



Formulario completo de

# BlueMedicare<sup>SM</sup>

BlueMedicare Preferred (HMO) H2758-002, 004, 006

BlueMedicare Preferred POS (HMO POS) H2758-008

*Florida Blue* 

Este formulario fue actualizado el 07/18/2019. Para obtener información más reciente o si tiene otras preguntas, llame a Servicio para miembros de BlueMedicare Preferred HMO al 1-844-783-5189 o 1-877 955-8773 para los usuarios de TTY . El horario es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, siete días de la semana.

O visite [www.floridablue/medicare](http://www.floridablue/medicare).

BeHealthy Florida, Inc., cuyo nombre comercial es Florida Blue Preferred HMO, una afiliada de Blue Cross and Blue Shield of Florida, Inc., ofrece cobertura HMO. Estas compañías son Licenciatarías Independientes de Blue Cross and Blue Shield Association.

Este documento es una traducción de su original escrito en inglés. Los términos en inglés prevalecerán en caso de alguna disputa con respecto al significado de este documento o sus términos.

**BlueMedicare Preferred (HMO)**  
**BlueMedicare Preferred POS (HMO POS)**  
**Formulario 2019**  
**(Lista de Medicinas Cubiertas)**

**POR FAVOR LEA: ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACION SOBRE LAS MEDICINAS QUE ESTAN CUBIERTAS EN ESTE PLAN**

Formulary ID 00019222, Version 15

Este formulario fue actualizado el 07/18/2019. Si tiene preguntas o desea información más actualizada, comuníquese con Servicios para miembros de BlueMedicare Preferred HMO y BlueMedicare Preferred POS al 1-844-783-5189 (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-955-8773). El horario es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los 7 días de la semana. O visite [www.floridablue.com/medicare](http://www.floridablue.com/medicare).

Florida Blue Preferred HMO es un Plan HMO que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en Florida Blue Preferred HMO depende de la renovación del contrato.

If you speak Spanish, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-926-6565 (TTY: 1-800-955-8770).

Si habla español, tiene a su disposición servicios de traducción sin cargo. Llame al 1-877-926-2227 6565 (TTY: 1-877-955-8773).

Este formulario puede cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando sea necesario.

**Nota para los asegurados actuales:** Este formulario ha cambiado desde el año pasado. Revise este documento para asegurarse que aún contiene las medicinas que toma.

Cuando esta lista de medicinas (formulario) dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, se refiere a Florida Blue Preferred HMO. Cuando se hace referencia a “plan” o “nuestro plan”, se refiere a BlueMedicare Preferred y BlueMedicare Preferred POS.

Este documento contiene una lista de las medicinas (formulario) para nuestro plan, la cual está actualizada al 18 de julio de 2019. Para obtener un formulario actualizado, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, así como las fechas de actualización del formulario, aparece en la portada y contraportada.

Usted por lo general debe utilizar farmacias en la red para poder utilizar sus beneficios de medicinas recetadas. Los beneficios, el formulario, la red de farmacias y/o copagos/coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2020, y periódicamente durante el año.

## ¿Qué es el formulario de BlueMedicare Preferred y BlueMedicare Preferred POS?

El formulario es una lista de las medicinas cubiertas seleccionadas por nuestro plan en conjunto con un equipo de proveedores de salud, los cuales representan las medicinas recetadas que se consideran como una parte necesaria de cualquier programa de tratamiento de calidad. Nuestro plan generalmente cubrirá las medicinas mencionadas en nuestro formulario siempre y cuando la medicina sea médicamente necesaria, sea surtida en una farmacia de la red BlueMedicare Preferred y BlueMedicare Preferred POS y se sigan las otras reglas del plan. Para más información sobre cómo surtir sus recetas, consulte su Constancia de Cobertura.

