Evidencia de Cobertura

Blue Shield Rx Plus (PDP)

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2026

Blue Shield of California is an independent member of the Blue Shield Association
PDP003S-EOC-1025

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2026

Evidencia de Cobertura para el año 2026:

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

Este documento le brinda los detalles sobre su cobertura de medicamentos de Medicare desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2026. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

Este documento le explica sus beneficios y derechos. Úselo para obtener información sobre lo siguiente:

- La prima y el costo compartido de nuestro plan.
- Nuestros beneficios de medicamentos.
- Cómo presentar una queja si no está conforme con un servicio o tratamiento.
- Cómo comunicarse con nosotros.
- Otras protecciones que exigen las leyes relacionadas con Medicare.

Si tiene alguna pregunta sobre este documento, comuníquese con Servicio al Cliente llamando al (888) 239-6469 (los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 711). El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico), los siete días de la semana. Esta llamada es gratis.

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 gratis en español.

Esta información puede estar disponible en otros formatos, como braille, letra grande, CD de audio o CD de datos. Llame a Servicio al Cliente al número indicado 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, vaya a su panel "myblueshield" y haga clic en "Edit Profile" (Editar perfil) para ir a su página de perfil. Después, 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.

Aprobación de la OMB 0938-1051 (vence el 31 de agosto de 2026)

Es posible que, a partir del 1 de enero de 2027, haya cambios en los beneficios, las primas, los deducibles y/o los copagos/coseguros.

Nuestro formulario, la red de farmacias y/o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso sobre todos los cambios que podrían afectarlo al menos 30 días antes.

La red de farmacias de Blue Shield of California incluye un número limitado de farmacias de bajo costo con costo compartido preferido en ciertos condados de California. Es posible que los costos 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 para saber si hay alguna farmacia de bajo costo con costo compartido preferido en su área, llame al (888) 239-6469 (TTY: 711) de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico), los siete días de la semana, o consulte el directorio de farmacias por Internet en **blueshieldca.com/medpharmacy2026**.

Índice

CHAPTER 1: Get started as a member 4

SECTION 1 You're a member of Blue Shield Rx Plus 4
SECTION 2 Plan Eligibility Requirements 5
SECTION 3 Important membership materials 6
SECTION 4 Your monthly costs for Blue Shield Rx Plus 7
SECTION 5 More information about your monthly premiumHow to pay your Part D late enrollment penalty 13
SECTION 6 Keep our plan membership record up to date 15
SECTION 7 How other insurance works with our plan 15

CHAPTER 2: Phone numbers and resources 18

SECTION 1 Blue Shield Rx Plus contacts 18
SECTION 2 Get Help from Medicare 21
SECTION 3 State Health Insurance Assistance Program (SHIP) 22
SECTION 4 Quality Improvement Organizations (QIO) 23
SECTION 5 Social Security 24
SECTION 6 Medicaid 25
SECTION 7 Programs to help people pay for prescription drugs 26
SECTION 8 Railroad Retirement Board (RRB) 28
SECTION 9 If you have group insurance or other health insurance from an employer 29

CHAPTER 3: Using plan coverage for Part D drugs 30

SECTION 1 Basic rules for our plan's Part D drug coverage 30
SECTION 2 Fill your prescription at a network pharmacy or through our plan's home delivery service 31
SECTION 3 Your drugs need to be on our plan's Drug List 35
SECTION 4 Drugs with restrictions on coverage 38
SECTION 5 What you can do if one of your drugs isn't covered the way you'd like 39
SECTION 6 Our Drug List can change during the year 42
SECTION 7 Types of drugs we don't cover 45
SECTION 8 How to fill a prescription 46

SECTION 9 Part D drug coverage in special situations 47
SECTION 10 Programs on drug safely and managing medications 49

Chapter 4: What you pay for Part D drugs 52

SECTION 1 What you pay for Part D drugs 52
SECTION 2 Drug payment stages for Blue Shield Rx Plus members 55
SECTION 3 Your Part D Explanation of Benefits (EOB) explains which payment stage you're in 55
SECTION 4 The Deductible Stage 57
SECTION 5 The Initial Coverage Stage 57
SECTION 6 The Catastrophic Coverage Stage 64
SECTION 7 What you pay for Part D vaccines 64

CHAPTER 5: Asking us to pay our share of the costs for covered drugs 67

SECTION 1 Situations when you should ask us to pay our share for covered drugs 67
SECTION 2 How to ask us to pay you back 69
SECTION 3 We'll consider your request for payment and say yes or no 69

CHAPTER 6: Your rights and responsibilities 71

SECTION 1 Our plan must honor your rights and cultural sensitivities 71
SECTION 2 Your responsibilities as a member of our plan 77

CHAPTER 7: If you have a problem or complaint (coverage decisions, appeals, complaints) 79

SECTION 1 What to do if you have a problem or concern 79
SECTION 2 Where to get more information and personalized help 79
SECTION 3 Which process to use for your problem 80
SECTION 4 A guide to coverage decisions and appeals 81
SECTION 5 Part D drugs: How to ask for a coverage decision or make an appeal 83
SECTION 6 Taking your appeal to Levels 3, 4 and 5 94
SECTION 7 How to make a complaint about quality of care, waiting times, customer service, or other concerns 96

CHAPTER 8: Ending membership in our plan 101

SECTION 1 Ending your membership in our plan 101

SECTION 2 When can you end your membership in our plan? 101
SECTION 3 How to end your membership in our plan 104
SECTION 4 Until your membership ends, you must keep getting your drugs through our plan 105
SECTION 5 Blue Shield Rx Plus must end our plan membership in certain situations 105

CHAPTER 9: Legal notices 107
SECTION 1 Notice about governing law 107
SECTION 2 Notice about nondiscrimination 107
SECTION 3 Notice about Medicare Secondary Payer subrogation rights 108
SECTION 4 Administration of the Evidence of Coverage 108
SECTION 5 Member cooperation 108
SECTION 6 Assignment 108
SECTION 7 Employer responsibility 108
SECTION 8 Government agency responsibility 109
SECTION 9 U.S. Department of Veterans Affairs 109
SECTION 10 Workers' compensation or employer's liability benefits 109
SECTION 11 Overpayment recovery 109
SECTION 12 When a third party causes your injuries 110
SECTION 13 Notice about health information exchange participation 111
SECTION 14 Reporting Fraud, Waste, and Abuse 112

CHAPTER 10: Definitions 113

CAPÍTULO 1:
Los primeros pasos como miembro

SECCIÓN 1 Usted es miembro de Blue Shield Rx Plus

Sección 1.1 Usted está inscrito en Blue Shield Rx Plus, que es un plan de medicamentos de Medicare

Usted tiene la cobertura de atención de la salud de Medicare Original o de otro plan de salud y eligió recibir su cobertura de medicamentos de Medicare a través de nuestro plan, Blue Shield Rx Plus.

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

Sección 1.2 Información legal sobre la *Evidencia de Cobertura*

Esta *Evidencia de Cobertura* forma parte de nuestro contrato con usted sobre 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 cualquier aviso que reciba de nosotros sobre cambios en su cobertura o en condiciones que afecten su cobertura. A estos avisos, a veces, se los llama 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 2026 y el 31 de diciembre de 2026.

En cada nuevo año calendario, Medicare nos deja hacer cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y los beneficios de Blue Shield Rx Plus después del 31 de diciembre de 2026. También podemos optar por dejar de ofrecer nuestro plan en su área de servicio después del 31 de diciembre de 2026.

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

SECCIÓN 2 Requisitos de elegibilidad del plan

Sección 2.1 Requisitos de elegibilidad

Usted es elegible para ser miembro de nuestro plan si cumple con todas estas condiciones:

- Usted tiene la Parte A o la Parte B de Medicare (o las dos).
- Vive en nuestra área geográfica de servicio (descrita en la Sección 2.2). En el caso de las personas encarceladas, por más que estén ubicadas físicamente en el área geográfica de servicio, no se considera que vivan en ella.
- Usted es ciudadano de los Estados Unidos o está en el país de manera legal

Sección 2.2 Área de servicio del plan para Blue Shield Rx Plus

Blue Shield Rx Plus está disponible únicamente para las personas que viven en el área de servicio de nuestro plan. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, debe seguir viviendo en nuestra área de servicio. El área de servicio se describe a continuación.

Nuestra área de servicio incluye el siguiente estado: California.

Si se muda fuera del área de servicio de nuestro plan, no puede seguir siendo miembro de este plan. Llame a Servicio al Cliente al (888) 239-6469 (los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 711) para saber si tenemos un plan en su nueva área. Cuando se mude, tendrá un Período de inscripción especial para cambiarse a Medicare Original o para inscribirse en un plan de atención de la salud o de medicamentos de Medicare que esté disponible en su nuevo lugar.

Si se muda o si cambia su dirección postal, también es importante que se comunique con el Seguro Social. Llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 (los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 1-800-325-0778).

Sección 2.3 Ciudadanía estadounidense o presencia legal en el país

Usted debe ser ciudadano estadounidense o estar en los Estados Unidos de manera legal para poder ser miembro de un plan de salud de Medicare. Medicare (el organismo Centers for Medicare & Medicaid Services [CMS, Centros para los Servicios de Medicare y Medicaid]) le avisará a Blue Shield Rx Plus si usted no es elegible para seguir siendo miembro de nuestro plan. Blue Shield Rx Plus deberá cancelar su inscripción si usted no cumple con este requisito.

SECCIÓN 3 Materiales importantes relacionados con la membresía

Sección 3.1 Tarjeta de membresía de nuestro plan

Use su tarjeta de membresía para pedir los medicamentos recetados en las farmacias de la red. También debe presentarle su tarjeta de Medicaid al proveedor, si la tiene. Ejemplo de tarjeta de membresía:

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 Servicio al Cliente al (888) 239-6469 (los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 711) y le enviaremos una tarjeta nueva.

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

Sección 3.2 Directorio de Farmacias

El *Directorio de Farmacias*, **blueshieldca.com/medpharmacy2026**, incluye una lista de las farmacias de nuestra red. Las **farmacias de la red** son las que acordaron surtir las recetas de medicamentos cubiertos para los miembros de nuestro plan. Use el *Directorio de Farmacias* para encontrar la farmacia de la red que desea usar. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 3 para obtener información sobre las situaciones en las que puede usar farmacias que no forman parte de la red de nuestro plan.

En el *Directorio de Farmacias,* también se indican las farmacias de la red que tienen costo compartido preferido, el cual puede ser más bajo que el costo compartido estándar que ofrecen otras farmacias de la red para algunos medicamentos.

Si no tiene el *Directorio de Farmacias,* puede pedirle una copia a Servicio al Cliente llamando al (888) 239-6469 (los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 711). También puede encontrar esta información en nuestro sitio web **blueshieldca.com/medpharmacy2026**.

Sección 3.3 Lista de Medicamentos (formulario)

Nuestro plan tiene una *Lista de Medicamentos Cubiertos* (también llamada Lista de Medicamentos o formulario). Esta lista indica qué medicamentos recetados están cubiertos por el beneficio de la Parte D incluido en Blue Shield Rx Plus. Nuestro plan selecciona los medicamentos de esta lista con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La Lista de Medicamentos debe cumplir con los requisitos de Medicare. Los medicamentos que tengan precios negociados según el Programa de Negociación de Precios de Medicamentos de Medicare estarán incluidos en la Lista de Medicamentos, a menos que se hayan quitado y reemplazado según lo descrito en la Sección 6 del Capítulo 3. Medicare aprobó la Lista de Medicamentos de Blue Shield Rx Plus.

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

Le entregaremos una copia de la Lista de Medicamentos. Para obtener la información más completa y actualizada acerca de qué medicamentos están cubiertos, visite **blueshieldca.com/medformulary2026** o llame a Servicio al Cliente al (888) 239-6469 (los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 711).

SECCIÓN 4 Sus costos mensuales para Blue Shield Rx Plus

	Sus costos para el año 2026
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser mayor o menor que esta cantidad. Consulte la Sección 4.1 para obtener más detalles.	**$199.70**
Deducible de la cobertura de medicamentos de la Parte D (Consulte la Sección 4 del Capítulo 4 para obtener más detalles).	**$615, salvo las insulinas cubiertas y la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos**
Cobertura de los medicamentos de la Parte D (Consulte el Capítulo 4 para obtener más detalles, incluida la información sobre la Etapa de Deducible Anual, la Etapa de Cobertura Inicial y la Etapa de Cobertura para Catástrofes).	**Copago/coseguro durante la Etapa de Cobertura Inicial:** **Medicamentos del Nivel 1: $0 o $9 de copago***

	Sus costos para el año 2026
	Medicamentos del Nivel 2: **$7 o $20 de copago*** **Medicamentos del Nivel 3:** **19 % de coseguro** **Usted pagará $35 de copago o el 19 % de coseguro, la cantidad que sea menor, por un suministro mensual de cada insulina cubierta.** **Medicamentos del Nivel 4:** **49 % de coseguro** **Usted pagará $35 de copago o el 25 % de coseguro, la cantidad que sea menor, por un suministro mensual de cada insulina cubierta.** **Medicamentos del Nivel 5:** **25 % de coseguro** *** La primera cantidad que se indica es lo que usted paga si usa una farmacia de la red con costo compartido preferido.** **La segunda cantidad que se indica es lo que usted paga si usa una farmacia de la red con costo compartido estándar.** **Etapa de Cobertura para Catástrofes:** **Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.**

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

- Prima del plan (Sección 4.1)
- Prima mensual de la Parte B de Medicare (Sección 4.2)
- Multa por inscripción tardía de la Parte D (Sección 4.3)
- Cantidad de ajuste mensual relacionada con los ingresos (Sección 4.4)
- Cantidad del Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare (Sección 4.5)

Sección 4.1 Prima del plan

Como miembro de nuestro plan, usted paga una prima mensual del plan. Para el año 2026, la prima mensual de Blue Shield Rx Plus es de $199.70.

Si usted *ya* está recibiendo ayuda de uno de estos programas, **es posible que la información sobre las primas de esta *Evidencia de Cobertura* no se aplique a su caso**. Le enviamos otro anexo que se llama *Cláusula adicional a la Evidencia de Cobertura para las personas que reciben ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados* (también conocida como *Cláusula adicional de subsidio para personas de bajos ingresos* [LIS, por sus siglas en inglés] o *Cláusula adicional de LIS*), que le brinda información sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este documento, llame a Servicio al Cliente al (888) 239-6469 (los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 711) y pida la *Cláusula adicional de LIS*.

En algunos casos, la prima de nuestro plan puede ser menor.

El programa Extra Help (Ayuda Adicional) ayuda a las personas con recursos limitados a pagar sus medicamentos. En la Sección 7 del Capítulo 2, se brinda más información sobre este programa. Si usted califica y se inscribe en el programa, puede que su prima mensual del plan sea más baja.

Las primas de la Parte B y la Parte D de Medicare cambian según los diferentes ingresos de las personas. Si tiene alguna pregunta sobre estas primas, consulte la sección *2026 Medicare Costs* (Costos de Medicare para el año 2026) en su copia de *Medicare & You 2026* (Medicare y usted 2026). Baje una copia desde el sitio web de Medicare (www.Medicare.gov/medicare-and-you) o pida una copia en papel llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

Sección 4.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare

Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare

Además de pagar la prima mensual del plan, **usted debe seguir pagando sus primas de Medicare para seguir siendo miembro de nuestro plan.** Esto incluye su prima de la Parte B.

Si usted no es elegible para obtener acceso a la Parte A sin pagar una prima, es posible que también deba pagar una prima por la Parte A.

Sección 4.3 Multa por inscripción tardía de la Parte D

Algunos miembros deben pagar una **multa por inscripción tardía** de la Parte D. La multa por inscripción tardía de la Parte D es una prima adicional que se debe pagar para la cobertura de la Parte D si en algún 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. La cobertura acreditable de medicamentos recetados es una cobertura que cumple con los estándares mínimos de Medicare, ya que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura de medicamentos estándar de Medicare. El costo de la multa por inscripción tardía depende de cuánto tiempo estuvo sin la cobertura de la Parte D u otra cobertura acreditable de medicamentos recetados. 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. Si no paga su multa por inscripción tardía de la Parte D, podría perder sus beneficios de medicamentos recetados.

Usted **no** debe pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D:

- Si recibe la ayuda adicional del programa Extra Help de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos.
- Si estuvo menos de 63 días seguidos sin una cobertura acreditable.
- Si tuvo una cobertura acreditable de medicamentos a través de otra fuente (como un exempleador, una unión, TRICARE o el Departamento de Asuntos de Veteranos [VA, por sus siglas en inglés]). Su aseguradora o el Departamento de Recursos Humanos le informarán cada año si su cobertura de medicamentos es una cobertura acreditable. Es posible que reciba esta información en una carta o 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.
    - **Nota**: El aviso o la carta debe especificar que usted tenía una cobertura acreditable de medicamentos recetados que se esperaba que pague lo mismo que paga el plan de medicamentos estándar de Medicare.
    - **Nota**: Las tarjetas de descuentos para medicamentos recetados, las clínicas gratis y los sitios web de descuentos para medicamentos no se consideran cobertura acreditable de medicamentos recetados.

Medicare determina la cantidad de la multa por inscripción tardía de la Parte D. Funciona de esta manera:

- Si estuvo 63 días o más sin la cobertura de la Parte D o sin otra cobertura acreditable de medicamentos recetados después de ser elegible para inscribirse en la Parte D por primera vez, nuestro plan contará la cantidad de meses completos en los que no tuvo cobertura. La multa es del 1 % por cada mes que no tuvo una cobertura acreditable. Por ejemplo, si usted pasa 14 meses sin cobertura, el porcentaje de 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 (prima básica nacional para beneficiarios). En el año 2026, esta cantidad de la prima promedio será de $38.99.
- Para calcular su multa mensual, multiplique el porcentaje de la multa por la prima básica nacional para beneficiarios y redondee el resultado a los 10 centavos más cercanos. En este ejemplo, sería 14 % por $38.99, lo que equivale a $5.458. Esto se redondea a $5.46. Esta cantidad se agregaría **a la prima mensual de quienes deban pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D**.

Hay tres puntos importantes que debe saber sobre esta multa mensual por inscripción tardía de la Parte D:

- **Es posible que la multa cambie todos los años** porque la prima básica nacional para beneficiarios puede cambiar todos los años.
- **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 aunque cambie de plan.
- Si usted tiene *menos de* 65 años y está inscrito en Medicare, la multa por inscripción tardía de la Parte D volverá a cero cuando cumpla 65 años. Después de los 65 años, su multa por inscripción tardía de la Parte D se calculará únicamente según los meses en los que no tenga cobertura después de su Período de inscripción inicial al cumplir la edad requerida para obtener acceso a Medicare.

Si no está de acuerdo con su multa por inscripción tardía de la Parte D, usted o su representante pueden pedir una revisión. Por lo general, debe pedir esta revisión **dentro de los 60 días** siguientes a la fecha que aparece en la primera carta que recibió, donde se le informaba que debía pagar una multa por inscripción tardía. Sin embargo, si estaba pagando una multa antes de inscribirse en nuestro plan, es posible que no tenga otra posibilidad de pedir una revisión de esa multa por inscripción tardía.

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

Sección 4.4 Cantidad de ajuste mensual relacionada con los ingresos

Es posible que algunos miembros deban pagar una tarifa adicional, conocida como "cantidad de ajuste mensual relacionada con los ingresos" (IRMAA, por sus siglas en inglés) de la Parte D. Para calcular la tarifa adicional, se usan los ingresos brutos ajustados y modificados que indicó en el informe de declaración de impuestos del Internal Revenue Service (IRS, Servicio de Impuestos Internos) de hace 2 años. Si sus ingresos superan cierta cantidad, deberá pagar la cantidad de la prima estándar y la IRMAA adicional. Si desea obtener más información sobre la cantidad adicional que podría tener que pagar según su ingreso, visite Medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans.

Si usted tiene que pagar una IRMAA adicional, el Seguro Social (no su plan de Medicare) le enviará una carta en la que le indicará cuál es esa cantidad adicional. La cantidad adicional se deducirá de su cheque de beneficios del Seguro Social, de la Junta de Retiro Ferroviario o de la Oficina de Administración de Personal, sin importar cómo pague habitualmente la prima de nuestro plan, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir la cantidad adicional que se debe. Si su cheque de beneficios no es suficiente para cubrir la cantidad adicional, recibirá una factura de Medicare. **Usted debe pagarle esa IRMAA adicional al Gobierno. No puede pagarla junto con su prima mensual del plan. Si usted no paga la IRMAA adicional, se cancelará su inscripción en nuestro plan y perderá la cobertura de medicamentos recetados.**

Si usted no está de acuerdo con pagar una IRMAA adicional, puede pedirle al Seguro Social que revise la decisión. Para saber cómo hacerlo, comuníquese con el Seguro Social llamando al 1-800-772-1213 (los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 1-800-325-0778).

Sección 4.5 Cantidad del Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare

Si usted está participando en el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare, todos los meses pagará la prima de nuestro plan (si tiene una) y recibirá una factura de su plan de atención de la salud o de medicamentos por sus medicamentos recetados (en lugar de pagar en la farmacia). Su factura mensual se basa en lo que debe por los medicamentos recetados que recibe más el saldo del mes anterior, todo esto dividido por la cantidad de meses que queden en el año.

En la Sección 7 del Capítulo 2, se brinda más información sobre el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare. Si no está de acuerdo con la cantidad facturada como parte de esta opción de pago, puede seguir los pasos indicados en el Capítulo 7 para presentar una queja o una apelación.

SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual

Sección 5.1 Cómo pagar la prima de nuestro plan

Usted cuenta con tres opciones para pagar la prima de nuestro plan.

Supondremos que usted usa 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 hacer un cambio en una de las opciones que se detallan a continuación.

Opción 1: Pago 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 hechos con cheque usando 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 – Medicare Advantage
P.O. Box 745843
Los Angeles, CA 90074-5843

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

Opción 2: Pagos electrónicos

En vez de pagar la prima del plan con cheque, puede pagarla por Internet o por teléfono usando su tarjeta de crédito/débito o su cuenta bancaria para pagos únicos, o podrá inscribirse en AutoPay (servicio de pago automático). La inscripción en AutoPay es fácil y le permitirá hacer pagos automáticos mensuales a través de su tarjeta de crédito/débito o su cuenta bancaria. Para obtener más información sobre sus opciones de pago y sobre cómo inscribirse en AutoPay, visítenos en **blueshieldca.com/medicarewaystopay** o llame al número de Servicio al Cliente que está en la parte de atrás de su tarjeta de identificación.

Opción 3: Deducción de las primas del plan de su cheque mensual del Seguro Social

Cómo cambiar la forma en que paga su prima del plan. Si decide cambiar la forma en que paga su prima del plan, es posible que su nuevo método de pago demore hasta 3 meses en aplicarse. Mientras procesamos su nuevo método de pago, usted sigue siendo responsable de asegurarse de que la prima del plan se pague a tiempo. Para cambiar su método de pago, comuníquese con Servicio al Cliente llamando al número que está en la parte de atrás de este documento.

Si tiene algún problema 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 antes del último día del mes anterior al mes correspondiente a su período de cobertura, le enviaremos un aviso para informarle que terminaremos su membresía en nuestro plan si no recibimos el pago de su prima dentro de un período de gracia de 3 meses. Si debe una multa por inscripción tardía de la Parte D, tiene que pagarla para mantener su cobertura de medicamentos.

Si tiene algún problema para pagar su prima a tiempo, llame a Servicio al Cliente al (888) 239-6469 (los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 711) para saber si podemos indicarle programas que le ayuden a pagar sus costos.

Si terminamos su membresía porque no pagó su prima, usted tendrá cobertura de salud mediante Medicare Original. Es posible que no pueda recibir la cobertura de medicamentos de la Parte D hasta el próximo año si se inscribe en un nuevo plan durante el Período de inscripción abierta. (Si usted está sin una cobertura acreditable de medicamentos durante más de 63 días, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D durante el tiempo que tenga la cobertura de la Parte D).

En el momento que terminemos su membresía, es posible que todavía nos deba primas pendientes. Tenemos derecho a exigir el pago de la cantidad que usted deba. En el futuro, si desea volver a inscribirse en nuestro plan (o en otro plan que ofrezcamos), deberá pagar la cantidad que debe para poder inscribirse.

