**[PDP models]  
[2018 ANOC model]**

***[Insert 2018 plan name] ([insert plan type]) ofrecido por [insert Part D sponsor name]***

# Aviso anual de cambios para 2018

*[****Optional:*** *insert beneficiary name]*  
*[****Optional:*** *insert beneficiary address]*

En la actualidad, está inscrito como miembro de *[insert 2017 plan name]*. El próximo año, se aplicarán algunos cambios en los costos y beneficios del plan*. Este folleto describe los cambios.*

* **Usted tiene tiempo desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre para hacer cambios en su cobertura de Medicare para el próximo año.**

Qué hacer ahora

1. **PREGUNTE: qué cambios se aplican a usted**

* Verifique los cambios en nuestros beneficios y costos para saber si lo afectan a usted.
* Es importante que revise ahora su cobertura para asegurarse de que satisfaga sus necesidades el próximo año.
* ¿Estos cambios afectan los servicios que usted utiliza?
* Consulte las Secciones *[insert section number]* y *[insert section number]* para obtener información acerca de los cambios en los beneficios y costos de nuestro plan.
* Verifique los cambios en el folleto para nuestra cobertura para medicamentos con receta para saber si lo afectan a usted.
* ¿Estarán cubiertos sus medicamentos?
* ¿Los medicamentos están en un nivel diferente con un costo compartido distinto?
* ¿Alguno de sus medicamentos tiene restricciones nuevas, como requerir nuestra aprobación antes de obtener sus medicamentos con receta?
* ¿Puede seguir utilizando las mismas farmacias? ¿Hay cambios en el costo por usar esta farmacia?
* Revise la Lista de medicamentos para 2018 y consulte la Sección *[insert section number]* para obtener información sobre los cambios en nuestra cobertura para medicamentos.
* Verifique si sus médicos y otros proveedores se encontrarán en nuestra red el próximo año.
* ¿Se encuentran sus médicos en nuestra red?
* ¿Se encuentran los hospitales y otros proveedores que usted utiliza?
* Consulte la Sección *[insert section number]* para obtener información sobre nuestro Directorio de proveedores.
* Piense acerca de los costos de atención de la salud generales.
* ¿Cuánto dinero pagará de su bolsillo por los servicios y medicamentos con receta que utiliza habitualmente?
* ¿Cuánto gastará en su prima y los deducibles?
* ¿Cómo se comparan sus costos totales del plan con otras opciones de cobertura de Medicare?
* Piense si se encuentra satisfecho con nuestro plan.

1. **COMPARE:** conozca otras opciones del plan

* Revise la cobertura y los costos de los planes en su área.
* Use la función de búsqueda personalizada en Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare) en el sitio web [https://www.medicare.gov](https://www.medicare.gov/). Haga clic en “Find health & drug plans” (Buscar planes de salud y medicamentos).
* Revise la lista en la portada posterior del manual Medicare & You (Medicare y Usted).
* Consulte la Sección *[edit section number as needed]* 4.2 para obtener más información acerca de las opciones a su disposición.
* Una vez que limita su opción a un plan preferido, confirme sus costos y cobertura en el sitio web del plan.

1. **ELIJA: decida si** desea cambiar su plan

* Si desea **conservar** [*insert 2017 plan name*], no es necesario que haga nada. Permanecerá en[*insert 2017 plan name*].
* Para cambiar a un **plan diferente** que pueda satisfacer mejor sus necesidades, puede cambiar de plan desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre.

1. **INSCRÍBASE:** para cambiar los planes, inscríbase en un plan entre el **15 de octubre** y el **7 de diciembre de 2017**

* Si **no se inscribe antes del** **7 de diciembre de 2017**, permanecerá en [*insert 2017 plan name*].
* Si se inscribe antes del 7 de diciembre de 2017, su nueva cobertura comenzará el 1 de enero de 2018.

Recursos adicionales

* [*Plans that meet the 5% alternative language threshold insert:* Este documento está disponible de forma gratuita en *[insert languages that meet the 5% threshold].*
* Para obtener información adicional, comuníquese con nuestro número de Servicios para los miembros al *[insert phone number]*. (Los usuarios de TTY deben llamar al [*insert TTY number*]). Atendemos de *[insert days and hours of operation]*.]
* *[Plans must insert language about availability of alternate formats (e.g., Braille, large print, audio tapes) as applicable.]*

Acerca de *[insert 2018 plan name]*

* *[Insert Federal contracting statement.]*
* Cuando este folleto dice“nosotros”, “nos” o “nuestro/a”, hace referencia a *[insert Part D sponsor name]*. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a *[insert 2018 plan name]*.

[*Insert as applicable: [insert Material ID]* CMS Approved[MMDDYYYY]  *OR [insert Material ID]* File & Use[MMDDYYYY]]

Resumen de costos importantes para 2018

La siguiente tabla compara los costos de 2017 y 2018 para *[insert 2018 plan name]* en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los cambios. Es importante leer el resto de este *Aviso anual de cambios*** y revisar la *Evidencia de cobertura* [*insert as applicable:* adjunta *OR* anexa] para saber si otros cambios en los beneficios o costos lo afectan a usted.

| Costo | 2017 (este año) | 2018 (próximo año) |
| --- | --- | --- |
| Prima mensual del plan\*  \* Su prima puede ser mayor o menor que este monto. Consulte la Sección *[edit section number as needed]* 2.1 para obtener detalles. | *[Insert 2017 premium amount]* | *[Insert 2018 premium amount]* |
| Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D  (Consulte la Sección *[edit section number as needed]* 2.3 para obtener detalles). | Deducible: *[Insert 2017 deductible amount]*  *[Copayment/Coinsurance as applicable]* durante la Etapa de cobertura inicial:   * Medicamentos de Nivel 1: *[Insert 2017 cost-sharing]* * *[Repeat for all drug tiers.]* | Deducible: *[Insert 2018 deductible amount]*  *[Copayment/Coinsurance as applicable]* durante la Etapa de cobertura inicial:   * Medicamentos de Nivel 1: *[Insert 2018 cost-sharing]* * *[Repeat for all drug tiers.]* |

***Aviso anual de cambios* para 2018  
Índice**

*[Update table below after completing edits.]*

Resumen de costos importantes para 2018 1

SECCIÓN 1 Estamos cambiando el nombre del plan 3

SECCIÓN 1 A menos que elija otro plan, será inscrito automáticamente en [insert 2018 plan name] en 2018 3

SECCIÓN 2 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año 4

Sección 2.1 – Cambios en la prima mensual 4

Sección 2.2 – Cambios en la red de farmacias 4

Sección 2.3 – Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D 5

SECCIÓN 3 Cambios administrativos 13

SECCIÓN 4 Cómo decidir qué plan elegir 14

Sección 4.1 – Si desea seguir inscrito en *[insert 2018 plan name]* 14

Sección 4.2 – Si desea cambiar de plan 14

SECCIÓN 5 Plazo para el cambio de plan 15

SECCIÓN 6 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare 16

SECCIÓN 7 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta 16

SECCIÓN 8 Preguntas 17

Sección 8.1 – Cómo recibir ayuda de *[insert 2018 plan name]* 17

Sección 8.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare 18

*[If Section 1 does not apply, plans should omit it and renumber remaining sections as needed.]*

SECCIÓN 1 Estamos cambiando el nombre del plan

[*Plans that are changing the plan name, as approved by CMS, include Section 1, using the section title above and the following text:*

El 1 de enero de 2018, el nombre de nuestro plan cambiará de *[insert 2017 plan name]* a *[insert 2018 plan name].*

*[Insert language to inform members if they will receive new ID cards and how, as well as if the name change will impact any other beneficiary communication.]*]

SECCIÓN 1 A menos que elija otro plan, será inscrito automáticamente en [insert 2018 plan name] en 2018

*[If the beneficiary is being enrolled into another plan due to a consolidation, include Section 1, using the section title above and the text below. It is additionally expected that, as applicable throughout the ANOC, every plan/sponsor that crosswalks a member from a non-renewed plan to a consolidated renewal plan will compare benefits and costs, including cost-sharing for drug tiers, from that enrollee’s previous plan to the consolidated plan.]*

El 1 de enero de 2018, *[insert Part D sponsor name]* combinaremos *[insert 2017 plan name]* con uno de nuestros planes, *[insert 2018 plan name]*.

**Si no ha hecho nada para cambiar su cobertura de Medicare hasta el 7 de diciembre de 2017, lo inscribiremos automáticamente en *[insert 2018 plan name]*.** Esto significa que a partir del 1 de enero de 2018, obtendrá su cobertura para medicamentos con receta a través de *[insert 2018 plan name]*. Si lo desea, puede cambiarse a un plan de medicamentos con receta de Medicare distinto. También puede cambiarse a un plan de salud de Medicare. Si desea cambiar, debe hacerlo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre.

La información incluida en este documentole indica las diferencias entre sus beneficios actuales en *[insert 2017 plan name]* y los beneficios que tendrá el 1 de enero de 2018 como miembro de *[insert 2018 plan name]*.

SECCIÓN 2 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año

### Sección 2.1 – Cambios en la prima mensual

*[Plans may add a row to this table to display changes in premiums for optional supplemental benefits.]*

| Costo | 2017 (este año) | 2018 (próximo año) |
| --- | --- | --- |
| Prima mensual  *[Plans that include a Part B premium reduction benefit may modify this row to describe the change in the benefit. If there are no changes from year to year, plans may indicate in the column that there is no change for the upcoming benefit year.]*  (También debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare, a menos que la pague Medicaid). | *[Insert 2017 premium amount]* | *[Insert 2018 premium amount]* |

* Su prima mensual del plan será *mayor* si debe pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D de por vida por no tener otra cobertura para medicamentos que sea, al menos, equivalente a la cobertura para medicamentos de Medicare (también conocida como “cobertura acreditable”) durante 63 días o más.
* Si posee ingresos más elevados, es posible que deba pagar un monto adicional por mes directamente al gobierno por su cobertura para medicamentos con receta de Medicare.
* Su prima mensual será menor si recibe “Ayuda adicional” para pagar los costos de los medicamentos con receta.

### Sección 2.2 – Cambios en la red de farmacias

Los montos que paga por sus medicamentos con receta pueden depender de la farmacia que utilice. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta están cubiertos *solo* si se obtienen en una de nuestras farmacias de la red. [*Insert if applicable:* Nuestra red incluye farmacias con costo compartido preferido, lo que puede ofrecerle un costo compartido más bajo que el costo compartido estándar ofrecido por otras farmacias dentro de la red para ciertos medicamentos.]