## ¿Puede cambiar al Formulario (lista de medicinas)?

Generalmente, si está tomando una medicina que se encuentra en nuestro formulario del 2019 que estaba cubierta al principio del año, no descontinuaremos o reduciremos la cobertura de la medicina durante el año de cobertura 2019, excepto cuando una medicina nueva, genérica, más económica esté disponible o cuando surja nueva información adversa acerca de la seguridad o la efectividad de la medicina, o cuando sea retirada del mercado. (Vea las viñetas de abajo para obtener más información o ver cambios que podrían afectar a los miembros que se encuentran tomando la medicina.) Otros tipos de cambios al formulario, tales como remover una medicina del formulario, no afectarán a los miembros que ya estén tomando la medicina. Estará aun disponible al mismo costo compartido para los miembros que ya la están tomando por el resto del año de la cobertura.

Abajo están los cambios de la lista de la medicina que afectarán a los miembros que aún están tomando la medicina:

- **Nuevas medicinas genéricas.** Podemos eliminar de inmediato una medicina de marca de nuestra Lista de medicinas si la reemplazamos con una nueva medicina genérica que aparecerá en el mismo nivel de costos compartidos o en un nivel más bajo y con las mismas o menos restricciones. Además, al agregar la nueva medicina genérica, podemos decidir mantener la medicina de marca en nuestra Lista de medicinas, pero moverla inmediatamente a un nivel de costo compartido diferente o agregar nuevas restricciones. Si actualmente está tomando esa medicina de marca, podríamos no informarle con anticipación antes de hacer ese cambio, pero luego le brindaremos información sobre los cambios específicos que hemos realizado.
  - Si hacemos dicho cambio, o bien usted y su proveedor pueden solicitar que el plan haga una excepción y que continúe brindándole cobertura para la medicina de marca. La notificación que le proporcionemos también incluirá información en los pasos que podría tomar al solicitar la excepción, y también podrá encontrar información en la sección de abajo titulada “¿Cómo solicito una excepción al formulario de BlueMedicare Preferred y Preferred POS?”
- **Medicinas eliminadas del mercado.** Si la Administración de Alimentos y Medicinas (Food and Drug Administration) considera que una medicina en nuestro formulario no es segura o el fabricante

de la medicina lo retira del mercado, nosotros eliminaremos inmediatamente la medicina de nuestro formulario y enviaremos una notificación a los miembros que toman esa medicina.

- **Otros cambios.** Podríamos hacer otros cambios que afectan a los miembros que se encuentran tomando actualmente la medicina. Por ejemplo, podemos agregar una medicina genérica nueva para reemplazar una medicina de marca actualmente incluida en el formulario o agregar nuevas restricciones a la medicina de marca o moverla a un nivel diferente de costo compartido.) Podríamos añadir una medicina genérica que no es nueva en el mercado, para reemplazar una medicina de marca que se encuentra en el formulario o añadir nuevas restricciones a la medicina de marca o moverla a un nivel de costo compartido diferente. O podríamos hacer cambios en base a nuevos lineamientos clínicos.

Si eliminamos medicinas del formulario, o añadimos el requerimiento de una autorización previa, límite de cantidad y/o restricciones de terapia escalonada en una medicina, o movemos la medicina a un nivel de costo más alto, debemos notificarle a los miembros del cambio con al menos 30 días antes de que el cambio entre en vigencia, o en el momento en el que el miembro solicite un reabastecimiento de la medicina, para el cual el miembro recibirá un suministro de 30 días de la medicina.

Esta lista está actualizada al 18 de julio de 2019. Para obtener información actualizada sobre las medicinas cubiertas por nuestro plan, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto aparece en la portada y contraportada

BlueMedicare Preferred y BlueMedicare Preferred POS proporciona actualizaciones mensuales del formulario en ([www.floridablue.com/medicare](http://www.floridablue.com/medicare)) y en papel como sea necesario. El siguiente párrafo explicará cómo será notificado en el caso de ciertos cambios.

BlueMedicare Preferred y BlueMedicare Preferred POS solo eliminará medicinas de la Parte D del formulario, moverá medicinas cubiertas por la Parte D a un nivel preferido menor o añadirá requisitos de manejo de utilización 60 días después del inicio del año del contrato asociado con el periodo de elección anual, y solamente si estos cambios son aprobados por CMS.