Si usted cree que terminamos su membresía de manera errónea, puede presentar una queja (también llamada reclamo). Si tuvo una situación de emergencia fuera de su control y no pudo pagar su prima del plan dentro de nuestro período de gracia, puede presentar una queja. Si recibimos una queja, revisaremos nuevamente nuestra decisión. Consulte el Capítulo 9 para saber cómo presentar una queja o llámenos al (888) 239-6469, entre las 8:00 a. m. y las 8:00 p. m. (hora del Pacífico), los siete días de la semana. Los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 711. Usted debe presentar su queja a más tardar 60 días calendario después de la fecha en que termina su membresía.

Sección 5.2 Nuestra prima mensual del plan no cambiará durante el año

No tenemos permitido cambiar la cantidad de la prima mensual de nuestro plan durante el año. Si la prima mensual del plan cambia para el año siguiente, se lo informaremos en septiembre, y la nueva prima se cobrará a partir del 1 de enero.

Si durante el año usted obtiene o pierde la elegibilidad para recibir la ayuda adicional del programa Extra Help, la parte de la prima de nuestro plan que debe pagar puede cambiar. Si califica para que Extra Help le ayude con los costos de su cobertura de medicamentos, la

ayuda adicional cubrirá parte de sus primas mensuales del plan. Si durante el año usted pierde la elegibilidad para recibir la ayuda adicional del programa Extra Help, deberá empezar a pagar la prima mensual completa. Obtenga más información sobre la ayuda adicional del programa Extra Help en la Sección 7 del Capítulo 2.

SECCIÓN 6 Mantenga actualizado su registro de membresía del plan

Su registro de membresía tiene información obtenida de su formulario de inscripción, como su dirección y su número de teléfono. Indica la cobertura específica de su plan.

Los farmacéuticos de la red de nuestro plan **usan su registro de membresía para saber qué medicamentos están cubiertos y cuáles son las cantidades de costo compartido**. Por eso, es muy importante que nos ayude a mantener actualizada su información.

Avísenos si hace alguno de estos cambios:

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono.
- Cambios en cualquier otra cobertura de salud que tenga (por ejemplo, de su empleador, el empleador de su cónyuge o pareja doméstica, una compensación por accidentes de trabajo o Medicaid).
- Cualquier reclamación de responsabilidad civil, como las reclamaciones por un accidente automovilístico.
- Si es admitido en un hogar de ancianos.
- Si cambia la persona responsable designada (por ejemplo, una persona que brinda cuidados).

Si alguno de estos datos cambia, avísenos llamando a Servicio al Cliente al (888) 239-6469 (los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 711).

También es importante que se comunique con el Seguro Social si se muda o si cambia su dirección postal. Llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 (los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 1-800-325-0778).

SECCIÓN 7 Cómo funciona otro seguro con nuestro plan

Medicare nos exige recopilar información sobre cualquier otra cobertura médica o de medicamentos que usted tenga, para que podamos coordinar cualquier otra cobertura con los beneficios de nuestro plan. Esto se llama **coordinación de beneficios**.

Una vez por año, le enviaremos una carta donde se detallará cualquier otra cobertura médica o de medicamentos sobre la que tengamos conocimiento. Lea esta información detenidamente. Si es correcta, no debe hacer nada. Si la información no es correcta o si tiene otra cobertura que no está en la lista, llame a Servicio al Cliente al (888) 239-6469 (los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 711). Es posible que deba brindar el número de identificación de miembro de nuestro plan a sus otras aseguradoras (una vez que confirme la identidad de estas) para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

Cuando usted tiene otro seguro (como la cobertura de salud grupal de un empleador), las normas de Medicare definen si paga primero nuestro plan o su otro seguro. El seguro que paga primero (el "pagador primario") paga hasta los límites de su cobertura. El seguro que paga en segundo lugar (el "pagador secundario") únicamente paga si hay costos que no fueron cubiertos por la cobertura primaria. Es posible que el pagador secundario no pague los costos que no fueron cubiertos. Si usted tiene otro seguro, avíseles al médico, al hospital y a la farmacia.

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

- Si usted tiene 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 por su edad, por discapacidad o por enfermedad de riñones en etapa final (ESRD, por sus siglas en inglés):
    - Si tiene menos de 65 años, tiene una discapacidad y usted (o un miembro de su familia) todavía trabaja, 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 o pareja doméstica) todavía trabaja, 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 por ESRD, su plan de salud grupal pagará primero durante los primeros 30 meses después de que usted sea elegible para 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
- Compensación por accidentes de trabajo

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 2:
Números de teléfono y recursos

SECCIÓN 1 Información de contacto de Blue Shield Rx Plus

Para obtener ayuda con las reclamaciones o la facturación, o si tiene alguna pregunta sobre su tarjeta de miembro, llame o escriba a Servicio al Cliente de Blue Shield Rx Plus. Será un placer brindarle ayuda.

Información de contacto de Servicio al Cliente	
Tel.	(888) 239-6469 Las llamadas a este número son gratis. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico), los siete días de la semana. 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. Servicio al Cliente también ofrece servicios de interpretación gratis para las personas que no hablan inglés. Llame al (888) 239-6469 (los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 711).
TTY	711 Para usar este número, es necesario tener un equipo telefónico especial. Este número es únicamente para las personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratis. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico), los siete días de la semana. 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.
Fax	(877) 251-6671
Correo	Blue Shield Rx Plus P.O. Box 927, Woodland Hills, CA 91365-9856
Sitio web	**blueshieldca.com/medicare**

Cómo pedir una decisión de cobertura o presentar una apelación

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos acerca de su cobertura o acerca de la cantidad que pagaremos por sus medicamentos de la Parte D. Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura. Para obtener más información sobre cómo pedir decisiones de cobertura o presentar apelaciones sobre sus medicamentos de la Parte D, consulte el Capítulo 7.

Información de contacto para pedir decisiones de cobertura y presentar apelaciones sobre la atención médica o los medicamentos de la Parte D	
Tel.	(888) 239-6469 Las llamadas a este número son gratis. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico), los siete días de la semana. 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.
TTY	711 Para usar este número, es necesario tener un equipo telefónico especial. Este número es únicamente para las personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratis. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico), los siete días de la semana. 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.
Fax	(888) 697-8122
Correo	Blue Shield Rx Plus P.O. Box 2080, Oakland, CA 94604-9716
Sitio web	**blueshieldca.com/medicare**

Cómo presentar una queja

Usted puede presentar una queja acerca de nuestro plan o alguna de las farmacias de nuestra red, incluidas las quejas relacionadas con la calidad de su atención. Este tipo de queja no incluye disputas relacionadas con la cobertura o con los pagos. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja, consulte el Capítulo 7.

Información de contacto para presentar quejas	
Tel.	(888) 239-6469 Las llamadas a este número son gratis. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico), los siete días de la semana. 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.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratis. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico), los siete días de la semana. 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.
Fax	(916) 350-6510
Correo	Blue Shield Rx Plus P.O. Box 927, Woodland Hills, CA 91365-9856
Sitio web de Medicare	Para presentar una queja sobre Blue Shield Rx Plus directamente ante Medicare, visite Medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

Cómo pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de un medicamento que recibió

Si recibió una factura o pagó por medicamentos (por ejemplo, la factura de una farmacia) que cree que nosotros deberíamos pagar, es posible que deba pedirle a nuestro plan un reembolso o que pague la factura de la farmacia. Consulte el Capítulo 5 para obtener más información.

Si nos envía un pedido de pago y rechazamos alguna parte de su pedido, puede apelar nuestra decisión. Consulte el Capítulo 7 para obtener más información.

Información de contacto para presentar pedidos de pago	
Tel.	(888) 239-6469 Las llamadas a este número son gratis. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico), los siete días de la semana. 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.

Información de contacto para presentar pedidos de pago (cont.)	
TTY	711 Para usar este número, es necesario tener un equipo telefónico especial. Este número es únicamente para las personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratis. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico), los siete días de la semana. 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.
Fax	(916) 350-6510
Correo	Claims Processing 1606 Ave. Ponce de Leon San Juan, PR 00909-4830
Sitio web	**blueshieldca.com/medicare**

SECCIÓN 2 Reciba ayuda de Medicare

Medicare es el programa federal de seguros de salud para las personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con discapacidad y las personas con enfermedad de riñones en etapa final (insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o un trasplante de riñón).

El organismo federal a cargo de Medicare se llama Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS, Centros para los Servicios de Medicare y Medicaid). Esta agencia firma un contrato con los planes de medicamentos recetados de Medicare, incluido nuestro plan.

Información de contacto de Medicare	
Tel.	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Las llamadas a este número son gratis. Las 24 horas, los siete días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Para usar este número, es necesario tener un equipo telefónico especial. Este número es únicamente para las personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratis.

Información de contacto de Medicare (cont.)	
Chat en vivo	Chatee en vivo en Medicare.gov/talk-to-someone.
Correo	Escriba a Medicare a PO Box 1270, Lawrence, KS 66044.
Sitio web	Medicare.gov • Obtenga información sobre los planes de salud y de medicamentos de Medicare en su área, incluidos sus costos y los servicios que ofrecen. • Encuentre médicos u otros proveedores de atención de la salud que participen en Medicare. • Infórmese sobre lo que cubre Medicare, incluidos los servicios preventivos (como pruebas de detección, inyecciones o vacunas, y visitas anuales de bienestar). • Obtenga información y formularios de apelaciones de Medicare. • Obtenga información sobre la calidad de la atención brindada por los planes, los hogares de ancianos, los hospitales, los médicos, las agencias de atención de la salud en el hogar, los centros de diálisis, los centros de cuidados para pacientes terminales, los centros de rehabilitación para pacientes internados y los hospitales de atención a largo plazo. • Busque sitios web y números de teléfono útiles. También puede visitar Medicare.gov para informarle a Medicare cualquier queja que tenga sobre Blue Shield Rx Plus. **Para presentar una queja ante Medicare,** visite Medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma sus quejas muy en serio y usará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa Medicare.

SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia para Seguros de Salud (SHIP)

El Programa Estatal de Asistencia para Seguros de Salud (SHIP, por sus siglas en inglés) es un programa gubernamental que tiene consejeros entrenados en todos los estados, ofrece ayuda gratis, brinda información y responde sus preguntas sobre Medicare. En California, el SHIP se llama Programa de Asesoramiento y Defensa de Seguros de Salud (HICAP, por sus siglas en inglés).

El HICAP es un programa estatal independiente (no está relacionado con ninguna compañía de seguros ni con ningún plan de salud) que recibe dinero del Gobierno federal para brindar asesoramiento gratis sobre seguros de salud locales a las personas que tienen Medicare.

Los consejeros del HICAP pueden ayudarle a entender sus derechos de Medicare, a presentar quejas sobre su atención médica o su tratamiento, y a resolver problemas relacionados con sus facturas de Medicare. Los consejeros del HICAP también pueden ayudarle con preguntas o problemas relacionados con Medicare, ayudarle a entender las opciones de planes de Medicare y responder preguntas sobre el cambio de plan.

Información de contacto del HICAP (SHIP de California)	
Tel.	(800) 434-0222
TTY	711 Para usar este número, es necesario tener un equipo telefónico especial. Este número es únicamente para las personas con dificultades auditivas o del habla.
Correo	California Department of Aging 2880 Gateway Oaks Dr, Suite 200, Sacramento, CA 958333
Sitio web	**https://www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/**

SECCIÓN 4 Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO)

Se designa una Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO, por sus siglas en inglés) para brindar servicios a las personas con Medicare en cada estado. En el caso de California, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se llama Commence Health (ex-Livanta).

Commence Health tiene un grupo de médicos y otros profesionales de atención de la salud a quienes Medicare les paga para que controlen y ayuden a mejorar la calidad de la atención para las personas que tienen Medicare. Commence Health es una organización independiente. No está relacionada con nuestro plan.

Comuníquese con Commence Health si tiene una queja sobre la calidad de la atención que recibió. Por ejemplo, puede comunicarse con Commence Health si le dieron un medicamento incorrecto o si le dieron medicamentos que interactúan entre sí negativamente.

Información de contacto de Commence Health (Organización para el Mejoramiento de la Calidad de California)	
Tel.	(877) 588-1123 De 9:00 a. m. a 5:00 p. m., de lunes a viernes; de 10:00 a. m. a 4:00 p. m., los sábados, domingos y días feriados. Servicio de buzón de voz disponible las 24 horas.

Información de contacto de Commence Health (Organización para el Mejoramiento de la Calidad de California) (cont.)	
TTY	711 Para usar este número, es necesario tener un equipo telefónico especial. Este número es únicamente para las personas con dificultades auditivas o del habla.
Correo	Commence Health BFCC-QIO Program P.O. Box 2687 Virginia Beach, VA 23450
Sitio web	**www.livantaqio.cms.gov**

SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social determina la elegibilidad para Medicare y maneja la inscripción en Medicare. El Seguro Social también es responsable de determinar quiénes deben pagar una cantidad adicional por su cobertura de medicamentos de la Parte D debido a que tienen mayores ingresos. Si usted recibió una carta del Seguro Social donde se le informa que debe pagar esta cantidad adicional y tiene preguntas acerca de la cantidad, o si sus ingresos se redujeron como consecuencia de un evento que cambió su situación de vida, puede comunicarse con el Seguro Social para pedir una reconsideración.

Si se muda o si cambia su dirección postal, comuníquese con el Seguro Social para informárselo.

Información de contacto del Seguro Social	
Tel.	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratis. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes. Use los servicios de telefonía automática del Seguro Social para obtener información grabada y hacer trámites durante las 24 horas.
TTY	1-800-325-0778 Para usar este número, es necesario tener un equipo telefónico especial. Este número es únicamente para las personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratis. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes.
Sitio web	SSA.gov

SECCIÓN 6 Medicaid

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 son elegibles para Medicaid. Medicaid ofrece programas para ayudar a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare, como sus primas de Medicare. Los **Programas de Ahorros de Medicare** incluyen los siguientes:

- **Beneficiario calificado de Medicare (QMB, por sus siglas en inglés)**: 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 son elegibles para recibir todos los beneficios de Medicaid [QMB+]).
- **Beneficiario de Medicare con ingresos bajos específicos (SLMB, por sus siglas en inglés):** Brinda ayuda para pagar las primas de la Parte B. (Algunas personas que son SLMB también son elegibles para recibir todos los beneficios de Medicaid [SLMB+]).
- **Individuo calificado (QI, por sus siglas en inglés):** Brinda ayuda para pagar las primas de la Parte B.
- **Individuos calificados con discapacidad y trabajadores (QDWI, por sus siglas en inglés):** Brinda ayuda para pagar las primas de la Parte A.

Para obtener más información sobre los Programas de Ahorros de Medicare y Medicaid, comuníquese con la oficina de Medi-Cal local o llame al Departamento de Servicios de Atención de la Salud de California.

Información de contacto del Departamento de Servicios de Atención de la Salud de California	
Tel.	(800) 541-5555 El horario de atención es de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., de lunes a viernes.
TTY	(800) 735-2922 Para usar este número, es necesario tener un equipo telefónico especial. Este número es únicamente para las personas con dificultades auditivas o del habla.
Correo	California Department of Health Care Services P.O. Box 997413, MS 4400 Sacramento, CA 95899-7413
Sitio web	**www.dhcs.ca.gov**

SECCIÓN 7 Programas para ayudar a las personas a pagar los medicamentos recetados

El sitio web de Medicare (Medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs) tiene información sobre las formas en que puede reducir los costos de sus medicamentos recetados. Los programas que se indican a continuación pueden ayudar a las personas con ingresos limitados.

Extra Help (Ayuda Adicional) de Medicare

Medicare y el Seguro Social tienen un programa llamado Extra Help (Ayuda Adicional) que puede ayudar a pagar los costos de los medicamentos a las personas con ingresos y recursos limitados. Si califica, recibe ayuda para pagar la prima mensual de su plan de medicamentos de Medicare, el deducible anual y los copagos y coseguros. La ayuda adicional también cuenta para sus costos de bolsillo.

Si usted califica automáticamente para recibir la ayuda adicional del programa Extra Help, Medicare le enviará por correo postal una carta de color morado para informárselo. Si no califica automáticamente, puede pedirla en cualquier momento. Para saber si califica para recibir la ayuda adicional del programa Extra Help:

- Visite secure.ssa.gov/i1020/start para pedirla por Internet.
- Llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 1-800-325-0778.

Cuando pide la ayuda adicional del programa Extra Help, también puede empezar el proceso para pedir un Programa de Ahorros de Medicare (MSP, por sus siglas en inglés). Estos programas estatales brindan ayuda con otros costos de Medicare. El Seguro Social enviará la información a su estado para empezar el pedido de un MSP, a menos que usted le indique lo contrario en el pedido de ayuda adicional del programa Extra Help.

Si usted califica para recibir la ayuda adicional del programa Extra Help y cree que está pagando una cantidad incorrecta por su medicamento recetado en la farmacia, nuestro plan tiene un proceso para ayudarle a obtener pruebas de la cantidad de copago correcta. Si ya tiene pruebas que demuestren la cantidad correcta, podemos ayudarle a compartir estas pruebas con nosotros.

- Si desea recibir ayuda para obtener pruebas de su nivel de copago correcto, puede llamar a Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) y pedir que le enviemos por correo postal o por fax una lista de los documentos aceptables como pruebas, o podemos leerle la lista por teléfono. Una vez que consiga 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 el nivel de copago correcto, actualizaremos nuestro sistema para que pueda pagar la cantidad correcta cuando reciba su próximo medicamento recetado. Si paga de más en su copago, le devolveremos el dinero, ya sea mediante un cheque o con un crédito para futuros copagos. Si la farmacia no le cobró un copago y usted le debe una cantidad, podemos hacerle el pago directamente a la farmacia. Si un estado pagó en su nombre, podemos hacerle el pago directamente al estado. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicio al Cliente al (888) 239-6469 (los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 711).

¿Qué pasa si recibe la ayuda adicional del programa Extra Help y tiene la cobertura de un Programa de Ayuda con Medicamentos para el Sida (ADAP)?

El Programa de Ayuda con Medicamentos para el Sida (ADAP, por sus siglas en inglés) ayuda a las personas con VIH/sida a obtener acceso a medicamentos vitales para el tratamiento del VIH. Los medicamentos de la Parte D de Medicare que también estén incluidos en el formulario del ADAP califican para recibir ayuda con el costo compartido de los medicamentos recetados a través del ADAP de California. Para comunicarse con el ADAP de California, llame al (844) 421-7050, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., de lunes a viernes, o visite el sitio web **https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA_adap_eligibility.aspx**.

Nota: Para ser elegible para el ADAP de su estado, debe cumplir con ciertos criterios, que incluyen: demostrar que vive en ese estado, que tiene VIH y que tiene bajos ingresos (según la definición del estado), y carecer de seguro o tener un seguro insuficiente. Si cambia de plan, infórmeselo al personal de inscripción del ADAP local para poder seguir recibiendo la ayuda. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al ADAP de California al (844) 421-7050, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., de lunes a viernes, o visite su sitio web **https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA_adap_eligibility.aspx**.

Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare

El Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare es una opción de pago que funciona con su cobertura actual de medicamentos para ayudarle a administrar sus costos de bolsillo por los medicamentos cubiertos por nuestro plan distribuyéndolos a lo largo **del año calendario** (de enero a diciembre). Cualquier persona que tenga un plan de medicamentos de Medicare o un plan de salud de Medicare con cobertura de medicamentos (como un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos) puede usar esta opción de pago. **Esta opción de pago puede ayudarle a administrar sus gastos, pero no le ahorra dinero ni reduce sus costos de medicamentos. Si participa en el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare y se queda en el mismo plan de la Parte D, su participación se**

renovará automáticamente para el año 2026. Para obtener más información sobre esta opción de pago, llame a Servicio al Cliente al (888) 239-6469 (los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 711) o visite www.Medicare.gov.

Información de contacto del Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare	
Tel.	(833) 696-2087 Las llamadas a este número son gratis. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico), los siete días de la semana. Servicio al Cliente también ofrece servicios de interpretación gratis para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Para usar este número, es necesario tener un equipo telefónico especial. Este número es únicamente para las personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratis. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico), los siete días de la semana.
Fax	(440) 557-6585
Correo	SimplicityRx Blue Shield Rx Plus Medicare Prescription Payment Program Election Department 13900 N. Harvey Ave. Edmond, OK 73013
Sitio web	**Activate.RxPayments.com**

SECCIÓN 8 Junta de Retiro Ferroviario (RRB)

La Junta de Retiro Ferroviario (RRB, por sus siglas en inglés) es una agencia federal independiente que administra programas completos de beneficios para los trabajadores ferroviarios de la nación y sus familias. Si recibe Medicare a través de la Junta de Retiro Ferroviario, infórmele a la agencia si se muda o si cambia su dirección postal. Si tiene alguna pregunta sobre sus beneficios de la Junta de Retiro Ferroviario, comuníquese con la agencia.

Información de contacto de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB)	
Tel.	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratis. Para hablar con un representante de la RRB, 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. Para tener acceso a la línea de ayuda automatizada de la RRB, presione “1”. La información grabada está disponible las 24 horas, incluidos los fines de semana y los días feriados.
TTY	1-312-751-4701 Para usar este número, es necesario tener un equipo telefónico especial. Este número es únicamente para las personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número no son gratis.
Sitio web	RRB.gov

SECCIÓN 9 Si usted tiene un seguro grupal u otro seguro de salud de un empleador

Si usted (o su cónyuge o pareja doméstica) recibe beneficios de su empleador o grupo para jubilados (o los de su cónyuge o pareja doméstica) como parte de este plan y tiene alguna pregunta, comuníquese con el administrador de beneficios del empleador/de la unión o llame a Servicio al Cliente al (888) 239-6469 (los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 711). 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 o pareja doméstica). (Los números de teléfono de Servicio al Cliente están en la contraportada de este documento). Si tiene alguna pregunta sobre su cobertura de Medicare con este plan, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).Los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

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

CAPÍTULO 3:
Cómo usar la cobertura del plan para los medicamentos de la Parte D

SECCIÓN 1 Normas básicas para la cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan

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

Los dos ejemplos de medicamentos descritos arriba están cubiertos por Medicare Original. (Para obtener más información sobre esta cobertura, consulte el folleto *Medicare & You 2026* [Medicare y usted 2026]). Sus medicamentos recetados de la Parte D están cubiertos por nuestro plan.

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

- Debe pedirle a un proveedor (un médico, un dentista u otro profesional que extienda recetas) que le haga una receta válida según las leyes estatales aplicables.
- El profesional que extiende recetas no debe aparecer en las listas de exclusión o preclusión de Medicare.
- Por lo general, para hacer surtir su receta, debe usar una farmacia de la red (consulte la Sección 2) o puede usar el servicio de envíos al hogar de nuestro plan.
- El medicamento debe estar incluido en la Lista de Medicamentos de nuestro plan (consulte la Sección 3).
- Su medicamento debe ser usado 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 respaldado por ciertas referencias. (Consulte la Sección 3 de este capítulo para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada).

- Es posible que el medicamento exija la aprobación de nuestro plan de acuerdo con ciertos criterios antes de que aceptemos cubrirlo. (Consulte la Sección 4 para obtener más información).

SECCIÓN 2 Haga surtir sus recetas en una farmacia de la red o mediante el servicio de envíos al hogar de nuestro plan

En la mayoría de los casos, sus medicamentos recetados se cubren *únicamente* si la receta se surte en las farmacias de la red de nuestro plan. (Consulte la Sección 2.5 para obtener información sobre las situaciones en las que cubrimos las recetas que se surten en farmacias fuera de la red).

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

Sección 2.1 Farmacias de la red

Cómo 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/medpharmacy2026**) o llamar a Servicio al Cliente al (888) 239-6469 (los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 711).

Puede ir a cualquiera de nuestras farmacias de la red. Algunas de las farmacias de la red ofrecen costo compartido preferido, el cual puede ser más bajo que el costo compartido de una farmacia que ofrece 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 variar sus costos de bolsillo para los distintos medicamentos.