*[Insert applicable section: For a plan that has changes in its pharmacy network]* Hemos cambiado nuestra red de farmacias para el próximo año. [*Insert if applicable:* Hemos incluido una copia de nuestro Directorio de farmacias en el sobre con este folleto.] En nuestro sitio web [*insert URL*], se encuentra disponible un Directorio de farmacias actualizado. También puede llamar a Servicios para los miembros para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitarnos que le enviemos un Directorio de farmacias. **Revise el Directorio de farmacias de 2018 para ver qué farmacias se encuentran en nuestra red**.

*OR*

[*For a plan that will have a higher than normal number of pharmacies leaving its pharmacy network]* Nuestra red ha cambiado más de lo habitual para 2018. [*Insert if applicable:* Hemos incluido una copia de nuestro Directorio de farmacias en el sobre con este folleto.] En nuestro sitio web [*insert URL*], se encuentra disponible un Directorio de farmacias actualizado. También puede llamar a Servicios para los miembros para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitarnos que le enviemos un Directorio de farmacias. **Le recomendamos que revise nuestro Directorio de farmacias vigente para ver si su farmacia aún se encuentra en nuestra red.**

### Sección 2.3 – Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D

#### Cambios en nuestra Lista de medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se denomina Formulario o “Lista de medicamentos”. En este sobre, le enviamos una copia de nuestra Lista de medicamentos. [*If including an abridged formulary, add the following language:*La Lista de medicamentos que incluimos en este sobre contiene muchos *(pero no la totalidad)* de los medicamentos que cubriremos el año próximo. Si no encuentra su medicamento en esta lista, es posible que aún se encuentre cubierto. **Puede conseguir la Lista de medicamentos *completa*** si llama a Servicios para los miembros (consulte la portada posterior) o visita nuestro sitio web (*[insert URL]*).]

[*Plans with no changes to covered drugs, tier assignment, or restrictions may replace the rest of this section with:* No hemos realizados cambios en nuestra Lista de medicamentos para el próximo año. Los medicamentos incluidos en nuestra Lista de medicamentos serán los mismos en 2018 que en 2017. Sin embargo, se nos permite hacer cambios en la Lista de medicamentos ocasionalmente durante todo el año, con la aprobación de Medicare o si un medicamento ha sido retirado del mercado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) o un fabricante de productos.]

Hemos realizado cambios en nuestra Lista de medicamentos, incluidos cambios en los medicamentos que cubrimos y cambios en las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos. **Revise la Lista de medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos el próximo año y para saber si habrá restricciones de algún tipo.**

Si un cambio en la cobertura para medicamentos lo afecta a usted, puede hacer lo siguiente:

* **Consultar a su médico (o a otra persona autorizada a dar recetas) y pedirle al plan que haga una excepción** y cubra el medicamento. *[Plans may omit the following sentence if they do not have an advance transition process for current members.]* **Alentamos a los miembros actuales** a solicitar una excepción antes del próximo año.
  + Para saber qué debe hacer para solicitar una excepción, consulte el Capítulo 7 de su *E*v*idencia de cobertura* (*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*) o llame a Servicios para los miembros.
* **Consultar a su médico (u otra persona autorizada a dar recetas) para encontrar un medicamento diferente** cubierto por nosotros. Puede llamar a Servicios para los miembros y pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección médica.

*[Plans may omit this if all current members will be transitioned in advance for the following year.]*En algunas situaciones, debemos cubrir un **único** suministro temporal de un medicamento que no está en el Formulario durante los primeros 90 días del año del plan o los primeros 90 días de la membresía para evitar una interrupción del tratamiento. (Para obtener más información sobre cuándo puede obtener un suministro temporal y cómo solicitar uno, consulte la Sección 5.2 del Capítulo 5 de la *Evidencia de cobertura*).Durante el período en que vaya a obtener un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su médico para decidir qué hacer cuando se agote el suministro temporal. Puede cambiar a un medicamento diferente cubierto por el plan o solicitarle al plan que haga una excepción para usted y cubra el medicamento actual.

*[Plans may include additional information about processes for transitioning current enrollees to formulary drugs when your formulary changes relative to the previous plan year.]*

*[Include language to explain whether current formulary exceptions will still be covered next year or a new one needs to be submitted.]*

#### Cambios en los costos de los medicamentos con receta

*Nota:* si participa en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda adicional”), **la información sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D** [*insert as applicable:* **puede no aplicarse** *OR* **no se aplica**] **en su caso.** *[If not applicable, omit information about the LIS Rider.]*Nosotros [*insert as appropriate:* hemos incluido *OR* le enviamos] un inserto separado, que se denomina “Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs” (Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben Ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta), también denominada “Low Income Subsidy Rider” o “LIS Rider” (Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS), que le informa sobre los costos de sus medicamentos. Si recibe “Ayuda adicional” y [*if plan sends LIS Rider with ANOC, insert:* no recibió el inserto con el paquete,] [*if plan sends LIS Rider separately from the ANOC, insert:* no ha recibido este inserto antes del *[insert date]*,] llame a Servicios para los miembros y solicite la “Cláusula adicional LIS”. En la Sección 8.1 *[edit section number as needed]* de este folleto, encontrará los números de teléfono de Servicios para los miembros.

Existen cuatro “etapas de pago de los medicamentos”. La cantidad que pague por un medicamento de la Parte D depende de la etapa de pago de los medicamentos en la que se encuentra. (Puede consultar la Sección 2 del Capítulo 4 de la *Evidencia de cobertura* para obtener más información sobre las etapas).

La siguiente información describe los cambios para el próximo año en las dos primeras etapas: la Etapa del deducible anual y la Etapa de cobertura inicial. (La mayoría de los miembros no llega a las otras dos etapas: la Etapa del período sin cobertura o la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas. Para obtener información sobre sus costos en estas etapas, consulte las Secciones 4 y 7 del Capítulo 6 de la *Evidencia de cobertura* [*insert as applicable:* adjunta *OR* anexa]).

Cambios en la Etapa del deducible

| Etapa | 2017 (este año) | 2018 (próximo año) |
| --- | --- | --- |
| Etapa 1: Etapa del deducible anual  Durante esta etapa, **usted paga el costo total** de sus medicamentos [*insert as applicable:* de la Parte D *OR* de marca *OR* *[tier name(s)]*] hasta que alcance el deducible anual.  *[Plans with no deductible, omit text above.]* | El deducible es de $*[insert 2017 deductible]*.  [*Plans with no deductible replace the text above with:* Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.]  *[Plans with tiers excluded from the deductible in 2017 and/or 2018 insert the following:]* Durante esta etapa, usted paga *[insert cost-sharing amount that a beneficiary would pay in a tier(s) that is exempted from the deductible]* de costo compartido para los medicamentos del *[insert name of tier(s) excluded from the deductible]* y el costo total de los medicamentos del *[insert name of tier(s) where copayments apply]* hasta que alcance el deducible anual. | El deducible es de $*[insert 2018 deductible]*.  [*Plans with no deductible replace the text above with:* Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.]  *[Plans with tiers excluded from the deductible in 2017 and/or 2018 insert the following:]* Durante esta etapa, usted paga *[insert cost-sharing amount that a beneficiary would pay in a tier(s) that is exempted from the deductible]* de costo compartido para los medicamentos del *[insert name of tier(s) excluded from the deductible]* y el costo total de los medicamentos del *[insert name of tier(s) where copayments apply]* hasta que alcance el deducible anual. |

**Cambios en sus costos compartidos en la Etapa de cobertura inicial**

*[Plans that are changing the cost-sharing from coinsurance to copayment or vice versa from 2017 to 2018 insert,* “Para los medicamentos en el *[insert name of tier(s)]*, su costo compartido en la Etapa de cobertura inicial cambia de [*insert whichever is appropriate* “copago a coseguro” *<or>* “coseguro a copago”.] Consulte la siguiente tabla para ver los cambios que se introdujeron para 2018 en relación con 2017”.]

Para saber cómo funcionan los copagos y los coseguros, consulte la Sección 1.2 del Capítulo 4, *Tipos de costos que es posible que deba pagar de su bolsillo por los medicamentos cubiertos* en su *Evidencia de cobertura*.

*[Plans must list all drug tiers in the table below and show costs for a one-month supply filled at a network retail pharmacy. Plans that have pharmacies that provide preferred cost-sharing must provide information on both standard and preferred cost-sharing using the second alternate chart. Plans without drug tiers may revise the table as appropriate.]*

