicamento que cubrimos.                                                                                          | Puede solicitarnos que hagamos una excepción. (Este es un tipo de decisión de cobertura).<br>Empiece por la <b>Sección 5.2</b> de este capítulo.                         |
| Si desea que cubramos un medicamento que está incluido en nuestra Lista de Medicamentos y considera que usted cumple con todas las normas o restricciones del plan (como obtener una aprobación por adelantado) para el medicamento que necesita. | Puede solicitarnos una decisión de cobertura.<br>Pase directamente a la <b>Sección 5.4</b> de este capítulo.                                                             |
| Si desea solicitarnos que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya recibió y pagó.                                                                                                                                                       | Puede solicitarnos un reembolso del costo. (Este es un tipo de decisión de cobertura).<br>Pase directamente a la <b>Sección 5.4</b> de este capítulo.                    |
| Si le hemos informado que no cubriremos ni pagaremos un medicamento de la manera que usted desea que se cubra o pague.                                                                                                                            | Puede presentar una apelación. (Esto significa que nos está solicitando que reconsideremos una decisión).<br>Pase directamente a la <b>Sección 5.5</b> de este capítulo. |

### Sección 5.2 ¿Qué es una excepción?

Si algún medicamento no está cubierto de la manera en que le gustaría, puede solicitarnos que hagamos una “excepción”. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura. Al igual que con otros tipos de decisiones de cobertura, si rechazamos su solicitud de una excepción, puede apelar nuestra decisión.

Cuando nos solicita una excepción, su médico u otro profesional que extienda recetas deberán explicar las razones médicas por las que debemos aprobar la excepción. Recién después evaluaremos su solicitud. A continuación, se incluyen tres ejemplos de excepciones que usted, su médico u otro profesional que extienda recetas pueden pedirnos:

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

1. **Que le cubramos un medicamento de la Parte D que no está incluido en nuestra *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)*.** (La manera breve de referirse a esta lista es “Lista de Medicamentos”).

### Términos legales

Solicitar la cobertura de un medicamento que no está incluido en la Lista de Medicamentos se denomina solicitar una **“excepción del formulario”**.

- Si aceptamos hacer una excepción y cubrir un medicamento que no está en la Lista de Medicamentos, usted deberá pagar la cantidad de costo compartido que se aplica a los medicamentos del Nivel 4 (medicamentos no preferidos). No puede pedir que hagamos una excepción en relación con la cantidad del copago o del coseguro que debe pagar por el medicamento.

2. **Que quitemos una restricción sobre nuestra cobertura de un medicamento cubierto.** Hay normas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos de nuestra *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)*. (Si desea obtener más información, consulte el Capítulo 3).

### Términos legales

Solicitar la eliminación de una restricción sobre la cobertura de un medicamento se denomina solicitar una **“excepción del formulario”**.

- Las normas y restricciones adicionales sobre la cobertura de ciertos medicamentos incluyen:
  - *Que le exijan que use la versión genérica* de un medicamento en lugar del medicamento de marca.
  - *Que obtenga la aprobación del plan por adelantado* antes de que aceptemos cubrir el medicamento para usted. (Esto se denomina “autorización previa”).
  - *Que le exijan que primero pruebe otro medicamento* antes de que aceptemos cubrir el medicamento que solicita. (Esto se denomina “tratamiento escalonado”).
  - *Límites en las cantidades.* Para algunos medicamentos, hay restricciones sobre la cantidad de medicamento que puede obtener.
- Si aceptamos hacer una excepción y quitarle una restricción, puede pedir que hagamos una excepción respecto de la cantidad del copago o del coseguro que nosotros le exigimos pagar por el medicamento.

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

### 3. Que cambiemos la cobertura de un medicamento a un nivel más bajo de costo compartido.

Cada medicamento de nuestra Lista de Medicamentos se clasifica en alguno de los cinco niveles de costo compartido. En general, mientras más bajo sea el nivel de costo compartido, menor será la porción del costo del medicamento que le corresponderá pagar a usted.

#### Términos legales

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

- Si nuestra Lista de Medicamentos contiene medicamentos alternativos para tratar su problema de salud que están en un nivel de costo compartido más bajo que su medicamento, usted puede pedirnos que cubramos su medicamento con la cantidad del costo compartido que se aplica a los medicamentos alternativos. Esto reduciría su porción del costo del medicamento.
  - Si el medicamento que está tomando es un producto biológico, usted puede pedirnos que cubramos su medicamento con la cantidad del costo compartido que se aplica al nivel más bajo que contiene alternativas de productos biológicos para tratar su problema de salud.
  - Si el medicamento que está tomando es un medicamento de marca, usted puede pedirnos que cubramos su medicamento con la cantidad del costo compartido que se aplica al nivel más bajo que contiene alternativas de marca para tratar su problema de salud.
  - Si el medicamento que está tomando es un medicamento genérico, usted puede pedirnos que cubramos su medicamento con la cantidad del costo compartido que se aplica al nivel más bajo que contiene alternativas genéricas o de marca para tratar su problema de salud.
- No puede solicitarnos que cambiemos el nivel de costo compartido de ningún medicamento del Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos) ni del Nivel 5 (medicamentos de nivel especializado).
- Si aprobamos su solicitud para aplicar una excepción relacionada con el nivel de medicamento y hay más de un nivel de costo compartido más bajo con medicamentos alternativos que no puede tomar, usted, por lo general, pagará la cantidad más baja.

#### Sección 5.3

#### Información importante que debe conocer sobre la solicitud de excepciones

### Su médico debe informarnos las razones médicas

Su médico u otro profesional que extienda recetas deben brindarnos una declaración en la que se expliquen las razones médicas por las cuales se solicita una excepción. Para obtener una decisión más rápida, al solicitar la excepción, incluya esta información médica brindada por su médico u otro profesional que extienda recetas.

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

Generalmente, nuestra Lista de Medicamentos incluye más de un medicamento para el tratamiento de un problema de salud particular. A estas diferentes posibilidades se las denomina “medicamentos alternativos”. Si un medicamento alternativo sería igualmente eficaz que el medicamento que solicita y no provocaría más efectos secundarios ni otros problemas de salud, generalmente *no* aprobaremos su solicitud de una excepción. Si nos solicita que hagamos una excepción del nivel de medicamento, generalmente *no* aprobaremos su solicitud de una excepción, a menos que ninguno de los medicamentos alternativos de los niveles más bajos de costo compartido le surta el mismo efecto, o a menos que exista la posibilidad de que estos le causen una reacción adversa u otro tipo de daño.

### Podemos aceptar o rechazar su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de una excepción, nuestra aprobación generalmente será válida hasta el final del año del plan. Esto será así mientras su médico siga recetándole el medicamento, y el medicamento siga siendo seguro y eficaz para el tratamiento de su problema de salud.
- Si rechazamos su solicitud de una excepción, puede solicitar una revisión de nuestra decisión presentando una apelación. La Sección 5.5 le explica cómo presentar una apelación en caso de que rechacemos su solicitud.

La siguiente sección le explica cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción.

|                    |                                                                                      |
|--------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Sección 5.4</b> | <b>Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción</b> |
|--------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|

**Paso 1: Usted nos solicita que tomemos una decisión de cobertura sobre los medicamentos o el pago que necesita. Si su salud requiere una respuesta rápida, debe solicitarnos que tomemos una “decisión de cobertura rápida”. No puede solicitar una decisión de cobertura rápida si nos está pidiendo que le reembolsemos lo que pagó por un medicamento que ya compró.**

#### *Qué debe hacer*

- **Solicite el tipo de decisión de cobertura que desea.** Como primera medida, comuníquese con nosotros por teléfono, por escrito o por fax para presentar su solicitud. Tanto usted como su representante o su médico (u otro profesional que extienda recetas) pueden presentar la solicitud. También puede obtener acceso al proceso de solicitud de decisiones de cobertura a través de nuestro sitio web. Para obtener los detalles, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección titulada *Cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura sobre sus medicamentos recetados de la Parte D*. O bien, si nos solicita que le reembolsemos lo que pagó por un medicamento, consulte la sección titulada *Adónde debe enviar una solicitud para que paguemos nuestra porción del costo de un medicamento que ha recibido*.
- **Usted, su médico o cualquier otra persona que actúe en su nombre** pueden solicitar una decisión de cobertura. La Sección 4 de este capítulo le explica cómo

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

puede otorgarle un permiso por escrito a otra persona para que actúe como su representante. También puede pedirle a un abogado que actúe en su nombre.

- **Si desea solicitarnos que le reembolsemos lo que pagó por un medicamento,** empiece por leer el Capítulo 5 de este folleto, *Cómo solicitarnos que paguemos nuestra porción de los costos de medicamentos cubiertos*. El Capítulo 5 describe las situaciones en las cuales es posible que necesite solicitar un reembolso. También le explica cómo enviarnos la documentación necesaria para solicitarnos que le reembolsemos nuestra porción del costo de un medicamento que pagó.
- **Si solicita una excepción, brinde el “certificado de respaldo”.** Su médico u otro profesional que extienda recetas deben brindarnos las razones médicas para la excepción del medicamento que solicita. (Esto se denomina “certificado de respaldo”). Su médico u otro profesional que extienda recetas pueden enviarnos este certificado por fax o por correo postal. Como alternativa, su médico u otro profesional que extienda recetas pueden comunicarnos las razones por teléfono y después enviar un certificado escrito por fax o por correo postal, si es necesario. Consulte las Secciones 5.2 y 5.3 para obtener más información sobre solicitudes de excepción.
- **Debemos aceptar todas las solicitudes por escrito,** incluidas las solicitudes presentadas con el Formulario Modelo de Determinación de Cobertura del CMS, que está disponible en nuestro sitio web.

***Si su salud así lo requiere, solicítenos una “decisión de cobertura rápida”***

| Términos legales                                                                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| Una “decisión de cobertura rápida” se denomina “ <b>determinación de cobertura urgente</b> ”. |

- Al comunicarle nuestra decisión, utilizaremos las fechas límite “estándar”, a menos que hayamos acordado utilizar las fechas límite “rápidas”. Una decisión de cobertura estándar significa que le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de haber recibido el certificado de su médico. Una decisión de cobertura rápida significa que le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas después de haber recibido el certificado de su médico.
- **Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir con dos requisitos:**
  - Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solamente* si solicita un medicamento que aún no ha recibido. (No puede solicitar una decisión de cobertura rápida si nos está pidiendo que le reembolsemos lo que pagó por un medicamento que ya compró).
  - Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solamente* si el uso de las fechas límite estándar podría *provocar graves daños a su salud o alterar el funcionamiento de su organismo*.



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

---

- Si su médico u otro profesional que extienda recetas nos indican que su salud requiere una “decisión de cobertura rápida”, automáticamente aceptaremos darle una decisión de cobertura rápida.
- Si solicita una decisión de cobertura rápida por cuenta propia (sin el respaldo de su médico u otro profesional que extienda recetas), nosotros decidiremos si su salud requiere que le demos una decisión de cobertura rápida.
  - Si decidimos que su problema de salud no cumple con los requisitos para obtener una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta para informárselo (y utilizaremos las fechas límite estándar).
  - Dicha carta le informará que, si su médico u otro profesional que extienda recetas solicitan la decisión de cobertura rápida, se la daremos automáticamente.
  - La carta también le informará cómo puede presentar una queja sobre nuestra decisión de darle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó. Le explica cómo presentar una “queja rápida”, lo que significa que obtendría nuestra respuesta a su queja en un plazo de 24 horas después de haber recibido la queja. (El proceso de presentación de quejas es diferente del proceso de solicitud de decisiones de cobertura y presentación de apelaciones. Para obtener más información acerca del proceso de presentación de quejas, consulte la Sección 7 de este capítulo).