Qué hacer si su farmacia deja de formar parte de la red

Si la farmacia que usa deja de formar parte de la red de nuestro plan, deberá encontrar una nueva farmacia que esté dentro de la red. Si la farmacia que usa sigue en nuestra red, pero deja de ofrecer el costo compartido preferido, es posible que usted quiera cambiar de red o de farmacia preferida, si hay otras disponibles. Para encontrar otra farmacia en su área, llame a Servicio al Cliente al (888) 239-6469 (los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 711) o use el *Directorio de Farmacias*. También puede encontrar información en nuestro sitio web **blueshieldca.com/medpharmacy2026**.

Farmacias especializadas

Algunas recetas deben surtirse en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen:

- Farmacias que suministran medicamentos para la terapia 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, los centros de LTC (p. ej., un hogar de ancianos) tienen su propia farmacia. Si tiene algún problema para obtener medicamentos de la Parte D en un centro de LTC, llame a Servicio al Cliente al (888) 239-6469 (los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 711).
- Farmacias del Servicio de Salud para Indígenas/Programa de Salud para Tribus/Indios Urbanos (no están disponibles en Puerto Rico). Salvo en casos de emergencia, solo los nativos americanos o de Alaska tienen acceso a estas farmacias de nuestra red.
- Farmacias que venden medicamentos restringidos 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. Para encontrar una farmacia especializada, consulte el *Directorio de Farmacias* (**blueshieldca.com/medpharmacy2026**) o llame a Servicio al Cliente al (888) 239-6469 (los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 711).

Sección 2.2 Servicio de envíos al hogar de nuestro plan

Para ciertos tipos de medicamentos, puede usar el servicio de envíos al hogar de la red de nuestro plan. Por lo general, los medicamentos que se entregan mediante el servicio de envíos al hogar son medicamentos que usted recibe de manera habitual por un problema médico crónico o prolongado. Los medicamentos que no están disponibles mediante el servicio de envíos al hogar de nuestro plan están marcados con el símbolo **NDS** en nuestra Lista de Medicamentos.

El servicio de envíos al hogar de nuestro plan le permite pedir **un suministro para hasta 90 días de medicamentos del Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos, del Nivel 2: medicamentos genéricos, del Nivel 3: medicamentos de marca preferidos, del Nivel 3: insulinas cubiertas, del Nivel 4: medicamentos no preferidos y del Nivel 4: insulinas cubiertas, y un suministro para hasta 30 días de medicamentos de Nivel 5: medicamentos de nivel especializado**.

Para obtener información sobre cómo surtir sus recetas usando el servicio de envíos al hogar, llame a Servicio al Cliente al número que está en la contraportada de este folleto. Si usa un servicio de envíos al hogar que no forma parte de la red del plan, no se cubrirá su medicamento recetado.

Por lo general, si hace un pedido con envío al hogar, lo recibirá en 5 días hábiles como máximo. Recibirá un aviso si hay alguna demora en el envío de los medicamentos recetados a su hogar. Si tiene alguna pregunta sobre este tema, comuníquese con Amazon Pharmacy llamando al (856) 208-4665, las 24 horas, los siete días de la semana. Los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 711. Si fuera necesario, un representante de Servicio al Cliente de Blue Shield le ayudará a obtener un suministro de medicamentos suficiente en una farmacia al por menor local de la red para que no se quede sin su medicamento hasta que llegue su pedido del servicio de envíos al hogar. Para eso, es posible que deba comunicarse con su médico y pedirle que llame por teléfono a la farmacia al por menor de la red o que envíe una receta nueva por fax, donde se indique la cantidad de medicamento que usted necesitará hasta que reciba su medicamento del servicio de envíos al hogar.

Si la demora supera los 5 días desde la fecha en la que pidió el medicamento recetado al proveedor del servicio de envíos al hogar y si esa demora se debe a que el medicamento se perdió en el sistema de envíos, el Servicio al Cliente de Amazon Pharmacy puede coordinar un pedido de reemplazo.

Recetas nuevas que la farmacia recibe directamente del consultorio de su médico. Después de que la farmacia obtenga una receta por parte de un proveedor de atención de la salud, se comunicará con usted para saber si desea hacer surtir el medicamento de inmediato o más adelante. Es importante que responda siempre que la farmacia se comunique con usted para indicarle al personal que envíe, retrase o interrumpa la nueva receta.

Repeticiones de recetas con el servicio de envíos al hogar. Para repetir las recetas de sus medicamentos, tiene la opción de inscribirse en un programa de repeticiones automáticas. Dentro de este programa, procesamos automáticamente su próxima repetición de recetas cuando nuestros registros indican que está a punto de quedarse sin medicamento. La farmacia se comunicará con usted antes de enviar cada repetición de recetas para asegurarse de que necesita más medicamento, y usted puede cancelar las repeticiones de recetas programadas si tiene el medicamento suficiente o si cambió de medicamento.

Si opta por no usar nuestro programa de repeticiones automáticas, pero quiere que la farmacia con servicio de envíos al hogar le envíe sus medicamentos recetados, comuníquese con la farmacia 14 días antes de que se le termine su medicamento recetado actual. De esta manera, se asegurará de que le envíen su pedido a tiempo.

Para darse de baja de nuestro programa de repeticiones automáticas con el servicio de envíos al hogar, comuníquese con nosotros llamando a Amazon Pharmacy al (856) 208-4665, las 24 horas, los siete días de la semana. Los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 711.

Si obtiene automáticamente la repetición de una receta mediante el servicio de envíos al hogar, y usted no quería el medicamento, es posible que sea elegible para recibir un reembolso.

Sección 2.3 ¿Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo?

Si obtiene un suministro de medicamentos a largo plazo, es posible que su costo compartido sea más bajo. Nuestro plan ofrece dos maneras de obtener un suministro a largo plazo (también llamado suministro extendido) de medicamentos de mantenimiento que estén incluidos en la Lista de Medicamentos de nuestro plan. (Los medicamentos de mantenimiento son medicamentos que se toman regularmente para tratar un problema médico crónico o prolongado).

1. Algunas farmacias al por menor (que ofrecen costo compartido preferido) de nuestra red le dejan obtener un suministro de medicamentos de mantenimiento a largo plazo por la cantidad de costo compartido del servicio de envíos al hogar. Es posible que otras farmacias al por menor no acepten las cantidades de costo compartido del servicio de envíos al hogar. En este caso, usted será responsable de la diferencia en el precio. En el *Directorio de Farmacias* (**blueshieldca.com/medpharmacy2026**) podrá ver qué farmacias de nuestra red pueden brindarle un suministro de medicamentos de mantenimiento a largo plazo. Para obtener más información, llame a Servicio al Cliente al (888) 239-6469 (los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 711).
2. También puede obtener medicamentos de mantenimiento a través de nuestro programa de envíos al hogar. Consulte la Sección 2.2 para obtener más información.

Sección 2.4 Cómo usar una farmacia que no pertenece a la red de nuestro plan

En términos generales, cubrimos los medicamentos que se surtan en una farmacia fuera de la red *únicamente* cuando usted no puede usar una farmacia de la red. También tenemos farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio, donde puede hacer surtir sus recetas como miembro de nuestro plan. **Primero, llame a Servicio al Cliente al (888) 239-6469 (los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 711)** para confirmar si hay una farmacia de la red que le quede cerca.

Cubrimos recetas que se surtan en una farmacia fuera de la red únicamente en estas circunstancias:

- Si le es imposible conseguir un medicamento cubierto oportunamente dentro de nuestra área de servicio porque 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 elegible de la red o una farmacia

elegible con servicio de envíos al hogar (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.

Si debe usar una farmacia fuera de la red, por lo general tendrá que pagar el costo total (en lugar de su costo compartido normal) al hacer surtir su receta. Puede pedirnos que le reembolsemos nuestra porción del costo. (Consulte la Sección 2 del Capítulo 5 para obtener información sobre cómo pedirle una devolución a nuestro plan). Es posible que deba pagar la diferencia entre lo que usted paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia dentro de la red.

SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar en la Lista de Medicamentos de nuestro plan

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

Nuestro plan tiene una *Lista de Medicamentos Cubiertos* (formulario). En esta *Evidencia de Cobertura*, **la llamamos Lista de Medicamentos.**

Nuestro plan selecciona los medicamentos de esta lista con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La lista cumple con los requisitos de Medicare y tiene su aprobación. La Lista de Medicamentos muestra únicamente los medicamentos que están cubiertos por la Parte D de Medicare.

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

- Ha sido aprobado por la FDA para el diagnóstico o el problema de salud para los cuales se lo receta; o

- Está respaldado por ciertas fuentes, como la Información sobre Medicamentos del American Hospital Formulary Service (Servicio de Formulario de Hospitales Estadounidenses) y el Sistema de Información Micromedex DRUGDEX.

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

Un medicamento de marca es un medicamento recetado que se vende bajo un nombre comercial registrado que le pertenece al fabricante del medicamento. Los productos biológicos son medicamentos más complejos que los medicamentos comunes. En la Lista de Medicamentos, cuando hablamos de “medicamentos”, podemos referirnos a un medicamento o a un producto biológico.

Un medicamento genérico es un medicamento recetado que contiene los mismos principios activos que el medicamento de marca. Los productos biológicos tienen alternativas llamadas biosimilares. Por lo general, los medicamentos genéricos y los biosimilares tienen la misma eficacia que el medicamento de marca o el producto biológico original, y suelen costar menos. Hay medicamentos genéricos que pueden reemplazar a muchos medicamentos de marca y hay alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son intercambiables y, según la legislación estatal, pueden reemplazar el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de obtener una nueva receta, del mismo modo que los medicamentos genéricos reemplazan los medicamentos de marca.

Consulte el Capítulo 10 para ver las definiciones de los tipos de medicamentos que se incluyen en la Lista de Medicamentos.

Medicamentos que no están en la Lista de Medicamentos

Nuestro plan no cubre todos los medicamentos recetados.

- En algunos casos, la ley no deja que ningún plan de Medicare cubra ciertos tipos de medicamentos. (Para obtener más información, consulte la Sección 7).
- En otros casos, decidimos no incluir un medicamento en particular en la Lista de Medicamentos.
- En algunos casos, es posible que pueda obtener un medicamento que no está incluido en la Lista de Medicamentos. (Para obtener más información, consulte el Capítulo 7).

Sección 3.2 Cinco niveles de costo compartido para los medicamentos incluidos en la Lista de Medicamentos

Cada medicamento de la Lista de Medicamentos de nuestro plan está en uno de los cinco niveles de costo compartido. En general, mientras más alto sea el nivel, más alto será el costo del 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 y biosimilares
- Nivel 3 de costo compartido: medicamentos de marca preferidos
  Incluye medicamentos de marca preferidos, biosimilares y algunos medicamentos genéricos.
- Nivel 4 de costo compartido: medicamentos no preferidos
  Incluye medicamentos de marca no preferidos, biosimilares y algunos genéricos.
- Nivel 5 de costo compartido: medicamentos de nivel especializado (el nivel más alto de costo compartido)
  Incluye medicamentos de marca, biosimilares 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 de nuestro plan. En el Capítulo 4, se indica la cantidad que usted paga por los medicamentos en cada nivel de costo compartido.

Sección 3.3 Cómo averiguar si un medicamento específico está en la Lista de Medicamentos

Para saber si un medicamento está incluido en nuestra Lista de Medicamentos, tiene estas opciones:

- Consulte la Lista de Medicamentos más actualizada que le brindamos de manera electrónica.
- Visite el sitio web de nuestro plan (**blueshieldca.com/medformulary2026**). La Lista de Medicamentos del sitio web es siempre la versión más actualizada.
- Llame a Servicio al Cliente al (888) 239-6469 (los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 711) para saber si un determinado medicamento está incluido en la Lista de Medicamentos de nuestro plan o para pedir una copia de la lista.

- Use la herramienta “Real-Time Benefit Tool” (Herramienta de beneficios en tiempo real) (**blueshieldca.com/pricecheck**) de nuestro plan para buscar medicamentos en la Lista de Medicamentos, obtener un cálculo aproximado de lo que usted pagará y ver si hay medicamentos alternativos en la Lista de Medicamentos que podrían servir para tratar el mismo problema médico. Para obtener más información, llame a Servicio al Cliente al (888) 239-6469 (los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 711).

SECCIÓN 4 Medicamentos con restricciones de cobertura

Sección 4.1 Por qué hay restricciones para algunos medicamentos

Para ciertos medicamentos recetados, hay reglas especiales que restringen cómo y cuándo nuestro plan los cubre. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrolló estas normas para alentarlos a usted y a su proveedor a usar los medicamentos de las maneras más eficaces. Para averiguar si alguna de estas restricciones se aplica a un medicamento que usted toma o desea tomar, consulte la Lista de Medicamentos.

Si un medicamento seguro y más económico tiene la misma eficacia, desde el punto de vista médico, que un medicamento de mayor costo, las normas de nuestro plan están diseñadas para alentarlos a usted y a su proveedor a optar por la alternativa de menor costo.

Tenga en cuenta que, a veces, un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra Lista de Medicamentos. Esto se debe a que los mismos medicamentos pueden variar según la concentración, la cantidad o la fórmula del medicamento recetado por su proveedor de atención de la salud, y pueden aplicarse diferentes restricciones o costos compartidos a las distintas versiones del medicamento (por ejemplo, el medicamento puede tener una concentración de 10 mg o 100 mg, puede indicarse para una dosis diaria o dos dosis diarias, o puede presentarse en comprimidos o en forma líquida).

Sección 4.2 Tipos de restricciones

Por lo general, si hay una restricción para su medicamento, significa que usted o su proveedor tendrán que tomar medidas adicionales para que nosotros cubramos el medicamento. Llame a Servicio al Cliente al (888) 239-6469 (los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 711) para saber qué pueden hacer usted o su proveedor para obtener la cobertura del medicamento. **Si usted desea que le quitemos la restricción, deberá usar el proceso de decisión de cobertura y pedirnos que hagamos una excepción.** Nosotros podemos estar de acuerdo o no con quitar la restricción para su caso. (Consulte el Capítulo 7).

Cómo obtener la aprobación del plan por adelantado

Para ciertos medicamentos, usted o su proveedor deben obtener la aprobación de nuestro plan según criterios específicos antes de que aceptemos cubrir los medicamentos. Esto se llama **autorización previa** y se aplica para garantizar la seguridad de los medicamentos y brindar orientación sobre el uso adecuado de ciertos medicamentos. Si no obtiene esta aprobación, es posible que nuestro plan no cubra su medicamento. Para conocer los criterios de autorización previa de nuestro plan, llame a Servicio al Cliente al (888) 239-6469 (los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 711) o visite nuestro sitio web (**blueshieldca.com/medformulary2026**).

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 nuestro plan cubra otro medicamento. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B sirven para tratar el mismo problema médico, es posible que nuestro plan le pida que pruebe primero el medicamento A. Si el medicamento A no le da resultado, entonces nuestro plan cubrirá el medicamento B. Este requisito de probar primero un medicamento diferente se llama **tratamiento escalonado**. Para conocer los criterios del tratamiento escalonado de nuestro plan, llame a Servicio al Cliente al (888) 239-6469 (los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 711) o visite nuestro sitio web (**blueshieldca.com/medformulary2026**).

Límites de cantidad

Para ciertos medicamentos, limitamos la cantidad que puede obtener de un medicamento 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.

SECCIÓN 5 Qué puede hacer si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera en que a usted le gustaría

Hay situaciones en las que un medicamento recetado que usted toma, o que usted y su proveedor creen que debería tomar, no está incluido en nuestra Lista de Medicamentos y tiene restricciones. Por ejemplo:

- Es posible que el medicamento directamente no esté cubierto, o que una versión genérica del medicamento esté cubierta, pero la versión de marca que desea tomar no lo esté.
- El medicamento está cubierto, pero hay normas o restricciones adicionales para la cobertura.

- El medicamento está cubierto, pero está en un nivel de costo compartido en el que el costo compartido que le corresponde a usted es superior a lo que considera que debería ser.

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido en el que el costo que usted debe pagar es superior a lo que considera que debería ser, consulte la Sección 5.1 para saber lo que puede hacer.

Si su medicamento no está en la Lista de Medicamentos o tiene restricciones, estas son sus opciones:

- Es posible que pueda obtener un suministro temporal del medicamento.
- Puede cambiar de medicamento.
- Puede pedir una **excepción** para que nuestro plan cubra el medicamento o quite las restricciones del medicamento.

Es posible que pueda obtener un suministro temporal.

En ciertas circunstancias, nuestro plan le debe ofrecer un suministro temporal de un medicamento que usted ya está tomando. Este suministro temporal le da tiempo para hablar con su proveedor acerca del cambio.

Para ser elegible para un suministro temporal, el medicamento que usted toma **ya no debe estar incluido en la Lista de Medicamentos de nuestro plan O debe tener alguna restricción nueva**.

- **Si usted es un miembro nuevo,** cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros **90 días** de su membresía en nuestro plan.
- **Si formaba parte de nuestro plan el año pasado,** cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros **90 días** del año calendario.
- 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 30 días de medicación como máximo. La receta debe surtirse en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que una farmacia de atención a largo plazo puede brindar el medicamento en menores cantidades por vez para evitar que se desperdicie).
- **Para aquellos miembros que hayan estado en nuestro plan durante más de 90 días, vivan en un centro de atención a largo plazo y necesiten un suministro de inmediato:**

  Cubriremos un suministro de emergencia para 31 días de un medicamento en particular, o menos si la receta indica menos días. Esto se suma al suministro temporal descrito antes.

Si tiene alguna pregunta sobre un suministro temporal, comuníquese con Servicio al Cliente llamando al (888) 239-6469 (los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 711).

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

Opción 1. Puede cambiar de medicamento.

Hable con su proveedor para ver si hay algún otro medicamento que esté cubierto por nuestro plan y que le dé el mismo resultado. Llame a Servicio al Cliente al (888) 239-6469 (los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 711) para pedir una lista de los medicamentos cubiertos que se usan para tratar el mismo problema médico. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que podría darle resultado.

Opción 2. Puede pedir una excepción.

Usted y su proveedor pueden pedirle a nuestro 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 una excepción, su proveedor puede ayudarle a pedirnos una excepción. Por ejemplo, puede pedirle a nuestro plan que cubra un medicamento aunque no esté en la Lista de Medicamentos del plan. O puede pedirle a nuestro 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 se restringirá de alguna manera el próximo año, le informaremos sobre cualquier cambio que haya antes de que empiece el nuevo año. Puede pedir una excepción antes del próximo año, y le daremos una respuesta dentro de las 72 horas después de que recibamos su pedido (o la declaración de respaldo del profesional que extiende recetas). Si aprobamos su pedido, autorizaremos la cobertura del medicamento antes de que empiece a aplicarse el cambio.

Si usted y su proveedor desean pedir una excepción, consulte la Sección 5.4 del Capítulo 7 para saber qué hacer. Allí se explican los procedimientos y las fechas límite establecidos por Medicare para asegurar que su pedido se gestione de manera rápida y justa.

Sección 5.1 Qué puede hacer si su medicamento está en un nivel de costo compartido que considera demasiado alto

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera demasiado alto, puede hacer lo siguiente:

Puede cambiar de medicamento

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera demasiado alto, hable con su proveedor. Es posible que haya otro medicamento que esté en un nivel de costo compartido más bajo y que le dé el mismo resultado. Llame a Servicio al Cliente al (888) 239-6469 (los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 711) para pedir una lista de los medicamentos cubiertos que se usan para tratar el mismo problema médico. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que podría darle resultado.

Puede pedir una excepción

Usted y su proveedor pueden pedirle a nuestro plan que haga una excepción en el nivel de costo compartido del medicamento para que usted pague menos. Si su proveedor indica que usted tiene razones médicas que justifican una excepción, su proveedor puede ayudarle a pedir una excepción a la norma.

Si usted y su proveedor desean pedir una excepción, consulte la Sección 5.4 del Capítulo 7 para saber qué hacer. Allí se explican los procedimientos y las fechas límite establecidos por Medicare para asegurar que su pedido se gestione de manera rápida y justa.

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

SECCIÓN 6 Nuestra Lista de Medicamentos puede cambiar durante el año

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos suceden al comienzo de cada año (1 de enero). Sin embargo, el plan puede hacer cambios en la Lista de Medicamentos durante el año. Por ejemplo, nuestro plan puede:

- **Agregar o quitar medicamentos de la Lista de Medicamentos**
- **Mover un medicamento a un nivel más alto o más bajo de costo compartido**
- **Agregar o quitar una restricción en la cobertura de un medicamento**
- **Reemplazar un medicamento de marca por una versión genérica del medicamento**
- Reemplazar un producto biológico original por una versión biosimilar intercambiable del producto biológico

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

Información sobre cambios en la cobertura de medicamentos

Cuando se hacen cambios en la Lista de Medicamentos, publicamos información sobre esos cambios en nuestro sitio web. También actualizamos nuestra Lista de Medicamentos en Internet con frecuencia. A veces, recibirá un aviso directo si se hacen cambios en un medicamento que usted toma.

Cambios en la cobertura de medicamentos que pueden afectarlo durante este año del plan

- **Se agregan nuevos medicamentos a la Lista de Medicamentos e <u>inmediatamente</u> se quita o cambia un medicamento similar de la Lista de Medicamentos**.
    - Al agregar una nueva versión de un medicamento a la Lista de Medicamentos, podemos quitar inmediatamente un medicamento similar de la Lista de Medicamentos, mover el medicamento similar a un nivel de costo compartido diferente, agregar nuevas restricciones, o las dos cosas. La nueva versión del medicamento estará en el mismo nivel de costo compartido o en uno más bajo y tendrá las mismas restricciones o menos.
    - Haremos estos cambios inmediatos únicamente si agregamos una nueva versión genérica de un medicamento de marca o si agregamos ciertas versiones biosimilares nuevas de un producto biológico original que ya estaba incluido en la Lista de Medicamentos.
    - Podemos hacer estos cambios de inmediato y comunicárselos más adelante, incluso si usted toma el medicamento que quitamos o cambiamos. Si, al momento del cambio, usted está tomando el medicamento similar, le informaremos sobre cualquier cambio específico que hayamos hecho.

- **Se agregan medicamentos a la Lista de Medicamentos y se quita o cambia un medicamento similar de la Lista de Medicamentos**.
    - Al agregar otra versión de un medicamento a la Lista de Medicamentos, podemos quitar inmediatamente un medicamento similar de la Lista de Medicamentos, moverlo a un nivel de costo compartido diferente, agregar nuevas restricciones, o las dos cosas. La versión del medicamento que agreguemos estará en el mismo nivel de costo compartido o en uno más bajo y tendrá las mismas restricciones o menos.
    - Haremos estos cambios únicamente si agregamos una nueva versión genérica de un medicamento de marca o si agregamos ciertas versiones biosimilares nuevas de un producto biológico original que ya estaba incluido en la Lista de Medicamentos.

  - Le informaremos al menos 30 días antes de hacer el cambio, o le informaremos sobre el cambio y cubriremos un suministro adicional para 30 días de la versión del medicamento que usted toma.

- **Se quitan medicamentos que no son seguros y otros medicamentos incluidos en la Lista de Medicamentos que se retiran del mercado.**
  - A veces, se determina que un medicamento no es seguro o se retira del mercado por otras razones. Si esto pasa, es posible que quitemos el medicamento de la Lista de Medicamentos de inmediato. Si usted toma ese medicamento, se lo informaremos después de hacer el cambio.
- **Se hacen 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 usted toma. Por ejemplo, podemos basarnos en los recuadros de advertencia de la FDA o en las nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare.
  - Le informaremos al menos 30 días antes de hacer estos cambios, o le informaremos sobre el cambio y cubriremos un suministro adicional para 30 días del medicamento que usted toma.

Si hacemos cualquiera de estos cambios en alguno de los medicamentos que usted toma, hable con el profesional que extiende recetas sobre las opciones más convenientes para usted, incluso sobre la posibilidad de optar por otro medicamento para tratar su problema de salud o de pedir una decisión de cobertura para cumplir con las nuevas restricciones que se apliquen al medicamento que usted toma. Usted o el profesional que extiende recetas pueden pedirnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento o la versión del medicamento que usted toma. Para obtener más información sobre cómo pedir una decisión de cobertura, incluida una excepción, consulte el Capítulo 7.

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

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

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

- Si movemos su medicamento a un nivel más alto de costo compartido.
- Si aplicamos una nueva restricción sobre el uso de su medicamento.
- Si quitamos su medicamento de la Lista de Medicamentos.