| Etapa | 2017 (este año) | 2018 (próximo año) |
| --- | --- | --- |
| Etapa 2: Etapa de cobertura inicial  *[Plans with no deductible delete the first sentence.]* Una vez que usted paga el deducible anual, pasa a la Etapa de cobertura inicial. Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y **usted paga su parte del costo.** *[Plans that are changing the cost-sharing from a copayment to coinsurance or vice versa from 2017 to 2018 insert for each applicable tier: “*En 2017, usted pagó [*insert as appropriate “*un copago de $[*xx*]” <*or>* “[*xx*] % de coseguro”] para los medicamentos del *[insert tier name]*. En 2018, usted pagará [*insert as appropriate* “un copago de $[*xx*]” <*or>* “[*xx*] % de coseguro”] para los medicamentos de este nivel.”*]* | Sus costos por un suministro para un mes *[plans that are changing the number of days in their one-month supply from 2017 to 2018 insert* “([*xx*] días)” *rather than* “un mes”*]* cuando obtiene el medicamento en una farmacia de la red que brinda costos compartidos estándares:  ***[Insert name of Tier 1]*:**  Usted paga [*insert as applicable:* $*[xx]* por medicamento con receta *OR* *[xx]* % del costo total.]  ***[Insert name of Tier 2]*:**  Usted paga [*insert as applicable:* $*[xx]* por medicamento con receta *OR* *[xx]* % del costo total.]  *[Repeat for all tiers]*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Una vez que [*insert as applicable*: los costos totales de los medicamentos alcancen los $*[insert 2017 initial coverage limit],* pasará a la siguiente etapa (Etapa del período sin cobertura). *OR* ha pagado $*[insert 2017 out-of-pocket threshold]* de su bolsillopor medicamentos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (Etapa de cobertura en situaciones catastróficas).] | Sus costos por un suministro para un mes *[plans that are changing the number of days in their one-month supply from 2017 to 2018 insert* “([*xx*] días)” *rather than* “un mes”*]* cuando obtiene el medicamento en una farmacia de la red que brinda costos compartidos estándares:  ***[Insert name of Tier 1]*:**  Usted paga [*insert as applicable:* $*[xx]* por medicamento con receta *OR* *[xx]* % del costo total.]  ***[Insert name of Tier 2]*:**  Usted paga [*insert as applicable:* $*[xx]* por medicamento con receta *OR* *[xx]* % del costo total.]  *[Repeat for all tiers]*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Una vez que [*insert as applicable*: los costos totales de los medicamentos alcancen los $*[insert 2018 initial coverage limit],* pasará a la siguiente etapa (Etapa del período sin cobertura). *OR* ha pagado $*[insert 2018 out-of-pocket threshold]* de su bolsillopor medicamentos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (Etapa de cobertura en situaciones catastróficas).] |
| Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (continuación)  Los costos en esta fila son para un suministro para un mes (*[insert number of days in a one-month supply]* días) cuando obtiene sus medicamentos con receta en una farmacia de la red que ofrece un costo compartido estándar. *[Plans that are changing the number of days in their one-month supply from 2017 to 2018 insert* “The number of days in a one-month supply has changed from 2017 to 2018 as noted in the chart.”*]* Para obtener información sobre los costos [*insert as applicable:* de un suministro a largo plazo, en una farmacia de la red que ofrece un costo compartido preferido o de medicamentos con receta para pedido por correo], consulte la Sección 5 del Capítulo 4 de la *Evidencia de cobertura*.  [*Insert if applicable:* Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos de la Lista de medicamentos. Para saber si sus medicamentos han pasado a un nivel diferente, búsquelos en la Lista de medicamentos.] |  |  |

*[Plans with pharmacies thatoffer standard and preferred cost-sharing may replace the chart above with the one below to provide both cost-sharing rates.]*

| Etapa | 2017 (este año) | 2018 (próximo año) |
| --- | --- | --- |
| Etapa 2: Etapa de cobertura inicial  *[Plans with no deductible delete the first sentence.]* Una vez que usted paga el deducible anual, pasa a la Etapa de cobertura inicial. Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y **usted paga su parte del costo.** *[Plans that are changing the cost-sharing from a copayment to coinsurance or vice versa from 2017 to 2018 insert for each applicable tier* “En 2017, usted pagó [*insert as appropriate* “un copago de $[*xx*]” *<or>* “[*xx*] % de coseguro”] para los medicamentos de este nivel. En 2018, usted pagará [*insert as appropriate* “un copago de $[*xx*]” *<or>* “[*xx*] % de coseguro”] para los medicamentos de este nivel.”*]*  Los costos en esta fila son para un suministro para un mes (*[insert number of days in a one-month supply]* días) cuando obtiene sus medicamentos con receta en una farmacia de la red. *[Plans that are changing the number of days in their one-month supply from 2017 to 2018 insert* “The number of days in a one-month supply has changed from 2017 to 2018 as noted in the chart.”*]* Para obtener información sobre los costos [*insert as applicable:* de un suministro a largo plazo o de medicamentos con receta para pedido por correo], consulte la Sección 5 del Capítulo 4 de su *Evidencia de cobertura*. | Sus costos por un suministro para un mes *[Plans that are changing the number of days in their one-month supply from 2017 to 2018 insert* “([*xx*] días)” *rather than* “un mes”*]* en una farmacia de la red:  ***[Insert name of Tier 1]*:**  *Costo compartido estándar:* Usted paga [*insert as applicable:* $*[xx]* por medicamento con receta *OR* *[xx]* % del costo total].  *Costo compartido preferido:* Usted paga [*insert as applicable:* $*[xx]* por medicamento con receta *OR* *[xx]* % del costo total].  ***[Insert name of Tier 2]*:**  *Costo compartido estándar:* Usted paga [*insert as applicable:* $*[xx]* por medicamento con receta *OR* *[xx]* % del costo total].  *Costo compartido preferido:* Usted paga [*insert as applicable:* $*[xx]* por medicamento con receta *OR* *[xx]* % del costo total].  *[Repeat for all tiers]*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Una vez que [*insert as applicable*: los costos totales de los medicamentos alcancen los $*[insert 2017 initial coverage limit],* pasará a la siguiente etapa (Etapa del período sin cobertura). *OR* ha pagado $*[insert 2017 out-of-pocket threshold]* de su bolsillopor medicamentos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (Etapa de cobertura en situaciones catastróficas).] | Sus costos por un suministro para un mes *[Plans that are changing the number of days in their one-month supply from 2017 to 2018 insert* “([*xx*] días)” *rather than* “un mes”*]* en una farmacia de la red:  ***[Insert name of Tier 1]*:**  *Costo compartido estándar:* Usted paga [*insert as applicable:* $*[xx]* por medicamento con receta *OR* *[xx]* % del costo total].  *Costo compartido preferido:* Usted paga [*insert as applicable:* $*[xx]* por medicamento con receta *OR* *[xx]* % del costo total].  ***[Insert name of Tier 2]*:**  *Costo compartido estándar:* Usted paga [*insert as applicable:* $*[xx]* por medicamento con receta *OR* *[xx]* % del costo total].  *Costo compartido preferido:* Usted paga [*insert as applicable:* $*[xx]* por medicamento con receta *OR* *[xx]* % del costo total].  *[Repeat for all tiers]*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Una vez que [*insert as applicable*: los costos totales de los medicamentos alcancen los $*[insert 2018 initial coverage limit],* pasará a la siguiente etapa (Etapa del período sin cobertura). *OR* ha pagado $*[insert 2018 out-of-pocket threshold]* de su bolsillopor medicamentos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (Etapa de cobertura en situaciones catastróficas).] |
| Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (continuación)  [*Insert if applicable:* Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos de la Lista de medicamentos. Para saber si sus medicamentos han pasado a un nivel diferente, búsquelos en la Lista de medicamentos.] |  |  |

Cambios en la Etapa del período sin cobertura y en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas

Las otras dos etapas de cobertura para medicamentos, la Etapa del período sin cobertura y la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, son para personas que necesitan medicamentos más costosos. **La mayoría de los miembros no llega a la Etapa del período sin cobertura o a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.** *[Sponsors that are changing the cost-sharing from coinsurance to copayment or vice versa from 2017 to 2018 insert the following sentence. If many changes are being made, it may be repeated as necessary:* En la Etapa de cobertura *[insert coverage stage involved],* para los medicamentos en el Nivel*] [xx]* [*insert tiers*], su costo compartido cambia de [*insert whichever is appropriate* “un copago a un coseguro” *<or>* “un coseguro a un copago”.*]*

Para obtener información sobre sus costos en estas etapas, consulte las Secciones 6 y 7 del Capítulo 4 de su *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 3 Cambios administrativos

*[This section is optional. Plans with administrative changes that impact members (e.g., a change in options for paying the monthly premium, changes in prior authorization requirements, change in contract or PBP number) may insert this section and include an introductory sentence that explains the general nature of the administrative changes. Plans that choose to omit this section should renumber the remaining sections as needed.]*

| Proceso | 2017 (este año) | 2018 (próximo año) |
| --- | --- | --- |
| *[Insert a description of the administrative process/item that is changing]* | *[Insert 2017 administrative description]* | *[Insert 2018 administrative description]* |
| *[Insert a description of the administrative process/item that is changing]* | *[Insert 2017 administrative description]* | *[Insert 2018 administrative description]* |

SECCIÓN 4 Cómo decidir qué plan elegir

### Sección 4.1 – Si desea seguir inscrito en *[insert 2018 plan name]*

**Para seguir inscrito en nuestro plan no es necesario que haga nada.** Si no se registra para un plan diferente hasta el 7 de diciembre, automáticamente seguirá inscrito como miembro de nuestro plan para el año 2018.

### Sección 4.2 – Si desea cambiar de plan

Esperamos que continúe siendo miembro de nuestro plan durante 2018, pero si desea cambiar, siga estos pasos:

Paso 1: conozca y compare sus opciones

* Puede inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare diferente.
* *O BIEN*, puede cambiar a un plan de salud de Medicare. Algunos planes de salud de Medicare también incluyen la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.
* *O BIEN,* puede mantener su cobertura de salud actual de Medicare y dejar su cobertura para medicamentos con receta de Medicare.

Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare, consulte la publicación *Medicare & You 2018* (Medicare y Usted 2018), llame a su Programa estatal de asistencia en seguros de salud (consulte la Sección *[edit section number as needed]* 6), o llame a Medicare (consulte la Sección *[edit section number as needed]* 8.2).

También puede encontrar información sobre los planes de su área mediante el Buscador de planes de Medicare disponible en el sitio web de Medicare. Visite [https://www.medicare.gov](https://www.medicare.gov/) y haga clic en “Find health & drug plans” (Buscar planes de salud y medicamentos). **Aquí puede encontrar información sobre costos, cobertura y calificaciones de la calidad de los planes de Medicare.**

[*Plans may choose to insert if applicable:* Como recordatorio, *[insert Part D sponsor name]* ofrece otros [*insert as applicable:* planes de salud de Medicare *AND/OR* planes de medicamentos con receta de Medicare. Estos otros planes pueden variar en cuanto a la cobertura, las primas mensuales y los montos de costos compartidos.]]