### **Paso 2: Evaluamos su solicitud y le comunicamos nuestra respuesta.**

#### ***Fechas límite para una “decisión de cobertura rápida”***

- Si utilizamos las fechas límite rápidas, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 24 horas**.
  - Por lo general, esto significa en un plazo de 24 horas después de haber recibido su solicitud. Si solicita una excepción, le daremos nuestra respuesta en un plazo de 24 horas después de haber recibido el certificado de su médico que respalda su solicitud. Le daremos nuestra respuesta más rápido si su salud así lo requiere.
  - Si no cumplimos con esta fecha límite, tenemos la obligación de enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de presentación de apelaciones, en el que una Organización de Revisión Independiente la revisará. Más adelante en esta sección, le brindaremos información sobre esta organización de revisión y le explicaremos qué pasa en el Nivel 2 del proceso de presentación de apelaciones.
- Si aceptamos parte o la totalidad de lo que usted solicitó, debemos brindar la cobertura que acordamos brindar en un plazo de 24 horas después de haber recibido su solicitud o el certificado de su médico que respalda su solicitud.
- Si rechazamos parte o la totalidad de lo que usted solicitó, le enviaremos un aviso por escrito en el que se le explicarán los motivos por los que rechazamos su solicitud. También le indicaremos cómo puede presentar una apelación.

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

---

### ***Fechas límite para una “decisión de cobertura estándar” sobre un medicamento que aún no ha recibido***

- Si utilizamos las fechas límite estándar, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 72 horas**.
  - Por lo general, esto significa en un plazo de 72 horas después de haber recibido su solicitud. Si solicita una excepción, le daremos nuestra respuesta en un plazo de 72 horas después de haber recibido el certificado de su médico que respalda su solicitud. Le daremos nuestra respuesta más rápido si su salud así lo requiere.
  - Si no cumplimos con esta fecha límite, tenemos la obligación de enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de presentación de apelaciones, en el que una Organización de Revisión Independiente la revisará. Más adelante en esta sección, le brindaremos información sobre esta organización de revisión y le explicaremos qué pasa en el Nivel 2 del proceso de presentación de apelaciones.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que usted solicitó:**
  - Si aprobamos su solicitud de cobertura, debemos **brindar la cobertura** que acordamos brindar **en un plazo de 72 horas** después de haber recibido su solicitud o el certificado de su médico que respalda su solicitud.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que usted solicitó**, le enviaremos un aviso por escrito en el que se le explicarán los motivos por los que rechazamos su solicitud. También le indicaremos cómo puede presentar una apelación.

### ***Fechas límite para una “decisión de cobertura estándar” sobre el pago de un medicamento que usted ya compró***

- Debemos darle una respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.
  - Si no cumplimos con esta fecha límite, tenemos la obligación de enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de presentación de apelaciones, en el que una Organización de Revisión Independiente la revisará. Más adelante en esta sección, le brindaremos información sobre esta organización de revisión y le explicaremos qué pasa en el Nivel 2 del proceso de presentación de apelaciones.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que usted solicitó**, también estamos obligados a pagarle en un plazo de 14 días calendario después de haber recibido su solicitud.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que usted solicitó**, le enviaremos un aviso por escrito en el que se le explicarán los motivos por los que rechazamos su solicitud. También le indicaremos cómo puede presentar una apelación.

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

### **Paso 3: Si rechazamos su solicitud de cobertura, usted decide si desea presentar una apelación.**

- Si rechazamos su solicitud, usted tiene derecho a solicitar una apelación. Solicitar una apelación significa solicitarnos que reconsideremos, y quizás cambiemos, la decisión que tomamos.

#### **Sección 5.5**

#### **Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1**

(cómo solicitar la revisión de una decisión de cobertura tomada por nuestro plan)

#### **Términos legales**

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

**Paso 1: Usted se comunica con nosotros y presenta su apelación de Nivel 1.** Si su salud requiere una respuesta rápida, debe solicitar una “**apelación rápida**”.

#### **Qué debe hacer**

- **Para empezar su apelación, usted (o su representante, su médico u otro profesional que extienda recetas) debe comunicarse con nosotros.**
  - Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros por teléfono, fax o correo postal, o mediante nuestro sitio web, por cualquier motivo relacionado con su apelación, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección titulada *Cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación sobre sus medicamentos recetados de la Parte D*.
- **Si solicita una apelación estándar, preséntela mediante una solicitud por escrito.**
- **Para solicitar una apelación rápida, preséntela por escrito o llámenos al número de teléfono que se indica en la Sección 1 del Capítulo 2, *Cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación sobre sus medicamentos recetados de la Parte D*.**
- **Debemos aceptar todas las solicitudes por escrito**, incluidas las solicitudes presentadas con el Formulario Modelo de Determinación de Cobertura del CMS, que está disponible en nuestro sitio web.
- También puede presentar una apelación mediante nuestro sitio web. Para ello, ingrese en [blueshieldca.com/medappeals](https://blueshieldca.com/medappeals).
- **Debe presentar su solicitud de apelación en un plazo de 60 días calendario** desde la fecha del aviso por escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta a su solicitud de una decisión de cobertura. Si no logra cumplir con la fecha límite debido a una causa justificada, podemos darle más tiempo para que presente su apelación.

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

Algunos ejemplos de causas justificadas para no cumplir con la fecha límite pueden ser que usted haya padecido una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o que nosotros le hayamos brindado información incorrecta o incompleta sobre la fecha límite que usted tenía para solicitar una apelación.

- **Puede solicitar una copia de la información de su apelación y agregar más información.**
  - Tiene derecho a solicitarnos una copia de la información sobre su apelación. Estamos autorizados a cobrar una tarifa por hacer copias y enviarle esta información.
  - Si así lo desea, usted y su médico u otro profesional que extienda recetas pueden brindarnos información adicional para respaldar su apelación.

***Si su salud así lo requiere, solicite una “apelación rápida”***

| Términos legales                                                      |
|-----------------------------------------------------------------------|
| Una “apelación rápida” también se denomina “redeterminación urgente”. |

- Si su apelación es por una decisión que hemos tomado sobre un medicamento que aún no ha recibido, usted y su médico u otro profesional que extienda recetas deberán decidir si necesita una “apelación rápida”.
- Los requisitos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que se necesitan para obtener una “decisión de cobertura rápida”, y están descritos en la Sección 5.4 de este capítulo.

### **Paso 2: Evaluamos su apelación y le comunicamos nuestra respuesta.**

- Al evaluar su apelación, volvemos a revisar detenidamente toda la información sobre su solicitud de cobertura. Analizamos si respetamos todas las normas en el momento en que rechazamos su solicitud. Es posible que nos comuniquemos con usted o con su médico u otro profesional que extienda recetas para obtener más información.

#### ***Fechas límite para una “apelación rápida”***

- Al utilizar las fechas límite rápidas, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 72 horas después de haber recibido su apelación**. Le daremos nuestra respuesta más rápido si su salud así lo requiere.
  - Si no le damos una respuesta en un plazo de 72 horas, tenemos la obligación de enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de presentación de apelaciones, en el que una Organización de Revisión Independiente la revisará. Más adelante en esta sección, le brindaremos información sobre esta organización de revisión y le explicaremos qué pasa en el Nivel 2 del proceso de presentación de apelaciones.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que usted solicitó**, debemos brindar la cobertura que acordamos brindar en un plazo de 72 horas después de haber recibido su apelación.

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

---

- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que usted solicitó**, le enviaremos un aviso por escrito en el que se explique por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

### *Fechas límite para una “apelación estándar”*

- Cuando utilizamos las fechas límite estándar, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de haber recibido su apelación relacionada con un medicamento que todavía no ha recibido. Le informaremos nuestra decisión más rápido si aún no ha recibido el medicamento y si su estado de salud así lo requiere. Si considera que su salud lo requiere, debería solicitar una “apelación rápida”.
  - Si no le informamos una decisión en un plazo de 7 días calendario, tenemos la obligación de enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de presentación de apelaciones, en el que una Organización de Revisión Independiente la revisará. Más adelante en esta sección, le brindaremos información sobre esta organización de revisión y le explicaremos qué pasa en el Nivel 2 del proceso de presentación de apelaciones.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que usted solicitó:**
  - Si aprobamos una solicitud de cobertura, debemos **brindar la cobertura** que acordamos brindar con la rapidez que su salud exija, pero **a más tardar en un plazo de 7 días calendario** después de haber recibido su apelación.
  - Si aprobamos una solicitud para reembolsarle el costo de un medicamento que usted ya compró, tenemos la obligación de **enviarle el pago en un plazo de 30 días calendario** después de haber recibido su solicitud de apelación.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que usted solicitó**, le enviaremos un aviso por escrito en el que se explique por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.
- Si está solicitando que le reembolsemos el costo de un medicamento que usted ya compró, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.
  - Si no le informamos una decisión en un plazo de 14 días calendario, tenemos la obligación de enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de presentación de apelaciones, en el que una Organización de Revisión Independiente la revisará. Más adelante en esta sección, le brindaremos información sobre esta organización de revisión y le explicaremos qué pasa en el Nivel 2 del proceso de presentación de apelaciones.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que usted solicitó**, también estamos obligados a pagarle en un plazo de 30 días calendario después de haber recibido su solicitud.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que usted solicitó**, le enviaremos un aviso por escrito en el que se le explicarán los motivos por los que rechazamos su solicitud. También le indicaremos cómo puede apelar nuestra decisión.

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

### **Paso 3: Si rechazamos su apelación, usted decide si desea seguir con el proceso y presentar otra apelación.**

- Si rechazamos su apelación, usted elige si acepta esta decisión o si sigue con otra apelación.
- Si decide presentar otra apelación, significa que pasa al Nivel 2 del proceso de presentación de apelaciones. (Consulte más adelante).

### **Sección 5.6 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2**

Si rechazamos su apelación, usted elige si acepta esta decisión o si sigue con otra apelación. Si decide seguir con una apelación de Nivel 2, la **Organización de Revisión Independiente** revisará la decisión que tomamos cuando rechazamos su primera apelación. Esta organización determina si la decisión que tomamos debe cambiarse.

#### **Términos legales**

El nombre formal que recibe la “Organización de Revisión Independiente” es “**Organismo de Revisión Independiente**”. A veces, se lo denomina “IRE”, por sus siglas en inglés.

### **Paso 1: Para presentar una apelación de Nivel 2, usted (o su representante, su médico u otro profesional que extienda recetas) debe comunicarse con la Organización de Revisión Independiente y solicitar una revisión de su caso.**

- Si rechazamos su apelación de Nivel 1, el aviso por escrito que le enviamos incluirá las **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 fechas límite debe respetar y cómo puede comunicarse con la organización de revisión.
- Cuando presente una apelación ante la Organización de Revisión Independiente, le enviaremos a esa organización la información que tengamos sobre su apelación. Esta información se denomina “expediente del caso”. **Tiene derecho a solicitarnos una copia del expediente de su caso.** Estamos autorizados a cobrarle una tarifa por hacer copias y enviarle la información.
- Tiene derecho a brindarle a la Organización de Revisión Independiente información adicional que respalde su apelación.

### **Paso 2: La Organización de Revisión Independiente revisa su apelación y le da una respuesta.**

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no está unida a nosotros ni es un organismo gubernamental. Dicha organización es una compañía elegida por Medicare

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

---

para que revise nuestras decisiones acerca de los beneficios de la Parte D que usted recibe a través de nuestro plan.

- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación. La organización le informará su decisión por escrito y le explicará las razones.

### ***Fechas límite para una “apelación rápida” en el Nivel 2***

- Si su salud así lo requiere, solicite una “apelación rápida” a la Organización de Revisión Independiente.
- Si la organización de revisión acepta concederle una “apelación rápida”, la organización de revisión deberá darle una respuesta sobre su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** después de haber recibido su solicitud de apelación.
- **Si la Organización de Revisión Independiente acepta parte o la totalidad de lo que usted solicitó**, nosotros debemos brindar la cobertura de medicamentos que aprobó la organización de revisión **en un plazo de 24 horas** después de haber recibido la decisión de la organización de revisión.

### ***Fechas límite para una “apelación estándar” en el Nivel 2***

- Si presenta una apelación estándar de Nivel 2, la organización de revisión deberá darle una respuesta sobre su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** después de haber recibido su apelación si se trata de un medicamento que todavía no ha recibido. Si está solicitando que le reembolsemos el costo de un medicamento que usted ya compró, la organización de revisión deberá darle una respuesta sobre su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.
- **Si la Organización de Revisión Independiente acepta parte o la totalidad de lo que usted solicitó:**
  - Si la Organización de Revisión Independiente aprueba una solicitud de cobertura, nosotros debemos **brindar la cobertura de medicamentos** que aprobó la organización de revisión **en un plazo de 72 horas** después de haber recibido la decisión de la organización de revisión.
  - Si la Organización de Revisión Independiente aprueba una solicitud de reembolso del costo de un medicamento que usted ya compró, tenemos la obligación de **enviarle el pago en un plazo de 30 días calendario** después de haber recibido la decisión de la organización de revisión.