Si se aplica alguno de estos cambios a un medicamento que usted toma (salvo los casos en que el medicamento se retira del mercado, se reemplaza un medicamento de marca por un medicamento genérico o se hacen otros cambios descritos en las secciones anteriores), el cambio no afectará su uso del medicamento ni la porción del costo que usted paga hasta el 1 de enero del año siguiente.

No le enviaremos ningún aviso directo sobre estos tipos de cambios durante el año actual del plan. Deberá consultar la Lista de Medicamentos para el próximo año del plan (cuando la lista esté disponible durante el Período de inscripción abierta) para ver si hay algún cambio en los medicamentos que usted toma que podría afectarlo durante el próximo año del plan.

SECCIÓN 7 Tipos de medicamentos que no cubrimos

Algunos tipos de medicamentos recetados están *excluidos*. Esto significa que Medicare no paga por estos medicamentos.

Si obtiene medicamentos que están excluidos, usted será responsable de pagarlos. Si presenta una apelación y se determina que el medicamento pedido no está excluido por la Parte D, será nuestra responsabilidad pagarlo o cubrirlo. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión, consulte el Capítulo 7).

Estas son tres normas generales sobre los medicamentos que los planes de medicamentos de Medicare no cubren según la Parte D:

- La cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que está cubierto por la Parte A o la Parte B de Medicare.
- Nuestro plan no puede cubrir un medicamento que se haya comprado fuera de los Estados Unidos o sus territorios.
- Nuestro plan no puede cubrir el uso *no indicado en la etiqueta* de un medicamento cuando el uso no está respaldado por ciertas fuentes, como la Información sobre Medicamentos del American Hospital Formulary Service (Servicio de Formulario de Hospitales Estadounidenses) y el Sistema de Información Micromedex DRUGDEX. El uso *no indicado en la etiqueta* se refiere a cualquier uso del medicamento que sea distinto de los usos que aparecen en la etiqueta aprobada por la FDA.

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

- Medicamentos sin receta (también llamados medicamentos de venta sin receta)
- Medicamentos usados para promover la fertilidad
- Medicamentos usados para aliviar los síntomas de la tos y el resfrío

- Medicamentos usados con fines estéticos o para estimular el crecimiento del cabello
- Vitaminas y productos minerales recetados, salvo los preparados vitamínicos y con flúor prenatales
- Medicamentos usados para tratar la disfunción sexual o eréctil
- Medicamentos usados para tratar la anorexia, la pérdida de peso o el aumento de peso
- Medicamentos para pacientes ambulatorios para los cuales el fabricante exige, como condición de venta, que las pruebas o los servicios de control asociados se le compren únicamente al fabricante

Si recibe la ayuda adicional del programa Extra Help para pagar sus medicamentos recetados, la ayuda adicional no pagará los medicamentos que normalmente no están cubiertos. Si tiene cobertura de medicamentos a través de Medicaid, su programa estatal de Medicaid puede cubrir algunos medicamentos recetados que generalmente no están cubiertos por un plan de medicamentos de Medicare. Comuníquese con el programa de Medicaid de su estado para saber qué cobertura de medicamentos puede tener disponible. (Los números de teléfono y la información de contacto de Medicaid están en la Sección 6 del Capítulo 2).

SECCIÓN 8 Cómo hacer surtir una receta

Para hacer surtir su receta, bríndele su información de miembro de nuestro plan (que está en su tarjeta de membresía) a la farmacia de la red que elija. La farmacia de la red automáticamente le facturará a nuestro plan *nuestra* porción del costo de su medicamento. Usted deberá pagarle a la farmacia *su* porción del costo cuando retire su medicamento recetado.

Si no tiene su información de miembro de nuestro plan, usted o la farmacia pueden llamar a nuestro plan para obtenerla, o puede pedirle a la farmacia que busque la información de inscripción en nuestro plan.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, **es posible que deba pagar el costo total del medicamento recetado cuando lo retire**. Puede **pedirnos que le reembolsemos** nuestra porción del costo. Consulte la Sección 2 del Capítulo 5 para obtener información sobre cómo pedirle un reembolso a nuestro plan.

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

Sección 9.1 En un hospital o un centro de enfermería especializada para una estadía cubierta por nuestro plan

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

Sección 9.2 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 usan una farmacia que les suministra medicamentos para todos sus residentes. Si usted vive en un centro de LTC, puede obtener sus medicamentos recetados a través de la farmacia del centro, o la farmacia que el centro use, siempre y cuando la farmacia forme parte de nuestra red.

Consulte el *Directorio de Farmacias* (**blueshieldca.com/medpharmacy2026**) para averiguar si la farmacia de su centro de LTC o la farmacia que este centro usa forman parte de nuestra red. Si no forma parte de la red o si necesita más información o ayuda, llame a Servicio al Cliente al (888) 239-6469 (los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 711). 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.

Si usted vive en un centro de LTC y necesita un medicamento que no está incluido en nuestra Lista de Medicamentos o que está restringido de alguna manera, consulte la Sección 5 para saber cómo obtener un suministro temporal o de emergencia.

Sección 9.3 Si usted toma medicamentos cubiertos por Medicare Original

Su inscripción en Blue Shield Rx Plus no afecta su cobertura de medicamentos de la Parte A o la Parte B de Medicare. Si cumple con 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 nuestro plan. Si su medicamento estuviese cubierto por la Parte A o la Parte B de Medicare, nuestro plan no puede cubrirlo, incluso 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. Los medicamentos nunca están cubiertos por la Parte B y por

nuestro plan al mismo tiempo. Por lo general, su farmacéutico o su proveedor determinarán si deben facturarle el medicamento a la Parte B de Medicare o a Blue Shield Rx Plus.

Sección 9.4 Si usted tiene una póliza de Medigap (seguro suplementario de Medicare) con cobertura de medicamentos

Si actualmente tiene una póliza de Medigap que incluye la cobertura de medicamentos recetados, debe comunicarse con su emisor de Medigap e informarle que está inscrito en nuestro plan. Si decide mantener su póliza actual de Medigap, su emisor de Medigap eliminará la parte correspondiente a la cobertura de medicamentos recetados de su póliza y reducirá su prima.

Todos los años, su compañía de seguros de Medigap debe enviarle un aviso para informarle si su cobertura de medicamentos recetados es acreditable y cuáles son sus opciones para 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 le explicará cuánto se reduciría su prima si se elimina la parte correspondiente a la cobertura de medicamentos recetados de su póliza de Medigap. Si no recibió este aviso o si no lo encuentra, comuníquese con la compañía de seguros de Medigap y pida otra copia.

Sección 9.5 Si usted también recibe cobertura de medicamentos del plan grupal de un empleador o de un grupo para jubilados

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

Por lo general, si usted tiene cobertura grupal como empleado o jubilado, la cobertura de medicamentos que reciba de nosotros será *secundaria* a la cobertura de su grupo. Eso significa que su cobertura grupal paga primero.

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.

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

Guarde todos los avisos sobre la cobertura acreditable, ya que es posible que los necesite más adelante para demostrar que tuvo una cobertura acreditable. Si no recibió un aviso sobre la cobertura acreditable, pídale una copia al administrador de beneficios de su empleador o grupo para jubilados, al empleador o a la unión.

Sección 9.6 Si usted está en un centro de cuidados para pacientes terminales certificado por Medicare

El centro de cuidados para pacientes terminales y nuestro plan no cubren el mismo medicamento al mismo tiempo. Si está inscrito en un programa de cuidados para pacientes terminales de Medicare y necesita ciertos medicamentos (por ejemplo, medicamentos contra las náuseas, laxantes, analgésicos o ansiolíticos) que no están cubiertos por ese programa porque no están relacionados 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 cuidados para pacientes terminales, en el que indique que los medicamentos no están relacionados con su enfermedad terminal para que nuestro plan pueda cubrir esos medicamentos. Para evitar demoras en el acceso a estos medicamentos que nuestro plan debería cubrir, pídale a su proveedor de cuidados para pacientes terminales o al profesional que extiende recetas que envíen el aviso antes de que se surta su receta.

En el caso de que usted cancele su elección de recibir cuidados para pacientes terminales o que le den el alta del centro de cuidados para pacientes terminales, nuestro plan deberá cubrir sus medicamentos, tal como se explica en este documento. Para evitar demoras en una farmacia cuando termine su beneficio de cuidados para pacientes terminales de Medicare, presente en la farmacia la documentación que demuestre su cancelación o el alta.

SECCIÓN 10 Programas sobre seguridad y administración de los medicamentos

Revisamos el uso de los medicamentos para asegurarnos de que nuestros miembros reciban una atención adecuada y segura.

Hacemos una revisión cada vez que usted hace surtir una receta. También revisamos nuestros registros con frecuencia. Durante estas revisiones, nos concentramos en detectar posibles problemas, por ejemplo:

- Posibles errores de medicación
- Medicamentos que podrían no ser necesarios porque toma otro medicamento parecido que sirve para tratar el mismo problema de salud
- Medicamentos que podrían no ser seguros o adecuados para su edad o sexo

- Ciertas combinaciones de medicamentos que podrían hacerle daño si los toma al mismo tiempo
- Recetas para medicamentos que tienen componentes a los que usted es alérgico
- Posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que está tomando
- Cantidades no seguras de opioides para aliviar el dolor

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

Sección 10.1 Programa de Administración de Medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar sus medicamentos con opioides de manera segura

Tenemos un programa que ayuda a garantizar que los miembros usen de manera segura los opioides recetados y otros medicamentos que suelen ser objeto de abuso. Este programa se llama Programa de Administración de Medicamentos (DMP, por sus siglas en inglés). Si usted usa medicamentos con opioides que obtiene de diferentes farmacias o profesionales que extienden recetas, o si tuvo una sobredosis reciente con opioides, podemos hablar con los profesionales para asegurarnos de que use los opioides de manera adecuada y según sea médicamente necesario. Si decidimos, junto con los profesionales que le extienden recetas, que el uso de medicamentos recetados con opioides o con benzodiacepinas puede no ser seguro para usted, podemos limitar la manera en que obtiene esos medicamentos. Si lo incluimos en nuestro DMP, las limitaciones pueden ser:

- Exigir que obtenga todos sus medicamentos con opioides o con benzodiacepinas en farmacias específicas.
- Exigir que obtenga todas sus recetas para los medicamentos con opioides o con benzodiacepinas de determinados profesionales que extienden recetas.
- Limitar la cantidad de medicamentos con opioides o con benzodiacepinas que le cubriremos.

Si decidimos limitar la manera en que obtiene estos medicamentos o la cantidad que puede obtener, le enviaremos una carta con anticipación. La carta le informará si limitaremos la cobertura de estos medicamentos para usted o si deberá obtener las recetas para estos medicamentos únicamente de un determinado profesional o en una farmacia específica. Usted tendrá la oportunidad de decirnos qué médicos o farmacias prefiere usar, y de brindarnos cualquier otra información que crea que es 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 decisión, usted y el profesional que extiende recetas tienen derecho a presentar una apelación. Si apela, revisaremos su caso y le comunicaremos una nueva decisión. Si seguimos rechazando alguna parte de su pedido en relación con las limitaciones que se 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.

No lo incluiremos en nuestro DMP si tiene ciertos problemas médicos, como dolor relacionado con el cáncer o anemia falciforme; si recibe cuidados para pacientes terminales, atención paliativa o cuidados de fin de vida; o si vive en un centro de atención a largo plazo.

Sección 10.2 Programa de Administración de Tratamientos con Medicamentos (MTM) para ayudar a los miembros a administrar los medicamentos

Tenemos un programa que puede ayudar a nuestros miembros con problemas de salud complejos. Nuestro programa se llama Programa de Administración de Tratamientos con Medicamentos (MTM, por sus siglas en inglés). Este programa es voluntario y gratis. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrolló el programa para que podamos asegurarnos de que nuestros miembros obtengan el máximo beneficio de los medicamentos que toman.

Algunos miembros que tienen ciertas enfermedades crónicas y toman medicamentos que superan una cantidad específica de costos de medicamentos o participan en un DMP que les ayuda a usar opioides de forma segura pueden obtener servicios a través de un programa de MTM. Si usted califica para el programa, un farmacéutico u otro profesional de la salud harán una revisión completa de todos sus medicamentos. Durante la revisión, puede hablar sobre sus medicamentos, sus costos y cualquier problema o pregunta que tenga acerca de sus medicamentos recetados y de venta sin receta. Recibirá un resumen escrito con una lista de recomendaciones y los pasos que debe seguir para obtener los mejores resultados de sus medicamentos. También recibirá una lista con todos los medicamentos que usted toma, las dosis, cuándo los toma 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 una buena idea que hable con su médico sobre su lista de recomendaciones y su lista de medicamentos. Lleve el resumen a la visita o siempre que hable con sus médicos, farmacéuticos u otros proveedores de atención de la salud. Mantenga su lista de medicamentos actualizada y llévela 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 ajusta a sus necesidades, lo inscribiremos automáticamente en el programa y le enviaremos información. Si usted decide no participar, notifíquenos su decisión y lo retiraremos del programa. Si tiene alguna pregunta sobre este programa, comuníquese con Servicio al Cliente llamando al (888) 239-6469 (los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 711).

CAPÍTULO 4:
Lo que usted paga por los medicamentos de la Parte D

SECCIÓN 1 Lo que usted paga por los medicamentos de la Parte D

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 enviamos otro anexo que se llama *Cláusula adicional a la Evidencia de Cobertura para las personas que reciben ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados* (también conocida como *Cláusula adicional de subsidio para personas de bajos ingresos* [LIS, por sus siglas en inglés] o *Cláusula adicional de LIS*), que le brinda información sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este documento, llame a Servicio al Cliente al (888) 239-6469 (los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 711) y pida la *Cláusula adicional de LIS*.

En este capítulo usamos la palabra “medicamento” para referirnos a un medicamento recetado de la Parte D. No todos los medicamentos son 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, es necesario que conozca qué medicamentos están cubiertos, dónde puede hacer surtir sus recetas y qué normas debe seguir al obtener sus medicamentos cubiertos. En el Capítulo 3 se explican estas normas. Cuando usa la herramienta “Real-Time Benefit Tool” (Herramienta de beneficios en tiempo real) de nuestro plan para consultar la cobertura de medicamentos (**blueshieldca.com/pricecheck**), el costo que ve le muestra un cálculo aproximado de los costos de bolsillo que se espera que usted pague. También puede obtener la información que brinda esta herramienta de beneficios en tiempo real llamando a Servicio al Cliente al (888) 239-6469 (los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 711).

Sección 1.1 Tipos de costos de bolsillo que usted podría pagar por sus medicamentos cubiertos

Hay tres tipos diferentes de costos de bolsillo que podría tener que pagar por los medicamentos cubiertos de la Parte D:

- El **deducible** es la cantidad que usted paga por los medicamentos antes de que nuestro plan empiece a pagar la porción del costo que nos 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.

Sección 1.2 Cómo calcula Medicare sus costos de bolsillo

Medicare tiene normas para establecer lo que cuenta y lo que no cuenta para sus costos de bolsillo. Estas son las normas que debemos seguir para llevar un control de sus costos de bolsillo.

Estos pagos <u>están incluidos</u> en sus costos de bolsillo

Sus costos de bolsillo **incluyen** 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):

- La cantidad que usted paga por medicamentos cuando está en las siguientes etapas de pago de medicamentos:
  - La Etapa de Deducible
  - La Etapa de Cobertura Inicial
- Todos los pagos que usted haya hecho durante este año calendario como miembro de otro plan de medicamentos de Medicare antes de inscribirse en nuestro plan.
- Todos los pagos por sus medicamentos que hayan hecho sus familiares o amigos.
- Todos los pagos por sus medicamentos que hayan hecho el programa Extra Help de Medicare, los planes de salud de un empleador o de una unión, el Servicio de Salud para Indígenas, los programas de ayuda con medicamentos para el sida y la mayoría de las organizaciones de beneficencia.

Paso a la Etapa de Cobertura para Catástrofes:

Cuando usted o quienes hagan pagos en su nombre hayan gastado un total de $2,100 en costos de bolsillo durante el año calendario, pasará de la Etapa de Cobertura Inicial a la Etapa de Cobertura para Catástrofes.

Estos pagos no están incluidos en sus costos de bolsillo

Sus costos de bolsillo **no incluyen** ninguno de estos tipos de pagos:

- 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 de nuestro 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 haga por medicamentos que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos recetados de Medicare.
- Pagos que determinados planes de seguros y programas de salud patrocinados por el Gobierno (como TRICARE y la Administración de Salud para Veteranos) hagan por sus medicamentos.
- Pagos que un tercero con la obligación legal de pagar los costos de los medicamentos recetados haga por sus medicamentos (por ejemplo, en caso de una compensación por accidentes de trabajo).
- Pagos hechos por los fabricantes de medicamentos dentro del Programa de Descuentos de Fabricantes.

Recuerde: Si alguna otra organización, como las nombradas más arriba, paga una parte o el total de sus costos de bolsillo por los medicamentos, usted tiene la obligación de informarlo a nuestro plan llamando a Servicio al Cliente al (888) 239-6469 (los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 711).

Lleve un control de sus costos de bolsillo totales

- Usted recibe una *Explicación de Beneficios* (EOB, por sus siglas en inglés) de la Parte D que incluye el total actual de sus costos de bolsillo. Cuando esta cantidad alcance los $2,100, en la *EOB de la Parte D* se le indicará que terminó su Etapa de Cobertura Inicial y que pasó a la Etapa de Cobertura para Catástrofes.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos**. Consulte la Sección 3.1 para saber cómo puede asegurarse de que nuestros registros de lo que usted gastó estén completos y actualizados.

SECCIÓN 2 Etapas de pago de medicamentos para los miembros de Blue Shield Rx Plus

Hay **tres etapas de pago de medicamentos** para su cobertura de medicamentos de Blue Shield Rx Plus. La cantidad que usted pague por cada medicamento recetado dependerá de la etapa en la que esté al momento de hacer surtir una receta o de pedir una repetición. Recuerde que usted siempre es responsable de la prima mensual de nuestro plan, sin importar la etapa de pago de medicamentos. En este capítulo, se explican los detalles de cada etapa. Las etapas son:

- **Etapa 1: Etapa de Deducible Anual**
- **Etapa 2: Etapa de Cobertura Inicial**
- **Etapa 3: Etapa de Cobertura para Catástrofes**

SECCIÓN 3 En la *Explicación de Beneficios (EOB) de la Parte D* se explica en qué etapa de pago está usted

Nuestro plan lleva un control de los costos de sus medicamentos recetados y de sus pagos cuando recibe los medicamentos recetados en la farmacia. De esta manera, podemos determinar el momento en que usted pasa de una etapa de pago de medicamentos a la siguiente. Llevamos un control de 2 tipos de costos:

- **Costos de bolsillo:** indica la cantidad que usted pagó. Esta cantidad incluye lo que usted pagó cuando obtuvo un medicamento cubierto de la Parte D, los pagos por sus medicamentos que hayan hecho sus familiares o amigos, y los pagos por sus medicamentos que hayan hecho el programa Extra Help de Medicare, los planes de salud de un empleador o una unión, el Servicio de Salud para Indígenas, los programas de ayuda con medicamentos para el sida y las organizaciones de beneficencia.
- **Costos totales por medicamentos:** es el total de todos los pagos hechos por sus medicamentos cubiertos por la Parte D. Incluye lo que nuestro plan pagó, lo que usted pagó y lo que otros programas u organizaciones pagaron por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

Si usted hizo surtir una o más recetas a través de nuestro plan durante el mes anterior, le enviaremos una *EOB de la Parte D*. 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 nuestro 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.** Le muestra los costos totales por medicamentos y los pagos totales por sus medicamentos desde que empezó el año.
- **Información sobre el precio de los medicamentos.** Le muestra el precio total del medicamento y la información sobre los cambios en el precio desde la primera vez que se surtió la receta, para cada reclamación en la que la cantidad sea la misma.
- **Disponibilidad de medicamentos recetados alternativos de menor costo.** Le muestra información sobre otros medicamentos disponibles con un costo compartido más bajo para cada reclamación de medicamentos recetados, si corresponde.

Sección 3.1 Ayúdenos a mantener actualizada nuestra información sobre sus pagos por medicamentos

Para llevar un control de los costos de sus medicamentos y los pagos que usted hace 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.** Esto nos ayuda a asegurarnos de que tengamos información sobre las recetas que hace surtir y lo que usted paga.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos**. A veces, es posible que deba pagar el costo total de un medicamento recetado. En estos casos, no recibiremos automáticamente la información que necesitamos para llevar un control de sus costos de bolsillo. Para ayudarnos a llevar un control de sus costos de bolsillo, bríndenos copias de sus recibos. **Ejemplos de situaciones en las que debe brindarnos copias de los recibos de sus medicamentos:**
    - Cada vez que compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o usa una tarjeta de descuento que no es parte del beneficio de nuestro plan.
    - Cuando paga un copago por medicamentos que se brindan mediante un programa de ayuda al paciente patrocinado por un fabricante de medicamentos.
    - Cada vez que compra medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red o que paga el precio total de un medicamento cubierto en circunstancias especiales.
    - Si le facturan un medicamento cubierto, puede pedirle a nuestro plan que pague la porción del costo que nos corresponde. Para obtener instrucciones sobre cómo pedirlo, consulte la Sección 2 del Capítulo 5.

- **Envíenos la información sobre los pagos que otros hayan hecho por usted.** Los pagos hechos por otras personas u organizaciones también cuentan para sus costos de bolsillo. Por ejemplo, cuentan para sus costos de bolsillo los pagos hechos por un Programa de Ayuda de Medicamentos para el Sida (AIDS Drug Assistance Program, ADAP), por el Servicio de Salud para Indígenas (Indian Health Service) y por organizaciones de beneficencia. Guarde un registro de estos pagos y envíenoslo para que podamos llevar un control de sus costos.
- **Controle el informe escrito que le enviamos.** Cuando reciba una *EOB de la Parte D*, revísela para asegurarse de que la información sea correcta y esté completa. Si cree que falta algo o si tiene alguna pregunta, llame a Servicio al Cliente al (888) 239-6469 (los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 711). Asegúrese de guardar estos informes.

SECCIÓN 4 Etapa de Deducible

La Etapa de Deducible es la primera etapa de pago por su cobertura de medicamentos. Esta etapa empieza cuando hace surtir su primera receta para ese año. Cuando se encuentra en esta etapa de pago, **debe pagar el costo total de sus medicamentos** hasta alcanzar la cantidad del deducible del plan, que es de $615. El deducible no se aplica a las insulinas cubiertas ni a la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, incluidas las vacunas contra el herpes zóster, contra el tétanos y para viajeros. Por lo general, el **costo total** es más bajo que el precio total normal del medicamento, ya que nuestro plan ha negociado costos más bajos para la mayoría de los medicamentos en farmacias de la red. El costo total no puede superar el precio justo máximo más las tarifas de despacho por los medicamentos con precios negociados según el Programa de Negociación de Precios de Medicamentos de Medicare.

Cuando haya pagado $615 por sus medicamentos, pasará de la Etapa de Deducible a la Etapa de Cobertura Inicial.

SECCIÓN 5 Etapa de Cobertura Inicial

Sección 5.1 Lo que usted paga por un medicamento depende del medicamento y del lugar donde haga surtir su receta

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

Nuestro plan tiene cinco niveles de costo compartido

Cada medicamento de la Lista de Medicamentos de nuestro 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 y biosimilares.
- Nivel 3 de costo compartido: medicamentos de marca preferidos
  Incluye medicamentos de marca preferidos, biosimilares y algunos medicamentos genéricos. Usted pagará $35 de copago o el 19 % de coseguro, la cantidad que sea menor, por un suministro mensual de cada insulina cubierta en este nivel.
- Nivel 4 de costo compartido: medicamentos no preferidos
  Incluye medicamentos de marca no preferidos, biosimilares y algunos genéricos. Usted pagará $35 de copago o el 25 % de coseguro, la cantidad que sea menor, por un suministro mensual de cada insulina cubierta en este nivel.
- Nivel 5 de costo compartido: medicamentos de nivel especializado (el nivel más alto de costo compartido)
  Incluye medicamentos de marca, biosimilares 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 de nuestro 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.
- Una farmacia al por menor de la red que ofrece costo compartido preferido. Los costos pueden ser más bajos en las farmacias que ofrecen costo compartido preferido.
- Una farmacia que no pertenece a la red de nuestro plan. Cubriremos las recetas que se surtan en farmacias fuera de la red solamente en situaciones limitadas. 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.
- La farmacia de envíos al hogar de nuestro plan.