Paso 2: cambie su cobertura

* Para cambiar **a un plan de medicamentos con receta de Medicare diferente**, inscríbase en el nuevo plan. Automáticamente, se cancelará su inscripción en *[insert 2018 plan name]*.
* Para **cambiarse a un plan de salud de Medicare,** debe inscribirse en el nuevo plan de salud. Según el tipo de plan que elija, es posible que se cancele su inscripción en *[insert 2018 plan name]* automáticamente.
  + Automáticamente, se cancelará su inscripción en *[insert 2018 plan name]* si se inscribe en cualquier plan de salud de Medicare que incluya cobertura para medicamentos con receta de la Parte D. También se cancelará automáticamente su inscripción si se inscribe en una HMO o PPO de Medicare, incluso si dicho plan no incluye cobertura para medicamentos con receta.
  + Si elige un plan de pago por servicio privado sin la cobertura para medicamentos de la Parte D, un plan de Cuenta de ahorro para gastos médicos de Medicare, o un plan de Costo de Medicare, puede inscribirse en ese nuevo plan y mantener *[insert 2018 plan name]* para cobertura para medicamentos. Si se inscribe en uno de estos tipos de planes, no se cancelará automáticamente su inscripción en *[insert 2018 plan name].* Si se inscribe en este tipo de plan y desea abandonar nuestro plan, debe solicitar que se cancele su inscripción en *[insert 2018 plan name]*. Para solicitar que se cancele su inscripción, debe enviarnos una solicitud por escrito o ponerse en contacto con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800 -633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).
* Para **cambiarse a Original Medicare sin un plan de medicamentos con receta**, debe seguir uno de estos pasos:
  + Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con Servicios para los miembros (en la Sección *[edit section number as needed]* 8.1 de este folleto encontrará los números de teléfono).
  + *O* puede llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana, y pedir que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 5 Plazo para el cambio de plan

Si desea cambiar a un plan de medicamentos con receta diferente o a un plan de salud de Medicare para el próximo año, puede hacerlo desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre**. El cambio entrará en vigencia el 1 de enero de 2018.

¿Puedo realizar un cambio en otro momento del año?

En ciertas situaciones, también se permite realizar cambios en otros momentos del año. Por ejemplo, las personas que tienen Medicaid, aquellos que reciben “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos, aquellos que tienen la cobertura de un empleador o van a dejarla, y las personas que se trasladan fuera del área de servicio pueden realizar un cambio en otros momentos del año. Para obtener más información, consulte la Sección 2.2 del Capítulo 8 de la *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 6 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare

*[Organizations offering plans in multiple states: Revise this section to use the generic name (“State Health Insurance Assistance Program”) when necessary, and include a list of names, phone numbers, and addresses for all SHIPs in your service area.]*

El Programa de Asistencia de Seguro de Salud del Estado (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa del gobierno con asesores capacitados en todos los estados. En *[insert state]*, el SHIP se llama *[insert state-specific SHIP name]*.

*[Insert state-specific SHIP name]* es un programa independiente (no se relaciona con ninguna compañía aseguradora ni plan de salud). Es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros de salud, a nivel local y **en forma gratuita**, a las personas que tienen Medicare. Los asesores del *[Insert state-specific SHIP name]* pueden atender las preguntas o los problemas que tenga respecto de Medicare. Podrán ayudarle a comprender las opciones de los planes de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan. Puede comunicarse con *[insert state-specific SHIP name]* llamando al *[insert SHIP phone number]*. [*Plans may insert the following:* Para obtener más información sobre *[insert state-specific SHIP name]*, visite su sitio web (*[insert SHIP website]*).]

SECCIÓN 7 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta

Es posible que reúna los requisitos para recibir ayuda para pagar los medicamentos con receta. *[Plans in states without SPAPs, delete the next sentence.]* A continuación, enumeramos diferentes tipos de ayuda:

* **“Ayuda adicional” de Medicare.** Es posible que las personas con ingresos limitados reúnan los requisitos para recibir “Ayuda adicional” para pagar los costos de los medicamentos con receta. Si reúne los requisitos, Medicare podría pagar hasta el 75 % o más de los costos de sus medicamentos, incluso las primas mensuales de los medicamentos con receta, los deducibles anuales y el coseguro. Además, las personas que reúnan los requisitos no tendrán un período sin cobertura ni a una multa por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles para recibir esta ayuda y no lo saben. Para saber si reúne los requisitos, llame:
  + Al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
  + A la Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213 de 7:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes).
  + A la Oficina de Medicaid de su estado (solicitudes).
* *[Plans without an SPAP in their state(s), should delete this bullet.] [Organizations offering plans in multiple states: Revise this bullet to use the generic name (“Programa estatal de asistencia farmacéutica”) when necessary, and include a list of names for all SPAPs in your service area.]* **Ayuda del programa de asistencia farmacéutica de su estado.** *[Insert state name]* cuenta con un programa denominado *[insert state-specific SPAP name]* que ayuda a las personas a pagar los medicamentos con receta según su necesidad económica, edad o afección médica*.* Para obtener más información sobre el programa, consulte con su Programa estatal de asistencia en seguros de salud (el nombre y los números de teléfono de esta organización aparecen en la Sección *[edit section number as needed]* 6 de este folleto)*.*
* *[Plans with an ADAP in their state(s) that do NOT provide Insurance Assistance should delete this bullet.] [Plans with no Part D drug cost-sharing should delete this section.]***Asistencia con los costos compartidos para medicamentos con receta para personas con VIH/SIDA.** El Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles para el ADAP que tienen VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH que salvan vidas. Las personas deben cumplir con ciertos criterios, incluso comprobante de residencia en el estado y estatus del VIH, comprobante de bajos ingresos según lo establece el Estado, y estatus de no asegurado/con seguro insuficiente. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también estén cubiertos por el ADAP califican para la asistencia con los costos compartidos para medicamentos con receta a través de *[insert State-specific ADAP name and information].* Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos, o cómo inscribirse en el programa, llame a *[insert State-specific ADAP contact information]*.

SECCIÓN 8 Preguntas

### Sección 8.1 – Cómo recibir ayuda de *[insert 2018 plan name]*

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudar. Llame a Servicios para los miembros al *[insert member services phone number].* (Solo los usuarios de TTY deben llamar al *[insert TTY number]*). Estamos disponibles para recibir llamadas telefónicas de *[insert days and hours of operation]*. [*Insert if applicable:* Las llamadas a estos números son gratuitas.]

Lea su *Evidencia de cobertura* de 2018 (describe en detalles los beneficios y costos para el próximo año)

Este *Aviso anual de cambios* le ofrece un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2018. Para obtener detalles, consulte la *Evidencia de cobertura* de 2018 para *[insert 2018 plan name].* La *Evidencia de cobertura* es la descripción detallada legal de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las normas que debe seguir para recibir sus servicios cubiertos y medicamentos con receta. En este sobre, se incluye una copia de la *Evidencia de cobertura*.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web en *[insert URL]*. Como recordatorio, en nuestro sitio web puede encontrar información más actualizada acerca de nuestra red de farmacias (Directorio de farmacias) y nuestra lista de medicamentos cubiertos (Formulario/Lista de medicamentos).

### Sección 8.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare:

Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)

Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Visite el sitio web de Medicare

Puede visitar el sitio web de Medicare ([https://www.medicare.gov](https://www.medicare.gov/)). Posee información acerca de los costos, la cobertura y las calificaciones de calidad para ayudarlo a comparar los planes de medicamentos con receta de Medicare. Puede encontrar información sobre los planes disponibles en su área mediante el Buscador de planes de Medicare en el sitio web de Medicare. (Para conocer más información sobre los planes, visite [http://www.medicare.gov](https://www.medicare.gov/) y haga clic en “Review and Compare Your Coverage Options” [Revisar y comparar sus opciones de cobertura]).

Lea *Medicare & You 2018* (Medicare y Usted 2018)

Puede leerel manual *Medicare & You 2018* (Medicare y Usted 2018). Cada año, en otoño, este folleto se envía por correo a las personas que tienen Medicare. Contiene un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare, y las respuestas a las preguntas más frecuentes acerca de Medicare. Si usted no tiene una copia de este folleto, puede obtenerla en el sitio web de Medicare ([https://www.medicare.gov](https://www.medicare.gov/)) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al   
1-877-486-2048.

**[2018 EOC model]**

**Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2018**

# Evidencia de cobertura:

**La cobertura para medicamentos con receta de Medicare como miembro de *[insert 2018 plan name] [insert plan type]***

*[****Optional:*** *insert beneficiary name]*  
*[****Optional:*** *insert beneficiary address]*

Este folleto proporciona detalles acerca de la cobertura para medicamentos con receta de Medicare desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2018. Explica cómo obtener cobertura para los medicamentos con receta que necesita. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

Este plan, *[insert 2018 plan name],* es ofrecido por *[insert Part D sponsor name]*. (Cuando en esta *Evidencia de cobertura* dice“nosotros”, “nos”, o “nuestro/a”, hace referencia a *[insert Part D sponsor name].* Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a *[insert 2018 plan name].*)

*[Insert Federal contracting statement.]*

[*Plans that meet the 5% alternative language threshold insert:* Este documento está disponible de forma gratuita en *[insert languages that meet the 5% threshold].*

Para obtener información adicional, comuníquese con nuestro número de Servicios para los miembros al *[insert phone number]*. (Los usuarios de TTY deben llamar al [*insert TTY number*]). Atendemos de *[insert days and hours of operation]*.]

*[Plans must insert language about availability of alternate formats (e.g., Braille, large print, audio tapes) as applicable.]*

*[Remove terms as needed to reflect plan benefits]* Los beneficios, la prima, el deducible y/o los copagos/el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2018.

*[Remove terms as needed to reflect plan benefits]* El Formulario, la red de farmacias y/o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Usted recibirá un aviso cuando sea necesario.

[*Insert as applicable: [insert Material ID]* CMS Approved[MMDDYYYY]  *OR [insert Material ID]* File & Use[MMDDYYYY]]

**Evidencia de cobertura de 2018**

**Índice**

Esta lista de capítulos y números de páginas es el punto de partida. Si necesita ayuda para encontrar la información que necesita, consulte la primera página del capítulo correspondiente. **Encontrará una lista detallada de los temas al principio de cada capítulo.**

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro 4

Explica lo que implica ser miembro de un plan de medicamentos con receta de Medicare y cómo usar este folleto. Detalla la documentación que le enviaremos, la prima del plan, la multa por inscripción tardía de la Parte D, la tarjeta de miembro del plan y cómo mantener actualizado su registro de miembro.

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes 25

Describe cómo puede comunicarse con nuestro plan (*[insert 2018 plan name]*) y con otras organizaciones, incluso Medicare, el Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP), la Organización para la mejora de la calidad, el Seguro Social, Medicaid (el programa estatal de seguros de salud para personas con bajos ingresos), programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos con receta y la Junta de jubilación para ferroviarios.

Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D 43

Explica las normas que debe cumplir cuando obtiene los medicamentos de la Parte D. Incluye cómo utilizar la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan para saber cuáles son los medicamentos cubiertos. Detalla los tipos de medicamentos que *no* están cubiertos. También explica los distintos tipos de restricciones que se aplican a la cobertura para determinados medicamentos. Explica dónde puede obtener los medicamentos con receta. Además, indica los programas del plan respecto de la seguridad y el manejo de los medicamentos.