### **¿Qué pasa si la organización de revisión rechaza su apelación?**

Si dicha organización rechaza su apelación, significa que la organización está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. (Esto se denomina “mantener la decisión”. También se lo denomina “rechazar su apelación”).

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

Si la Organización de Revisión Independiente “mantiene la decisión”, usted tendrá derecho a una apelación de Nivel 3. Sin embargo, para presentar otra apelación en el Nivel 3, es necesario que el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita alcance una cantidad mínima determinada. Si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita es demasiado bajo, no podrá presentar otra apelación y la decisión de Nivel 2 será definitiva. El aviso que reciba de la Organización de Revisión Independiente le informará el valor en dólares que debe estar en conflicto para poder seguir con el proceso de presentación de apelaciones.

**Paso 3: Si el valor en dólares de la cobertura que solicita cumple con el requisito, usted decide si desea llevar su apelación al próximo nivel.**

- Después del Nivel 2, hay tres niveles más en el proceso de presentación de apelaciones (un total de cinco niveles de apelación).
- Si se rechaza su apelación de Nivel 2 y su caso cumple con los requisitos para seguir con el proceso de presentación de apelaciones, debe decidir si desea pasar al Nivel 3 y presentar una tercera apelación. Si decide presentar una tercera apelación, los detalles sobre cómo debe hacerlo están en el aviso por escrito que recibió después de su segunda apelación.
- La apelación de Nivel 3 está a cargo de un Juez Administrativo o un abogado de adjudicaciones. La Sección 6 de este capítulo le brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de presentación de apelaciones.

**SECCIÓN 6      Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y a los  
niveles subsiguientes****Sección 6.1      Niveles 3, 4 y 5 del proceso de presentación de apelaciones  
para solicitudes de medicamentos de la Parte D**

Es posible que esta sección sea apropiada para su caso si ha presentado una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2 y ambas fueron rechazadas.

Si el valor del medicamento por el que usted presentó una apelación alcanza un determinado valor mínimo en dólares, es posible que pueda pasar a niveles de apelación adicionales. Si el valor en dólares es menor, ya no podrá presentar más apelaciones. La respuesta por escrito que reciba respecto de su apelación de Nivel 2 le explicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

Para la mayoría de los casos relacionados con apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan prácticamente de la misma manera. A continuación, se indica quién está a cargo de la revisión de su apelación en cada uno de dichos niveles.

**Apelación de Nivel 3: Un juez (llamado Juez Administrativo) o un abogado de adjudicaciones que trabaja para el Gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.**



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

- **Si la respuesta es positiva, el proceso de presentación de apelaciones termina.**  
Significa que se ha aprobado lo que usted solicitó en la apelación. En este caso, nosotros debemos **autorizar o brindar la cobertura de medicamentos** que fue aprobada por el Juez Administrativo o el abogado de adjudicaciones **en un plazo de 72 horas (24 horas para las apelaciones urgentes) o realizar el pago en un plazo máximo de 30 días calendario** después de haber recibido la decisión.
- **Si el Juez Administrativo o el abogado de adjudicaciones rechaza su apelación, puede que el proceso de presentación de apelaciones termine o no termine.**
  - Si usted decide aceptar esta decisión en la que se rechaza su apelación, el proceso de presentación de apelaciones termina.
  - Si usted decide no aceptar esta decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Juez Administrativo o el abogado de adjudicaciones rechaza su apelación, el aviso que reciba le indicará cuáles son los pasos que debe seguir si decide seguir con su apelación.

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

- **Si la respuesta es positiva, el proceso de presentación de apelaciones termina.**  
Significa que se ha aprobado lo que usted solicitó en la apelación. En este caso, nosotros debemos **autorizar o brindar la cobertura de medicamentos** que fue aprobada por el Consejo **en un plazo de 72 horas (24 horas para las apelaciones urgentes) o realizar el pago en un plazo máximo de 30 días calendario** después de haber recibido la decisión.
- **Si la respuesta es negativa, puede que el proceso de presentación de apelaciones termine o no termine.**
  - Si usted decide aceptar esta decisión en la que se rechaza su apelación, el proceso de presentación de apelaciones termina.
  - Si usted decide no aceptar esta decisión, es posible que pueda 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 recibirá le indicará si las normas le permiten seguir con una apelación de Nivel 5. Si las normas le permiten avanzar con el proceso, el aviso por escrito también le indicará con quién debe comunicarse y cuáles son los pasos que debe seguir si decide seguir con su apelación.

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

- Este es el último paso del proceso de presentación de apelaciones.

**Capítulo 7. Qué debe hacer si tiene un problema o una queja  
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)****CÓMO PRESENTAR QUEJAS****SECCIÓN 7      Cómo presentar una queja sobre la calidad de la  
atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente  
u otras inquietudes**

Si su problema está relacionado con decisiones sobre beneficios, cobertura o pagos, esta sección *no es para usted*. Debe utilizar el proceso de solicitud de decisiones de cobertura y presentación de apelaciones. Consulte la Sección 4 de este capítulo.

**Sección 7.1      ¿Qué tipos de problemas se solucionan mediante el proceso  
de presentación de quejas?**

Esta sección explica cómo utilizar el proceso de presentación de quejas. El proceso de presentación de quejas se utiliza *únicamente* para determinados tipos de problemas. Esto abarca problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que usted recibe. Se incluyen aquí algunos ejemplos de los tipos de problemas que se tratan mediante el proceso de presentación de quejas.

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

**Si tiene alguno de estos tipos de problemas, puede “presentar una queja”**

| <b>Queja</b>                                                                              | <b>Ejemplo</b>                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Calidad de su atención médica</b>                                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Está insatisfecho con la calidad de la atención que recibió?</li> </ul>                                                                                                                                                                            |
| <b>Respeto por su privacidad</b>                                                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cree que alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información sobre usted que considera que debería ser confidencial?</li> </ul>                                                                                                  |
| <b>Falta de respeto, servicio al cliente deficiente u otros comportamientos negativos</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Alguien se ha comportado de manera grosera o irrespetuosa hacia usted?</li> <li>• ¿Está insatisfecho con la manera en que el personal de Atención al Cliente lo ha tratado?</li> <li>• ¿Siente que lo están impulsando a dejar el plan?</li> </ul> |
| <b>Tiempos de espera</b>                                                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Ha tenido que esperar demasiado a farmacéuticos o al personal de Atención al Cliente u otro personal del plan?</li> <li>o Algunos ejemplos incluyen largas esperas en el teléfono o para obtener un medicamento recetado.</li> </ul>               |
| <b>Limpieza</b>                                                                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Está insatisfecho con la limpieza o el estado de alguna farmacia?</li> </ul>                                                                                                                                                                       |
| <b>Información que le brindamos</b>                                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cree que no le hemos dado algún aviso que tenemos la obligación de darle?</li> <li>• ¿Considera que la información escrita que le hemos brindado es difícil de entender?</li> </ul>                                                                |

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

| Queja                                                                                                                                                                                                                                  | Ejemplo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Cumplimiento de los plazos establecidos</b><br>(Todos estos tipos de quejas están relacionados con el <i>cumplimiento de los plazos establecidos</i> para nuestras acciones relacionadas con decisiones de cobertura y apelaciones) | <p>El proceso para solicitar una decisión de cobertura y presentar apelaciones se explica en las Secciones 4 a 6 de este capítulo. Si usted solicita una decisión de cobertura o presenta una apelación, debe utilizar dicho proceso, no el proceso de presentación de quejas.</p> <p>Sin embargo, si usted ya ha solicitado una decisión de cobertura o presentado una apelación y considera que no estamos respondiendo lo suficientemente rápido, también puede presentar una queja sobre nuestra demora. Estos son algunos ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si nos ha solicitado que le demos una “decisión de cobertura rápida” o una “apelación rápida” y le hemos respondido que no lo haremos, puede presentar una queja.</li> <li>• Si considera que no cumplimos con las fechas límite para darle una decisión de cobertura o una respuesta sobre una apelación que ha presentado, puede presentar una queja.</li> <li>• Cuando se revisa una decisión de cobertura que hemos tomado y se nos informa que debemos cubrir o reembolsarle el costo de ciertos medicamentos, rigen determinadas fechas límite. Si considera que no cumplimos con las fechas límite correspondientes, puede presentar una queja.</li> <li>• Si no le comunicamos una decisión a tiempo, tenemos la obligación de enviar su caso a la Organización de Revisión Independiente. Si no lo hacemos antes de la fecha límite establecida, puede presentar una queja.</li> </ul> |

### Sección 7.2

**El nombre formal de “presentación de una queja” es “presentación de un reclamo”**

#### Términos legales

- Lo que en esta sección se denomina “**queja**” también recibe el nombre de “**reclamo**”.
- Un término equivalente a “**presentar una queja**” es “**presentar un reclamo**”.

Otra manera de decir “**utilizar el proceso de presentación de quejas**” es “**utilizar el proceso de presentación de un reclamo**”.

**Capítulo 7. Qué debe hacer si tiene un problema o una queja  
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)****Sección 7.3 Paso a paso: Cómo presentar una queja****Paso 1: Usted se comunica con nosotros de inmediato, ya sea por teléfono o por escrito.**

- **Por lo general, el primer paso es llamar a Atención al Cliente.** Si debe hacer algo más, el personal de Atención al Cliente se lo informará. Puede llamar a Atención al Cliente al (888) 239-6469 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., cualquier día de la semana, durante todo el año.
- **Si no desea llamarnos (o si llamó y no está satisfecho), puede enviarnos una queja por escrito.** Si presenta una queja por escrito, la responderemos por escrito.
- Funciona de esta manera:
  - Paso 1: Presentación de un reclamo

Para empezar el proceso, llame a un representante de Atención al Cliente en un plazo de 60 días calendario después de ocurrido el incidente y solicite presentar un reclamo. También puede presentar un reclamo por escrito en un plazo de 60 días calendario después de ocurrido el incidente y enviarlo a:

Blue Shield Rx Plus  
Appeals & Grievances  
P.O. Box 927, Woodland Hills CA 91365-9856.  
**FAX:** (916) 350-6510

Si desea comunicarse con nosotros por fax o por correo postal, llámenos para solicitarnos un **Formulario de apelaciones y reclamos de Blue Shield Rx Plus**.

En un plazo de cinco (5) días calendario después de haber recibido el aviso sobre su inquietud, le enviaremos una carta para informarle la recepción y le brindaremos el nombre de la persona encargada de su caso. Por lo general, lo resolveremos en el transcurso de 30 días calendario.

Si solicita un “reclamo urgente” porque decidimos no otorgarle una “decisión rápida” o una “apelación rápida”, o bien porque solicitamos una extensión para nuestra decisión inicial o apelación rápida, enviaremos su solicitud a un director médico que no haya participado en nuestra decisión original. Es posible que le preguntemos si cuenta con información adicional que no haya estado disponible en el momento en que usted solicitó una “decisión inicial rápida” o una “apelación rápida”.

El director médico revisará su solicitud y decidirá si nuestra decisión original fue apropiada. Le haremos llegar una carta con nuestra decisión en el transcurso de las 24 horas siguientes a su solicitud de “reclamo urgente”.

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

Debemos ocuparnos de su reclamo tan pronto como su caso lo requiera según su estado de salud, pero no podremos demorarnos más de 30 días calendario desde la fecha en que recibimos su queja. Podemos extender el plazo hasta 14 días calendario más si usted lo solicita o si nosotros justificamos la necesidad de contar con información adicional y la demora lo beneficia.

- **Paso 2: Audiencia por el reclamo**

Si no está satisfecho con la resolución de su reclamo relacionado con un problema en la calidad de la atención, puede enviar por escrito una solicitud de audiencia por el reclamo al Departamento de Apelaciones y Reclamos de Blue Shield Medicare. En un plazo de 31 días calendario después de haber recibido su solicitud por escrito, convocaremos una junta para que trate su caso. Usted podrá asistir a la audiencia, en la que participarán un médico imparcial y un representante del Departamento de Resolución de Apelaciones y Reclamos. Usted podrá presenciar la audiencia en persona o mediante una teleconferencia. Después de la audiencia, le haremos llegar una carta con la resolución final.