Para obtener más información sobre estas opciones de farmacias y cómo hacer surtir sus recetas, consulte el Capítulo 3 y el *Directorio de Farmacias* de nuestro plan (**blueshieldca.com/medpharmacy2026**).

Sección 5.2 Sus costos por un suministro para *un mes* de un medicamento cubierto

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

La cantidad del copago o del coseguro depende del nivel de costo compartido.

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

Sus costos por un suministro para *un mes* de un medicamento cubierto de la Parte D

Nivel	Costo compartido estándar al por menor (dentro de la red) (suministro para hasta 30 días)	Costo compartido preferido al por menor (dentro de la red) (suministro para hasta 30 días)	Costo compartido del servicio de envíos al hogar (suministro para hasta 30 días)	Costo compartido de atención a largo plazo (LTC) (suministro para hasta 31 días)	Costo compartido fuera de la red (La cobertura se limita a ciertas situaciones; consulte los detalles en el Capítulo 5). (suministro para hasta 30 días)
Nivel 1 de costo compartido (medicamentos genéricos preferidos)	$9 de copago	$0 de copago	El servicio de envíos al hogar no está disponible para los medicamentos del Nivel 1.	$9 de copago	$9 de copago

Nivel	Costo compartido estándar al por menor (dentro de la red) (suministro para hasta 30 días)	Costo compartido preferido al por menor (dentro de la red) (suministro para hasta 30 días)	Costo compartido del servicio de envíos al hogar (suministro para hasta 30 días)	Costo compartido de atención a largo plazo (LTC) (suministro para hasta 31 días)	Costo compartido fuera de la red (La cobertura se limita a ciertas situaciones; consulte los detalles en el Capítulo 5). (suministro para hasta 30 días)
Nivel 2 de costo compartido (medicamentos genéricos)	$20 de copago	$7 de copago	El servicio de envíos al hogar no está disponible para los medicamentos del Nivel 2.	$20 de copago	$20 de copago
Nivel 3 de costo compartido (medicamentos de marca preferidos)	19 % de coseguro	19 % de coseguro	El servicio de envíos al hogar no está disponible para los medicamentos del Nivel 3.	19 % de coseguro	19 % de coseguro
Nivel 3 de costo compartido (insulinas cubiertas*)	$35 de copago o 19 % de coseguro, la cantidad que sea menor	$35 de copago o 19 % de coseguro, la cantidad que sea menor	El servicio de envíos al hogar no está disponible para los medicamentos del Nivel 3.	$35 de copago o 19 % de coseguro, la cantidad que sea menor	$35 de copago o 19 % de coseguro, la cantidad que sea menor

Nivel	Costo compartido estándar al por menor (dentro de la red) (suministro para hasta 30 días)	Costo compartido preferido al por menor (dentro de la red) (suministro para hasta 30 días)	Costo compartido del servicio de envíos al hogar (suministro para hasta 30 días)	Costo compartido de atención a largo plazo (LTC) (suministro para hasta 31 días)	Costo compartido fuera de la red (La cobertura se limita a ciertas situaciones; consulte los detalles en el Capítulo 5). (suministro para hasta 30 días)
Nivel 4 de costo compartido (medicamentos de marca no preferidos)	49 % de coseguro	49 % de coseguro	El servicio de envíos al hogar no está disponible para los medicamentos del Nivel 4.	49 % de coseguro	49 % de coseguro
Nivel 4 de costo compartido (insulinas cubiertas*)	$35 de copago o 25 % de coseguro, la cantidad que sea menor	$35 de copago o 25 % de coseguro, la cantidad que sea menor	El servicio de envíos al hogar no está disponible para los medicamentos del Nivel 4.	$35 de copago o 25 % de coseguro, la cantidad que sea menor	$35 de copago o 25 % de coseguro, la cantidad que sea menor
Nivel 5 de costo compartido (medicamentos de nivel especializado)	25 % de coseguro	25 % de coseguro	25 % de coseguro	25 % de coseguro	25 % de coseguro

* Las insulinas cubiertas están marcadas con el símbolo **INS** en la Lista de Medicamentos. Este costo compartido solo se aplica a los beneficiarios que no califican para un programa que les ayude a pagar sus medicamentos (“Extra Help” [Ayuda Adicional]).

Usted pagará, como máximo, $35 de copago o el 25 % de coseguro, la cantidad que sea menor, por un suministro para un mes de cada insulina cubierta, sin importar el nivel de costo compartido, incluso si no pagó su deducible.

Consulte la Sección 8 de este capítulo para obtener más información sobre el costo compartido de las vacunas de la Parte D.

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

Por lo general, la cantidad que usted paga por un medicamento cubre el suministro para un mes completo. Es posible que, algunas veces, usted o su médico deseen obtener un medicamento para menos de un mes (por ejemplo, si es la primera vez que prueba un determinado medicamento). También puede pedirles a su médico que recete, y a su farmacéutico que surta, un suministro para menos de un mes si esto le ayudará a planificar mejor las fechas de repetición.

Si recibe un suministro de determinados medicamentos para menos de un mes, no tendrá que pagar el costo del suministro para el mes completo.

- Si debe pagar un coseguro, pagará un *porcentaje* del costo total del medicamento. Como el coseguro se basa en el costo total del medicamento, su costo será más bajo porque el costo total del medicamento será más bajo.
- Si debe pagar un copago por el medicamento, solo pagará por la cantidad de días para la cual reciba el medicamento, y no por el mes completo. 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.

Sección 5.4 Sus costos por un suministro a largo plazo (hasta 90 días) de un medicamento cubierto de la Parte D

Para algunos medicamentos, puede obtener un suministro a largo plazo (también llamado *suministro extendido*). Un suministro a largo plazo es un suministro para hasta 90 días.

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

Sus costos por un suministro *a largo plazo* (hasta 90 días) de un medicamento cubierto de la Parte D

Nivel	Costo compartido estándar al por menor (dentro de la red) (suministro para hasta 90 días)	Costo compartido preferido al por menor (dentro de la red) (suministro para hasta 90 días)	Costo compartido del servicio de envíos al hogar (suministro para hasta 90 días)
Nivel 1 de costo compartido (medicamentos genéricos preferidos)	$27 de copago	$0 de copago	$0 de copago
Nivel 2 de costo compartido (medicamentos genéricos)	$60 de copago	$17.50 de copago	$17.50 de copago
Nivel 3 de costo compartido (medicamentos de marca preferidos)	19 % de coseguro	19 % de coseguro	19 % de coseguro
Nivel 3 de costo compartido (insulinas cubiertas*)	$105 de copago o 19 % de coseguro, la cantidad que sea menor	$105 de copago o 19 % de coseguro, la cantidad que sea menor	$105 de copago o 19 % de coseguro, la cantidad que sea menor
Nivel 4 de costo compartido (medicamentos de marca no preferidos)	49 % de coseguro	49 % de coseguro	49 % de coseguro
Nivel 4 de costo compartido (insulinas cubiertas*)	$105 de copago o 25 % de coseguro, la cantidad que sea menor	$105 de copago o 25 % de coseguro, la cantidad que sea menor	$105 de copago o 25 % de coseguro, la cantidad que sea menor
Nivel 5 de costo compartido (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.

* Las insulinas cubiertas están marcadas con el símbolo **INS** en la Lista de Medicamentos. Este costo compartido solo se aplica a los beneficiarios que no califican para un programa que les ayude a pagar sus medicamentos (“Extra Help” [Ayuda Adicional]).

Usted pagará, como máximo, $70 de copago o el 25 % de coseguro, la cantidad que sea menor, por un suministro para hasta 2 meses, o $105 de copago o el 25 % de coseguro, la cantidad que sea menor, por un suministro para hasta 3 meses de cada insulina cubierta, sin importar el nivel de costo compartido, incluso si no pagó su deducible.

Consulte la Sección 7 de este capítulo para obtener más información sobre el costo compartido por las vacunas de la Parte D.

Sección 5.5 Usted sigue en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que sus costos de bolsillo para el año alcancen $2,100

Usted sigue en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que sus costos totales de bolsillo alcancen $2,100. Después, pasa a la Etapa de Cobertura para Catástrofes.

La *EOB de la Parte D* que usted recibe le permitirá llevar un control de cuánto han gastado usted, nuestro plan y cualquier tercero en su nombre durante el año. No todos los miembros alcanzarán el límite de gastos de bolsillo de $2,100 en un año.

Le informaremos si usted alcanza esta cantidad. Consulte la Sección 1.3 para obtener más información sobre cómo calcula Medicare sus costos de bolsillo.

SECCIÓN 6 Etapa de Cobertura para Catástrofes

En la Etapa de Cobertura para Catástrofes, usted no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted ingresará a la Etapa de Cobertura para Catástrofes cuando sus costos de bolsillo alcancen el límite de $2,100 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.

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

SECCIÓN 7 Lo que usted paga por las vacunas de la Parte D

Mensaje importante sobre lo que usted paga por las vacunas: Algunas vacunas se consideran beneficios médicos y están cubiertas por la Parte B. Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas detallas en la Lista de Medicamentos de nuestro plan. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos sin ningún costo para usted, incluso si no pagó su deducible. Consulte la Lista de Medicamentos de nuestro plan o llame a Servicio al Cliente al (888) 239-6469 (los usuarios del

sistema TTY pueden llamar al 711) para obtener más información sobre la cobertura y el costo compartido de vacunas específicas.

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

- La primera parte es el costo de **la vacuna en sí**.
- La segunda parte es para el costo de **darle la vacuna**. (Esto se llama "aplicación" de la vacuna).

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

1. Si una organización llamada Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP, Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización) recomienda la vacuna para las personas adultas.

- La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos están recomendadas por el ACIP y no tienen ningún costo para usted.

2. **Dónde obtiene la vacuna.**
   - Puede obtener la vacuna en una farmacia o en un consultorio médico.
3. **Quién le aplica la vacuna.**
   - Puede aplicarle la vacuna un farmacéutico u otro proveedor en la farmacia, o un proveedor en el consultorio médico.

Lo que usted paga al momento de recibir la vacuna de la Parte D depende de las circunstancias y de la **etapa de pago de medicamentos** en la que está.

- Cuando reciba una vacuna, es posible que deba pagar tanto el costo total de la vacuna en sí como el costo que cobra el proveedor por su aplicación. Puede pedirle a nuestro plan que le reembolse la porción del costo que nos corresponde. Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, esto significa que recibirá un reembolso por el costo total que pagó.
- En otros casos, cuando recibe una vacuna, paga solamente la porción del costo que le corresponde según su beneficio de la Parte D. Usted no paga nada por la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos.

Aquí tiene tres ejemplos de cómo podría recibir una vacuna de la Parte D.

Situación 1: Le aplican la vacuna de la Parte D en la farmacia de la red. (Esta opción puede estar disponible según el lugar donde viva. Algunos estados no dejan que las farmacias apliquen ciertas vacunas).

- Usted no paga nada por la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos.
- Para las demás vacunas de la Parte D, usted le paga a la farmacia su coseguro o copago por la vacuna, que incluye el costo de su aplicación.
- 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, es posible que deba pagar el costo total de la vacuna y el costo que cobra el proveedor por su aplicación.
- Después, puede pedir que nuestro plan pague la porción del costo que nos corresponde según los procedimientos descritos en el Capítulo 5.
- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, esto significa que recibirá un reembolso por la cantidad total que pagó. En el caso de las demás vacunas de la Parte D, recibirá un reembolso por la cantidad que pagó menos cualquier coseguro o copago que corresponda por la vacuna (incluida su aplicación).

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

- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, usted no paga nada por la vacuna.
- Para las demás vacunas de la Parte D, usted le paga a la farmacia su coseguro o copago por la vacuna.
- Cuando el médico le aplica la vacuna, es posible que usted deba pagar el costo total de este servicio.
- Después, puede pedir que nuestro plan pague la porción del costo que nos corresponde según los procedimientos descritos en el Capítulo 5.
- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, esto significa que recibirá un reembolso por la cantidad total que pagó. En el caso de otras vacunas de la Parte D, recibirá un reembolso por la cantidad que pagó menos cualquier coseguro que corresponda por la aplicación de la vacuna.

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

SECCIÓN 1 Casos en los que usted debería pedirnos que paguemos nuestra porción por los medicamentos cubiertos

A veces, cuando recibe un medicamento recetado, es posible que tenga que pagar el costo total. Otras veces, es posible que pague más de lo que esperaba según las normas de cobertura de nuestro plan o que reciba una factura de un proveedor. En estos casos, puede pedirle a nuestro plan que le devuelva el dinero (un reembolso). Usted tiene derecho a obtener una devolución por parte de nuestro plan siempre que haya pagado una cantidad superior a su porción del costo por medicamentos cubiertos por nuestro plan. Es posible que deba cumplir con fechas límite para obtener la devolución. Consulte la Sección 2 de este capítulo.

Ejemplos de casos en los cuales es posible que tenga que pedirle a nuestro plan que le devuelva cierta cantidad o que pague una factura que usted recibió.

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

   Si va a una farmacia fuera de la red, 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.

   Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida que le devolvamos nuestra porción del costo. Recuerde que solo cubrimos farmacias fuera de la red en circunstancias limitadas. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 3 para obtener información sobre estas circunstancias. Es posible que no le devolvamos la diferencia entre lo que pagó por el medicamento en la farmacia fuera de la red y la cantidad que pagaríamos en una farmacia de la red.

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 la tarjeta de membresía de nuestro plan, puede pedirle a la farmacia que llame a nuestro plan o que busque su información de inscripción. Sin embargo, si la farmacia no puede obtener la información que necesita inmediatamente, es posible que usted deba pagar el costo total del medicamento.

   Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida que le devolvamos nuestra porción del costo. Es posible que no le devolvamos el costo total que pagó si el precio en efectivo que pagó es mayor que nuestro precio negociado por el medicamento recetado.

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

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

   - Por ejemplo, es posible que el medicamento no esté incluido en la Lista de Medicamentos de nuestro plan o que tenga un requisito o una restricción que usted desconocía o que cree que no debería aplicarse en su caso. Si decide comprar el medicamento inmediatamente, es posible que deba pagar el costo total.
   - Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida que le devolvamos la cantidad correspondiente. En algunas situaciones, es posible que necesitemos obtener más información de su médico para poder devolverle nuestra porción del costo. Es posible que no le devolvamos el costo total que pagó si el precio en efectivo que pagó es mayor que nuestro precio negociado por el medicamento recetado.

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

   A veces, la inscripción de una persona en nuestro plan es retroactiva. (Esto significa que el primer día de su inscripción ya pasó. 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 pedirnos que le devolvamos nuestra porción de los costos. Deberá presentar la documentación correspondiente para que podamos encargarnos del reembolso.

   Llame a Servicio al Cliente para obtener más información sobre cómo pedirnos la devolución y para saber cuánto tiempo tiene para hacer su pedido. (Los números de teléfono de Servicio al Cliente están en la contraportada de este folleto).

Cuando nos envíe un pedido de pago, lo analizaremos y determinaremos si el servicio o medicamento debería estar cubierto. Esto se llama tomar una **decisión de cobertura**. Si decidimos que debería estar cubierto, pagaremos nuestra porción del costo del servicio o

medicamento. Si rechazamos su pedido de pago, puede apelar nuestra decisión. El Capítulo 7 incluye información sobre cómo presentar una apelación.

SECCIÓN 2 Cómo pedirnos una devolución

Usted puede pedirnos una devolución mediante un pedido por escrito. Si envía un pedido por escrito, incluya su recibo como documentación del pago que haya hecho. Le recomendamos que guarde una copia de sus recibos para sus registros. **Para presentarnos su reclamación, tiene tres años** a partir de la fecha en la que recibió el servicio, el artículo o el medicamento.

Para asegurarse de brindarnos toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede solicitar el pago completando nuestro formulario de reclamación.

- Si bien no es necesario que use el formulario, nos ayudará a procesar la información más rápido.
- Puede bajar una copia del formulario desde nuestro sitio web (**blueshieldca.com**) o llamar a Servicio al Cliente al (888) 239-6469 (los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 711) y pedir el formulario.

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

Reclamaciones por medicamentos recetados de la Parte D:

Claims Processing
1606 Ave. Ponce de Leon
San Juan, PR 00909-4830

SECCIÓN 3 Analizaremos su pedido de pago y le daremos una respuesta positiva o negativa

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

- Si decidimos que el medicamento está cubierto y usted respetó todas las normas, pagaremos nuestra porción del costo. Es posible que nuestra porción del costo no sea la cantidad total que usted pagó (por ejemplo, si recibió un medicamento en una farmacia fuera de la red o si el precio en efectivo que pagó por un medicamento es mayor que nuestro precio negociado). Si usted ya pagó por el medicamento, le

enviaremos por correo postal el reembolso de nuestra porción del costo. Enviaremos el pago dentro de los 30 días después de recibir su pedido.

- Si decidimos que el medicamento *no* está cubierto o que usted *no* respetó todas las normas, no pagaremos nuestra porción del costo. Le enviaremos una carta en la que le explicaremos las razones por las cuales no le enviamos el pago y su derecho a apelar esa decisión.

Sección 3.1 Si le informamos que no pagaremos la totalidad o parte del medicamento, usted puede presentar una apelación

Si considera que hemos cometido un error al rechazar su pedido de pago o con la cantidad que le pagamos, puede presentar una apelación. Si presenta una apelación, quiere decir que nos pide que cambiemos la decisión que tomamos cuando rechazamos su pedido de pago. El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y tiempos importantes. Si desea obtener detalles sobre cómo presentar esta apelación, consulte el Capítulo 7.

CAPÍTULO 6:
Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales

Sección 1.1 Debemos brindar información de una manera que a usted le sea útil y se ajuste a sus sensibilidades culturales (en otros idiomas que no sean el inglés, en braille, en letra grande, en formatos alternativos, etc.)

Nuestro plan debe asegurarse de que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se brinden de una manera culturalmente competente y de que todas las personas inscritas puedan obtener acceso a estos servicios, incluidas aquellas que tienen un dominio limitado del inglés, habilidades de lectura limitadas o problemas de audición, o aquellas de distinto origen cultural y étnico. Ejemplos de cómo nuestro plan puede cumplir con estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros, los servicios de traducción e interpretación y la conexión por teletipo, o teléfono de teletipo o de texto (TTY, por sus siglas en inglés).

Nuestro plan ofrece servicios gratis de interpretación para responder las preguntas de los miembros que no hablan inglés. Además, podemos brindarle el material en otros idiomas además del inglés (incluso en español), en braille, en letra grande o en algún otro formato alternativo sin costo, si es necesario. Tenemos la obligación de brindarle información acerca de los beneficios de nuestro plan en un formato que sea adecuado y accesible para usted. Para obtener información de nosotros de una manera que le sea útil, llame a Servicio al Cliente al (888) 239-6469 (los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 711).

Si tiene alguna dificultad para obtener información sobre nuestro plan en un formato que sea adecuado y accesible para usted, comuníquese 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

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) al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697).

Puede actualizar la forma en que quiere que nos comuniquemos con usted, como también su raza, origen étnico, idioma, orientación sexual, identidad de género y pronombres visitando el portal de miembros. Vaya a blueshieldca.com/login, haga clic “My Profile” (Mi perfil) y actualice su información en “Personal Details”∘(Información personal). Esta información nos ayuda a entender y satisfacer sus necesidades y preferencias específicas. Entendemos la importancia de mantener la privacidad y la confidencialidad de su información personal, y nos tomamos muy en serio nuestra obligación. Tenemos políticas y procedimientos para administrar el acceso y determinar cuándo y cómo usamos estos datos. Esta información no se usará para determinar la cobertura de sus beneficios y/o servicios. Podemos compartir sus necesidades personales de idiomas con sus proveedores específicos para ayudarles a satisfacer sus necesidades de atención de la salud.

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

Our plan is required to ensure that all services, both clinical and non-clinical, are provided in a culturally competent manner and are accessible to all enrollees, including those with limited English proficiency, limited reading skills, hearing incapacity, or those with diverse cultural and ethnic backgrounds. Examples of how our plan may meet these accessibility requirements include, but aren’t limited to, provision of translator services, interpreter services, teletypewriters, or TTY (text telephone or teletypewriter phone) connection.

Our plan has free interpreter services available to answer questions from non-English speaking members. We can also give you materials in languages other than English including Spanish and braille, large print, or other alternate formats at no cost if you need it. We’re required to give you information about our plan’s benefits in a format that’s accessible and appropriate for you. To get information from us in a way that works for you, call Customer Service at (888) 239-6469 (TTY users call 711).

If you have any trouble getting information from our plan in a format that’s accessible and appropriate for you, call to 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 can also file a complaint with Medicare by calling 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) or directly with the Office for Civil Rights at 1-800-368-1019 or TTY 1-800-537-7697.

You can update how you'd like us to contact you, as well as your race, ethnicity, language, and sexual orientation, gender identity, and pronouns information by visiting the member portal, go to **blueshieldca.com/login** and click "My Profile" and update your "Personal Details". This information helps us understand and support your specific needs and preferences. We understand the importance of keeping your personal information private and confidential, and we take our obligations to do so seriously. We have policies and procedures in place to manage access to determine when and how we use this data. This information will not be used to determine the coverage of your benefits and/or services. We may share your individual language needs with your specific providers(s) to help support your healthcare needs.

Sección 1.2 Debemos asegurarnos de que obtenga un acceso rápido a los medicamentos cubiertos

Usted tiene derecho a que le surtan sus recetas o las repeticiones en cualquiera de nuestras farmacias de la red sin demoras excesivas. Si cree que no está recibiendo sus medicamentos de la Parte D en un tiempo razonable, el Capítulo 7 le explica qué puede hacer.

Sección 1.3 Debemos garantizar la privacidad de su información de salud protegida

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de sus registros médicos y su información de salud protegida. Nosotros garantizamos la privacidad de su información de salud protegida como lo exigen estas leyes.

- La información de salud protegida incluye la información personal que nos brindó cuando se inscribió en este plan, como también sus registros médicos y otra información médica y sobre su salud.
- Usted tiene derechos relacionados con su información y con el control de cómo se usa su información de salud. Le entregamos un aviso por escrito llamado *Aviso de Prácticas de Privacidad*, que le brinda información sobre estos derechos y le explica de qué manera protegemos la privacidad de su información de salud.

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

- Nos aseguramos de que ninguna persona sin autorización vea ni cambie sus registros.
- Salvo en las circunstancias que se nombran a continuación, si planeamos compartir su información de salud con alguien que no le brinda atención ni paga por ella, *tenemos la obligación de obtener antes su permiso por escrito, o el de la persona a la que le haya dado el poder legal para tomar decisiones en su nombre.*

- Hay ciertas excepciones en las que no es necesario que obtengamos antes su permiso por escrito. Estas excepciones están permitidas o exigidas por la ley.
    - Tenemos la obligación de compartir la información de salud con las agencias gubernamentales que controlan la calidad de la atención.
    - Como usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, tenemos la obligación de compartir con Medicare su información de salud, incluida la información sobre sus medicamentos de la Parte D. Si Medicare divulga su información para investigaciones u otros usos, lo hará de acuerdo con las leyes y los reglamentos federales; generalmente, esto requiere que no se comparta la información que permite identificarlo personalmente.

Usted puede revisar la información de sus registros y saber de qué manera se ha compartido con terceros.

Tiene derecho a revisar el registro médico que nuestro plan guarda sobre usted y a obtener una copia de sus registros. Estamos autorizados a cobrarle una tarifa por hacer copias de esta información. También tiene derecho a pedirnos que agreguemos información a su registro médico o que hagamos correcciones. En ese caso, trabajaremos junto con su proveedor de atención de la salud para decidir si los cambios son adecuados.

Tiene derecho a saber cómo se ha compartido su información de salud con terceros por cualquier motivo que no sea de rutina.

Si tiene alguna pregunta o inquietud sobre la privacidad de su información de salud protegida, llame a Servicio al Cliente al (888) 239-6469 (los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 711).