Capítulo 4. Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D 73

Explica las *[insert number of stages]* etapas de la cobertura para medicamentos (*[delete any stages that are not applicable] Etapa del deducible*, *Etapa de cobertura inicial*, *Etapa del período sin cobertura*, *Etapa de cobertura en situaciones catastróficas*) y de qué manera estas etapas influyen en lo que usted debe pagar por los medicamentos. *[Plans without drug tiers, delete the following sentence.]* También detalla los *[insert number of tiers]* niveles de costo compartido correspondientes a los medicamentos de la Parte D y se incluye lo que le corresponde pagar a usted en cada nivel de costo compartido.

Capítulo 5. Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de los costos de medicamentos cubiertos 99

En este capítulo se explica cuándo y cómo enviarnos una factura cuando quiere pedirnos que le reembolsemos la parte que nos corresponde del costo de los medicamentos cubiertos.

Capítulo 6. Sus derechos y responsabilidades 106

Describe sus derechos y responsabilidades como miembro de nuestro plan. Explica lo que usted puede hacer si cree que no se están respetando sus derechos.

Capítulo 7. Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas) 117

En este capítulo se describe, paso a paso, lo que debe hacer si tiene algún problema o inquietud como miembro de nuestro plan.

* Explica cómo solicitar que se tomen decisiones de cobertura y cómo presentar una apelación si tiene problemas para obtener los medicamentos con receta que usted piensa que el plan cubre. Esto incluye solicitar que hagamos una excepción a las normas y/o las restricciones adicionales respecto de su cobertura.
* También se explica cómo presentar una queja respecto de la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente y otros temas que le preocupan.

Capítulo 8. Cancelación de su membresía en el plan 144

Se describe cuándo y cómo usted puede cancelar su membresía en el plan. Además, se explican las situaciones en las cuales nuestro plan debe cancelar su membresía.

Capítulo 9. Avisos legales 155

Se incluyen avisos sobre las leyes aplicables y la no discriminación.

Capítulo 10. Definiciones de palabras importantes 158

Explica los términos clave utilizados en este folleto.

Capítulo 1

Primeros pasos como miembro

## Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 1 Introducción 6

Sección 1.1 Usted está inscrito en *[insert 2018 plan name]*, que es un plan de medicamentos con receta de Medicare 6

Sección 1.2 ¿De qué se trata el folleto sobre la *Evidencia de cobertura*? 6

Sección 1.3 Información legal sobre la *Evidencia de cobertura* 6

SECCIÓN 2 ¿Qué requisitos son necesarios para ser miembro del plan? 7

Sección 2.1 Los requisitos de elegibilidad 7

Sección 2.2 ¿Qué es la cobertura de la Parte A y la Parte B de Medicare? 7

Sección 2.3 Esta es el área de servicio del plan para *[insert 2018 plan name]* 8

Sección 2.4 Ciudadanía estadounidense o presencia legal 8

SECCIÓN 3 ¿Qué otra documentación le enviaremos? 9

Sección 3.1 Tarjeta de miembro del plan: úsela para obtener todos los medicamentos con receta cubiertos 9

Sección 3.2 *Directorio de farmacias:* su guía para conocer las farmacias de nuestra red 9

Sección 3.3 La *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan 10

Sección 3.4 La *Explicación de beneficios de la Parte D* (“EOB de la Parte D”): informes con un resumen de los pagos efectuados para los medicamentos con receta de la Parte D 11

SECCIÓN 4 Su prima mensual para *[insert 2018 plan name]* 11

Sección 4.1 ¿A cuánto asciende la prima del plan? 11

SECCIÓN 5 ¿Tiene usted que pagar la “multa por inscripción tardía” de la Parte D? 13

Sección 5.1 ¿Qué es la “multa por inscripción tardía” de la Parte D? 13

Sección 5.2 ¿A cuánto asciende la multa por inscripción tardía de la Parte D? 13

Sección 5.3 En algunos casos, puede inscribirse tarde y no tiene que pagar la multa 14

Sección 5.4 ¿Qué puede hacer si está en desacuerdo con su multa por inscripción tardía de la Parte D? 15

SECCIÓN 6 ¿Debe pagar un monto de la Parte D adicional por sus ingresos? 16

Sección 6.1 ¿Quién paga un monto de la Parte D adicional por sus ingresos? 16

Sección 6.2 ¿Cuánto es el monto adicional de la Parte D? 16

Sección 6.3 ¿Qué puede hacer si está en desacuerdo con pagar un monto adicional de la Parte D? 17

Sección 6.4 ¿Qué ocurre si no paga el monto adicional de la Parte D? 17

SECCIÓN 7 Más información sobre su prima mensual 18

Sección 7.1 Existen diversas formas de pagar la prima del plan 18

Sección 7.3 ¿Podemos modificar la prima mensual de su plan durante el año? 20

SECCIÓN 8 Mantenga actualizado su registro de miembro del plan 21

Sección 8.1 Cómo puede asegurarse de que tengamos información correcta sobre usted 21

SECCIÓN 9 Protegemos la privacidad de su información de salud personal 22

Sección 9.1 Nos aseguramos de que su información de salud esté protegida 22

SECCIÓN 10 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan 22

Sección 10.1 ¿Qué plan paga primero cuando usted tiene otro seguro? 22

### SECCIÓN 1 Introducción

#### Sección 1.1 Usted está inscrito en *[insert 2018 plan name]*, que es un plan de medicamentos con receta de Medicare

Su atención médica está cubierta por Original Medicare, y ha elegido recibir su cobertura para medicamentos con receta de Medicare a través de nuestro plan, *[insert 2018 plan name]*.

Hay distintos tipos de planes de Medicare. *[Insert 2018 plan name]* es un plan de medicamentos con receta (PDP) de Medicare. Como todos los planes de Medicare, este plan de medicamentos con receta de Medicare está aprobado por Medicare y es administrado por una compañía privada.

#### Sección 1.2 ¿De qué se trata el folleto sobre la *Evidencia de cobertura*?

Este folleto sobre la *Evidencia de cobertura* describe cómo puede obtener cobertura para medicamentos con receta de Medicare a través de nuestro plan. Explica sus derechos y responsabilidades, lo que está cubierto y la parte que le corresponde pagar a usted como miembro del plan.

Los términos “cobertura” y “medicamentos cubiertos” se refieren a la cobertura para medicamentos con receta a su disposición como miembro de *[insert 2018 plan name]*.

Es importante que sepa cuáles son las normas del plan y cuál es la cobertura que está a su disposición. Le recomendamos que dedique un tiempo a leer este folleto sobre la Evidencia de Cobertura.

Si hay algún tema que lo confunde o le preocupa, o simplemente tiene una pregunta, comuníquese con Servicios para los miembros de nuestro plan (en la portada posterior de este folleto encontrará los números de teléfono).

#### Sección 1.3 Información legal sobre la *Evidencia de cobertura*

Es parte del contrato que celebramos con usted

Esta *Evidencia de cobertura* es parte de nuestro contrato con usted sobre cómo *[insert 2018 plan name]* cubre su atención. Las otras partes de este contrato incluyen el formulario de inscripción, la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* y cualquier aviso que reciba de nuestra parte sobre modificaciones en su cobertura o condiciones que puedan afectar su cobertura. En ocasiones, estos avisos se denominan “cláusulas adicionales” o “enmiendas”.

El contrato estará vigente durante los meses en los que esté inscrito en *[insert 2018 plan name]*, desde el 1 de enero de 2018 hasta el 31 de diciembre de 2018.

Cada año calendario, Medicare nos permite realizar cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de *[insert 2018 plan name]* después del 31 de diciembre de 2018. También podemos decidir dejar de ofrecer el plan, u ofrecerlo en un área de servicio diferente, después del 31 de diciembre de 2018.

Medicare debe aprobar nuestro plan todos los años

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar *[insert 2018 plan name]* cada año. Puede seguir obteniendo la cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan solo si decidimos continuar ofreciendo el plan y si Medicare renueva la aprobación del plan.

### SECCIÓN 2 ¿Qué requisitos son necesarios para ser miembro del plan?

#### Sección 2.1 Los requisitos de elegibilidad

*Usted es elegible para ser miembro de nuestro plan, siempre y cuando:*

* Tenga la Parte A o la Parte B de Medicare (o tanto la Parte A como la Parte B) (la Sección 2.2 trata sobre la Parte A y la Parte B de Medicare).
* Sea ciudadano estadounidense o se encuentre presente en los Estados Unidos de forma legal.
* Viva en nuestra área de servicio geográfica (la Sección 2.3, que se encuentra más abajo, describe el área de servicio) [*Plans with grandfathered members who were outside of area prior to January 1999, insert*: Si ha sido miembro de nuestro plan de manera ininterrumpida desde antes de enero de 1999 y vivía fuera de nuestra área de servicio antes de enero de 1999, aún es elegible, siempre que no se haya mudado desde antes de enero de 1999.]

#### Sección 2.2 ¿Qué es la cobertura de la Parte A y la Parte B de Medicare?

Como se comentó en la Sección 1.1 más arriba, usted ha elegido recibir su cobertura para medicamentos con receta (a veces denominada Parte D de Medicare) a través de nuestro plan. Nuestro plan tiene un contrato con Medicare para proporcionarle la mayoría de estos beneficios de Medicare. Describimos la cobertura para medicamentos que recibe a través de la cobertura de la Parte D de Medicare en el Capítulo 3.

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

* Generalmente, la Parte A de Medicare ayuda a cubrir los servicios prestados por hospitales para servicios para pacientes internados, centros de atención de enfermería especializada o agencias de atención médica a domicilio.
* La Parte B de Medicare cubre la mayoría de los demás servicios médicos (como los servicios prestados por un médico y otros servicios para pacientes externos) y ciertos artículos (como suministros y equipo médico duradero [durable medical equipment, DME]).

#### Sección 2.3 Esta es el área de servicio del plan para *[insert 2018 plan name]*

Aunque Medicare es un programa federal, *[insert 2018 plan name]* se encuentra disponible solo para personas que residen en el área de servicio de nuestro plan. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, debe continuar viviendo en el área de servicio del plan. El área de servicio se describe [*insert as appropriate:* a continuación *OR* en un apéndice de esta *Evidencia de cobertura*].