- Si no está satisfecho con la resolución de su reclamo, que no incluye un problema relacionado con la calidad de la atención, como el tiempo de espera, la falta de respeto, el servicio al cliente o la limpieza, puede comunicarse con Atención al Cliente de Blue Shield para solicitar una revisión adicional.
- **Ya sea que lo haga por teléfono o por escrito, debe comunicarse con Atención al Cliente inmediatamente.** La queja debe presentarse en un plazo de 60 días calendario después de ocurrido el problema por el cual desea quejarse.
- **Si presenta una queja porque rechazamos su solicitud de una “decisión de cobertura rápida” o una “apelación rápida”, automáticamente le concederemos una queja “rápida”.** Si tiene una queja “rápida”, significa que le comunicaremos **una respuesta en un plazo de 24 horas.**

| Términos legales                                                                                 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Lo que en esta sección se denomina “queja rápida” también recibe el nombre de “reclamo urgente”. |

### **Paso 2: Consideramos su queja y le comunicamos nuestra respuesta.**

- **De ser posible, le responderemos inmediatamente.** Si nos llama por una queja, es posible que le demos una respuesta durante la misma llamada. Si su estado de salud así lo requiere, le responderemos rápidamente.
- **La mayoría de las quejas se responden en el transcurso de 30 días calendario.** Si necesitamos información adicional y la demora lo beneficia, o si usted solicita más tiempo,

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

podemos tardar hasta 14 días calendario más (44 días calendario en total) para responder su queja. Si decidimos tomarnos días adicionales, se lo informaremos por escrito.

- **Si no estamos de acuerdo** con la totalidad o parte de su queja o no asumimos responsabilidad por el problema por el cual presentó su queja, se lo informaremos. Nuestra respuesta incluirá las razones por las cuales le brindamos esa respuesta. Debemos responder si estamos de acuerdo o no con la queja.

### Sección 7.4 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad

Puede presentar su queja sobre la calidad de la atención que recibió mediante el proceso paso a paso que se indica más arriba.

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

- **Puede presentar su queja ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.** Si así lo prefiere, puede presentar su queja sobre la calidad de la atención que recibió directamente ante dicha organización (*sin* presentarnos la queja a nosotros).
  - La Organización para el Mejoramiento de la Calidad es un grupo de médicos y otros expertos en atención de la salud en ejercicio que reciben un pago del Gobierno federal para controlar y mejorar la atención que reciben los pacientes de Medicare.
  - Para conocer el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad correspondiente a su estado, consulte la Sección 4 del Capítulo 2 de este folleto. Si presenta una queja ante esta organización, trabajaremos junto con ella para resolver su queja.
- **O puede presentar su queja ante ambos al mismo tiempo.** Si así lo desea, puede presentar su queja sobre la calidad de la atención ante nuestro plan y también ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.

### Sección 7.5 También puede informarle su queja a Medicare

Usted puede presentar una queja sobre Blue Shield Rx Plus directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, visite [www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx](http://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx). Medicare considera sus quejas con seriedad y usará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa Medicare.

Si tiene algún otro comentario o inquietud, o si considera que el plan no se está ocupando de su problema, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios del sistema TTY/TDD pueden llamar al 1-877-486-2048.

# CAPÍTULO 8

*Cómo terminar su membresía en el plan*



**Capítulo 8. Cómo terminar su membresía en el plan**

|                  |                                                                                                               |            |
|------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>SECCIÓN 1</b> | <b>Introducción.....</b>                                                                                      | <b>135</b> |
| Sección 1.1      | Este capítulo se centra en la terminación de su membresía en nuestro plan .....                               | 135        |
| <b>SECCIÓN 2</b> | <b>¿Cuándo puede terminar su membresía en nuestro plan? .....</b>                                             | <b>135</b> |
| Sección 2.1      | Puede terminar su membresía durante el Período de Inscripción Anual.....                                      | 135        |
| Sección 2.2      | En ciertas situaciones, puede terminar su membresía durante un Período de Inscripción Especial .....          | 136        |
| Sección 2.3      | ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede terminar su membresía? .....                          | 138        |
| <b>SECCIÓN 3</b> | <b>¿Cómo termina su membresía en nuestro plan? .....</b>                                                      | <b>138</b> |
| Sección 3.1      | Generalmente, usted termina su membresía cuando se inscribe en otro plan.....                                 | 138        |
| <b>SECCIÓN 4</b> | <b>Hasta que termine su membresía, debe seguir obteniendo sus medicamentos a través de nuestro plan .....</b> | <b>141</b> |
| Sección 4.1      | Hasta que termine su membresía, sigue siendo miembro de nuestro plan .....                                    | 141        |
| <b>SECCIÓN 5</b> | <b>Blue Shield Rx Plus debe terminar su membresía en el plan en determinadas situaciones .....</b>            | <b>141</b> |
| Sección 5.1      | ¿Cuándo debemos dar por terminada su membresía en el plan?.....                                               | 141        |
| Sección 5.2      | <u>No podemos</u> pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud.....               | 142        |
| Sección 5.3      | Tiene derecho a presentar una queja si damos por terminada su membresía en nuestro plan .....                 | 142        |

---

## **SECCIÓN 1      Introducción**

---

|                    |                                                                                  |
|--------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Sección 1.1</b> | <b>Este capítulo se centra en la terminación de su membresía en nuestro plan</b> |
|--------------------|----------------------------------------------------------------------------------|

La terminación de su membresía en Blue Shield Rx Plus puede ser **voluntaria** (cuando es su decisión) o **involuntaria** (cuando no es su decisión):

- Puede dejar nuestro plan porque ha decidido que *quiere* hacerlo.
  - Puede terminar su membresía en el plan en forma voluntaria solamente en determinados momentos del año o en determinadas situaciones. La Sección 2 le explica *cuándo* puede terminar su membresía en el plan.
  - El proceso para la terminación voluntaria de su membresía varía de acuerdo con el tipo de cobertura nueva que usted elija. La Sección 3 le explica *cómo* terminar su membresía en cada situación.
- También hay una cantidad limitada de situaciones en las que usted no decide terminarla, sino que somos nosotros quienes nos vemos obligados a terminar su membresía. La Sección 5 le brinda información sobre situaciones en las que debemos terminar su membresía.

Si tiene pensado dejar nuestro plan, debe seguir obteniendo sus medicamentos recetados de la Parte D a través de nuestro plan hasta que termine su membresía.

---

## **SECCIÓN 2      ¿Cuándo puede terminar su membresía en nuestro plan?**

---

Puede terminar su membresía en nuestro plan solamente en determinados momentos del año, conocidos como períodos de inscripción. Todos los miembros tienen la oportunidad de dejar el plan durante el Período de Inscripción Anual. En ciertas situaciones, también puede reunir los requisitos necesarios para dejar el plan en otros momentos del año.

|                    |                                                                            |
|--------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| <b>Sección 2.1</b> | <b>Puede terminar su membresía durante el Período de Inscripción Anual</b> |
|--------------------|----------------------------------------------------------------------------|

Puede terminar su membresía durante el **Período de Inscripción Anual** (también conocido como “Período de Inscripción Abierta Anual”). Este es el momento en el cual debe revisar su cobertura de salud y de medicamentos y tomar una decisión sobre su cobertura para el próximo año.

- **¿Cuándo es el Período de Inscripción Anual?** Del 15 de octubre al 7 de diciembre.
- **¿A qué tipo de plan puede cambiarse durante el Período de Inscripción Anual?**  
Usted elige entre mantener su cobertura actual o realizar cambios en su cobertura para el

**Capítulo 8. Cómo terminar su membresía en el plan**

año próximo. Si decide cambiarse a un nuevo plan, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:

- Otro plan de medicamentos recetados de Medicare.
- Medicare Original *sin* un plan aparte de medicamentos recetados de Medicare.
  - **Si recibe “Ayuda Complementaria” de Medicare para pagar sus medicamentos recetados:** Si no se inscribe en un plan aparte de medicamentos recetados de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted haya optado por no ser inscrito automáticamente.
- *O bien* un plan de salud de Medicare. Un plan de salud de Medicare es un plan ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindar todos los beneficios de la Parte A (beneficios hospitalarios) y de la Parte B (beneficios médicos) de Medicare. Algunos planes de salud de Medicare también incluyen cobertura de medicamentos recetados de la Parte D.

Si se inscribe en la mayoría de los planes de salud de Medicare, se cancelará su inscripción en Blue Shield Rx Plus cuando empiece la cobertura del nuevo plan. Sin embargo, si elige un plan privado de pago por servicio sin cobertura de medicamentos de la Parte D, un plan de cuentas de ahorros médicos de Medicare o un plan de costos de Medicare, puede inscribirse en dicho plan y mantener Blue Shield Rx Plus para su cobertura de medicamentos. Si no desea permanecer en nuestro plan, puede decidir inscribirse en otro plan de medicamentos recetados de Medicare o dejar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare.

**Nota:** Si usted cancela la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y sigue sin una cobertura acreditable de medicamentos recetados durante un período de 63 días seguidos o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante. (Si la cobertura es “acreditable”, esto significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare). Consulte la Sección 5 del Capítulo 1 para obtener más información sobre la multa por inscripción tardía.

- **¿Cuándo terminará su membresía?** Su membresía terminará cuando empiece la cobertura de su nuevo plan, el 1 de enero.

**Sección 2.2      En ciertas situaciones, puede terminar su membresía durante un Período de Inscripción Especial**

En ciertas situaciones, los miembros de Blue Shield Rx Plus pueden reunir los requisitos necesarios para terminar su membresía en otros momentos del año. Esto se conoce con el nombre de **Período de Inscripción Especial**.

- **¿Quiénes reúnen los requisitos necesarios para obtener acceso a un Período de Inscripción Especial?** Si usted está en alguna de las siguientes situaciones, puede ser elegible para terminar su membresía durante un Período de Inscripción Especial. A continuación, se indican solo algunos ejemplos; para obtener la lista completa, puede

**Capítulo 8. Cómo terminar su membresía en el plan**

---

comunicarse con el plan, llamar a Medicare o visitar el sitio web de Medicare ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)).

- Si se mudó del área de servicio de su plan.
  - Si tiene Medi-Cal (Medicaid).
  - Si reúne los requisitos para recibir “Ayuda Complementaria” para el pago de sus medicamentos recetados de Medicare.
  - Si incumplimos nuestro contrato con usted.
  - Si actualmente recibe atención en una institución, como un hogar de ancianos o un hospital de atención a largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés).
  - Si se inscribe en el Programa de Atención Integral para Personas Mayores (All-inclusive Care for the Elderly, PACE).
  - **Nota:** Si está en un programa de administración de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de plan. La Sección 10 del Capítulo 3 le brinda más información acerca de los programas de administración de medicamentos.
- **¿Cuándo son los Períodos de Inscripción Especial?** Los períodos de inscripción varían según la situación en la que esté.
- **¿Qué puede hacer?** Para averiguar si reúne los requisitos necesarios para obtener acceso a un Período de Inscripción Especial, comuníquese con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) durante las 24 horas, cualquier día de la semana. Los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. Si reúne los requisitos necesarios para terminar su membresía debido a una situación especial, puede elegir cambiar su cobertura de salud de Medicare y su cobertura de medicamentos recetados. Esto significa que puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
  - Otro plan de medicamentos recetados de Medicare.
  - Medicare Original *sin* un plan aparte de medicamentos recetados de Medicare.
    - **Si recibe “Ayuda Complementaria” de Medicare para pagar sus medicamentos recetados:** Si se cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan aparte de medicamentos recetados de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted haya optado por no ser inscrito automáticamente.
  - *O bien* un plan de salud de Medicare. Un plan de salud de Medicare es un plan ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindar todos los beneficios de la Parte A (beneficios hospitalarios) y de la Parte B (beneficios médicos) de Medicare. Algunos planes de salud de Medicare también incluyen cobertura de medicamentos recetados de la Parte D.
    - Si se inscribe en la mayoría de los planes de salud de Medicare, su inscripción en Blue Shield Rx Plus se cancelará automáticamente cuando empiece la cobertura del nuevo plan. Sin embargo, si elige un plan privado de pago por servicio sin cobertura de medicamentos de la Parte D, un plan de cuentas de ahorros médicos de Medicare o un plan de costos de

**Capítulo 8. Cómo terminar su membresía en el plan**

Medicare, puede inscribirse en dicho plan y mantener Blue Shield Rx Plus para su cobertura de medicamentos. Si no desea permanecer en nuestro plan, puede decidir inscribirse en otro plan de medicamentos recetados de Medicare o dejar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare.