Si BlueMedicare Preferred y BlueMedicare Preferred POS debe hacer tales cambios al formulario, los miembros actuales que están tomando la medicina están exentos del cambio del formulario por el resto del año del contrato.

Antes de eliminar una medicina cubierta por la Parte D de este formulario, o hacer algún cambio en el nivel de costo compartido o nivel de preferencia de una medicina cubierta por la Parte D, BlueMedicare Preferred y BlueMedicare Preferred POS

- Proveerá una notificación escrita a los miembros afectados con al menos 60 días antes de la fecha en que el cambio sea efectivo; o
- En el momento en que los miembros afectados soliciten un reabastecimiento de la medicina de la Parte D, le proporcionaremos al miembro con un suministro de 30 días de la medicina de la Parte D bajo los mismos términos que estaban permitidos anteriormente y una notificación escrita sobre el cambio al formulario.

## ¿Cómo utilizo el Formulario?

Hay dos maneras en las que puede encontrar su medicina en el formulario:

### Condición médica

El formulario comienza en la página 1. Las medicinas en este formulario están agrupadas en categorías dependiendo del tipo de condición médica que estas medicinas tratan. Por ejemplo, las medicinas utilizadas para tratar una condición médica están listadas bajo la categoría de "Agentes cardiovasculares". Si usted sabe para qué se utiliza la medicina, busque el nombre de la categoría en la lista que comienza en la página 1. Después busque bajo el nombre de la categoría de su medicina.

## **Lista alfabética**

Si no está seguro bajo qué categoría buscar, puede buscar la medicina en el índice que comienza en la página 103. El índice proporciona una lista alfabética de todas las medicinas que se incluyen en este documento. Tanto el nombre de marca como el genérico aparecen en el índice. Busque en el índice hasta encontrar su medicina. Al lado del nombre de la medicina, encontrará el número de la página donde puede encontrar la información de la cobertura. Vaya a la página indicada en el índice y encuentre el nombre de la medicina en la primera columna de la lista.

## **¿Qué son las medicinas genéricas?**

Nuestro plan cubre tanto las medicinas de marca como las genéricas. Una medicina genérica es aprobada por la Administración de medicinas y alimentos de los Estados Unidos (U.S. Food and Drug Administration, FDA) e indica que contiene el mismo ingrediente activo que la medicina de marca. Por lo general, las medicinas genéricas son menos costosas que las de marca.

## **¿Existen restricciones en mi cobertura?**

Algunas medicinas cubiertas pueden tener requisitos adicionales o límites en la cobertura. Estos requisitos y límites pueden incluir:

- **Autorización previa:** Nuestro plan requiere que usted o su médico obtenga autorización previa para ciertas medicinas. Esto significa que deberá obtener aprobación por parte de nuestro plan antes de poder surtir sus medicinas recetadas. Si no obtiene aprobación, nuestro plan puede que no cubra la medicina.
- **Límites de cantidad:** Por ejemplo, para ciertas medicinas, nuestro plan limita la cantidad de la medicina que nuestro plan puede cubrir. Por ejemplo, nuestro plan proporciona 31 tabletas por receta médica para Januvia. Esto puede ser adicional a un suministro normal para uno o tres meses.
- **Terapia Escalonada:** En algunos casos, nuestro plan le pedirá que primero pruebe ciertas medicinas para tratar su condición médica, antes de que cubramos otra medicina para esa condición. Por ejemplo, si la Medicina A y la Medicina B tratan su condición médica, nuestro plan puede que no cubra la medicina B hasta que usted pruebe la medicina A primero. Si la Medicina A no le funciona, entonces el plan puede cubrir la Medicina B.

Usted puede averiguar si la medicina tiene algún requisito adicional o límite buscándolo en el formulario que comienza en la página 1. También puede obtener más información acerca de las restricciones que aplican a medicinas específicas cubiertas al visitar nuestra página de Internet. Tenemos un documento en la página de Internet que explica nuestras restricciones de autorización previa y de terapia escalonada. También nos puede pedir que le enviemos una copia. Nuestra información de contacto, así como las fechas de actualización del formulario, aparece en la portada y contraportada.