Sección 1.4 Debemos brindarle información sobre nuestro plan, nuestra red de farmacias y sus servicios cubiertos

Como miembro de Blue Shield Rx Plus, tiene derecho a que le brindemos varios tipos de información. También puede hacer recomendaciones sobre los derechos y las responsabilidades de los miembros del plan.

Si quiere obtener cualquiera de los siguientes tipos de información, llame a Servicio al Cliente al (888) 239-6469 (los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 711).

- **Información sobre nuestro plan**. Esto incluye, por ejemplo, información sobre el estado financiero de nuestro plan.
- **Información sobre las farmacias de nuestra red.** Tiene derecho a recibir información sobre las cualificaciones de las farmacias de nuestra red y sobre la manera en que les pagamos.

- **Información sobre su cobertura y las normas que debe respetar al usar su cobertura.** Los Capítulos 3 y 4 brindan información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte D.
- **Información sobre por qué algo no está cubierto y qué puede hacer al respecto.** El Capítulo 7 le informa cómo puede pedir una explicación por escrito de por qué un medicamento de la Parte D no está cubierto o si su cobertura tiene algún tipo de restricción. Además, el Capítulo 7 brinda información sobre cómo puede pedirnos que cambiemos una decisión, lo que también se conoce como apelación.

Sección 1.5 Tiene derecho a saber cuáles son sus opciones de tratamiento y a participar en las decisiones sobre su atención

Tiene derecho a dar instrucciones sobre lo que debe hacerse si no puede tomar decisiones sobre su salud.

A veces, las personas quedan incapacitadas para tomar decisiones sobre su atención de la salud debido a accidentes o enfermedades graves. Tiene derecho a ser tratado con respeto en todos los aspectos de su atención de la salud y a que se reconozca su dignidad y su derecho a la privacidad. Usted tiene derecho a expresar qué desea que pase si está en esa situación. Es decir que, *si así lo desea*, puede:

- Completar un formulario por escrito para darle a **alguien la autoridad legal para tomar decisiones médicas en su nombre** en caso de que alguna vez usted no pueda hacerlo.
- **Darles a sus médicos instrucciones por escrito** sobre cómo desea que administren su atención médica en el caso de que usted no pueda tomar decisiones.

Los documentos legales que puede usar para dejar instrucciones por adelantado en esas situaciones se llaman **directivas anticipadas**. Los documentos llamados **testamento en vida** y **poder notarial para la atención de la salud** son ejemplos de directivas anticipadas.

Cómo establecer una directiva anticipada para dar instrucciones:

- **Obtenga un formulario.** Puede obtener un formulario de directivas anticipadas a través de su abogado o un trabajador social, o 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 llamar a Servicio al Cliente al (888) 239-6469 (los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 711) para pedir los formularios.
- **Complete el formulario y fírmelo.** No importa dónde obtenga este formulario, es un documento legal. Considere la posibilidad de prepararlo con la ayuda de un abogado.

- **Entregue copias del formulario a las personas adecuadas.** Entregue una copia del formulario a su médico y a la persona que haya designado en el formulario para tomar decisiones por usted en el caso de que usted no pueda hacerlo. Puede darles copias a sus amigos o familiares cercanos. Guarde 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**.

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

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 firmó un formulario de directivas anticipadas y cree que un médico o un hospital no cumplieron con las instrucciones que contiene, puede presentar una queja ante Commence Health (ex-Livanta). Consulte el Capítulo 2 para obtener la información de contacto.

Sección 1.6 Tiene derecho a presentar quejas y pedirnos que reconsideremos una decisión que hayamos tomado

Si tiene algún problema, inquietud o queja y necesita pedir cobertura o presentar una apelación, el Capítulo 7 de este documento le explica qué puede hacer. Más allá de lo que haga, ya sea que pida una decisión de cobertura o que presente una apelación o una queja, **tenemos la obligación de brindarle un trato imparcial**.

Sección 1.7 Si cree que está siendo tratado de manera injusta o que no se están respetando sus derechos

Si cree 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 (los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 1-800-537-7697) o puede llamar a la Oficina de Derechos Civiles de su ciudad.

Si cree 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.

- **Llame a Servicio al Cliente al (888) 239-6469 (los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 711).**
- **Llame al SHIP local** al (800) 434-0222.
- **Llame a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). (Los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 1-877-486-2048).

SECCIÓN 1.8 Cómo puede obtener más información sobre sus derechos

Obtenga más información sobre sus derechos en estos lugares:

- **Llame a Servicio al Cliente al (888) 239-6469 (los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 711).**
- **Llame al SHIP local** al (800) 434-0222.
- **Comuníquese con Medicare.**
  - Visite Medicare.gov para leer la publicación *Medicare Rights & Protections* (Derechos y protecciones de Medicare) (disponible en Medicare Rights & Protections).
  - Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). (Los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 1-877-486-2048).

SECCIÓN 2 Sus responsabilidades como miembro de nuestro plan

A continuación, se indica lo que tiene que hacer como miembro de nuestro plan. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con Servicio al Cliente al (888) 239-6469 (los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 711).

- **Conozca sus medicamentos cubiertos y las normas que debe cumplir para obtener estos medicamentos cubiertos.** Use esta *Evidencia de Cobertura* para conocer lo que está cubierto y las normas que debe cumplir para obtener los medicamentos cubiertos.
  - Los Capítulos 3 y 4 brindan detalles sobre la cobertura de medicamentos de la Parte D.
- **Si tiene alguna otra cobertura de medicamentos además de nuestro plan, tiene la obligación de informarnos.** El Capítulo 1 le explica cómo se coordinan estos beneficios.
- **Dígales a su médico y a su farmacéutico que está inscrito en nuestro plan.** Muestre su tarjeta de membresía de nuestro plan cada vez que reciba medicamentos de la Parte D.

- **Para que sus médicos, otros proveedores y su plan puedan brindarle ayuda, proporcióneles información, haga preguntas y siga su tratamiento.**
    - Para ayudar a que sus médicos y otros proveedores de atención de la salud le brinden la mejor atención, cuénteles sobre sus problemas de salud. Cumpla con los planes de tratamiento y las instrucciones que usted y sus médicos hayan acordado.
    - Asegúrese de que sus médicos sepan de todos los medicamentos que usted toma, incluidos los medicamentos de venta sin receta, las vitaminas y los suplementos.
    - Si tiene alguna duda, asegúrese de preguntar y recibir una explicación que usted pueda entender.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de los siguientes pagos:
    - Debe pagar las primas de nuestro plan.
    - Para la mayoría de sus medicamentos cubiertos por nuestro plan, usted debe pagar su porción del costo cuando recibe el medicamento.
    - Si se le exige que pague una multa por inscripción tardía, debe pagarla para seguir siendo miembro de nuestro plan.
    - Si se le exige que pague la cantidad adicional por la Parte D debido a sus ingresos anuales, debe seguir pagando la cantidad adicional directamente al Gobierno para seguir siendo miembro de nuestro plan.
- **Si se muda *dentro* del área de servicio de nuestro plan, tenemos que saberlo** para que podamos mantener actualizado su registro de membresía y saber cómo comunicarnos con usted.
- **Si se muda *fuera* del área de servicio de nuestro plan, no puede seguir siendo miembro de nuestro plan.**
- **Si se muda, avísele al Seguro Social (o a la Junta de Retiro Ferroviario).**

CAPÍTULO 7: Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

SECCIÓN 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 problemas, debe usar el **proceso de decisiones de cobertura y apelaciones**.
- Para otros problemas, debe usar el **proceso de presentación de quejas** (también llamadas reclamos).

Los dos procesos han sido aprobados por Medicare. Cada proceso tiene un conjunto de normas, procedimientos y fechas límite que tanto usted como nosotros debemos cumplir.

La información incluida en este capítulo le ayudará a identificar el proceso que debe usar y qué debe hacer.

Sección 1.1 Términos legales

En este capítulo, se explican los términos legales usados para algunas de las normas, procedimientos y tipos de fechas límite. La mayoría de las personas no conocen muchos de estos términos. Para que le resulte más fácil, en este capítulo se usan palabras más comunes en lugar de algunos términos legales.

Sin embargo, a veces es importante conocer los términos legales correctos. Para ayudarle a saber qué términos debe usar para obtener la información o la ayuda adecuadas, incluimos estos términos legales cuando brindamos detalles para manejar situaciones específicas.

SECCIÓN 2 Dónde puede obtener más información y ayuda personalizada

Siempre estamos disponibles para brindarle ayuda. Incluso si tiene una queja sobre el trato que recibió de nuestra parte, estamos obligados a respetar su derecho a quejarse. Siempre

debe llamar a Servicio al Cliente al (888) 239-6469 (los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 711) para pedir ayuda. En algunos casos, es posible que también desee recibir ayuda u orientación de alguien que no esté relacionado con nosotros. Las dos organizaciones que pueden brindarle ayuda son las siguientes:

Programa Estatal de Asistencia para Seguros de Salud (SHIP)

Cada estado tiene un programa gubernamental con asesores entrenados. El programa no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los asesores de este programa pueden ayudarle a entender qué proceso debe usar para tratar de solucionar un problema. También pueden responder preguntas, brindarle más información y ofrecer orientación sobre lo que debe hacer.

Los servicios de los asesores del SHIP son gratis. En la Sección 3 del Capítulo 2 de este documento, encontrará los números de teléfono y las direcciones URL de los sitios web.

Medicare

También puede comunicarse con Medicare para obtener ayuda.

- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) durante las 24 horas, los siete días de la semana. Los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.
- Visite Medicare.gov.

SECCIÓN 3 Qué proceso debe usar para solucionar su problema

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

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

Sí.

Consulte la **Sección 4, Guía sobre las decisiones de cobertura y las apelaciones.**

No.

Consulte la **Sección 7, Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes.**

Decisiones de cobertura y apelaciones

SECCIÓN 4 Guía sobre las decisiones de cobertura y las apelaciones

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

Cómo pedir una decisión de cobertura antes de recibir los servicios

Si quiere saber si cubriremos su atención médica antes de que la reciba, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura para usted. Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos acerca de sus beneficios y su cobertura o acerca de la cantidad que pagaremos por sus medicamentos recetados.

Hay circunstancias limitadas en las que se rechazará un pedido de decisión de cobertura, lo que significa que no revisaremos el pedido. Por ejemplo, se rechazará un pedido si está incompleto, si alguien lo presenta en su nombre sin estar legalmente autorizado para hacerlo o si usted mismo pide que lo cancelen. Si rechazamos un pedido de decisión de cobertura, enviaremos un aviso en el que se explicarán los motivos del rechazo y cómo puede pedir que lo revisen.

Tomamos decisiones de cobertura cada vez que decidimos lo que tiene cubierto y cuánto pagamos. Es posible que, en algunos casos, decidamos que el 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, ya sea antes o después de que reciba un beneficio, y usted no está conforme, puede **apelar** la decisión. Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hayamos tomado. En ciertas situaciones, usted puede pedir una **apelación rápida** o acelerada de una decisión de cobertura. Su apelación está a cargo de revisores distintos de los que tomaron la decisión original.

Cuando usted presenta una apelación de una decisión por primera vez, se llama apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que hemos tomado para verificar si hemos cumplido con las normas de manera adecuada. Al terminar la revisión, le comunicamos nuestra decisión.

Hay circunstancias limitadas en las que se rechazará un pedido de apelación de Nivel 1, lo que significa que no revisaremos el pedido. Por ejemplo, se rechazará un pedido si está incompleto, si alguien lo presenta en su nombre sin estar legalmente autorizado para hacerlo o si usted mismo pide que lo cancelen. Si rechazamos un pedido de apelación de Nivel 1, enviaremos un aviso en el que se explicarán los motivos del rechazo y cómo puede pedir que lo revisen.

Si no rechazamos su caso, pero rechazamos parte o la totalidad de su apelación de Nivel 1, puede pasar a una apelación de Nivel 2. La apelación de Nivel 2 está a cargo de una organización de revisión independiente que no está relacionada con 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 (este capítulo explica las apelaciones en los Niveles 3, 4 y 5).

Sección 4.1 Cómo obtener ayuda cuando pide una decisión de cobertura o presenta una apelación

A continuación, se indican algunos recursos en caso de que decida pedir algún tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- **Llame a Servicio al Cliente al (888) 239-6469 (los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 711).**
- **Obtenga ayuda gratis** de su Programa Estatal de Asistencia para Seguros de Salud.
- **Su médico u otro profesional que extienda recetas pueden hacer un pedido en su nombre.** En el caso de los medicamentos de la Parte D, su médico u otro profesional que extienda recetas pueden pedir una decisión de cobertura o presentar una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si se rechaza su apelación de Nivel 1, su médico o el profesional que extiende recetas pueden pedir una apelación de Nivel 2.
- **Puede pedirle a alguien que actúe en su nombre.** Puede nombrar a otra persona para que actúe en su nombre como su representante para pedir una decisión de cobertura o para presentar una apelación.
    - Si quiere que su representante sea un amigo, un familiar u otra persona, llame a Servicio al Cliente al (888) 239-6469 (los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 711) y pida el formulario *Appointment of Representative* (Designación de un representante). (El formulario también está disponible en CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web **blueshieldca.com/apptofrep**). Por medio de este formulario, se le da permiso a esa persona para que actúe en su nombre. Debe estar firmado por usted y por la persona que desea que actúe en su nombre. Debe brindarnos una copia del formulario firmado.
    - Podemos aceptar un pedido de apelación de un representante sin el formulario, pero no podemos empezar ni completar nuestra revisión hasta que lo recibamos. Si no recibimos el formulario antes de la fecha límite para tomar

una decisión sobre su apelación, el pedido de apelación se rechazará. Si esto pasa, le enviaremos un aviso por escrito en el que se explique su derecho a pedirle a la Organización de Revisión Independiente que revise nuestra decisión de rechazar su apelación.

- **Usted también tiene derecho a contratar a un abogado.** Puede comunicarse con su propio abogado o consultar por un abogado en el colegio de abogados de su ciudad o en otro servicio de referencias. Hay grupos que le brindarán servicios legales gratis si califica. Sin embargo, **no tiene la obligación de contratar a un abogado** para pedir ningún tipo de decisión de cobertura ni para apelar una decisión.

SECCIÓN 5 Medicamentos de la Parte D: Cómo pedir una decisión de cobertura o presentar una apelación

Sección 5.1 Qué hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea que le devolvamos el costo de un medicamento de la Parte D

Sus beneficios incluyen la cobertura de muchos medicamentos recetados. Para tener cobertura, el medicamento debe ser usado según una indicación médicamente aceptada. (Consulte el Capítulo 3 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada). Si desea obtener detalles sobre los medicamentos de la Parte D, las normas, las restricciones y los costos, consulte los Capítulos 3 y 4. **Esta sección trata únicamente 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 nombra. También usamos el término Lista de Medicamentos en lugar de *Lista de Medicamentos Cubiertos* o Formulario.

- Si no sabe si un medicamento está cubierto o si cumple con las normas, puede preguntarnos. En el caso de algunos medicamentos, deberá obtener nuestra aprobación antes de que los cubramos.
- Si en la farmacia le dicen que no pueden surtir su receta tal como está escrita, le darán un aviso por escrito para explicarle cómo comunicarse con nosotros y pedir una decisión de cobertura.

Decisiones de cobertura y apelaciones sobre la Parte D

Términos legales:

Una decisión de cobertura inicial relacionada con sus medicamentos de la Parte D se llama **determinación de cobertura**.

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos acerca de sus beneficios y su cobertura o acerca de la cantidad que pagaremos por sus medicamentos. Esta sección le explica lo que puede hacer si está en alguna de las siguientes situaciones:

- Pide que se cubra un medicamento de la Parte D que no está incluido en la Lista de Medicamentos de nuestro plan. **Pida una excepción. Sección 5.2**
- Pide que no se aplique una restricción sobre la cobertura de nuestro plan para un medicamento (como los límites en la cantidad de medicamento que puede obtener, los criterios para la autorización previa o el requisito de probar primero con otro medicamento). **Pida una excepción. Sección 5.2**
- Nos pide pagar una cantidad de costo compartido más baja por un medicamento cubierto de un nivel de costo compartido más alto. **Pida una excepción. Sección 5.2**
- Pide la aprobación previa para un medicamento. **Pida una decisión de cobertura. Sección 5.4**
- Pide que se pague un medicamento recetado que ya compró. **Pídanos una devolución del costo. Sección 5.4**

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que hemos tomado, puede presentar una apelación.
Esta sección le explica cómo pedir decisiones de cobertura y cómo presentar una apelación.

Sección 5.2 Cómo pedir una excepción

Términos legales:

Pedir que se cubra un medicamento que no está incluido en la Lista de Medicamentos es una **excepción del formulario**.

Pedir que se elimine una restricción sobre la cobertura de un medicamento es una **excepción del formulario**.

Pedir pagar un precio más bajo por un medicamento cubierto no preferido es una **excepción del nivel de medicamento**.

Si algún medicamento no está cubierto de la manera que a usted le gustaría, puede pedirnos que hagamos una **excepción**. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura.

Para que evaluemos un pedido de excepción, su médico u otro profesional que extienda recetas deberán explicar las razones médicas por las que debemos aprobar la excepción.
A continuación, ofrecemos tres ejemplos de excepciones que usted, su médico u otro profesional que extienda recetas pueden pedirnos:

1. **Que cubramos un medicamento de la Parte D que no está incluido en nuestra Lista de Medicamentos.** Si aceptamos 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 de costo compartido que le exigimos pagar por el medicamento.
2. **Que quitemos una restricción sobre un medicamento cubierto**. En el Capítulo 3 se describen las normas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos incluidos en nuestra Lista de Medicamentos. Si aceptamos hacer una excepción y quitarle una restricción, puede pedir que hagamos una excepción respecto de la cantidad de costo compartido que nosotros le exigimos pagar por el medicamento.
3. **Que cambiemos la cobertura de un medicamento a un nivel de costo compartido más bajo.** 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.
   - Si nuestra Lista de Medicamentos contiene medicamentos alternativos para tratar su problema médico que están en un nivel de costo compartido más bajo que su medicamento, puede pedirnos que cubramos su medicamento con la cantidad de costo compartido que se aplica a los medicamentos alternativos.
   - Si el medicamento que toma es un producto biológico, puede pedirnos que cubramos su medicamento con una cantidad de costo compartido más baja. Este sería el nivel más bajo que contiene alternativas de productos biológicos para tratar su problema de salud.
   - Si el medicamento que toma es un medicamento de marca, puede pedirnos que cubramos su medicamento con la cantidad de costo compartido que se aplica al nivel más bajo que contiene alternativas de marca para tratar su problema de salud.
   - Si el medicamento que toma es un medicamento genérico, puede pedirnos que cubramos su medicamento con la cantidad de costo compartido que se aplica al nivel más bajo que contiene alternativas genéricas o de marca para tratar su problema de salud.
   - No puede pedirnos 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 pedido para aplicar una excepción del nivel de medicamento y hay más de un nivel más bajo de costo compartido con medicamentos alternativos que no puede tomar, por lo general, pagará la cantidad más baja.

Sección 5.3 Información importante que debe conocer para pedir 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 pide una excepción. Para obtener una decisión más rápida, cuando pida una excepción, incluya esta información médica brindada por su médico u otro profesional que extienda recetas.

Generalmente, nuestra Lista de Medicamentos incluye más de un medicamento para tratar un problema de salud en particular. A estas diferentes posibilidades se las llama **medicamentos alternativos**. Si un medicamento alternativo sería igual de eficaz que el medicamento que pide y no le causaría más efectos secundarios ni otros problemas de salud, generalmente no aprobaremos su pedido de una excepción. Si nos pide que hagamos una excepción del nivel de medicamento, generalmente no aprobaremos su pedido de una excepción, a menos que ninguno de los medicamentos alternativos de los niveles más bajos de costo compartido le resulte igual de eficaz o que exista la posibilidad de que estos le causen una reacción adversa u otro tipo de daño.

Podemos aceptar o rechazar su pedido

- Si aprobamos su pedido 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 tratar su problema de salud.
- Si rechazamos su pedido, puede pedir otra revisión presentando una apelación.

Sección 5.4 Cómo pedir una decisión de cobertura, incluida una excepción

Términos legales:

Una decisión de cobertura rápida se llama **determinación de cobertura acelerada**.

Paso 1: Debe decidir si necesita una decisión de cobertura estándar o una decisión de cobertura rápida.

Las **decisiones de cobertura estándar** se toman dentro de las **72 horas** después de que recibimos la declaración de su médico. Las **decisiones de cobertura rápidas** se toman dentro de las **24 horas** después de que recibimos la declaración de su médico.

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

- Su pedido debe ser para un medicamento que aún no recibió. (No puede pedir una decisión de cobertura rápida para que le devuelvan lo que pagó por un medicamento que ya compró).
- Usar las fechas límite estándar podría causar daños graves a su salud o afectar su capacidad para recuperar sus funciones.
- **Si su médico u otro profesional que extienda recetas nos indican que su salud exige una decisión de cobertura rápida, automáticamente le daremos una decisión de cobertura rápida.**
- **Si pide una decisión de cobertura rápida por su cuenta, sin el apoyo de su médico o el profesional que extiende recetas, nosotros decidiremos si su salud exige que le demos una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta en la que:
    - se explica que usaremos las fechas límite estándar;
    - se explica que, si su médico u otro profesional que extiende recetas piden la decisión de cobertura rápida, se la daremos automáticamente;
    - se explica cómo puede presentar una queja rápida sobre nuestra decisión de darle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que usted pidió. Responderemos a su queja dentro de las 24 horas después de haberla recibido.

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

Primero, comuníquese con nuestro plan por teléfono, correo o fax para pedirnos que autoricemos o brindemos la cobertura del medicamento recetado que desea. También puede obtener acceso al proceso de decisiones de cobertura a través de nuestro sitio web. Debemos aceptar todos los pedidos por escrito, incluidos los pedidos presentados con el *Formulario Modelo de Determinación de Cobertura de CMS* o con el formulario de nuestro plan, que está disponible en nuestro sitio web (**blueshieldca.com/medappeals**). En el Capítulo 2 está la información de contacto. Para ayudarnos a procesar su pedido, incluya su nombre, información de contacto e información que demuestre cuál es la reclamación rechazada que se está apelando.

Usted, su médico (u otro profesional que extienda recetas) o su representante pueden hacerlo. También puede pedirle a un abogado que actúe en su nombre. La Sección 4 de este capítulo le explica cómo darle un permiso por escrito a alguien para que actúe como su representante.

- **Si pide una excepción, brinde la *declaración* de respaldo,** donde se explican las razones médicas por las que se pide la excepción. Su médico u otro profesional que extienda recetas pueden enviarnos la declaración por fax o por correo postal. O, también, su médico u otro profesional que extienda recetas pueden comunicarnos las razones por teléfono y después enviar una declaración escrita por fax o por correo postal, si es necesario.

Paso 3: Evaluamos su pedido y le comunicamos nuestra respuesta.

Fechas límite para una decisión de cobertura rápida

- Generalmente, debemos darle una respuesta dentro de las **24 horas** después de que recibamos su pedido.
  - En el caso de las excepciones, le daremos nuestra respuesta dentro de las 24 horas después de que recibamos la declaración de respaldo de su médico. Le daremos nuestra respuesta más rápido si su salud así lo exige.
  - Si no cumplimos con esta fecha límite, tenemos la obligación de enviar su pedido al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que una organización de revisión independiente lo revisará.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que usted pidió,** debemos brindar la cobertura acordada dentro de las 24 horas después de que recibamos su pedido o la declaración del médico que respalda su pedido.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que usted pidió,** le enviaremos una declaración por escrito en la que se explicarán los motivos por los que rechazamos su pedido. También le indicaremos cómo puede presentar una apelación.