[*Insert plan service area here or within an appendix. Plans may include references to territories as appropriate. Examples of the format for describing the service area are provided below:*Nuestra área de servicio incluye los 50 estados.   
Nuestra área de servicio incluye los siguientes estados: *[insert states]*]

[*Optional info: multi-state plans may include the following:* Ofrecemos cobertura en[*insert as applicable:* varios *OR* todos]los estados[*insert if applicable:* y territorios]*.* Sin embargo, puede haber un costo u otras diferencias entre los planes que ofrecemos en cada estado. Si se muda fuera del estado [*insert if applicable:* o territorio]hacia otro estado [*insert if applicable:* o territorio]que todavía se encuentra en nuestra área de servicio, debe llamar a Servicios para los miembros para actualizar su información. *[National plans delete the rest of this paragraph.]* Si se muda a un estado [*insert if applicable:* o territorio]fuera de nuestra área de servicio, no puede continuar siendo miembro de nuestro plan. Llame a Servicios para los miembros para averiguar si tenemos un plan en su nuevo estado *[insert if applicable:* o territorio].]

Si tiene pensado mudarse fuera del área de servicio, comuníquese con Servicios para los miembros (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto). Si se muda, tendrá un Período de inscripción especial que le permitirá inscribirse en un plan de salud o de medicamentos de Medicare disponible en su nueva ubicación.

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

#### Sección 2.4 Ciudadanía estadounidense o presencia legal

Los miembros de los planes de salud de Medicare deben ser ciudadanos estadounidenses o estar legalmente presentes en los Estados Unidos. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificarán a *[insert 2018 plan name]* si no es elegible para seguir siendo miembro según este requisito. *[Insert 2018 plan name]* debe cancelar su inscripción si no cumple con este requisito.

### SECCIÓN 3 ¿Qué otra documentación le enviaremos?

#### Sección 3.1 Tarjeta de miembro del plan: úsela para obtener todos los medicamentos con receta cubiertos

Mientras sea miembro de nuestro plan, debe usar su tarjeta de miembro de nuestro plan para los medicamentos con receta que obtenga en las farmacias de la red. A continuación, encontrará un modelo de la tarjeta de miembro para que tenga una idea de cómo será la suya:

*[Insert picture of front and back of member ID card. Mark it as a sample card (for example, by superimposing the word “sample” on the image of the card.]*

Lleve su tarjeta en todo momento y recuerde mostrar su tarjeta cuando reciba los medicamentos cubiertos. Si la tarjeta de miembro del plan está dañada, se le pierde o se la roban, llame de inmediato a Servicios para los miembros para que le enviemos una tarjeta nueva. (En la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono de Servicios para los miembros).

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

#### Sección 3.2 *Directorio de farmacias:* su guía para conocer las farmacias de nuestra red

¿Qué son las “farmacias de la red”?

Las farmacias de la red son todas las farmacias que han aceptado surtir los medicamentos con receta cubiertos para los miembros de nuestros planes.

¿Qué es lo que debe saber sobre las farmacias de la red?

Puede utilizar el *Directorio de farmacias* para encontrar la farmacia de la red en la que desee comprar los medicamentos. *[Insert applicable section: For a plan that has changes in its pharmacy network]* Hemos cambiado nuestra red de farmacias para el próximo año. [*Insert if applicable:* Hemos incluido una copia de nuestro Directorio de farmacias en el sobre con este folleto.] En nuestro sitio web [*insert URL*], se encuentra disponible un Directorio de farmacias actualizado. También puede llamar a Servicios para los miembros para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitarnos que le enviemos un Directorio de farmacias. **Revise el Directorio de farmacias de 2018 para ver qué farmacias se encuentran en nuestra red**.

*OR*

[*For a plan that will have a higher than normal number of pharmacies leaving its pharmacy network]* Nuestra red ha cambiado más de lo habitual para 2018. [*Insert if applicable:* Hemos incluido una copia de nuestro Directorio de farmacias en el sobre con este folleto.] En nuestro sitio web [*insert URL*], se encuentra disponible un Directorio de farmacias actualizado. También puede llamar a Servicios para los miembros para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitarnos que le enviemos un Directorio de farmacias. **Le recomendamos que revise nuestro Directorio de farmacias vigente para ver si su farmacia aún se encuentra en nuestra red.** Esto es importante debido a que, con pocas excepciones, debe surtir sus recetas en una farmacia de la red si desea que nuestro plan las cubra (lo ayude a pagarlas).

*[Insert if plan has pharmacies that offer preferred cost-sharing in its network:* El *Directorio de farmacias* también le indicará qué farmacias de nuestra red tienen un costo compartido preferido, que puede ser inferior al costo compartido estándar ofrecido por otras farmacias de la red para algunos medicamentos.]

Si no tiene el *Directorio de farmacias*, puede obtener una copia a través de Servicios para los miembros (en la portada posterior de este folleto encontrará impresos los números de teléfono). Puede llamar a Servicios para los miembros en cualquier momento para obtener información actualizada sobre los cambios en la red de farmacias. También puede encontrar esta información en nuestro sitio web en [*insert URL*]. *[Plans may add detail describing additional information about network pharmacies available from Member Services or on the website.]*

#### Sección 3.3 La *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan

El plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*. Nosotros la denominamos “Lista de medicamentos” para abreviarla. Indica cuáles son los medicamentos con receta de la Parte D que cubre *[insert 2018 plan name]*. El plan, con la colaboración de un equipo de médicos y farmacéuticos, selecciona los medicamentos de la lista. La lista debe cumplir con los requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la Lista de medicamentos de *[insert 2018 plan name]*.

La Lista de medicamentos le indica si existen restricciones para la cobertura de sus medicamentos.

Le enviaremos una copia de la Lista de medicamentos. [*Insert if applicable:* La Lista de medicamentos que le enviamos incluye información para los medicamentos cubiertos que son más comúnmente utilizados por nuestros miembros. Sin embargo, cubrimos medicamentos adicionales que no están incluidos en la Lista de medicamentos impresa. Si algún medicamento no está incluido en la Lista de medicamentos, deberá visitar nuestro sitio web o comunicarse con Servicios para los miembros para averiguar si lo cubrimos.] Para obtener la información más completa y vigente sobre los medicamentos cubiertos, puede visitar el sitio web del plan (*[insert URL]*) o llamar a Servicios para los miembros (en la portada posterior de este folleto encontrará impresos los números de teléfono).

#### Sección 3.4 La *Explicación de beneficios de la Parte D* (“EOB de la Parte D”): informes con un resumen de los pagos efectuados para los medicamentos con receta de la Parte D

Cuando utilice sus beneficios de medicamentos con receta de la Parte D, le enviaremos un informe que le ayudará a comprender y a hacer un seguimiento de los pagos efectuados por los medicamentos con receta de la Parte D. Este informe resumido se denomina *Explicación de beneficios de la Parte D* (“EOB de la Parte D”).

La *Explicación de beneficios de la Parte D* le informa la cantidad total que gastó, o que gastaron otros en su nombre, en medicamentos con receta de la Parte D y la cantidad total que nosotros pagamos por cada uno de los medicamentos con receta de la Parte D durante el mes. En el Capítulo 4, (*Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D*) encontrará más información sobre la *Explicación de beneficios de la Parte D* y de qué manera le puede servir para llevar un registro de su cobertura para medicamentos.

Un resumen de la *Explicación de beneficios de la Parte D* también se encuentra a disposición de quienes lo solicite. Para obtener una copia, llame a Servicios para los miembros (en la portada posterior de este folleto encontrará impresos los números de teléfono).

*[****Note****: Plans may insert other methods that members can get their Part D Explanation of Benefits.]*

### SECCIÓN 4 Su prima mensual para *[insert 2018 plan name]*

#### Sección 4.1 ¿A cuánto asciende la prima del plan?

Como miembro de nuestro plan, usted paga una prima mensual del plan. [*Select one of the following:* Para 2018, la prima mensual de *[insert 2018 plan name]* es de *[insert monthly premium amount]*. *OR* La siguiente tabla muestra el monto de la prima mensual del plan en cada región que atendemos. *OR* La siguiente tabla muestra el monto de la prima mensual del plan para cada plan que ofrecemos en el área de servicio. *OR* El monto de la prima mensual de *[insert 2018 plan name]* se menciona en *[describe attachment]*. *[Plans may insert a list of or table with the state/region and monthly plan premium amount for each area included within the EOC. Plans may also include premium(s) in an attachment to the EOC]*.] Además, debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid o un tercero paguen su prima de la Parte B por usted).

[*Insert if applicable:* Se le proporciona cobertura mediante un contrato con su empleador actual, o con su empleador o sindicato anterior. Para obtener más información sobre la prima de su plan, comuníquese con el administrador de beneficios del empleador o sindicato.]

En algunos casos, la prima del plan podría ser menor

[*Insert as appropriate, depending on whether SPAPs are discussed in Chapter 2:* Hay programas que ayudan a las personas con recursos limitados a pagar los medicamentos. Entre estos programas, se incluyen el programa de “Ayuda adicional” y los Programas estatales de asistencia farmacéutica. *OR* El programa de “Ayuda adicional” ayuda a las personas con recursos limitados a pagar los medicamentos.] En la Sección 7 del Capítulo 2, encontrará más información sobre [*insert as applicable:* estos programas *OR* este programa]. Si reúne los requisitos, la inscripción en el programa podría reducir la prima mensual del plan.

Si *ya está inscrito* y está recibiendo ayuda de uno de estos programas, **la información de las primas en esta *Evidencia de cobertura*** [*insert as applicable:* **puede no aplicarse** *OR* **no se aplica**] **en su caso**. *[If not applicable, omit information about the LIS Rider.]*[*insert as appropriate:* Hemos incluido *OR* Le enviamos] un inserto separado, que se denomina “Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs” (Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben Ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta), también denominada “Low Income Subsidy Rider” o “LIS Rider” (Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS), que le informa sobre la cobertura para sus medicamentos. Si no posee este inserto, comuníquese con Servicios para los miembros y pida la “Cláusula adicional LIS”. (En la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono de Servicios para los miembros).

En algunos casos, la prima del plan podría ser mayor

En algunos casos, la prima del plan podría ser superior al monto mencionado antes en la Sección 4.1. Algunos miembros deben pagar una **multa por inscripción tardía** de la Parte D porque no se inscribieron en el plan de medicamentos de Medicare cuando fueron elegibles por primera vez o porque hubo un período continuo de 63 días o más en el que no tuvieron una cobertura para medicamentos con receta “acreditable”. (“Acreditable” significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare). Para esos miembros, la multa por inscripción tardía de la Parte D se suma a la prima mensual del plan. El monto de la prima estará constituido por la prima mensual del plan más el monto de la multa por inscripción tardía de la Parte D.