Usted puede preguntarle al plan que haga una excepción a estas restricciones o límites, o para obtener una lista de otras medicinas similares que pueden tratar su condición de salud. Vea la sección, "¿Cómo puedo solicitar una excepción al formulario de BlueMedicare Preferred y BlueMedicare Preferred POS?" en la página v para obtener información acerca de cómo solicitar una excepción.

## **¿Qué sucede si mi medicina no está en el Formulario?**

Si su medicina no está incluida en el Formulario (lista de medicinas cubiertas), debe primero comunicarse con Servicios para miembros y preguntar si su medicina está cubierta.

Si se entera de que nuestro plan no cubre su medicina, usted tendrá dos opciones:

- Puede solicitarle a Servicios para miembros un listado de las medicinas similares que están cubiertas por su plan. Cuando reciba la lista, muéstrésela a su médico y pídale que le recete una medicina similar que esté cubierta por nuestro plan.

- Puede solicitarle a nuestro plan que haga una excepción y cubra su medicina. Lea a continuación para obtener más información acerca de cómo solicitar una excepción.

## ¿Cómo solicito una excepción al formulario de BlueMedicare Preferred y BlueMedicare Preferred POS?

Puede solicitarle a nuestro plan que haga una excepción a las normas de cobertura. Existen muchos tipos de excepciones que usted puede solicitar.

- Nos puede solicitar que cubramos su medicina aun si no está en el formulario. Si es aprobada, esta medicina será cubierta el nivel de costo compartido pre determinado y usted no podrá solicitarnos que proporcionemos la medicina a un nivel de costo compartido más bajo.
- Nos puede solicitar que cubramos una medicina del formulario a un nivel de costo compartido más bajo (si esta medicina no se encuentra en el nivel de medicinas especializadas). Si es aprobada, esto reducirá la cantidad que debe pagar por la medicina.
- Nos puede solicitar que se le exima de esta restricción o límite en su medicina. Por ejemplo, para ciertas medicinas, nuestro plan limita la cantidad de la medicina que nuestro plan puede cubrir. Si su medicina tiene un límite de cantidad, puede solicitarnos que se le exima de este límite y que se cubra una cantidad mayor.

Generalmente, nuestros planes solamente aprueban su solicitud para una excepción si las medicinas alternativas incluidas en el formulario del plan, la medicina del nivel de costo compartido más bajo o las restricciones de utilización adicional no son un tratamiento efectivo para su condición y/o le puede causar efectos médicos adversos.

Debe comunicarse con nosotros para solicitar una decisión inicial sobre la cobertura, en el caso de una excepción a las restricciones de un formulario, de uso o de nivel. **Cuando solicite una excepción a las restricciones de un formulario, de uso o de nivel, debe adjuntar una declaración de su médico o persona autorizada que apoye su solicitud.** Generalmente, luego de recibir la declaración de su médico que apoye su solicitud, debemos tomar nuestra decisión dentro de 72 horas. Usted puede solicitar una excepción acelerada (rápida) si usted o su médico entienden que su salud puede estar en serio peligro si espera las 72 horas para tomar una decisión. Si se le aprueba la excepción acelerada, debemos tomar una decisión no más tardar de 24 horas después de recibir las declaraciones de apoyo de su médico.

## ¿Qué debo hacer antes de hablar con mi médico acerca de cambiar mi medicina o solicitar una excepción?

Como un nuevo o actual miembro de nuestro plan, usted puede que esté tomando medicinas que no están en nuestro formulario. O, puede ser que esté tomando una medicina que está en nuestro formulario pero sólo puede recibir una cantidad limitada. Por ejemplo, puede que necesite una autorización previa de nuestra parte para surtir su medicina recetada. Debe hablar con su médico para decidir si debe cambiar a una medicina apropiada que esté cubierta o solicitar una excepción al formulario para que podamos cubrir la medicina que necesita. Mientras habla con su médico para determinar el curso de acción correcto para usted, puede ser que cubramos su medicina en ciertos casos durante los primeros 90 días en los que usted es miembro de nuestro plan.