Fechas límite para una decisión de cobertura estándar sobre un medicamento que aún no recibió

- Generalmente, debemos darle una respuesta dentro de las **72 horas** después de que recibamos su pedido.
  - En el caso de las excepciones, le daremos nuestra respuesta dentro de las 72 horas después de que recibamos la declaración de respaldo de su médico. Le daremos nuestra respuesta más rápido si su salud así lo exige.
  - Si no cumplimos con esta fecha límite, tenemos la obligación de enviar su pedido al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que una organización de revisión independiente lo revisará.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que usted pidió,** debemos **brindar la cobertura** acordada dentro de las **72 horas** después de que recibamos su pedido o la declaración del médico que respalda su pedido.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que usted pidió,** le enviaremos una declaración por escrito en la que se explicarán los motivos por los que rechazamos su pedido. 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 **dentro de los 14 días calendario** después de que recibamos su pedido.
    - Si no cumplimos con esta fecha límite, tenemos la obligación de enviar su pedido al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que una organización de revisión independiente lo revisará.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que usted pidió,** también estamos obligados a pagarle dentro de los 14 días calendario después de que recibamos su pedido.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que usted pidió,** le enviaremos una declaración por escrito en la que se explicarán los motivos por los que rechazamos su pedido. También le indicaremos cómo puede presentar una apelación.

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

- Si rechazamos su pedido, tiene derecho a presentar una apelación para pedirnos que reconsideremos esta decisión. Esto significa volver a pedir que se brinde la cobertura de medicamentos que usted desea. Si presenta una apelación, significa que pasa al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 5.5 Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales:

Una apelación a nuestro plan sobre una decisión de cobertura de la Parte D se llama **redeterminación** del plan.

Una apelación rápida se llama también **redeterminación acelerada.**

Paso 1: Debe decidir si necesita una apelación estándar o una apelación rápida.

En general, una apelación estándar se presenta en el transcurso de 7 días calendario. Una apelación rápida generalmente se presenta dentro de las 72 horas. Si su salud lo exige, pida una apelación rápida.

- Si apela una decisión que tomamos sobre un medicamento, 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: Usted, su representante, su médico u otro profesional que extienda recetas deben comunicarse con nosotros y presentar su apelación de Nivel 1. Si su salud exige una respuesta rápida, debe pedir una apelación rápida.

- **En el caso de las apelaciones estándar, envíe un pedido por escrito.** En el Capítulo 2 está la información de contacto.
- **En el caso de las apelaciones rápidas, envíe su apelación por escrito o llámenos al** (888) 239-6469 (los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 711). En el Capítulo 2 está la información de contacto.
- **Debemos aceptar todos los pedidos por escrito,** incluidos los pedidos presentados con el *Formulario Modelo de Determinación de Cobertura de CMS*, que está disponible en nuestro sitio web (**blueshieldca.com/medappeals**). Incluya su nombre, información de contacto e información sobre su reclamación para ayudarnos a procesar su pedido.
- También puede presentar una apelación a través de nuestro sitio web. Visite **blueshieldca.com/medappeals**.
- **Debe presentar su pedido de apelación dentro de los 65 días calendario** después de la fecha del aviso por escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si no logra cumplir con la fecha límite por una causa justificada, explique la razón por la que su apelación está demorada en el momento de presentarla. Podemos darle más tiempo para que presente su apelación. Algunos ejemplos de causas justificadas pueden ser que usted haya tenido 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 pedir una apelación.
- **Puede pedir una copia de la información de su apelación y agregar más información.** Usted y su médico pueden agregar información adicional para respaldar su apelación. Estamos autorizados a cobrar una tarifa por hacer copias y enviarle esta información.

Paso 3: Evaluamos su apelación y le comunicamos nuestra respuesta.

- Al revisar su apelación, revisamos otra vez, detenidamente, toda la información sobre su pedido de cobertura. Analizamos si cumplimos con todas las normas en el momento en que rechazamos su pedido. 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

- En el caso de las apelaciones rápidas, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas después de que recibamos su apelación**. Le daremos nuestra respuesta más rápido si su salud así lo exige.

  - Si no le damos una respuesta dentro de las siguientes 72 horas, tenemos la obligación de enviar su pedido al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que una organización de revisión independiente la revisará. La Sección 5.6 explica el proceso de apelaciones de Nivel 2.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que usted pidió,** debemos brindar la cobertura acordada dentro de las 72 horas después de que recibamos su apelación.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que usted pidió,** le enviaremos una declaración por escrito en la que se explicarán los motivos por los que rechazamos su pedido y cómo puede apelar nuestra decisión.

Fechas límite para una apelación estándar relacionada con un medicamento que aún no recibió

- En el caso de las apelaciones estándar, debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 7 días calendario** después de que recibamos su apelación. Le comunicaremos nuestra decisión más rápido si aún no recibió el medicamento y si su estado de salud así lo exige.
  - Si no le informamos una decisión dentro de los 7 días calendario, tenemos la obligación de enviar su pedido al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que una organización de revisión independiente la revisará. La Sección 5.6 explica el proceso de apelaciones de Nivel 2.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que usted pidió**, debemos brindar la cobertura con la rapidez que su salud exija, pero a más tardar dentro de los **7 días calendario** después de que recibamos su apelación.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que usted pidió,** le enviaremos una declaración por escrito en la que se explicarán los motivos por los que rechazamos su pedido y cómo puede apelar nuestra decisión.

Fechas límite para una apelación estándar sobre el pago de un medicamento que usted ya compró

- Debemos darle una respuesta **dentro de los 14 días calendario** después de que recibamos su pedido.
  - Si no cumplimos con esta fecha límite, tenemos la obligación de enviar su pedido al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que una organización de revisión independiente lo revisará.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que usted pidió,** también estamos obligados a pagarle dentro de los **30 días calendario** después de que recibamos su pedido.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que usted pidió,** le enviaremos una declaración por escrito en la que se explicarán los motivos por los que rechazamos su pedido. También le indicaremos cómo puede presentar una apelación.

Paso 4: Si rechazamos su apelación, usted decide si desea seguir con el proceso y presentar *otra* apelación.

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

Sección 5.6 Cómo presentar una apelación de Nivel 2

Términos legales

El nombre formal que recibe la organización de revisión independiente es **Organismo de Revisión Independiente.** A veces, se lo llama **IRE**, por sus siglas en inglés.

La **organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare**. No está relacionada con nosotros ni es una agencia gubernamental. Esta organización determina si la decisión que tomamos es correcta o si debe cambiarse y está bajo la supervisión de Medicare.

Paso 1: Usted o su representante, su médico u otro profesional que extienda recetas deben comunicarse con la organización de revisión independiente y pedir 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 cumplir y cómo puede comunicarse con la organización de revisión independiente.
- **Debe presentar su pedido de apelación dentro de los 65 días calendario** después de la fecha del aviso por escrito.
- Si no completamos nuestra revisión dentro del plazo correspondiente o si tomamos una decisión desfavorable en relación con una determinación **de riesgo** según nuestro Programa de Administración de Medicamentos, enviaremos automáticamente su pedido al IRE.
- Enviaremos la información que tengamos sobre su apelación a la organización de revisión independiente. Esta información se llama **expediente del caso**. **Tiene derecho a pedirnos una copia del expediente de su caso.** Estamos autorizados a cobrarle una tarifa por hacer copias y enviarle esta 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.

- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Fechas límite para una apelación rápida

- Si su salud lo exige, pida una apelación rápida a la organización de revisión independiente.
- Si la organización de revisión independiente acepta darle una apelación rápida, la organización deberá darle una respuesta sobre su apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** después de que reciba su pedido de apelación.

Fechas límite para una apelación estándar

- En el caso de apelaciones estándar, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta sobre su apelación de Nivel 2 **dentro de los 7 días calendario** después de que reciba su apelación si se trata de un medicamento que todavía no recibió. Si está pidiendo que le reembolsemos el costo de un medicamento que usted ya compró, la organización de revisión independiente deberá darle una respuesta sobre su apelación de Nivel 2 **dentro de los 14 días calendario** después de recibir su pedido.

Paso 3: La organización de revisión independiente le comunica su respuesta.

En el caso de las apelaciones rápidas:

- **Si la organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de lo que usted pidió,** nosotros debemos brindar la cobertura de medicamentos que aprobó la organización de revisión **dentro de las 24 horas** después de que recibamos la decisión de la organización de revisión independiente.

En el caso de las apelaciones estándar:

- **Si la organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de su pedido de cobertura,** nosotros debemos **brindar la cobertura de medicamentos** que aprobó la organización de revisión independiente **dentro de las 72 horas** después de que recibamos la decisión de la organización de revisión independiente.
- **Si la organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de su pedido para que le devolvamos el costo** de un medicamento que usted ya compró, tenemos la obligación de **enviarle el pago dentro de los 30 días calendario** después de que recibamos la decisión de la organización de revisión independiente.

¿Qué pasa si la organización de revisión independiente rechaza su apelación?

Si la organización **rechaza parte o la totalidad** de su apelación, significa que la organización está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su pedido (o parte de su pedido). (Esto se llama **mantener la decisión** o, también, **rechazar su apelación**) En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta en la que:

- se explica la decisión;
- se informa que tiene derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que pide alcanza un mínimo determinado. Si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que pide es demasiado bajo, no podrá presentar otra apelación y la decisión de Nivel 2 será definitiva;
- se informa el valor en dólares que debe estar en disputa para poder seguir con el proceso de apelaciones.

Paso 4: Si su caso cumple con los requisitos, puede decidir si desea llevar su apelación al próximo nivel.

- Después del Nivel 2, hay tres niveles más en el proceso de apelaciones (un total de cinco niveles de apelación).
- Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo están en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 está a cargo de un juez administrativo o un abogado de adjudicaciones. La Sección 6 explica el proceso de apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

SECCIÓN 6 Cómo llevar su apelación a los Niveles 3, 4 y 5

Sección 6.1 Niveles 3, 4 y 5 de apelaciones para pedidos de medicamentos de la Parte D

Esta sección puede resultarle útil si presentó una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2, y las dos apelaciones fueron rechazadas.

Si el valor en dólares del medicamento por el que usted presentó una apelación alcanza ciertos niveles mínimos, es posible que pueda pasar a niveles de apelación adicionales. Si el valor en dólares es menor que el nivel mínimo, ya no podrá presentar más apelaciones. La respuesta por escrito que reciba sobre su apelación de Nivel 2 le explicará cómo pedir 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 que los primeros dos niveles.

A continuación, se indica quién está a cargo de la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3

Un **juez administrativo** o un abogado de adjudicaciones que trabaja para el Gobierno federal revisarán su apelación y le darán una respuesta.

- **Si el juez administrativo o el abogado de adjudicaciones aceptan su apelación, puede que el proceso de apelaciones *termine* o *no termine*.** A diferencia de las decisiones que se toman en una apelación de Nivel 2, nosotros tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 que sea favorable para usted. Si decidimos apelarla, pasará a una apelación de Nivel 4.
  - Si decidimos *no* apelarla, debemos autorizar o brindarle la atención médica dentro de los 60 días calendario después de que recibamos la decisión del juez administrativo o del abogado de adjudicaciones.
  - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia del pedido de apelación de Nivel 4 con todos los documentos adjuntos. Podremos esperar a que se tome una decisión sobre la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o brindar la atención médica en disputa.
- **Si el juez administrativo o el abogado de adjudicaciones rechazan su apelación, puede que el proceso de apelaciones *termine* o *no termine*.**
  - Si usted decide aceptar esta decisión en la que se rechaza su apelación, el proceso de apelaciones termina.
  - Si usted decide no aceptar esta decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le indicará lo que debe hacer para pasar a una apelación de Nivel 4.

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 el Consejo acepta su apelación o rechaza nuestro pedido de revisar una decisión favorable en la apelación de Nivel 3, puede que el proceso de apelaciones *termine* o *no termine*.** A diferencia de las decisiones que se toman en el Nivel 2, nosotros tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 4 que sea favorable para usted. Nosotros decidiremos si apelamos o no esta decisión en el Nivel 5.
  - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o brindarle la atención médica dentro de los 60 días calendario después de recibir la decisión del Consejo.

  - Si decidimos apelar la decisión, se lo informaremos por escrito.
- **Si el Consejo rechaza la apelación o el pedido de revisión, puede que el proceso de apelaciones *termine* o *no termine*.**
  - Si usted decide aceptar esta decisión en la que se rechaza su apelación, el proceso de apelaciones termina.
  - Si usted decide no aceptar esta decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, el aviso que reciba le informará si las normas le dejan seguir con una apelación de Nivel 5 y cómo puede hacerlo.

Apelación de Nivel 5

Un juez del **Tribunal Federal de Distrito** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si *acepta* o *rechaza* su pedido. Esta es una respuesta definitiva. No hay más niveles de apelación después del Tribunal Federal de Distrito.

Cómo presentar quejas

SECCIÓN 7 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes

Sección 7.1 Qué tipos de problemas se solucionan mediante el proceso de quejas

El proceso de quejas se usa *únicamente* para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente. Estos son algunos ejemplos de los tipos de problemas que se tratan mediante el proceso de quejas.

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención	• ¿No está conforme con la calidad de la atención que recibió?
Respeto por su privacidad	• ¿Alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial?
Falta de respeto, mal servicio al cliente u otros comportamientos negativos	• ¿Alguien fue grosero o irrespetuoso con usted? • ¿No está conforme con nuestro Servicio al Cliente? • ¿Siente que lo están impulsando a dejar nuestro plan?

Queja	Ejemplo
Tiempos de espera	• ¿Tuvo que esperar demasiado a farmacéuticos? o al personal de nuestro Servicio al Cliente u otro personal de nuestro plan? ○ Algunos ejemplos incluyen largas esperas en el teléfono, en la sala de espera o de exámenes, o para obtener un medicamento recetado.
Limpieza	• ¿No está conforme con la limpieza o el estado de alguna farmacia?
Información que le brindamos	• ¿No le entregamos algún aviso que tenemos la obligación de darle? • ¿La información escrita que le brindamos es difícil de entender?
Cumplimiento de los tiempos establecidos (Todos estos tipos de quejas están relacionados con el *cumplimiento de los tiempos establecidos* para nuestras acciones relacionadas con decisiones de cobertura y apelaciones).	Si usted pidió una decisión de cobertura o presentó una apelación y cree que no estamos respondiendo lo suficientemente rápido, puede presentar una queja sobre nuestra demora. Estos son algunos ejemplos: • Si nos pidió una *decisión de cobertura rápida* o una *apelación rápida* y la rechazamos, puede presentar una queja. • Si cree que no cumplimos con las fechas límite correspondientes a las decisiones de cobertura o las apelaciones, puede presentar una queja. • Si cree que no cumplimos con las fechas límite correspondientes a la cobertura o el reembolso de ciertos medicamentos que fueron aprobados, puede presentar una queja. • Si cree que no cumplimos con las fechas límite establecidas para enviar su caso a la organización de revisión independiente, puede presentar una queja.

Sección 7.2 Cómo presentar una queja

Términos legales:

Una **queja** también se llama **reclamo**.

Presentar una queja también se conoce como **presentar un reclamo**.

Usar el proceso de quejas también se conoce como **usar el proceso de presentación de un reclamo**.

Una **queja rápida** también se llama **reclamo acelerado**.

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 Servicio al Cliente al (888) 239-6469 (los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 711).** Si debe hacer algo más, Servicio al Cliente se lo informará.
- **Si no desea llamarnos (o si llamó y no está conforme), puede enviarnos una queja por escrito.** Si presenta una queja por escrito, la responderemos por escrito.
- Paso 1: Presentación de un reclamo

  Para empezar el proceso, llame a un representante de Servicio al Cliente dentro de los 60 días calendario después de que ocurrió el evento y pida presentar un reclamo. También puede presentar un reclamo por fax o por escrito dentro de los 60 días calendario después de que ocurrió el evento y enviarlo a:

  Blue Shield Rx Plus
  Appeals & Grievances Department
  P.O. Box 927, Woodland Hills CA 91365-9856
  FAX: (916) 350-6510

  También puede llamarnos para pedirnos un **Formulario de apelaciones y reclamos de Blue Shield Rx Plus** (el uso de este formulario es opcional).

  Le enviaremos una carta dentro de los 5 días calendario para confirmar que recibimos el aviso sobre su inquietud. Debemos ocuparnos de su reclamo tan rápido como su caso lo exija según su estado de salud, pero no podemos demorarnos más de 30 días calendario desde la fecha en que recibimos su queja. Podemos tomarnos hasta 14 días calendario más si usted lo pide o si nosotros justificamos la necesidad de recopilar información adicional y la demora lo beneficia.

  Si pide un reclamo acelerado porque decidimos no darle una decisión rápida o una apelación rápida, o porque pedimos una extensión para nuestra decisión o

apelación rápida inicial, enviaremos su pedido a un director médico que no haya participado en nuestra decisión original. Es posible que le preguntemos si tiene información adicional que no haya estado disponible en el momento en que usted pidió una decisión o apelación rápida inicial.

El director médico revisará su pedido y decidirá si nuestra decisión original fue adecuada. Le enviaremos una carta con nuestra decisión dentro de las 24 horas después de que recibamos su pedido de un reclamo acelerado.

- Paso 2: Audiencia por el reclamo

  Si no está conforme con la resolución de su reclamo relacionado con un problema en la calidad de la atención, puede enviar un pedido por escrito al Departamento de Apelaciones y Reclamos de Blue Shield Medicare para pedir una audiencia sobre su reclamo. Dentro de los 31 días calendario después de que recibamos su pedido por escrito, reuniremos un panel para analizar su caso. Usted recibirá una invitación para participar de la audiencia, en la que estarán un director médico ajeno al caso y un representante del Departamento de Resolución de Apelaciones y Reclamos. Usted podrá participar de la audiencia en persona o por teleconferencia. Después de la audiencia, le enviaremos una carta con la resolución final.

  Si no está conforme con la resolución de su reclamo, que no está relacionado con un problema de calidad de la atención, como el tiempo de espera, la falta de respeto, el servicio al cliente o la limpieza, puede comunicarse con Servicio al Cliente de Blue Shield Rx Plus para pedir una revisión adicional.

- La **fecha límite** para presentar una queja es de 60 días calendario después de que ocurrió el problema por el cual desea quejarse.

Paso 2: Analizaremos su queja y le comunicamos nuestra respuesta.

- **Si es posible, le responderemos inmediatamente.** Si nos llama por teléfono porque tiene una queja, es posible que le demos una respuesta durante la misma llamada.
- **La mayoría de las quejas se responden dentro de los 30 días calendario.** Si necesitamos información adicional y la demora lo beneficia, o si usted pide más tiempo, **podemos tardar hasta 14 días calendario más** (44 días calendario en total) para responder su queja. Si nos tomamos días adicionales, se lo informaremos por escrito.
- **Si presenta una queja porque rechazamos su pedido de una decisión de cobertura rápida o una apelación rápida, automáticamente le daremos una queja rápida.** Si tiene una queja rápida, significa que le daremos **una respuesta dentro de las siguientes 24 horas**.

- **Si no estamos de acuerdo** con la totalidad o parte de su queja o no asumimos la responsabilidad por el problema del que se está quejando, incluiremos nuestras razones en la respuesta que le demos.

Sección 7.3 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad

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

- **Puede presentar su queja directamente ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.** La Organización para el Mejoramiento de la Calidad es un grupo de médicos y otros expertos de atención de la salud, financiados por el Gobierno federal, que se encargan de controlar y mejorar la atención para los pacientes de Medicare. En el Capítulo 2 está la información de contacto.

O:

- **Puede presentar su queja ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y nuestro plan al mismo tiempo.**

Sección 7.4 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 Medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. También puede llamar 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 nuestro plan

SECCIÓN 1 Cómo puede terminar su membresía en nuestro plan

Su membresía en Blue Shield Rx Plus puede terminar de manera **voluntaria** (cuando es su elección) o **involuntaria** (cuando no es su elección):

- Puede dejar nuestro plan porque decidió que *quiere* hacerlo. Las Secciones 2 y 3 brindan información sobre cómo terminar su membresía de manera voluntaria.
- También hay situaciones limitadas en las que estamos 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, debemos seguir brindándole medicamentos recetados y usted debe seguir pagando su costo compartido hasta que su membresía termine.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede terminar su membresía en nuestro plan?

Sección 2.1 Puede terminar su membresía durante el Período de inscripción abierta

Puede terminar su membresía en nuestro plan durante el **Período de Inscripción Abierta** todos los años. Durante este tiempo, revise su cobertura de salud y de medicamentos y tome una decisión sobre su cobertura para el próximo año.

- **El Período de inscripción abierta** es **del 15 de octubre al 7 de diciembre**.
- **Usted puede optar por seguir con su cobertura actual o hacer cambios en su cobertura para el año próximo.** Si decide cambiarse a un nuevo plan, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
    - Otro plan de medicamentos de Medicare.
    - Medicare Original *con* un plan de medicamentos de Medicare por separado.
    - Medicare Original *sin* un plan de medicamentos de Medicare por separado.
        - Si elige esta opción y recibe la ayuda adicional del programa Extra Help, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted haya optado por rechazar la inscripción automática.

- Un plan de salud de Medicare. Se ofrece por medio de 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 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 ese plan y mantener Blue Shield Rx Plus para su cobertura de medicamentos. Si no desea seguir en nuestro plan, puede optar por inscribirse en otro plan de medicamentos recetados de Medicare o dejar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare.

Nota: Si usted cancela la inscripción en la cobertura de medicamentos de Medicare y sigue sin una cobertura acreditable de medicamentos recetados durante 63 días seguidos o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

- **Su membresía en nuestro plan 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 ser elegibles para terminar su membresía en otros momentos del año. Esto se conoce como **Período de inscripción especial**.

Usted puede ser elegible para terminar su membresía durante un Período de inscripción especial si se aplica alguna de las siguientes situaciones. Estos son solo algunos ejemplos. Para obtener la lista completa, puede comunicarse con nuestro plan, llamar a Medicare o visitar www.Medicare.gov:

- Por lo general, cuando se muda.
- Si tiene Medi-Cal (Medicaid).
- Si usted es elegible para recibir la ayuda adicional del programa Extra Help para pagar la cobertura de medicamentos de Medicare.
- Si no cumplimos nuestro contrato con usted.
- Si está recibiendo atención en una institución, como un hogar de ancianos o un hospital de atención a largo plazo (LTC).

- Si se inscribe en el Programa de Atención Completa 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 sobre los programas de administración de medicamentos.

Los períodos de inscripción varían según su situación.

Para confirmar si es elegible para un Período de inscripción especial, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. Si es elegible para terminar su membresía debido a una situación especial, puede optar por cambiar su cobertura de salud de Medicare y también su cobertura de medicamentos. Usted puede elegir:

- Otro plan de medicamentos de Medicare.
- Medicare Original *sin* un plan de medicamentos de Medicare por separado.
- Un plan de salud de Medicare. Se ofrece por medio de 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 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 Medicare, puede inscribirse en ese plan y mantener Blue Shield Rx Plus para su cobertura de medicamentos. Si no desea quedarse en nuestro plan, puede optar por inscribirse en otro plan de medicamentos recetados de Medicare o dejar la cobertura de medicamentos de Medicare.

Nota: Si usted cancela la inscripción en la cobertura de medicamentos de Medicare y sigue sin una cobertura acreditable de medicamentos recetados durante 63 días seguidos o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Generalmente, su membresía terminará el primer día del mes siguiente a que recibamos su pedido de cambio de plan.

Si recibe la ayuda adicional del programa Extra Help de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos. Si se cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare por separado, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted opte por rechazar la inscripción automática.

Sección 2.3 Obtenga más información sobre cuándo puede terminar su membresía

Si tiene alguna pregunta sobre cómo terminar su membresía:

- **Llame a Servicio al Cliente al (888) 239-6469 (los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 711).**
- Puede encontrar información en el folleto ***Medicare & You 2026*** (Medicare y usted 2026).
- Llame a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). (Los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 1-877-486-2048).

SECCIÓN 3 ¿Cómo puede terminar su membresía en nuestro plan?

En el cuadro que se incluye a continuación, se explica cómo debe terminar su membresía en nuestro plan.

Para cambiarse de plan a:	Esto es lo que debe hacer:
Otro plan de salud de Medicare.	• Inscribirse en el nuevo plan de salud de Medicare. • Se cancelará automáticamente su inscripción en Blue Shield Rx Plus cuando empiece la cobertura de su nuevo plan.
Medicare Original *con* un plan de medicamentos de Medicare por separado.	• Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos de Medicare. • Se cancelará automáticamente su inscripción en Blue Shield Rx Plus cuando empiece la cobertura de su nuevo plan de medicamentos.
Medicare Original *sin* un plan de medicamentos de Medicare por separado.	• **Enviarnos un pedido por escrito para que cancelemos su inscripción.** Si necesita más información sobre cómo hacerlo, llame a Servicio al Cliente al (888) 239-6469 (los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 711). • También puede llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y pedir la cancelación. Los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. • Su inscripción en Blue Shield Rx Plus se cancelará cuando empiece su cobertura de Medicare Original.