* Si debe pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D, el monto correspondiente a la multa dependerá del tiempo que haya dejado pasar antes de inscribirse en la cobertura para medicamentos o de la cantidad de meses en los que no tuvo cobertura para medicamentos después de haberse determinado que era elegible. La Sección 5 del Capítulo 1 explica la multa por inscripción tardía de la Parte D.
* Si tiene una multa por inscripción tardía de la Parte D y no la paga, es posible que se cancele su inscripción en el plan.

### SECCIÓN 5 ¿Tiene usted que pagar la “multa por inscripción tardía” de la Parte D?

#### Sección 5.1 ¿Qué es la “multa por inscripción tardía” de la Parte D?

**Nota:** si usted recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos con receta, no pagará una multa por inscripción tardía.

La multa por inscripción tardía es un monto que se agrega a su prima de la Parte D. Es posible que deba una multa por inscripción tardía de la Parte D si en algún momento después de que finaliza su período de inscripción inicial, hay un período de 63 días consecutivos o más en los que usted no tiene la Parte D o una cobertura para medicamentos con receta acreditable. “Cobertura para medicamentos con receta acreditable” es la cobertura que cumple con los estándares mínimos de Medicare, ya que se espera que cubra, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura estándar para medicamentos con receta de Medicare. El monto de la multa depende de cuánto tiempo esperó para inscribirse en un plan de cobertura para medicamentos con receta acreditable en algún momento después de finalizar el período de inscripción inicial o cuántos meses calendario completos estuvo sin cobertura para medicamentos con receta acreditable. Tendrá que pagar esta multa mientras tenga la cobertura de la Parte D.

La multa por inscripción tardía de la Parte D se agrega a su prima mensual. *[Plans that do not allow quarterly premium payments, omit the next sentence.]* (A los miembros que deseen pagar sus primas cada tres meses se les agregará la multa a su prima trimestral). Cuando se inscribe por primera vez en *[insert 2018 plan name],* le informamos el monto de la multa.

Su multa por inscripción tardía de la Parte D se considera parte de su prima de su plan. [*Insert the following text if the plan disenrolls for failure to pay premiums*: Si no paga la multa por inscripción tardía de la Parte D, se puede cancelar su inscripción por falta de pago de la prima de su plan.]

[*Plans with no plan premium, replace the previous two paragraphs with the following language:* Cuando se inscribe por primera vez en *[insert 2018 plan name],* le informamos el monto de la multa. Su multa por inscripción tardía de la Parte D se considera su prima del plan. [*Insert the following text if the plan disenrolls for failure to pay premiums*: Si no paga la multa por inscripción tardía de la Parte D, se puede cancelar su inscripción en el plan.]]

#### Sección 5.2 ¿A cuánto asciende la multa por inscripción tardía de la Parte D?

Medicare determina el monto de la multa. Esta es la manera en que funciona:

* En primer lugar, se cuenta el número de meses completos que se retrasó en la inscripción de un plan de medicamentos de Medicare, después de que fuera elegible para inscribirse. O se cuenta el número de meses completos en los que no tuvo cobertura acreditable para medicamentos con receta, si la interrupción de la cobertura fue de 63 días o más. La multa es del 1 % por cada mes que no tuvo cobertura acreditable. Por ejemplo, si pasa 14 meses sin cobertura, la multa será del 14 %.
* Luego, Medicare determina el monto de la prima mensual promedio para los planes de medicamentos de Medicare en la nación desde el año anterior. [*Insert EITHER:* Para 2018, el monto promedio de la prima es de $*[insert 2018 national base beneficiary premium]* *OR* Para 2017, el monto promedio de la prima fue de $*[insert 2017 national base beneficiary premium]*. Este monto puede cambiar para 2018.]
* Para calcular su multa mensual, usted multiplica el porcentaje de la multa y la prima mensual promedio y luego redondea el resultado a los 10 centavos más cercanos. En este ejemplo, sería 14 % multiplicado por $*[insert base beneficiary premium]*, que es igual a $*[insert amount]*. Y se redondea en $*[insert amount]*. Esta suma se agregará a **la prima mensual de una persona que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D**.

Hay tres aspectos importantes a tener en cuenta con respecto a esta multa mensual por inscripción tardía de la Parte D:

* Primero, **la multa puede cambiar cada año,** ya que la prima mensual promedio puede cambiar cada año. Si la prima promedio nacional (según lo determine Medicare) aumenta, la multa se incrementará.
* Segundo, **usted seguirá pagando una multa** cada mes durante el tiempo que esté inscrito en un plan que incluya los beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare.
* Tercero, si tiene menos de 65 años y actualmente recibe los beneficios de Medicare, la multa por inscripción tardía de la Parte D se reanudará cuando cumpla 65. Después de los 65 años, la multa por inscripción tardía de la Parte D se basará solo en los meses en los que no tenga cobertura después del período de inscripción inicial para envejecer en Medicare.

#### Sección 5.3 En algunos casos, puede inscribirse tarde y no tiene que pagar la multa

Aunque haya retrasado su inscripción en un plan que ofrezca cobertura de la Parte D de Medicare cuando fue elegible por primera vez, algunas veces no tiene que pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D.

**Usted no tendrá que pagar una multa por inscripción tardía si se encuentra en cualquiera de estas situaciones:**

* Si usted ya tiene una cobertura para medicamentos con receta que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare. Medicare le llama a esto **“cobertura para medicamentos acreditable”**. Tenga en cuenta lo siguiente:
  + La cobertura acreditable puede incluir la cobertura para medicamentos que proporcione un empleador o sindicato, TRICARE o el Departamento de Asuntos de Veteranos. Su asegurador o el departamento de recursos humanos le informarán cada año si su cobertura para medicamentos es una cobertura acreditable. Esta información se le enviará por carta o se incluirá en un boletín informativo del plan. Conserve esta información, porque puede necesitarla si se une, en el futuro, al plan de medicamentos de Medicare.
    - Tenga en cuenta lo siguiente: si recibe un “certificado de cobertura acreditable” cuando su cobertura de salud finalice, puede no significar que su cobertura para medicamentos con receta era acreditable. El aviso debe indicar que tenía una cobertura para medicamentos con receta “acreditable” que se preveía que pagaría el mismo monto que la cobertura estándar para medicamentos con receta de Medicare.
  + Las siguientes *no* son una cobertura para medicamentos con receta acreditable: tarjetas de descuento para medicamentos con receta, clínicas gratis y sitios web de descuentos en medicamentos.
  + Para obtener información adicional sobre las coberturas acreditables, consulte su manual *Medicare & You* *2018* (Medicare y Usted 2018) o llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números en forma gratuita, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
* Si estuvo sin cobertura acreditable, pero por menos de 63 días consecutivos.
* Si recibe “Ayuda adicional” de Medicare.

#### Sección 5.4 ¿Qué puede hacer si está en desacuerdo con su multa por inscripción tardía de la Parte D?

Si está en desacuerdo con su multa por inscripción tardía de la Parte D, usted o su representante pueden solicitar la revisión de la decisión tomada al respecto. Por lo general, debe solicitar la revisión **dentro de los 60 días** a partir de la fecha de la carta que recibió en la que se le informa que debe pagar una multa por inscripción tardía. Para obtener más información sobre cómo hacerlo, puede comunicarse con Servicios para los miembros (en la portada posterior de este folleto encontrará impresos los números de teléfono).

[*Insert the following text if the plan disenrolls for failure to pay premiums*: **Importante:** no deje de pagar su multa por inscripción tardía de la Parte D mientras espera que revisemos la decisión sobre su multa por inscripción tardía. Si lo hace, se podría cancelar su inscripción por falta de pago de las primas de su plan.]

### SECCIÓN 6 ¿Debe pagar un monto de la Parte D adicional por sus ingresos?

#### Sección 6.1 ¿Quién paga un monto de la Parte D adicional por sus ingresos?

La mayoría de las personas paga la prima mensual estándar de la Parte D. Sin embargo, algunas personas pagan un monto adicional debido a sus ingresos anuales. Si su ingreso es de $*[insert amount]* o más para una persona (o personas casadas que hacen la declaración de impuestos de manera separada) o $*[insert amount]* o más para las parejas casadas, debe pagar un monto adicional directamente al gobierno para su cobertura de la Parte D de Medicare.

Si tiene que pagar un monto adicional, el Seguro Social, no su plan de Medicare, le enviará una carta en la que le informará de cuánto será ese monto adicional y cómo pagarlo. El monto adicional será retenido de su cheque de beneficios del Seguro Social, de la Junta de jubilación para ferroviarios o de la Oficina de Administración de personal, independientemente de cómo pague siempre su prima del plan, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir el monto adicional adeudado. Si el monto de su cheque de beneficios no cubre el monto adicional, recibirá una factura de Medicare. **Le debe pagar el monto adicional al gobierno. No se puede pagar con su prima mensual del plan.**

#### Sección 6.2 ¿Cuánto es el monto adicional de la Parte D?

Si su ingreso bruto ajustado modificado (modified adjusted gross income, MAGI), como se informó en su declaración de impuestos del IRS, está por encima de cierto monto, pagará una suma adicional además de su prima mensual del plan.