Para cada una de sus medicinas que no se encuentren en nuestro formulario o si su habilidad para recibir medicinas es limitada, cubriremos un suministro temporal de 30 días. Si su receta indica menos días, permitiremos que la medicina se rea varias veces para proporcionar hasta un máximo de 30 días de suministro de la medicina. Luego de su primer suministro de 30 días, no pagaremos por estas medicinas, incluso si usted ha sido miembro del plan por menos de 90 días.

Si reside en un establecimiento de cuidados a largo plazo y necesita una medicina que no está en nuestro formulario o si su capacidad para recibir la medicina es limitada, pero ya pasaron los primeros 90 días de la

inscripción a nuestro plan, le cubriremos un suministro de emergencia de 31 días de esa medicina mientras usted consigue una excepción al formulario.

Existen circunstancias en que transiciones no planificadas para miembros actuales podrían surgir y en que los regímenes de medicinas recetas puedan no estar en el formulario. Estas circunstancias generalmente involucran cambios en el nivel de atención en que un miembro está cambiando de un lugar de tratamiento a otro. Para estas transiciones inesperadas, usted debe utilizar nuestro proceso de excepción y apelación. Las determinaciones y re determinaciones de cobertura serán procesadas tan rápido como lo requiera su condición.

Cuando un miembro es admitido o dado de alta de un establecimiento de cuidados a largo plazo (Long Term Care, LTC), este no tendrá acceso al remanente de la medicina recetada abastecida anteriormente. Nos aseguraremos de que tenga un reabastecimiento al momento de la admisión o de alta. Se provee una anulación de las ediciones de "reabastecimiento demasiado pronto" para cada medicina que sería afectada debido a que un miembro sea admitido o dado de alta de un centro de cuidado a largo plazo. No se utilizan los cambios a los reabastecimientos tempranos para limitar el acceso apropiado o necesario a los beneficios de la Parte D del miembro, y estos miembros pueden obtener un abastecimiento al momento de la admisión o de alta.

## Para más información

Para obtener información más detallada acerca de su cobertura de medicinas recetadas con BlueMedicare Preferred y BlueMedicare Preferred POS, consulte su Constancia de cobertura y los demás materiales del plan.

Si tiene preguntas acerca de su plan, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, así como las fechas de actualización del formulario, aparece en la portada y contraportada.

Si tiene preguntas generales acerca de la cobertura de medicinas recetadas de Medicare, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de equipo teleescritor TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O visite <http://www.medicare.gov>.

## El Formulario de nuestro plan

El formulario que comienza en la página 1 proporciona información de cobertura de las medicinas cubiertas por nuestro plan. Si tiene problemas encontrando su medicina en el formulario, vaya al índice que comienza en la página 103.

La primera columna de la tabla lista el nombre de la medicina. Los nombres de las medicinas de marca están en letras mayúsculas (por ejemplo, LANTUS) y las medicinas genéricas están en letras minúsculas en cursiva (por ejemplo, *metformin*).

La información en la columna Requisitos/Límites indica si su plan tiene algún requisito especial para cubrir su medicina.

La información en la segunda columna de la tabla indica a qué nivel de cobertura se encuentra la medicina.

La tercera columna de la tabla indica si se solicitan requisitos especiales para la cobertura de una medicina como por ejemplo, "Autorización previa", "Límite de cantidad" y "Terapia escalonada".

Si un Límite de cantidad aplica para una medicina, la cantidad de la restricción se muestra en el listado que comienza en la página 1.