**Nota:** Si usted cancela la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y sigue sin una cobertura acreditable de medicamentos recetados durante un período de 63 días seguidos o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante. (Si la cobertura es “acreditable”, esto significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare). Consulte la Sección 5 del Capítulo 1 para obtener más información sobre la multa por inscripción tardía.

- **¿Cuándo terminará su membresía?** Generalmente, su membresía terminará el primer día del mes siguiente al mes en que recibamos su solicitud de cambio de plan.

|                    |                                                                                       |
|--------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Sección 2.3</b> | <b>¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede terminar su membresía?</b> |
|--------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|

Si tiene alguna pregunta o desea obtener más información sobre cuándo puede terminar su membresía:

- Puede **llamar a Atención al Cliente**. (Los números de teléfono están en la contracubierta de este folleto).
- Puede encontrar información en el folleto **Medicare & You 2022** (Medicare y usted 2022).
  - Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia del folleto *Medicare & You 2022* en cada otoño. Los nuevos miembros de Medicare la reciben en el transcurso del mes siguiente a su inscripción.
  - También puede descargar una copia del sitio web de Medicare ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)). O bien puede solicitar una copia impresa llamando a Medicare al número que se indica a continuación.
- Puede comunicarse con **Medicare** llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) durante las 24 horas, cualquier día de la semana. Los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

---

**SECCIÓN 3 ¿Cómo termina su membresía en nuestro plan?**

---

|                    |                                                                                 |
|--------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Sección 3.1</b> | <b>Generalmente, usted termina su membresía cuando se inscribe en otro plan</b> |
|--------------------|---------------------------------------------------------------------------------|

En general, para terminar su membresía en nuestro plan, debe simplemente inscribirse en otro plan de Medicare durante uno de los períodos de inscripción. (Consulte la Sección 2 de este capítulo para obtener información sobre los períodos de inscripción). Sin embargo, hay dos situaciones en las que deberá terminar su membresía de otra manera:

**Capítulo 8. Cómo terminar su membresía en el plan**

- Si desea cambiarse de nuestro plan a Medicare Original *sin* un plan de medicamentos recetados de Medicare, debe solicitar que cancelen su inscripción en nuestro plan.
- Si se inscribe en un plan privado de pago por servicio sin cobertura de medicamentos recetados, un plan de cuentas de ahorros médicos de Medicare o un plan de costos de Medicare, la inscripción en el nuevo plan no terminará su membresía en nuestro plan. En este caso, puede inscribirse en dicho plan y mantener Blue Shield Rx Plus para su cobertura de medicamentos. Si no desea permanecer en nuestro plan, puede decidir inscribirse en otro plan de medicamentos recetados de Medicare o solicitar la cancelación de la inscripción en nuestro plan.

Si está en una de estas situaciones y desea dejar nuestro plan, hay dos maneras en las que puede solicitar la cancelación de la inscripción:

- Puede presentarnos una solicitud por escrito. Comuníquese con Atención al Cliente si necesita más información sobre cómo hacer esto. (Los números de teléfono están en la contracubierta de este folleto).
- *O bien* puede comunicarse con Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) durante las 24 horas, cualquier día de la semana. Los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

**Nota:** Si usted cancela la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y sigue sin una cobertura acreditable de medicamentos recetados durante un período de 63 días seguidos o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante. (Si la cobertura es “acreditable”, esto significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare). Consulte la Sección 5 del Capítulo 1 para obtener más información sobre la multa por inscripción tardía.

El cuadro a continuación le explica cómo debe terminar su membresía en nuestro plan.

| <b>Si desea cambiar de nuestro plan a:</b>                                                           | <b>Esto es lo que debe hacer:</b>                                                                                                                                                                                                                                                            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Otro plan de medicamentos recetados de Medicare.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos recetados de Medicare entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre.<br/><br/>Su inscripción en Blue Shield Rx Plus se cancelará automáticamente cuando empiece la cobertura de su nuevo plan.</li> </ul> |

**Capítulo 8. Cómo terminar su membresía en el plan**

| Si desea cambiar de nuestro plan a:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Esto es lo que debe hacer:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Un plan de salud de Medicare.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>Inscribirse en el plan de salud de Medicare antes del 7 de diciembre. En la mayoría de los planes de salud de Medicare, su inscripción en Blue Shield Rx Plus se cancelará automáticamente cuando empiece la cobertura del nuevo plan.<br/>Sin embargo, si elige un plan privado de pago por servicio sin cobertura de medicamentos de la Parte D, un plan de cuentas de ahorros médicos de Medicare o un plan de costos de Medicare, puede inscribirse en ese nuevo plan y mantener Blue Shield Rx Plus para su cobertura de medicamentos. Si desea dejar nuestro plan, debe inscribirse en otro plan de medicamentos recetados de Medicare, <i>o bien</i> solicitar la cancelación de la inscripción. Para solicitar la cancelación de la inscripción, debe enviarnos una solicitud por escrito. Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con Atención al Cliente (los números de teléfono están en la contracubierta de este folleto), o bien llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) durante las 24 horas, cualquier día de la semana. (Los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 1-877-486-2048).</li> </ul> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Medicare Original <i>sin</i> un plan aparte de medicamentos recetados de Medicare.</li> </ul> <p><b>Nota:</b> Si usted cancela la inscripción en un plan de medicamentos recetados de Medicare y sigue sin una cobertura acreditable de medicamentos recetados durante un período de 63 días seguidos o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante. Consulte la Sección 5 del Capítulo 1 para obtener más información sobre la multa por inscripción tardía.</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Enviarnos una solicitud por escrito para que cancelemos su inscripción.</b> Comuníquese con Atención al Cliente si necesita más información sobre cómo hacer esto. (Los números de teléfono están en la contracubierta de este folleto).</li> <li>También puede comunicarse con <b>Medicare</b> llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) durante las 24 horas, cualquier día de la semana, para solicitar la cancelación de la inscripción. Los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |

---

## **SECCIÓN 4      Hasta que termine su membresía, debe seguir obteniendo sus medicamentos a través de nuestro plan**

---

|                                                                                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Sección 4.1      Hasta que termine su membresía, sigue siendo miembro de nuestro plan</b> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|

Si deja Blue Shield Rx Plus, puede transcurrir un tiempo antes de que termine su membresía y empiece su nueva cobertura de Medicare. (Consulte la Sección 2 para obtener información sobre cuándo empieza su nueva cobertura). Durante este tiempo, debe seguir recibiendo sus medicamentos recetados a través de nuestro plan.

- **Debe seguir usando nuestras farmacias de la red para hacer surtir sus recetas hasta que termine su membresía en nuestro plan.** Generalmente, sus medicamentos recetados solo están cubiertos si se surten en una farmacia de la red, incluso mediante nuestra farmacia de servicio por correo.

---

## **SECCIÓN 5      Blue Shield Rx Plus debe terminar su membresía en el plan en determinadas situaciones**

---

|                                                                                    |
|------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Sección 5.1      ¿Cuándo debemos dar por terminada su membresía en el plan?</b> |
|------------------------------------------------------------------------------------|

**Blue Shield Rx Plus debe dar por terminada su membresía en el plan en cualquiera de las siguientes situaciones:**

- Si ya no tiene la Parte A o la Parte B de Medicare (o ambas).
- Si se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si permanece fuera de nuestra área de servicio durante más de 12 meses.
  - Si se muda o se va de viaje por un largo tiempo, debe comunicarse con Atención al Cliente para averiguar si el lugar al que va a mudarse o al que va a viajar está dentro del área de nuestro plan. (Los números de teléfono de Atención al Cliente están en la contracubierta de este folleto).
- Si lo encarcelan (es decir, si va a prisión).
- Si usted no es ciudadano de los Estados Unidos o no está en el país de manera legal.
- Si miente u oculta información sobre otros seguros que tenga y que le brinden cobertura de medicamentos recetados.
- Si al momento de su inscripción en nuestro plan brinda deliberadamente información incorrecta y tal información afecta su elegibilidad para inscribirse en nuestro plan. (No podemos obligarlo a dejar nuestro plan por este motivo a menos que primero contemos con la autorización de Medicare).



**Capítulo 8. Cómo terminar su membresía en el plan**

---

- Si continuamente se comporta de una manera perturbadora y dificulta nuestra capacidad de brindarles atención a usted y a otros miembros de nuestro plan. (No podemos obligarlo a dejar nuestro plan por este motivo a menos que primero contemos con la autorización de Medicare).
- Si permite que otra persona utilice su tarjeta de membresía con el fin de obtener medicamentos recetados. (No podemos obligarlo a dejar nuestro plan por este motivo a menos que primero contemos con la autorización de Medicare).
  - Si terminamos su membresía por este motivo, es posible que Medicare derive su caso al inspector general para que lo investigue.
- Si no paga las primas del plan durante tres (3) meses calendario.
  - Debemos avisarle por escrito que dispone de tres (3) meses calendario para pagar la prima del plan antes de que terminemos su membresía.
- Si se le exige que pague la cantidad adicional de la Parte D debido a su ingreso y usted no lo hace, Medicare cancelará su inscripción en nuestro plan y usted perderá la cobertura de medicamentos recetados.

**¿Dónde puede obtener más información?**

Si tiene preguntas o desea obtener más información sobre cuándo podemos terminar su membresía:

- Puede llamar a **Atención al Cliente** para obtener más información. (Los números de teléfono están en la contracubierta de este folleto).

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

Blue Shield Rx Plus no puede pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud.

**¿Qué debe hacer si, aun así, lo hacemos?**

Si considera que se le está pidiendo que deje nuestro plan por razones relacionadas con su salud, debe comunicarse con Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar durante las 24 horas, cualquier día de la semana.

|                    |                                                                                                |
|--------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Sección 5.3</b> | <b>Tiene derecho a presentar una queja si damos por terminada su membresía en nuestro plan</b> |
|--------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|

Si terminamos su membresía en nuestro plan, debemos comunicarle por escrito nuestras razones para hacerlo. También debemos explicarle cómo puede presentar un reclamo o una queja sobre nuestra decisión de dar por terminada su membresía. Puede consultar también la Sección 7 del Capítulo 7 para obtener información sobre cómo presentar una queja.

# CAPÍTULO 9

*Avisos legales*

**Capítulo 9. Avisos legales**

---

**Capítulo 9. Avisos legales**

|                   |                                                                                                                                                                             |            |
|-------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>SECCIÓN 1</b>  | <b>Aviso sobre las leyes vigentes .....</b>                                                                                                                                 | <b>145</b> |
| <b>SECCIÓN 2</b>  | <b>Aviso sobre la no discriminación .....</b>                                                                                                                               | <b>145</b> |
| <b>SECCIÓN 3</b>  | <b>Aviso sobre los derechos de subrogación de pagador<br/>secundario de Medicare .....</b>                                                                                  | <b>145</b> |
| <b>SECCIÓN 4</b>  | <b>Administración de la Evidencia de Cobertura .....</b>                                                                                                                    | <b>146</b> |
| <b>SECCIÓN 5</b>  | <b>Colaboración del miembro .....</b>                                                                                                                                       | <b>146</b> |
| <b>SECCIÓN 6</b>  | <b>Cesión .....</b>                                                                                                                                                         | <b>146</b> |
| <b>SECCIÓN 7</b>  | <b>Responsabilidad del empleador .....</b>                                                                                                                                  | <b>146</b> |
| <b>SECCIÓN 8</b>  | <b>Responsabilidad de los organismos gubernamentales .....</b>                                                                                                              | <b>146</b> |
| <b>SECCIÓN 9</b>  | <b>Departamento de Asuntos de Veteranos de los Estados Unidos ....</b>                                                                                                      | <b>146</b> |
| <b>SECCIÓN 10</b> | <b>Beneficios de indemnización por accidentes laborales o por<br/>responsabilidad civil del empleador; aviso de exención de<br/>responsabilidad civil del miembro .....</b> | <b>147</b> |
| <b>SECCIÓN 11</b> | <b>Restitución de un pago en exceso .....</b>                                                                                                                               | <b>147</b> |
| <b>SECCIÓN 12</b> | <b>Lesiones causadas por terceros .....</b>                                                                                                                                 | <b>147</b> |
| <b>SECCIÓN 13</b> | <b>Aviso acerca de la participación en el sistema de intercambio<br/>de información sobre la salud .....</b>                                                                | <b>148</b> |
| <b>SECCIÓN 14</b> | <b>Denuncia de fraude, desperdicio y abuso .....</b>                                                                                                                        | <b>148</b> |

---

## **SECCIÓN 1      Aviso sobre las leyes vigentes**

---

Son muchas las leyes que rigen esta *Evidencia de Cobertura* y es posible que se apliquen algunas disposiciones adicionales que la ley exige. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades, aun si las leyes no están incluidas ni explicadas en este documento. La ley más importante que se aplica a este documento es el Título XVIII de la Social Security Act (Ley de Seguro Social), así como los reglamentos creados según dicha ley por el organismo Centros para los Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS). Asimismo, hay otras leyes federales que pueden aplicarse y, en determinadas circunstancias, las leyes del estado donde usted vive también pueden ser pertinentes.