SECCIÓN 4 Hasta que su membresía termine, debe seguir recibiendo sus medicamentos a través de nuestro plan

Hasta que su membresía termine y empiece su nueva cobertura de Medicare, debe seguir recibiendo sus medicamentos recetados a través de nuestro plan.

- **Siga usando las farmacias de nuestra red o nuestro servicio de envíos al hogar para obtener sus medicamentos recetados**.

SECCIÓN 5 Blue Shield Rx Plus debe terminar su membresía en el plan en determinadas situaciones

Blue Shield Rx Plus debe terminar su membresía en nuestro plan en cualquiera de las siguientes situaciones:

- Si ya no tiene la Parte A o la Parte B de Medicare (o ninguna de las dos).
- Si se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si está lejos de nuestra área de servicio durante más de 12 meses.
  - Si se muda o se va de viaje por un tiempo largo, llame a Servicio al Cliente al (888) 239-6469 (los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 711) para averiguar si el lugar al que va a mudarse o al que viajará está dentro del área de nuestro plan.
- Si lo encarcelan (es decir, si va a prisión).
- Si usted ya no es ciudadano de los Estados Unidos o ya no está en los Estados Unidos de manera legal.
- Si miente u oculta información sobre otro seguro que tenga y que le brinde cobertura de medicamentos recetados.
- Si al momento de su inscripción en nuestro plan brinda intencionalmente información incorrecta y esa información afecta su elegibilidad para inscribirse en nuestro plan. (No podemos obligarlo a dejar nuestro plan por este motivo, a menos que primero obtengamos el permiso de Medicare).
- Si se comporta continuamente 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 obtengamos el permiso de Medicare).
- Si deja que otra persona use su tarjeta de membresía para obtener medicamentos recetados. (No podemos obligarlo a dejar nuestro plan por este motivo, a menos que primero obtengamos el permiso de Medicare).

  - Si terminamos su membresía por esta razón, es posible que Medicare le dé su caso al inspector general para que lo investigue.
- Si no paga las primas de nuestro plan durante 3 meses calendario.
  - Debemos avisarle por escrito que tiene 3 meses calendario para pagar la prima de nuestro plan antes de que terminemos su membresía.
- Si se le exige que pague la cantidad adicional de la Parte D debido a sus ingresos y usted no lo hace, Medicare cancelará su inscripción en nuestro plan y usted perderá la cobertura de medicamentos.

Si tiene alguna pregunta o desea obtener más información acerca de cuándo podemos terminar su membresía, llame a Servicio al Cliente al (888) 239-6469 (los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 711).

Sección 5.1 No podemos pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud

Blue Shield Rx Plus no puede pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud.

¿Qué debe hacer si esto sucede?

Si cree que se le está pidiendo que deje nuestro plan por motivos relacionados con su salud, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

Sección 5.2 Tiene derecho a presentar una queja si terminamos su membresía en nuestro plan

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 terminar su membresía.

CAPÍTULO 9: Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre las leyes vigentes

La ley más importante que se aplica a esta *Evidencia de Cobertura* es el Título XVIII de la Social Security Act (Ley de Seguro Social), así como los reglamentos creados según esa ley por el organismo Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS, Centros para los Servicios de Medicare y Medicaid). Además, hay otras leyes federales que pueden aplicarse y, en ciertas circunstancias, las leyes del estado donde usted vive también pueden ser aplicables. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades, incluso si las leyes no están incluidas ni explicadas en este documento.

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación

No discriminamos a las personas por su raza, origen étnico, nacionalidad, color, religión, sexo, embarazo o situaciones relacionadas, características sexuales, estereotipos sexuales, género, identidad de género, orientación sexual, edad, discapacidad física o mental, estado de salud, experiencia siniestral, 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 aplicables a las organizaciones que obtienen fondos federales y todas las leyes y normas que correspondan por cualquier otro motivo.

Si quiere obtener más información o tiene alguna inquietud sobre la discriminación o el trato injusto, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY: 1-800-537-7697) o a la Oficina de Derechos Civiles local. También puede revisar la información de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos en HHS.gov/ocr/index.html.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda con el acceso a la atención, llámenos a Servicio al Cliente al (888) 239-6469 (los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 711). Si tiene alguna queja, como un problema con el acceso para sillas de ruedas, nuestro Servicio al Cliente puede brindarle ayuda.

SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del 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 recuperación que ejerce el Secretario de Salud y Servicios Humanos conforme a las reglamentaciones del CMS en los subapartados B a D de la parte 411 del Título 42 del CFR, y las normas establecidas en esta sección prevalecen sobre 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 pedido, formulario, declaración, descargo, autorización, formulario de derecho de retención y cualquier otro tipo de documento que pidamos 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 este 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 de ese servicio.

SECCIÓN 8 Responsabilidad de las agencias gubernamentales

No le pagaremos a ninguna agencia gubernamental un servicio que, por ley, únicamente esa agencia deba brindar y, cuando cubramos algún servicio de ese tipo, es posible que le reclamemos a la agencia gubernamental el valor de ese servicio.

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 de ese servicio.

SECCIÓN 10 Beneficios de compensación por accidentes de trabajo o por responsabilidad civil del empleador

Usted puede ser elegible para recibir pagos u otros beneficios de acuerdo con la ley de compensación por accidentes de trabajo o la ley de responsabilidad civil del empleador. Le daremos los medicamentos cubiertos de 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 de la cual usted tenga derecho a recibir 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 hecho lo necesario para hacer valer sus derechos a los beneficios de acuerdo con cualquier ley de compensación por accidentes de trabajo o de responsabilidad civil del empleador.

SECCIÓN 11 Recuperación de un pago en exceso

Podemos recuperar cualquier pago en exceso que hagamos por los servicios de cualquier persona o entidad que reciba el pago en exceso o de cualquier persona u organización obligada a pagar por esos servicios.

SECCIÓN 12 Lesiones causadas por terceros

Si usted tiene 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 recuperación (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 recuperación que usted reciba como consecuencia 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 "recuperación"), sin tener en cuenta si usted ha sido compensado satisfactoriamente mediante la recuperación. El derecho a la restitución, al reembolso o a otra solución disponible se limita a esa porción del total recuperado que corresponde a los beneficios pagados en relación con esa lesión o enfermedad, calculados de acuerdo con la Sección 3040 del California Civil Code (Código Civil de California).

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 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 exija 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 que Blue Shield haya pagado mediante la deducción de cualquier cantidad recuperada cuando 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 según la Sección 3040 del California Civil Code (Código Civil de California). 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 los pedidos de información relacionados con la reclamación contra el tercero y avisar por escrito a Blue Shield dentro de los 10 días siguientes a la obtención de cualquier cantidad recuperada.

El incumplimiento de las cinco normas descritas anteriormente no se considerará, de ninguna manera, una renuncia, liberación ni abandono de los derechos de Blue Shield.

SECCIÓN 13 Aviso sobre la participación en el intercambio de información de la salud

Blue Shield participa en el intercambio de información de 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 aplicables. Manifest MedEx usa sistemas de seguridad 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 indicarle a Manifest MedEx que no comparta su información sobre la salud con los 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 su atención de la 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 declaración falsa intencionada que puede resultar en costos no autorizados para un programa de atención de la salud.
- El **desperdicio** es el uso inadecuado 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 resultar, directa o indirectamente, en costos innecesarios para un programa de atención de la salud.

Protéjase y proteja sus beneficios

- Nunca le brinde su número de Seguro Social, Medicare o plan de salud, ni su información bancaria, a un desconocido.
- 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 atención de la salud en el hogar y otros lugares de confianza para hacer pruebas genéticas fraudulentas. Prometen con falsedad que Medicare pagará por la prueba, y usted simplemente debe hacerse un hisopado bucal y brindar su identificación y la información de Medicare para recibir los resultados de la prueba.

Lamentablemente, 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.

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**.

- **Medicare al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227),** durante las 24 horas, los siete días de la semana (los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 1-877-486-2048).

CAPÍTULO 10: Definiciones

Apelación: Acción que usted lleva a cabo si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar un pedido de cobertura de medicamentos recetados o un pedido de pago por medicamentos que ya recibió.

Área de servicio: Área geográfica donde debe vivir para poder inscribirse en un plan de medicamentos recetados en particular. El plan puede cancelar su inscripción si usted se muda de forma permanente fuera del área de servicio del plan.

Autorización previa: Aprobación por adelantado para obtener ciertos medicamentos de acuerdo con criterios específicos. Los medicamentos cubiertos que necesitan una autorización previa están marcados en el formulario, y nuestros criterios están publicados en nuestro sitio web.

Biosimilar: Producto biológico que es muy parecido, pero no idéntico, al producto biológico original. Los biosimilares son tan seguros y eficaces como el producto biológico original. Algunos biosimilares pueden sustituir al producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta. (Consulte "**Biosimilar intercambiable**").

Biosimilar intercambiable: Un biosimilar que puede usarse como sustituto de un producto biosimilar original en la farmacia sin necesidad de obtener una nueva receta, ya que cumple con los requisitos adicionales sobre la posibilidad de la sustitución automática. La sustitución automática en la farmacia está sujeta a la legislación estatal.

Cancelar la inscripción o **cancelación**: Proceso mediante el cual termina su membresía en nuestro plan.

Cantidad de ajuste mensual relacionada con los ingresos (IRMAA): Si su informe de declaración de impuestos del Internal Revenue Service (IRS, Servicio de Impuestos Internos) de hace 2 años indica que sus ingresos brutos ajustados y modificados (MAGI, por sus siglas en inglés) superan cierta cantidad, deberá pagar la cantidad de la prima estándar y una cantidad de ajuste mensual relacionada con los ingresos (IRMAA). La IRMAA es una tarifa adicional que se agrega a su prima. Esto afecta a menos del 5 % de las personas con Medicare, así que la mayoría de las personas no deben pagar una prima más alta.

Centros para los Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): El organismo Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS, Centros para los Servicios de Medicare y Medicaid) es la agencia federal encargada de la administración de Medicare.

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 mismo que la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare. Por lo general, las personas que tienen este tipo de cobertura, cuando son elegibles para Medicare, pueden mantener esa cobertura sin pagar una multa si más adelante deciden inscribirse en una cobertura de medicamentos de Medicare.

Cobertura de medicamentos recetados de Medicare (Parte D de Medicare): Seguro para ayudar a pagar los medicamentos recetados, las vacunas, los productos biológicos y algunos suministros no cubiertos por 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 (por ejemplo, $10), en lugar de un porcentaje.

Coseguro: Cantidad que posiblemente deba pagar, expresada como porcentaje (por ejemplo, el 20 %), como su porción del costo por los medicamentos recetados después de pagar cualquier deducible que corresponda.

Costo compartido: Se refiere a las cantidades que un miembro debe pagar cuando recibe medicamentos. (Este costo se agrega a la prima mensual de nuestro 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 recibe un medicamento específico; o (3) cualquier cantidad de coseguro (un porcentaje de la cantidad total pagada por un medicamento) que un plan exija cuando se recibe un medicamento específico.

Costo compartido estándar*:* Costo compartido distinto del costo compartido preferido que se ofrece en una farmacia de la red.

Costo compartido preferido: Costo compartido más bajo para ciertos medicamentos cubiertos de la Parte D en determinadas farmacias de la red.

Costos de bolsillo: Consulte la definición de “costo compartido”. El requisito de costo compartido de un miembro es la porción que el miembro tiene que pagar por los medicamentos recibidos. También se llama “requisito de costos de bolsillo del miembro”.

Deducible: La cantidad que usted debe pagar por los medicamentos recetados antes de que pague nuestro plan.

Determinación de cobertura: Decisión sobre si un medicamento que se le recetó está cubierto por nuestro plan y la cantidad que usted debe pagar (si corresponde) por el medicamento recetado. En general, si lleva su receta a una farmacia y esta le dice que el medicamento recetado no está cubierto por nuestro plan, eso no es una determinación de

cobertura. Debe comunicarse con nuestro plan por teléfono o por escrito para pedir una decisión formal sobre la cobertura. En este documento, las determinaciones se llaman **decisiones de cobertura**.

Emergencia: Una emergencia médica es cuando usted o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio sobre salud y medicina cree que tiene síntomas médicos que necesitan atención médica inmediata para prevenir la muerte (y, en el caso de una mujer embarazada, la pérdida de un niño en gestación), la pérdida de una extremidad, la invalidez de una extremidad o la pérdida o el deterioro grave de una función del cuerpo. Los síntomas médicos pueden incluir una enfermedad, una lesión, dolor intenso o un problema médico que empeora rápidamente.

Etapa de Cobertura Inicial: Esta es la etapa antes de que sus costos de bolsillo en el año alcancen la cantidad límite de gastos de bolsillo.

Etapa de Cobertura para Catástrofes: Etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D que empieza cuando usted (o terceros calificados en su nombre) hayan gastado $2,100 por los medicamentos cubiertos de la Parte D durante el año. Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

Evidencia de Cobertura (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 deja obtener un medicamento que no está en nuestro formulario (una excepción del formulario) o recibir un medicamento no preferido con un nivel de costo compartido más bajo (una excepción del nivel de medicamento). También puede pedir una excepción si nuestro plan le exige que pruebe otro medicamento antes de obtener el medicamento que está pidiendo, si nuestro plan exige una autorización previa para un medicamento y usted desea que no le apliquemos esa restricción o si nuestro plan limita la cantidad o la dosis del medicamento que usted está pidiendo (una excepción del formulario).

Extra Help (Ayuda Adicional): 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.

Farmacia de la red: Farmacia que tiene un contrato con nuestro plan y donde los miembros de nuestro plan pueden obtener sus beneficios de medicamentos recetados. En la mayoría de los casos, sus medicamentos recetados se cubren únicamente 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. 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.

Herramienta "Real-Time Benefit Tool" (Herramienta de beneficios en tiempo real): Portal o aplicación informática que las personas inscritas pueden consultar para obtener información completa, precisa, actualizada, clínicamente adecuada y específica para cada persona inscrita sobre el formulario y los beneficios. Esto incluye las cantidades de costo compartido, los medicamentos alternativos del formulario que pueden usarse para el mismo problema de salud que un medicamento determinado y las restricciones de cobertura (autorización previa, tratamiento escalonado, límites de cantidad) que se aplican a los medicamentos alternativos.

Indicación médicamente aceptada: Uso de un medicamento que está aprobado por la FDA o respaldado por ciertas referencias, como la Información sobre Medicamentos del American Hospital Formulary Service (Servicio de Formulario de Hospitales Estadounidenses) y el Sistema de Información Micromedex DRUGDEX.

Ingreso Suplementario de Seguridad (Supplemental Security Income, SSI): Beneficio mensual que el Seguro Social les paga a las personas con ingresos y recursos limitados que tienen alguna discapacidad, que son ciegas o que tienen 65 años o más. Los beneficios del SSI no son los mismos que los beneficios del Seguro Social.

Límite de costos de bolsillo: Cantidad máxima que usted paga de su bolsillo por los medicamentos de la Parte D.

Límites de cantidad: Herramienta de administración diseñada para limitar el uso de un medicamento por motivos de calidad, seguridad o uso. Los límites pueden aplicarse sobre la cantidad de medicamento que cubrimos por receta o sobre un período de tiempo determinado.

Lista de Medicamentos Cubiertos (formulario o Lista de Medicamentos): Lista de los medicamentos recetados que están cubiertos por el plan.

Medicaid (o Ayuda Médica): Programa conjunto federal y estatal que ayuda a cubrir los costos médicos de algunas personas con bajos ingresos y recursos limitados. Los programas estatales de Medicaid varían, pero la mayoría de los costos de la atención de la salud están cubiertos si califica tanto para Medicare como para Medicaid.

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 aprobado por la FDA porque contiene 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.

Medicamento seleccionado: Medicamento cubierto por la Parte D para el cual Medicare negoció un precio justo máximo.

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. El Congreso excluyó ciertas categorías de medicamentos para que no estuvieran cubiertas como medicamentos de la Parte D.

Medicare: Programa federal de seguros de salud para las personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y las personas con enfermedad de riñones en etapa final (por lo general, personas con insuficiencia renal permanente que necesitan diálisis o un trasplante de riñón).

Medicare Original (**Medicare tradicional o Medicare de pago por servicio**):
Medicare Original es ofrecido por el Gobierno, y no por un plan de salud privado como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos recetados. Con Medicare Original, los servicios de Medicare se cubren mediante el pago de las cantidades establecidas por el Congreso a los médicos, los hospitales y otros proveedores de atención de la salud. Puede ir 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.

Miembro (miembro de nuestro plan o miembro del plan): Persona que tiene Medicare, que es elegible para recibir los servicios cubiertos, que se inscribió en nuestro plan y cuya inscripción fue confirmada por el organismo Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS, Centros para los Servicios de Medicare y Medicaid).

Multa por inscripción tardía de la Parte D: Cantidad que se agrega a la prima mensual por la cobertura de medicamentos de Medicare cuando pasa 63 días seguidos o más 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) después de ser elegible por primera vez para inscribirse en un plan de la Parte D.

Nivel de costo compartido: Cada medicamento de la lista de medicamentos cubiertos está incluido 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.

Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO, por sus siglas en inglés): Grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención de la salud que reciben un pago del Gobierno federal para controlar y mejorar la atención que reciben los pacientes de Medicare.

Parte C: Consulte la definición de “Plan Medicare Advantage (MA)”.

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

Período de inscripción abierta: Período del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año, en el que los miembros pueden cambiar sus planes de salud o sus planes de medicamentos, o cambiarse a Medicare Original.

Período de inscripción especial: Tiempo establecido durante el que los miembros pueden cambiar sus planes de salud o de medicamentos o volver a Medicare Original. Las situaciones en las que usted puede ser elegible para un Período de inscripción especial incluyen las siguientes: si se muda fuera del área de servicio, si está recibiendo la ayuda adicional del programa Extra Help 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 en el que puede inscribirse en la Parte A y la Parte B de Medicare cuando es elegible por primera vez. Si usted es elegible para obtener acceso a Medicare cuando cumple 65 años, su Período de inscripción inicial es el período de 7 meses que empieza 3 meses antes del mes en el que cumple 65 años, que incluye el mes de su cumpleaños y que termina 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 (HMO, por sus siglas en inglés) o un plan médico competitivo (CMP, por sus siglas en inglés), de acuerdo con un contrato de reembolso de costos, según lo establecido en 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 planes de necesidades especiales, los programas piloto o de demostración, y los Programas de Atención Completa para Personas Mayores (PACE, por sus siglas en inglés).

Plan Medicare Advantage (MA) (a veces llamado Parte C de Medicare): Plan ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindarle todos sus beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare. Un plan Medicare Advantage puede ser i) un plan HMO, ii) un plan PPO, iii) un plan privado de pago por servicio (PFFS, por sus siglas en inglés) o iv) un plan de cuentas de ahorros médicos (MSA, por sus siglas en inglés) de Medicare. Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan Medicare Advantage HMO o PPO también puede ser un plan de necesidades especiales (SNP, por sus siglas en inglés). En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D de Medicare (cobertura de medicamentos recetados). Estos planes se llaman **planes Medicare Advantage con cobertura de medicamentos recetados**.

Plan PACE: Un plan del Programa de Atención Completa para Personas Mayores (PACE, por sus siglas en inglés) combina servicios de atención médica y social, además de apoyo y servicios a largo plazo (LTSS, por sus siglas en inglés) para personas en estado delicado, con el 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. Las personas inscritas en los planes PACE reciben tanto los beneficios de Medicare como los beneficios de Medicaid a través de nuestro 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 únicamente para Medicare Original. (Un plan Medicare Advantage no es una póliza de Medigap).

Precio justo máximo: Precio negociado por Medicare para un medicamento seleccionado.

Prima: Cantidad que se paga periódicamente 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.

Producto biológico: Medicamento recetado que se prepara a partir de fuentes naturales y vivas, como células animales, células vegetales, bacterias o levaduras. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no se pueden copiar exactamente, por lo que sus formas alternativas se llaman biosimilares. (Consulte "**Producto biológico original**" y "**Biosimilar**").

Producto biológico original: Producto biológico que fue aprobado por la FDA y que sirve como referencia para los fabricantes que elaboran una versión biosimilar. También se llama "producto de referencia".

Programa de Administración de Tratamientos con Medicamentos (MTM): Programa de la Parte D de Medicare para satisfacer las necesidades de salud complejas de las personas que cumplen con ciertos requisitos o que forman parte de un Programa de Administración de Medicamentos. Los servicios del MTM suelen incluir una consulta con un farmacéutico o un proveedor de atención de la salud para revisar los medicamentos.

Programa de Descuentos de Fabricantes: A través de este programa, los fabricantes de medicamentos pagan una porción del costo total de nuestro plan por los medicamentos de marca y los productos biológicos cubiertos por la Parte D. Los descuentos se basan en acuerdos entre el Gobierno federal y los fabricantes de medicamentos.

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 es el copago dividido por la cantidad de días del suministro mensual de un medicamento. Por ejemplo: Si su copago por el suministro de un medicamento para un mes es de $30, y un suministro para un mes según nuestro plan abarca 30 días, entonces su proporción de costo compartido por día será de $1 por día.

Queja: El nombre formal para la presentación de una queja es **presentación de un reclamo**. El proceso de quejas se usa *únicamente* para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. También incluye las quejas que se hacen cuando nuestro plan no cumple con los tiempos del proceso de apelaciones.

Reclamo: Tipo de queja que usted presenta acerca de nuestro plan, nuestros proveedores o nuestras farmacias, incluidas las quejas relacionadas con la calidad de su atención. Esto no incluye disputas relacionadas con la cobertura o con los pagos.

Servicio al Cliente: Departamento dentro de nuestro plan encargado de contestar a sus preguntas sobre la membresía, los beneficios, los reclamos y las apelaciones.

Servicios cubiertos por Medicare: Servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. El término “servicios cubiertos por Medicare” no incluye los beneficios adicionales, como la atención de la vista, la atención dental o la atención de la audición, que un plan Medicare Advantage podría ofrecer.

Subsidio para personas de bajos ingresos (LIS): Consulte “Extra Help (Ayuda Adicional)”.

Tarifa de despacho: Tarifa que se cobra cada vez que se despacha un medicamento cubierto para pagar el costo de surtir una receta, como el tiempo que tarda el farmacéutico en preparar y empaquetar el medicamento recetado.

Tratamiento escalonado: Herramienta que le exige que primero pruebe otro medicamento para tratar su problema médico antes de que cubramos el medicamento que su médico puede haberle recetado inicialmente.

Servicio al Cliente de Blue Shield Rx Plus

Modo de contacto	Información de contacto de Servicio al Cliente
Tel.	(888) 239-6469 Las llamadas a este número son gratis. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico), los siete días de la semana. Servicio al Cliente también ofrece servicios de interpretación gratis para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Para usar este número, es necesario tener un equipo telefónico especial. Este número es únicamente para las personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratis. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico), los siete días de la semana.
Fax	(877) 251-6671
Correo	Blue Shield Rx Plus P.O. Box 927, Woodland Hills, CA 91365-9856
Sitio web	**blueshieldca.com/medicare**

HICAP (SHIP de California)

El HICAP es un programa estatal que recibe dinero del Gobierno federal para brindar asesoramiento gratis sobre seguros de salud locales a las personas que tienen Medicare.

Modo de contacto	Información de contacto
Tel.	(800) 434-0222
TTY	711 Para usar este número, es necesario tener un equipo telefónico especial. Este número es únicamente para las personas con dificultades auditivas o del habla.
Correo	California Department of Aging 2880 Gateway Oaks Dr, Suite 200, Sacramento, CA 958333
Sitio web	**https://www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/**

Declaración de divulgación de la PRA: *Según la Paperwork Reduction Act (PRA, Ley de Reducción de Trámites) de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información, a menos que esta tenga 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, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.*

blueshieldca.com/medicare
Blue Shield of California 6300 Canoga Avenue, Woodland Hills, CA 91367-2555