## CLAVE DE ABREVIACIONES DE LAS DOSIS

<b>act</b>	Activación	<b>mcg</b>	Microgramo
<b>ad</b>	Absorbido	<b>meq</b>	Mili equivalente
<b>aer, aero</b>	Aerosol	<b>mg</b>	Miligramo
<b>app</b>	Aplicador	<b>ml</b>	Mililitro
<b>ba, breath act, breath activ</b>	Respiración activada	<b>mu</b>	Millones de unidades
<b>bau</b>	Unidades bioequivalentes de alergia	<b>nebu</b>	Nébula
<b>cap, caps</b>	Cápsulas	<b>orally disintegr tab</b>	Tabletas que se desintegran por vía oral
<b>cart</b>	Cartucho	<b>op, ophth</b>	Oftálmico
<b>chew tab</b>	Tabletas masticables	<b>osm</b>	Osmótico
<b>conc</b>	Concentración	<b>pf</b>	Libre de preservativos
<b>conj</b>	Conjugar, conjugado	<b>pfu</b>	Unidades formadoras de placa
<b>crys</b>	Cristales	<b>pow, powd</b>	Polvo
<b>deter</b>	Disuasivo	<b>Pref, prefill</b>	Precargada
<b>disint</b>	Desintegración	<b>pak</b>	Paquete
<b>dr</b>	Liberación retrasada	<b>ptwk</b>	Parche semanal
<b>ec</b>	Envoltura entérica	<b>pttw</b>	Parche dos veces a la
<b>el, elu</b>	Ensayo por inmunoabsorción ligado a enzimas	<b>recomb</b>	Recombinante
<b>er, extended, extended rel, xl, xr</b>	Liberación prolongada	<b>sl</b>	Sublingual
<b>ext</b>	Extraer	<b>sol, soln</b>	Solución
<b>gm</b>	Gramo	<b>sr</b>	Liberación sostenida
<b>gu</b>	Genitourinario	<b>supp, suppos</b>	Supositorios
<b>hr</b>	Hora	<b>sus, susp</b>	Suspensión
<b>lg</b>	Inmunoglobulina	<b>syr</b>	Jeringuilla
<b>im</b>	Intramuscular	<b>tab, tabs</b>	Tableta
<b>inh, inhal</b>	Inhalación	<b>td</b>	Transdermal
<b>inj</b>	Inyección	<b>tl</b>	Translingual
<b>IR</b>	Liberación inmediata	<b>unt</b>	Unidad
<b>iv</b>	Intravenoso	<b>vac</b>	Vacunas
<b>l</b>	Litro	<b>va</b>	Vaginal



## Etapa de cobertura inicial

La cantidad de copago/coseguro que usted paga por un suministro de un mes (30 días) de la medicina en cada Nivel de medicina se muestra a continuación.

	<b>Tipo de farmacia</b>	<b>Nivel 1 Genéricas preferidas</b>	<b>Nivel 2 Genéricas</b>	<b>Nivel 3 De marca preferidas</b>	<b>Nivel 4 De marca no preferidas</b>	<b>Nivel 5 Especializadas</b>	<b>Nivel 6 Select Care</b>
BlueMedicare Preferred (HMO) (Manatee, Sarasota)	De venta al por menor preferidas	\$0 de copago	\$1 de copago	\$35 de copago	\$100 de copago	33% del costo	\$7 de copago
	De venta al por menor estándar	\$7 de copago	\$8 de copago	\$42 de copago	\$100 de copago		
	Orden por correo	\$0 de copago	\$1 de copago	\$35 de copago	\$100 de copago		
BlueMedicare Preferred (HMO) (Clay, Duval)	De venta al por menor preferidas	\$0 de copago	\$7 de copago	\$35 de copago	\$85 de copago	33% del costo	\$7 de copago
	De venta al por menor estándar	\$7 de copago	\$14 de copago	\$42 de copago	\$92 de copago		
	Orden por correo	\$0 de copago	\$7 de copago	\$35 de copago	\$85 de copago		
BlueMedicare Preferred (HMO) (Pinellas)	De venta al por menor preferidas	\$0 de copago	\$1 de copago	\$35 de copago	\$100 de copago	33% del costo	\$7 de copago
	De venta al por menor estándar	\$7 de copago	\$8 de copago	\$42 de copago	\$100 de copago		
	Orden por correo	\$0 de copago	\$1 de copago	\$35 de copago	\$100 de copago		
BlueMedicare Preferred POS (HMO POS) (Manatee, Pinellas y Sarasota)	De venta al por menor preferidas	\$0 de copago	\$7 de copago	\$35 de copago	\$85 de copago	33% del costo	\$7 de copago
	De venta al por menor estándar	\$7 de copago	\$14 de copago	\$42 de copago	\$92 de copago		
	Orden por correo	\$0 de copago	\$7 de copago	\$35 de copago	\$85 de copago		