---

## **SECCIÓN 2      Aviso sobre la no discriminación**

---

Nuestro plan debe respetar las leyes que lo protegen a usted contra la discriminación o el trato injusto. **No discriminamos a las personas** por su raza, origen étnico, nacionalidad, color, religión, sexo, género, identidad de género, orientación sexual, edad, discapacidad física o mental, estado de salud, experiencia sinistral, historia clínica, información genética, evidencia de asegurabilidad ni ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que ofrezcan planes de medicamentos recetados de Medicare, como nuestro plan, deben obedecer las leyes federales contra la discriminación, que incluyen el Título VI de la Civil Rights Act (Ley de Derechos Civiles) de 1964, la Rehabilitation Act (Ley de Rehabilitación) de 1973, la Age Discrimination Act (Ley contra la Discriminación por Edad) de 1975, la Americans with Disabilities Act (Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades), la Sección 1557 de la Affordable Care Act (Ley de Atención Médica Económica), todas las demás leyes pertinentes a las organizaciones que obtienen fondos federales y todas las leyes y normas que correspondan 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** (Office for Civil Rights) del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services) al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a la Oficina de Derechos Civiles de su localidad.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda con el acceso a la atención, llame a Atención al Cliente. (Los números de teléfono están en la contracubierta de este folleto). Si tiene alguna queja, como un problema con el acceso para sillas de ruedas, Atención al Cliente puede ayudarlo.

---

## **SECCIÓN 3      Aviso sobre los derechos de subrogación de pagador secundario de Medicare**

---

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar los medicamentos recetados de Medicare cubiertos para los cuales Medicare no sea el pagador primario. Según las reglamentaciones del CMS en las Secciones 422.108 y 423.462 del Título 42 del Code of Federal Regulations (CFR, Código de Regulaciones Federales), Blue Shield Rx Plus, como patrocinador de planes de medicamentos recetados de Medicare, ejercerá los mismos derechos de indemnización que ejerce

**Capítulo 9. Avisos legales**

---

el secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos al amparo de las reglamentaciones del CMS en las subpartes B a D de la parte 411 del Título 42 del CFR, y las normas establecidas en esta sección reemplazan cualquier ley estatal.

---

**SECCIÓN 4 Administración de la Evidencia de Cobertura**

---

Es posible que adoptemos políticas, procedimientos e interpretaciones razonables para promover la administración ordenada y eficaz de esta Evidencia de Cobertura.

---

**SECCIÓN 5 Colaboración del miembro**

---

Usted debe completar cualquier solicitud, formulario, declaración, descargo, autorización, formulario de derecho de retención y cualquier otro tipo de documento que solicitemos durante el curso normal de las actividades comerciales o según se especifique en esta Evidencia de Cobertura.

---

**SECCIÓN 6 Cesión**

---

Usted no puede ceder esta Evidencia de Cobertura ni ninguno de los derechos, intereses, reclamaciones por deudas monetarias, beneficios u obligaciones descritos en el presente documento sin nuestro consentimiento previo por escrito.

---

**SECCIÓN 7 Responsabilidad del empleador**

---

No le pagaremos a un empleador por ningún servicio que el empleador deba brindar por ley y, cuando cubramos algún servicio de ese tipo, es posible que le reclamemos al empleador el valor del servicio en cuestión.

---

**SECCIÓN 8 Responsabilidad de los organismos gubernamentales**

---

No le pagaremos a ningún organismo gubernamental un servicio que, por ley, únicamente dicho organismo deba brindar y, cuando cubramos algún servicio de ese tipo, es posible que le reclamemos al organismo gubernamental el valor del servicio en cuestión.

---

**SECCIÓN 9 Departamento de Asuntos de Veteranos de los Estados Unidos**

---

No le pagaremos al Departamento de Asuntos de Veteranos (Department of Veterans Affairs) ningún servicio para problemas de salud que, por ley, el Departamento de Asuntos de Veteranos deba brindar y, cuando cubramos algún servicio de ese tipo, es posible que le reclamemos al Departamento de Asuntos de Veteranos el valor del servicio en cuestión.

---

## **SECCIÓN 10      Beneficios de indemnización por accidentes laborales o por responsabilidad civil del empleador (aviso de exención de responsabilidad civil del miembro)**

---

Usted puede reunir los requisitos necesarios para recibir pagos u otros beneficios de indemnización por accidentes laborales o por responsabilidad civil del empleador (aviso relacionado con la ley de responsabilidad civil de terceros). Brindaremos medicamentos cubiertos por la Parte D aunque no sepamos si tiene derecho a recibirlos, pero es posible que reclamemos el valor de los Servicios Cubiertos a las siguientes entidades:

1. Cualquier entidad que brinde beneficios o que adeude un beneficio.
2. Usted, en la medida en que un beneficio sea brindado, deba pagarse o se hubiera exigido que se brinde o se pague si usted hubiera solicitado con diligencia establecer sus derechos a los beneficios en virtud de cualquier ley de indemnización por accidentes laborales o de responsabilidad civil del empleador.

---

## **SECCIÓN 11      Restitución de un pago en exceso**

---

Podemos reclamar la restitución de todos los pagos en exceso que hagamos por los servicios a cualquier persona o entidad que reciba dichos pagos en exceso o a cualquier persona u organización que se vea obligada a pagar por los servicios.

---

## **SECCIÓN 12      Lesiones causadas por terceros**

---

Si usted sufre una lesión o se enferma debido al acto o la omisión de otra persona (un “tercero”), Blue Shield debe, con respecto a los servicios que se requieran como resultado de esa lesión, brindar los beneficios del plan y contar con un derecho equitativo a la restitución, al reembolso o a otra solución disponible para recuperar las cantidades que Blue Shield pagó por los Servicios que se le brindaron a usted mediante la deducción de cualquier indemnización (se define a continuación) obtenida por usted o en su nombre, otorgada por el tercero responsable de la lesión o enfermedad o en nombre de él, o por parte de la cobertura contra conductores sin seguro o con seguro insuficiente.

Este derecho a la restitución, al reembolso o a otra solución disponible se deduce de cualquier indemnización que usted reciba a raíz de la lesión o enfermedad, incluida cualquier cantidad otorgada o recibida mediante juicio legal, laudo arbitral, acuerdo legal o cualquier otro arreglo, por parte de cualquier tercero o asegurador del tercero, o de la cobertura contra conductores sin seguro o con seguro insuficiente, en relación con la enfermedad o lesión (la “Indemnización”), sin tener en cuenta si usted ha sido “compensado satisfactoriamente” mediante la Indemnización. El derecho a la restitución, al reembolso o a otra solución disponible se circunscribe a esa porción de la Indemnización total que corresponde por los Beneficios pagados en relación con dicha lesión o enfermedad, calculados de acuerdo con el aviso de no discriminación de la Sección 3040 del California Civil Code (Código Civil de California).

**Capítulo 9. Avisos legales**

---

Usted tiene la obligación de:

1. Avisar por escrito a Blue Shield sobre cualquier reclamación o acción legal, real o potencial, que usted tenga pensado iniciar o haya iniciado contra el tercero a raíz de los presuntos actos u omisiones que provocaron su lesión o enfermedad, en un plazo máximo de 30 días después de haber enviado o presentado una reclamación o acción legal contra el tercero.
2. Aceptar colaborar plenamente y cumplir con todas las formalidades de cualquier formulario o documentación que se requiera para hacer cumplir este derecho a la restitución, al reembolso o a otras soluciones que estén disponibles.
3. Acordar por escrito reembolsar a Blue Shield por los beneficios pagados por Blue Shield mediante la deducción de cualquier Indemnización cuando dicha Indemnización se obtenga de un tercero, o en nombre de él, o de su asegurador, o de la cobertura contra conductores sin seguro o con seguro insuficiente.
4. Brindar un derecho de retención calculado en conformidad con la Sección 3040 del California Civil Code. El derecho de retención puede ser presentado ante el tercero, el representante o el abogado del tercero o ante el tribunal, a menos que la ley lo prohíba.
5. Responder periódicamente a pedidos de información que tengan que ver con la reclamación al tercero y avisar por escrito a Blue Shield en el transcurso de los diez (10) días siguientes a la obtención de cualquier Indemnización.

El incumplimiento de las cinco normas descritas anteriormente no obrará de ninguna manera como renuncia, liberación ni abandono de los derechos de Blue Shield.

---

**SECCIÓN 13      Aviso acerca de la participación en el sistema de intercambio de información sobre la salud**

---

Blue Shield participa en el sistema de intercambio de información sobre la salud (HIE, por sus siglas en inglés) de **Manifest MedEx**, ya que pone a disposición de Manifest MedEx la información sobre la salud de sus miembros para que los proveedores de atención de la salud autorizados puedan tener acceso a ella. Manifest MedEx es una organización independiente sin fines de lucro, que mantiene una base de datos de las historias clínicas electrónicas de los pacientes en todo el estado. Esta base de datos incluye información sobre la salud que aportan los médicos, los centros de atención de la salud, los planes de servicios de atención de la salud y las compañías de seguros de salud. Los proveedores de atención de la salud autorizados (que incluyen médicos, profesionales de enfermería y hospitales) pueden tener acceso seguro a la información sobre la salud de sus pacientes a través del HIE de Manifest MedEx como apoyo para brindar atención segura y de alta calidad.

Manifest MedEx respeta el derecho a la privacidad que tienen los miembros y cumple con las leyes de privacidad estatales y federales vigentes. Manifest MedEx utiliza sistemas de seguridad

**Capítulo 9. Avisos legales**

---

de avanzada y técnicas modernas de cifrado de datos para proteger la privacidad de los miembros y la seguridad de su información personal.

Todos los miembros de Blue Shield tienen derecho a indicar a Manifest MedEx que no comparta su información sobre la salud con sus proveedores de atención de la salud. Si bien el hecho de optar por no participar en Manifest MedEx puede limitar la capacidad de su proveedor para tener acceso rápido a información importante relacionada con la atención de su salud, su seguro de salud o la cobertura de beneficios de su plan de salud no se verán afectados por su elección de no participar en Manifest MedEx. Ningún médico u hospital que participe en Manifest MedEx se negará a brindar atención médica a un paciente que decida no participar en el HIE de Manifest MedEx.

Los miembros que no deseen que su información de atención de la salud aparezca en Manifest MedEx deberán completar un formulario por Internet, disponible en <https://www.manifestmedex.org/opt-out>, o llamar a Manifest MedEx al (888) 510-7142, de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 7:00 p. m. (hora estándar del Pacífico). Las personas con dificultades auditivas pueden comunicarse mediante TTY al 711.

---

**SECCIÓN 14 Denuncia de fraude, desperdicio y abuso**

---

**¿Qué es fraude, desperdicio y abuso (FWA, por sus siglas en inglés)?**

- El **fraude** es una falsedad intencionada que puede derivar en costos no autorizados para un programa de atención de la salud.
- El **desperdicio** es el uso inapropiado de los fondos o recursos de atención de la salud sin una necesidad justificada para hacerlo.
- El **abuso** es una práctica inconsistente con las buenas prácticas médicas o comerciales que puede derivar, directa o indirectamente, en costos innecesarios para un programa de atención de la salud.

**Protéjase a usted mismo y a sus beneficios**

- Nunca le brinde a un desconocido su número de Seguro Social, Medicare o plan de salud, ni su información bancaria.
- No brinde su consentimiento para ninguna prueba de laboratorio sin la orden de su médico.
- Es ilegal aceptar cualquier cosa de valor a cambio de servicios médicos.

**Esté atento a las pruebas genéticas fraudulentas**

Los estafadores abordan a las personas inscritas que son muy confiadas en las ferias de salud locales, los hogares de ancianos, los centros comunitarios, las agencias de salud en el hogar y otros lugares de confianza para realizar pruebas genéticas fraudulentas. Prometen con falsedad que Medicare pagará por la prueba, y usted simplemente debe realizarse un hisopado bucal y brindar su identificación y la información de Medicare para recibir los resultados de la prueba. Desafortunadamente, estos estafadores ahora tienen su número de Medicare o plan de salud, y pueden facturarle a Medicare miles de dólares por pruebas o incluso servicios que usted nunca recibe. También tienen su información genética personal.



**Capítulo 9. Avisos legales**

---

Para denunciar un posible fraude, desperdicio y abuso, comuníquese con:

- La línea directa para denunciar fraudes de Medicare de Blue Shield of California: (855) 331-4894 (TTY: 711), o por correo electrónico a: [MedicareStopFraud@blueshieldca.com](mailto:MedicareStopFraud@blueshieldca.com).
- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, cualquier día de la semana. Los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

# CAPÍTULO 10

*Definiciones de términos importantes*

## **Capítulo 10. Definiciones de términos importantes**

**Apelación:** Acción que usted realiza si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar una solicitud de cobertura de medicamentos recetados o una solicitud de pago por medicamentos que ya recibió. Por ejemplo, puede presentar una apelación si no pagamos un medicamento que usted considera que debería poder recibir. El Capítulo 7 describe las apelaciones y los pasos que debe seguir para presentar una apelación.

**Área de servicio:** Área geográfica en la que un plan de medicamentos recetados acepta miembros, siempre y cuando se limite la membresía de acuerdo con el lugar donde vivan las personas. El plan puede cancelar su inscripción si usted se muda en forma permanente fuera del área de servicio del plan.

**Atención al Cliente:** Departamento dentro de nuestro plan encargado de responder a sus preguntas sobre la membresía, los beneficios, los reclamos y las apelaciones. Consulte el Capítulo 2 para obtener información sobre cómo comunicarse con Atención al Cliente.

**Autorización previa:** Aprobación por adelantado para obtener determinados medicamentos que pueden estar incluidos o no en nuestro formulario. Algunos medicamentos están cubiertos solo si su médico u otro proveedor de la red obtiene una “autorización previa” de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos que requieren autorización previa están marcados en el formulario.

**Ayuda Complementaria:** Programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos de los programas de medicamentos recetados de Medicare, como primas, deducibles y coseguros.

**Cancelar la inscripción o cancelación:** Proceso de terminación de su membresía en nuestro plan. La cancelación de la inscripción puede ser voluntaria (cuando es una decisión propia) o involuntaria (cuando no es una decisión propia).

**Cantidad de ajuste mensual según el ingreso (Income Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA):** Si, en el informe de declaración de impuestos del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) de hace 2 años, su ingreso bruto ajustado y modificado (MAGI, por sus siglas en inglés) sobrepasa cierta cantidad, deberá pagar la cantidad de la prima estándar y una cantidad de ajuste mensual según el ingreso (Income Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA). La IRMAA es una tarifa adicional que se agrega a su prima. Esto afecta a menos del 5% de las personas con Medicare, de modo que la mayoría de las personas no deben pagar una prima mayor.

### **Centros para los Servicios de Medicare y Medicaid**

**(Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS):** Organismo federal que administra Medicare. El Capítulo 2 le explica cómo comunicarse con el CMS.

**Cobertura acreditable de medicamentos recetados:** Cobertura de medicamentos recetados (por ejemplo, de un empleador o una unión) que se espera que pague, en promedio, al menos lo

**Capítulo 10. Definiciones de términos importantes**

---

mismo que la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare. Por lo general, las personas que tienen este tipo de cobertura, cuando reúnen los requisitos necesarios para obtener Medicare, pueden conservar esa cobertura sin pagar una multa si más adelante deciden inscribirse en una cobertura de medicamentos recetados de Medicare.

**Cobertura de medicamentos recetados de Medicare (Parte D de Medicare):** Seguro para colaborar con el pago de medicamentos recetados, vacunas, productos biológicos y algunos suministros que no cubren ni la Parte A ni la Parte B de Medicare para pacientes ambulatorios.

**Copago:** Cantidad que posiblemente deba pagar como su porción del costo por un medicamento recetado. El copago es una cantidad fija, en lugar de un porcentaje. Por ejemplo, usted puede pagar \$10 o \$20 por un medicamento recetado.

**Coseguro:** Cantidad que posiblemente deba pagar como su porción del costo por medicamentos recetados después de pagar cualquier deducible que corresponda. Normalmente, el coseguro es un porcentaje (por ejemplo, el 20%).

**Costo compartido estándar:** Costo compartido distinto del costo compartido preferido que se ofrece en una farmacia de la red.

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

**Costo compartido:** Se refiere a las cantidades que un miembro debe pagar cuando obtiene medicamentos. (Esto se suma a la prima mensual del plan). El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pago: (1) cualquier cantidad de deducible que un plan pueda imponer antes de cubrir medicamentos; (2) cualquier cantidad de “copago” fijo que un plan exija cuando se obtiene un medicamento específico; o (3) cualquier cantidad de “coseguro” (un porcentaje de la cantidad total pagada por un servicio o un medicamento) que un plan exija cuando se obtiene un medicamento específico. Es posible que se aplique una “proporción de costo compartido por día” si su médico le receta un determinado medicamento para menos de un mes completo y usted debe pagar un copago.

**Costos de bolsillo:** Consulte la definición de “costo compartido” más arriba. El requisito de costo compartido del miembro es la porción que el miembro tiene que pagar por los medicamentos recibidos. También se denomina “requisito de costo de bolsillo” del miembro.

**Deducible:** Cantidad que usted debe pagar por los medicamentos recetados antes de que nuestro plan empiece a pagar.

**Determinación de cobertura:** Decisión sobre si un medicamento que se le ha recetado está cubierto por el plan y, cuando corresponda, determinación de la cantidad que debe pagar por el medicamento. En general, si lleva su receta a una farmacia y la farmacia le comunica que el medicamento recetado no está cubierto por su plan, eso no es una determinación de cobertura. Debe comunicarse con su plan por teléfono o por escrito para solicitar una decisión formal sobre

**Capítulo 10. Definiciones de términos importantes**

---

la cobertura. En este folleto, las determinaciones de cobertura se denominan “decisiones de cobertura”. El Capítulo 7 le explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

**Emergencia:** Una emergencia médica se presenta cuando usted o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de salud y medicina consideran que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para prevenir la muerte, la pérdida de una extremidad o la invalidez de una extremidad. Los síntomas médicos pueden incluir una enfermedad, una lesión, dolor intenso o un problema de salud que empeora rápidamente.

**Etapas de Cobertura Inicial:** Etapa anterior a que sus costos totales por medicamentos, incluidas las cantidades que haya pagado usted y que haya pagado su plan en su nombre durante el año, hayan alcanzado \$4,430.

**Etapas de Cobertura para Catástrofes:** Etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D en la cual usted paga un copago o coseguro bajo por sus medicamentos después de que usted o terceros autorizados en su nombre hayan gastado \$7,050 en medicamentos cubiertos durante el año cubierto.

**Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC) y revelación de información:**

Este documento, junto con el formulario de inscripción y otros documentos adjuntos, cláusulas adicionales u otras coberturas opcionales seleccionadas, describe su cobertura, lo que debemos hacer, sus derechos y lo que usted debe hacer como miembro de nuestro plan.

**Excepción:** Tipo de decisión de cobertura que, si se aprueba, le permite obtener un medicamento que no está en el formulario del patrocinador de su plan (una excepción del formulario) o recibir un medicamento no preferido a un nivel más bajo de costo compartido (una excepción del nivel de medicamento). También puede solicitar una excepción si el patrocinador de su plan le exige que pruebe otro medicamento antes de recibir el medicamento que usted solicita o si el plan limita la cantidad o la dosis del medicamento que solicita (una excepción del formulario).

**Farmacia de la red:** Farmacia en la que los miembros de nuestro plan pueden recibir sus beneficios de medicamentos recetados. Las denominamos “farmacias de la red” porque tienen un contrato con nuestro plan. En la mayoría de los casos, sus medicamentos recetados están cubiertos solo si la receta se surte en alguna de nuestras farmacias de la red.

**Farmacia fuera de la red:** Farmacia que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar o brindar medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. Como se explica en esta Evidencia de Cobertura, la mayoría de los medicamentos que usted obtiene en farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que se apliquen ciertas condiciones.

**Indicación medicamento aceptada:** Uso de un medicamento aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos (Food and Drug Administration, FDA) o avalado por ciertos libros de referencia. Consulte la Sección 3 del Capítulo 3 para obtener más información sobre una indicación medicamento aceptada.

**Límite de cobertura inicial:** Límite máximo de cobertura durante la Etapa de Cobertura Inicial.

**Capítulo 10. Definiciones de términos importantes**

---

**Límites en las cantidades:** Herramienta de administración que tiene como objetivo limitar el uso de determinados medicamentos por razones de calidad, seguridad o uso. Los límites pueden aplicarse sobre la cantidad de medicamento que cubrimos por receta o sobre un período determinado.

**Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario o “Lista de Medicamentos”):** Lista de los medicamentos recetados cubiertos por el plan. El plan selecciona los medicamentos de esta lista con la ayuda de médicos y farmacéuticos. Esta lista incluye tanto medicamentos de marca como medicamentos genéricos.

**Medicaid (o Asistencia Médica):** Programa conjunto federal y estatal que ayuda a cubrir los costos médicos de algunas personas con ingresos bajos y recursos limitados. Los programas de Medicaid varían según el estado, pero la mayoría de los costos de la atención de la salud están cubiertos si usted cumple con los requisitos tanto para Medicare como para Medicaid. Consulte la Sección 6 del Capítulo 2 para obtener información sobre cómo comunicarse con Medicaid en su estado.

**Medicamento de marca:** Medicamento recetado que fabrica y vende la compañía farmacéutica que originalmente investigó y desarrolló el medicamento. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de principios activos que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otros fabricantes de medicamentos y, generalmente, no están disponibles hasta que la patente del medicamento de marca haya vencido.

**Medicamento genérico:** Medicamento recetado que está aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos (Food and Drug Administration, FDA) por tener los mismos principios activos que el medicamento de marca. Por lo general, un medicamento “genérico” tiene la misma eficacia que un medicamento de marca y suele costar menos.

**Medicamentos cubiertos:** Término que usamos para referirnos a todos los medicamentos recetados cubiertos por nuestro plan.

**Medicamentos de la Parte D:** Medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte D. Podemos ofrecer o no todos los medicamentos de la Parte D. (Consulte su formulario para obtener una lista específica de los medicamentos cubiertos). El Congreso excluyó específicamente ciertas categorías de medicamentos para que no estuvieran cubiertas como medicamentos de la Parte D.

**Medicare Original** (“Medicare tradicional” o Medicare de “pago por servicio”): Quien ofrece Medicare Original es el Gobierno, no un plan de salud privado como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos recetados. Con Medicare Original, los servicios de Medicare están cubiertos a través del pago de cantidades, establecidas por el Congreso, que se realiza a médicos, hospitales y demás proveedores de atención de la salud. Puede acudir a cualquier médico, hospital o proveedor de atención de la salud que acepte Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga la porción que le corresponde de la cantidad aprobada por Medicare, y usted paga su porción. Medicare Original se divide en dos partes: la Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico). Además, está disponible en todo el territorio de los Estados Unidos.