## Clave para las abreviaturas

<b>1</b> = Medicinas genéricas preferidas
<b>2</b> = Medicinas genéricas
<b>3</b> = Medicinas de marca preferidas
<b>4</b> = Medicinas de marca no preferidas
<b>5</b> = Medicinas especializadas
<b>6</b> = Select Care
<b>BD</b> = Medicinas que pueden estar cubiertas por Medicare Parte B o Medicare Parte D dependiendo de las circunstancias. Estas medicinas pueden requerir autorización para determinar la cobertura bajo la Parte B o la Parte D. Puede requerirse que se proporcione información que describa el uso o el lugar donde la medicina se recibe para determinar la cobertura.
<b>PA</b> = Autorización previa (Prior Authorization)
<b>QL</b> = Límites de cantidad (Quantity Limits)
<b>ST</b> = Terapia escalonada (Step Therapy)
* = Las medicinas con distribución limitada están indicadas con un asterisco (*) en la lista de medicinas. Puede que estas medicinas estén disponibles sólo en algunas farmacias. Servicios para miembros al 1-844-783-5189. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-955-8773). El horario es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los 7 días de la semana. O visite <a href="http://www.floridablue.com/medicare">www.floridablue.com/medicare</a> .
# = Medicinas de alto riesgo (HRM). Medicinas que no son seguras para pacientes mayores de 65 años de edad. Nuestro formulario no incluye cobertura para algunas de estas medicinas, pero se pueden buscar otras alternativas en los niveles con copagos más bajos. Converse con su médico si hay alternativas a estas medicinas que podrían ser apropiadas para su uso.
^ =Se proporciona cobertura adicional de estas medicinas recetadas durante la brecha en la cobertura.

Este documento es una traducción de su original escrito en inglés. Los términos en inglés prevalecerán en caso de alguna disputa con respecto al significado de este documento o sus términos.

Este formulario fue actualizado el 07/18/2019. Para obtener información más reciente o si tiene otras preguntas, llame a Servicio para miembros de BlueMedicare Preferred HMO al 1-844-783-5189 o 1-877

955-8773 para los usuarios de TTY . El horario es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, siete días de la semana.  
O visite [www.floridablue/medicare](http://www.floridablue/medicare).

## **Notificación de la sección 1557: La discriminación es en contra de la ley.**

Florida Blue, Florida Blue HMO, Florida Blue Preferred HMO (colectivamente "Florida Blue"), Florida Combined Life y el Blue Cross and Blue Shield Federal Employee Program® (FEP) cumplen con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discriminan por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. No excluimos a las personas ni las tratamos de forma diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Florida Blue, Florida Blue HMO, Florida Blue Preferred HMO, Florida Combined Life y FEP:

- Proporcionan ayuda y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:
  - Intérpretes de lenguaje de señas capacitados
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Proporcionan servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:
  - Intérpretes capacitados
  - Información escrita en otros idiomas

Si necesita recibir estos servicios, llame a:

- Florida Blue (cobertura para la salud y la visión): 1-800-352-2583
- Florida Combined Life (cobertura dental, de vida y discapacidad): 1-888-223-4892
- Federal Employee Program (FEP): 1-800-333-2227

Si considera que no le proporcionamos estos servicios o lo discriminamos de otra manera por motivos de origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo a:

### **Florida Blue (incluyendo miembros FEP):**

Section 1557 Coordinator  
4800 Deerwood Campus Parkway, DCC 1-7  
Jacksonville, FL 32246  
1-800-477-3736 x29070  
1-800-955-8770 (TTY)  
Fax: 1-904-301-1580  
section1557coordinator@floridablue.com