**Capítulo 10. Definiciones de términos importantes**

---

**Medicare:** Programa federal de seguro de salud para personas de 65 años en adelante, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas que padecen insuficiencia renal terminal (por lo general, quienes padecen insuficiencia renal permanente y requieren diálisis o un trasplante de riñón). Las personas con Medicare pueden obtener su cobertura de salud de Medicare por medio de Medicare Original, un plan de costos de Medicare, un plan PACE o un plan Medicare Advantage.

**Miembro (miembro de nuestro plan o “miembro del plan”):** Persona que tiene Medicare, que reúne los requisitos necesarios para recibir servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por el organismo Centros para los Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS).

**Multa por inscripción tardía de la Parte D:** Cantidad que se agrega a su prima mensual de la cobertura de medicamentos de Medicare si sigue sin una cobertura acreditable (cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare) durante un período de 63 días seguidos o más luego de reúna por primera vez los requisitos necesarios para inscribirse en un plan de la Parte D. Usted paga esta cantidad superior durante el tiempo que tenga un plan de medicamentos de Medicare. Hay algunas excepciones. Por ejemplo, si usted recibe “Ayuda Complementaria” de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos recetados, las normas de la multa por inscripción tardía no se aplicarán a su caso. Si recibe “Ayuda Complementaria”, no debe pagar una multa por inscripción tardía.

**Nivel de costo compartido:** Cada medicamento de la lista de medicamentos cubiertos pertenece a uno de los cinco niveles de costo compartido. En general, mientras más alto sea el nivel de costo compartido, más alto será el costo que usted deberá pagar por el medicamento.

**Organización para el Mejoramiento de la Calidad (Quality Improvement Organization, QIO):** Grupo de médicos y otros expertos en atención de la salud en ejercicio que reciben un pago del Gobierno federal para controlar y mejorar la atención que reciben los pacientes de Medicare. Consulte la Sección 4 del Capítulo 2 para obtener información sobre cómo comunicarse con la QIO de su estado.

**Parte C: Consulte la definición de “Plan Medicare Advantage (MA)”.**

**Parte D:** Programa voluntario de beneficios de medicamentos recetados de Medicare. (Con el fin de simplificar, nos referiremos al programa de beneficios de medicamentos recetados como la Parte D).

**Período de Inscripción Anual:** Tiempo establecido cada otoño en el que los miembros pueden cambiar sus planes de salud o sus planes de medicamentos, o cambiarse a Medicare Original. El Período de Inscripción Anual se extiende del 15 de octubre al 7 de diciembre.

**Período de Inscripción Especial:** Período establecido en el que los miembros pueden cambiar sus planes de salud o de medicamentos o volver a Medicare Original. Usted puede reunir los requisitos necesarios para obtener acceso al Período de Inscripción Especial si se muda fuera del

**Capítulo 10. Definiciones de términos importantes**

---

área de servicio, si está recibiendo “Ayuda Complementaria” con sus costos de medicamentos recetados, si se muda a un hogar de ancianos o si no cumplimos nuestro contrato con usted.

**Período de Inscripción Inicial:** Período de tiempo en el que puede inscribirse en la Parte A y la Parte B de Medicare cuando reúne por primera vez los requisitos necesarios para obtener acceso a Medicare. Por ejemplo, si usted reúne los requisitos necesarios para obtener acceso a Medicare cuando cumple 65 años, su Período de Inscripción Inicial es el período de siete (7) meses que empieza tres (3) meses antes del mes en el que cumple 65 años, que incluye el mes de su cumpleaños y que termina tres (3) meses después del mes en que cumple 65 años.

**Plan de costos de Medicare:** Plan administrado por una Organización para el Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization, HMO) o un Plan Médico Competitivo (Competitive Medical Plan, CMP), de acuerdo con un contrato de reembolso de costos, en conformidad con la Sección 1876(h) de la ley.

**Plan de salud de Medicare:** Se ofrece por medio de una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindarles los beneficios de la Parte A y la Parte B a las personas con Medicare que se inscriben en el plan. Este término incluye todos los planes Medicare Advantage, los planes de costos de Medicare, los programas piloto o de demostración y los Programas de Atención Integral para Personas Mayores (All-inclusive Care for the Elderly, PACE).

**Plan Medicare Advantage (MA)** (a veces denominado “Parte C de Medicare”): Plan ofrecido por una compañía privada que firma un contrato con Medicare para brindar todos sus beneficios de la Parte A y de la Parte B de Medicare. Un plan Medicare Advantage puede ser un plan HMO, un plan PPO, un plan privado de pago por servicio (Private Fee-for-Service, PFFS) o un plan de cuentas de ahorros médicos (Medical Savings Account, MSA) de Medicare. Si usted está inscrito en un plan Medicare Advantage, los servicios de Medicare están cubiertos por el plan; dichos servicios no se pagan en Medicare Original. En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D de Medicare (cobertura de medicamentos recetados). Estos planes se denominan **planes Medicare Advantage con cobertura de medicamentos recetados**. Todas las personas que tienen las Partes A y B de Medicare reúnen los requisitos para inscribirse en cualquier plan de salud Medicare Advantage que se ofrezca en su área.

**Plan PACE:** Un plan PACE (Program of All-Inclusive Care for the Elderly, Programa de Atención Integral para Personas Mayores) combina servicios de atención médica, social y a largo plazo para personas en estado delicado, a fin de ayudarlas a valerse por sí mismas y a vivir en su comunidad (en lugar de mudarse a un hogar de ancianos) el mayor tiempo posible, además de obtener la atención de alta calidad que necesitan. Las personas inscritas en los planes PACE reciben tanto los beneficios de Medicare como los de Medicaid a través del plan.

**Póliza de “Medigap” (seguro suplementario de Medicare):** Seguro suplementario de Medicare que venden las compañías de seguros privadas para cubrir las “brechas” de Medicare Original. Las pólizas de Medigap sirven solo para Medicare Original. (Un plan Medicare Advantage no es una póliza de Medigap).



**Capítulo 10. Definiciones de términos importantes**

---

**Prima:** Pago periódico a Medicare, a una compañía de seguros o a un plan de atención de la salud por la cobertura de salud o de medicamentos recetados.

**Programa de Descuentos durante la Brecha de Cobertura de Medicare:** Programa que brinda descuentos en la mayoría de los medicamentos de marca cubiertos de la Parte D a los miembros de la Parte D que hayan alcanzado la Etapa de Brecha de Cobertura y que aún no reciban “Ayuda Complementaria”. Los descuentos se basan en acuerdos entre el Gobierno federal y determinados fabricantes de medicamentos. Por esta razón, la mayoría de los medicamentos de marca (no todos) tienen descuento.

**Proporción de costo compartido por día:** Es posible que se aplique una “proporción de costo compartido por día” si su médico le receta un determinado medicamento para menos de un mes completo y usted debe pagar un copago. La proporción de costo compartido por día representa el copago dividido por la cantidad de días del suministro mensual de un medicamento. Analice este ejemplo: Si su copago por el suministro de un medicamento para un mes es de \$30, y un suministro para un mes según su plan abarca 30 días, entonces su “proporción de costo compartido por día” será de \$1 por día. Esto significa que pagará \$1 por cada día del suministro cuando haga surtir su receta.

**Queja:** El nombre formal de “presentación de una queja” es “presentación de un reclamo”. El proceso de presentación de quejas se utiliza *únicamente* para determinados tipos de problemas. Esto abarca problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que usted recibe. Consulte también el término “reclamo” en esta lista de definiciones.

**Reclamo:** Tipo de queja que usted presenta en contra de nuestro plan o en contra de alguna de nuestras farmacias de la red, incluidas las quejas relacionadas con la calidad de su atención. Este tipo de queja no incluye conflictos relacionados con la cobertura ni con los pagos.

**Seguro de Ingreso Suplementario (Supplemental Security Income, SSI):** Beneficio mensual que el Seguro Social les paga a las personas con ingresos y recursos limitados que tienen alguna discapacidad, son ciegas o tienen 65 años o más. Los beneficios del SSI no son los mismos que los beneficios del Seguro Social.

**Servicios cubiertos por Medicare:** Servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare.

**Subsidios para personas de bajos ingresos (Low Income Subsidy, LIS):** Consulte la definición de “Ayuda Complementaria”.

**Tarifa por prescripción:** Tarifa que se cobra cada vez que se despacha un medicamento cubierto a fin de pagar el costo que representa surtir una receta. Por ejemplo, la tarifa por prescripción cubre el costo del tiempo que tarda el farmacéutico en preparar y embalar el medicamento recetado.

**Tratamiento escalonado:** Herramienta de uso que le exige que primero pruebe otro medicamento para tratar su problema de salud antes de que cubramos el medicamento que su médico puede haber recetado inicialmente.

## Atención al Cliente de Blue Shield Rx Plus

| Modo de contacto | Información de contacto de Atención al Cliente                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| TEL.             | (888) 239-6469<br>Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., cualquier día de la semana, durante todo el año. Atención al Cliente también cuenta con servicios de interpretación gratuitos disponibles para las personas que no hablan inglés.                  |
| TTY              | 711<br>Para usar este número, es necesario contar con un equipo telefónico especial. Este número es exclusivo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., cualquier día de la semana, durante todo el año. |
| FAX              | (877) 251-6671                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| CORREO           | Blue Shield Rx Plus<br>P.O. Box 927, Woodland Hills, CA 91365-9856                                                                                                                                                                                                                                                   |
| SITIO WEB        | <a href="http://blueshieldca.com/medicare">blueshieldca.com/medicare</a>                                                                                                                                                                                                                                             |

## HICAP (SHIP de California)

El HICAP es un programa estatal que recibe fondos del Gobierno federal para brindar asesoramiento gratuito sobre seguros de salud locales a personas que tienen Medicare.

| Modo de contacto | Información de contacto                                                                                                                                             |
|------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| TEL.             | (800) 434-0222                                                                                                                                                      |
| TTY              | 711<br>Para usar este número, es necesario contar con un equipo telefónico especial. Este número es exclusivo para personas con dificultades auditivas o del habla. |
| CORREO           | California Department of Aging<br>1300 National Drive, Suite 200, Sacramento, CA 95834                                                                              |
| SITIO WEB        | <a href="https://www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/">https://www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/</a>               |

**Declaración de revelación de información de la PRA:** Según la Paperwork Reduction Act (PRA, Ley de Reducción de Trámites) de 1995, nadie tiene la obligación de responder a una recopilación de información, a menos que esta cuente con un número de control válido de la Office of Management and Budget (OMB, Oficina de Administración y Presupuesto). El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-1051. Si usted tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, comuníquese por escrito a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

# Notices available online

## Nondiscrimination and Language Assistance Services

Blue Shield complies with applicable state and federal civil rights laws. We also offer language assistance services at no additional cost.

View our nondiscrimination notice and language assistance notice: [blueshieldca.com/notices](https://blueshieldca.com/notices). You can also call for language assistance services: **(866) 346-7198 (TTY: 711)**

If you are unable to access the website above and would like to receive a copy of the nondiscrimination notice and language assistance notice, please call Customer Care at **(888) 239-6469 (TTY: 711)**.

## Servicios de asistencia en idiomas y avisos de no discriminación

Blue Shield cumple con las leyes de derechos civiles federales y estatales aplicables. También, ofrecemos servicios de asistencia en idiomas sin costo adicional.

Vea nuestro aviso de no discriminación y nuestro aviso de asistencia en idiomas en [blueshieldca.com/notices](https://blueshieldca.com/notices). Para obtener servicios de asistencia en idiomas, también puede llamar al **(866) 346-7198 (TTY: 711)**.

Si no puede acceder al sitio web que aparece arriba y desea recibir una copia del aviso de no discriminación y del aviso de asistencia en idiomas, llame a Atención al Cliente al **(888) 239-6469 (TTY: 711)**.

## 非歧視通知和語言協助服務

Blue Shield 遵守適用的州及聯邦政府的民權法。同時，我們免費提供語言協助服務。

如需檢視我司的非歧視通知和語言幫助通知，請造訪 [blueshieldca.com/notices](https://blueshieldca.com/notices)。您還可致電尋求語言協助服務：**(866) 346-7198 (TTY: 711)**。

如果您無法造訪上述網站，且希望收到一份非歧視通知和語言幫助通知的副本，請致電客戶服務部，電話：**(888) 239-6469 (TTY: 711)**。