### **Florida Combined Life:**

Civil Rights Coordinator  
17500 Chenal Parkway  
Little Rock, AR 72223  
1-800-260-0331  
1-800-955-8770 (TTY)  
civilrightscoordinator@fclife.com

Puede presentar el reclamo en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, el Coordinador de la sección 1557 está disponible para ayudarlo. También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. de manera electrónica a través del Portal de Reclamaciones de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, por correo postal o por teléfono:

### **U.S. Department of Health and Human Services**

200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201  
1-800-368-1019  
1-800-537-7697 (TDD)

Puede obtener los formularios de reclamo en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

87768S 0217R

Esta es una traducción de su original en inglés. La versión en inglés prevalecerá.

**ATENCIÓN:** Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-352-2583 (TTY: 1-877-955-8773). FEP: Llame al 1-800-333-2227

**ATANSYON:** Si w pale Kreyòl ayisyen, ou ka resevwa yon èd gratis nan lang pa w. Rele 1-800-352-2583 (pou moun ki pa tande byen: 1-800-955-8770). FEP: Rele 1-800-333-2227

**CHÚ Ý:** Nếu bạn nói Tiếng Việt, có dịch vụ trợ giúp ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Hãy gọi số 1-800-352-2583 (TTY: 1-800-955-8770). FEP: Gọi số 1-800-333-2227

**ATENÇÃO:** Se você fala português, utilize os serviços linguísticos gratuitos disponíveis. Ligue para 1-800-352-2583 (TTY: 1-800-955-8770). FEP: Ligue para 1-800-333-2227

**注意:** 如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電1-800-352-2583 (TTY: 1-800-955-8770)。FEP: 請致電1-800-333-2227

**ATTENTION:** Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-352-2583 (ATS : 1-800-955-8770). FEP : Appelez le 1-800-333-2227

**PAUNAWA:** Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-352-2583 (TTY: 1-800-955-8770). FEP: Tumawag sa 1-800-333-2227

**ВНИМАНИЕ:** Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-352-2583 (телетайп: 1-800-955-8770). FEP: Звоните 1-800-333-2227

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-800-352-253-008 (رقم هاتف الصم والبكم: 1-0778-559-008). اتصل برقم 1-800-333-008-1.

**ATTENZIONE:** Qualora fosse l'italiano la lingua parlata, sono disponibili dei servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-800-352-2583 (TTY: 1-800-955-8770). FEP: chiamare il numero 1-800-333-2227

**ACHTUNG:** Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: +1-800-352-2583 (TTY: +1-800-955-8770). FEP: Rufnummer +1-800-333-2227

**주의:** 한국어 사용을 원하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-352-2583 (TTY: 1-800-955-8770) 로 전화하십시오. FEP: 1-800-333-2227 로 연락하십시오.

**UWAGA:** Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-800-352-2583 (TTY: 1-800-955-8770). FEP: Zadzwoń pod numer 1-800-333-2227.

**सुचना:** જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવા તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે.

**ફોન કરો** 1-800-352-2583 (TTY: 1-800-955-8770). FEP: **ફોન કરો** 1-800-333-2227

ประกาศ: ถ้าคุณพูดภาษาไทย คุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โดยติดต่อหมายเลขโทรศัพท์ **1-800-352-2583 (TTY: 1-800-955-8770)** หรือ **FEP** โทร **1-800-333-2227**

**注意事項:** 日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-800-352-2583 (TTY: 1-800-955-8770) まで、お電話にてご連絡ください。FEP: 1-800-333-2227

**توجه:** اگر به زبان فارسی صحبت می کنید، تسهیلات زبانی رایگان در دسترس شما خواهد بود. با شماره 1-800-352-2583 (TTY: 1-800-955-8770) تماس بگیرید. FEP: با شماره 1-800-333-2227 تماس بگیرید.

**Baa ákonínzin:** Diné bizaad bee yáníłti'go, saad bee áká anáwo', t'áá jíík'eh, ná hóló. Kojí' hodíílnih 1-800-352-2583 (TTY: 1-800-955-8770). FEP ígíí' éí kojí' hodíílnih 1-800-333-2227.