El cuadro que aparece a continuación muestra el monto adicional conforme a sus ingresos.

| **Si presentó una declaración de impuestos individual y sus ingresos en** *[insert year]* **fueron:** | **Si estaba casado/a pero presentó una declaración de impuestos separada y sus ingresos en** *[insert year]* **fueron:** | **Si presentó una declaración de impuestos conjunta y sus ingresos en** *[insert year]* **fueron:** | **Este es el costo mensual del monto adicional de la Parte D (a pagarse además de la prima del plan).** |
| --- | --- | --- | --- |
| Igual o inferior a $*[insert amount]* | Igual o inferior a $*[insert amount]* | Igual o inferior a $*[insert amount]* | $0 |
| Mayor que $*[insert amount]* e inferior o igual a $ *[insert amount]* |  | Mayor que $*[insert amount]* e inferior o igual a $ *[insert amount]* | *[Insert amount]* |
| Mayor que $*[insert amount]* e inferior o igual a $ *[insert amount]* |  | Mayor que $*[insert amount]* e inferior o igual a $ *[insert amount]* | *[Insert amount]* |
| Mayor que $*[insert amount]* e inferior o igual a $ *[insert amount]* | Mayor que $*[insert amount]* e inferior o igual a $ *[insert amount]* | Mayor que $*[insert amount]* e inferior o igual a $ *[insert amount]* | *[Insert amount]* |
| Mayor que $*[insert amount]* | Mayor que $*[insert amount]* | Mayor que $*[insert amount]* | *[Insert amount]* |

#### Sección 6.3 ¿Qué puede hacer si está en desacuerdo con pagar un monto adicional de la Parte D?

Si está en desacuerdo con pagar un monto adicional por sus ingresos, puede solicitar al Seguro Social que revea la decisión. Para obtener más información al respecto, comuníquese con el Seguro Social al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

#### Sección 6.4 ¿Qué ocurre si no paga el monto adicional de la Parte D?

El monto adicional se paga directamente al gobierno (no a su plan de Medicare) por su cobertura de la Parte D de Medicare. Si usted debe pagar un monto adicional y no lo hace, su inscripción en el plan se **cancelará** y perderá la cobertura para medicamentos con receta.

### SECCIÓN 7 Más información sobre su prima mensual

Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare

Además de pagar la prima mensual del plan, muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare. Algunos miembros del plan (aquellos que no son elegibles para la Parte A sin prima) deben pagar una prima para la Parte A de Medicare y la mayoría de miembros del plan deben pagar una prima para la Parte B de Medicare.

Algunas personas pagan un monto adicional para la Parte D debido a sus ingresos anuales; esto se conoce como montos de ajuste mensual relacionados con el ingreso (IRMAA). Si su ingreso es de $*[insert amount]* para una persona (o personas casadas que hacen la declaración de impuestos de manera separada) o más de $*[insert amount]* para las parejas casadas, **debe pagar un monto adicional directamente al gobierno (no al plan de Medicare)** por su cobertura de la Parte D de Medicare.

* **Si usted debe pagar un monto adicional y no lo hace, su inscripción en el plan se cancelará y perderá la cobertura para medicamentos con receta.**
* Si debe pagar un monto adicional, el Seguro Social, no su plan de Medicare, le enviará una carta en la que se le indicará cuál será ese monto adicional.
* Si desea obtener más información sobre las primas de la Parte D según sus ingresos, consulte la Sección 6 del Capítulo 1 de este folleto. También puede visitar [https://www.medicare.gov](https://www.medicare.gov/) en Internet o llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O bien, puede llamar al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

Una copia de la publicación *Medicare & You* *2018* (Medicare y Usted 2018) incluye información sobre estas primas de Medicare en la sección titulada “2018 Medicare Costs” (Costos de Medicare de 2018). Allí se explica cómo varían las primas de la Parte B y la Parte D de Medicare para las personas que tienen distintos ingresos. Todas las personas que tienen Medicare, reciben una copia del manual *Medicare & You* (Medicare y Usted) cada año en otoño. Los nuevos miembros de Medicare la reciben en el plazo de un mes después de que se inscriben por primera vez. También puede descargar una copia de *Medicare & You 2018* (Medicare y Usted 2018) del sitio web de Medicare ([https://www.medicare.gov](https://www.medicare.gov/)). O bien, puede solicitar una copia impresa por teléfono al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

#### Sección 7.1 Existen diversas formas de pagar la prima del plan

Existen *[insert number of payment options]* formas para pagar la prima del plan. *[Plans must indicate how the member can inform the plan of their premium payment option choice and the procedure for changing that choice.]*

Si decide cambiar la forma de pagar la prima, el nuevo método de pago puede tardar hasta tres meses en entrar en vigencia. Mientras procesamos su solicitud para un nuevo método de pago, usted es responsable de asegurarse de que la prima de su plan se pague a tiempo.

Opción 1: puede pagar con cheque

*[Insert plan specifics regarding premium payment intervals (e.g., monthly, quarterly- please note that beneficiaries must have the option to pay their premiums monthly), how they can pay by check, including an address, whether they can drop off a check in person, and by what day the check must be received (e.g., the 5th of each month). It should be emphasized that checks should be made payable to the Plan and not CMS nor HHS. If the Plan uses coupon books, explain when they will receive it and to call Member Services for a new one if they run out or lose it. In addition, include information if you charge for bounced checks.]*

Opción 2: *[Insert option type]*

*[If applicable: Insert information about other payment options. Or delete this option.*

*Include information about all relevant choices (e.g., automatically withdrawn from your checking or savings account, charged directly to your credit or debit card, or billed each month directly by the plan). Insert information on the frequency of automatic deductions (e.g., monthly, quarterly – please note that beneficiaries must have the option to pay their premiums monthly), the approximate day of the month the deduction will be made, and how this can be set up. Please note that furnishing discounts for enrollees who use direct payment electronic payment methods is prohibited.]*

Opción *[insert number]*: puede pedir que la prima del plan se descuente de su cheque mensual del Seguro Social.

Puede pedir que la prima del plan se descuente de su cheque mensual del Seguro Social. Para obtener más información sobre cómo pagar la prima mensual del plan de esta forma, comuníquese con Servicios pra los miembros. Con gusto lo ayudaremos con este asunto. (En la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono de Servicios para los miembros).

Qué puede hacer si tiene problemas para pagar la prima del plan

*[Plans that do not disenroll members for non-payment may modify this section as needed.]*

Debemos recibir el pago de la prima del plan en nuestra oficina antes del *[insert day of the month]*. Si no hemos recibido su prima antes del *[insert day of the month]*, le enviaremos un aviso en el que le informamos que su membresía en el plan se cancelará si no recibimos el pago de su prima en un plazo de *[insert length of plan grace period]*.

Si tiene problemas para pagar su prima a tiempo, comuníquese con Servicios para los miembros para ver si podemos referirlo a programas que lo ayuden con la prima de su plan. (En la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono de Servicios para los miembros).

Si cancelamos su membresía porque no pagó sus primas, Original Medicare aún brindará su cobertura médica.

Si cancelamos su membresía en el plan debido a la falta de pago de la prima y no tiene actualmente cobertura para medicamentos con receta, posiblemente no podrá recibir la cobertura de la Parte D hasta el año siguiente si se inscribe en un plan nuevo durante el período de inscripción anual. Durante el período de inscripción anual, usted tendrá la opción de inscribirse en un plan de medicamentos con receta independiente o en un plan de salud que también ofrezca cobertura para medicamentos. (Si supera los 63 días sin cobertura para medicamentos “acreditable”, tal vez tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la parte D mientras tenga la cobertura de la Parte D).

[*Insert if applicable:* En el momento en que cancelemos su membresía, es posible que nos siga debiendo las primas que aún no haya pagado. [*Insert one or both statements as applicable for the plan:* Tenemos derecho a solicitar el pago de las primas que nos deba. *AND/OR* En el futuro, si desea volver a inscribirse en nuestro plan (o en otro de nuestros planes), deberá pagar el monto adeudado antes de poder inscribirse.]]

Si considera que su membresía fue cancelada por error, tiene derecho a pedirnos que reconsideremos esta decisión mediante la presentación de una queja. La Sección 7 del Capítulo 7 de este folleto le indica cómo presentar una queja. Si experimentó una circunstancia de emergencia de fuerza mayor que le impidió pagar sus primas dentro de nuestro período de gracia, puede solicitarnos que reconsideremos esta decisión llamando al *[insert phone number]* de *[insert hours of operation]*. Los usuarios de TTY deben llamar al *[insert TTY number]*. Debe realizar la solicitud antes de los 60 días posteriores a la fecha en que se cancela su membresía.

#### Sección 7.3 ¿Podemos modificar la prima mensual de su plan durante el año?

**No.** No podemos cambiar el monto que cobramos por la prima mensual del plan durante el año. Si la prima mensual del plan llegara a cambiar el próximo año, se lo informaremos en septiembre y la modificación entrará en vigencia el 1 de enero.

No obstante, en algunos casos, es posible que la parte que le corresponde pagar a usted de la prima sufra algunas modificaciones durante el año. Por ejemplo, si resulta ser elegible para el programa de “Ayuda adicional” o si pierde su elegibilidad para el programa de “Ayuda adicional” durante el año. Si un miembro es elegible para recibir “Ayuda adicional” para pagar los costos de sus medicamentos con receta, el programa de “Ayuda adicional” pagará parte de la prima mensual del plan del miembro. El miembro que pierda su elegibilidad durante el año, deberá comenzar a pagar su prima mensual completa. En la Sección 7 del Capítulo 2, encontrará más información sobre el programa de “Ayuda adicional”*.*

### SECCIÓN 8 Mantenga actualizado su registro de miembro del plan

#### Sección 8.1 Cómo puede asegurarse de que tengamos información correcta sobre usted

*[In the heading and this section, plans should substitute the name used for this file if different from “registro de miembro”.]*

Su registro de miembro contiene información del formulario de inscripción, incluso su dirección y número de teléfono. Muestra su cobertura específica del plan.

Los farmacéuticos de la red del plan deben tener información correcta sobre usted. **Estos proveedores de la red utilizan su registro de miembro para saber cuáles son los medicamentos que están cubiertos y los montos de costo compartido**. Es por ello que es muy importante que nos ayude a mantener actualizada su información.

Infórmenos sobre las siguientes modificaciones:

* Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono.
* Cambios en cualquier otra cobertura médica o de medicamentos que tenga (por ejemplo, de su empleador, del empleador de su cónyuge, un seguro de indemnización por accidentes laborales o Medicaid).
* Si existe alguna demanda de responsabilidad civil, por ejemplo por un accidente automovilístico.
* Si fue ingresado en un hogar de convalecencia.
* Si cambia la parte responsable designada por usted (como un cuidador).

Si hay algún cambio, llame a Servicios para los miembros (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto). *[Plans that allow members to update this information on-line may describe that option here.]*

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

Lea la información que le enviamos sobre la cobertura de cualquier otro seguro que tenga

*[Plans collecting information by phone revise heading and section as needed to reflect process.]* Esto se debe a que tenemos que coordinar las demás coberturas que tenga con los beneficios que obtiene de nuestro plan. (Para obtener más información sobre cómo funciona nuestra cobertura cuando usted tiene otro seguro, consulte la Sección 10 de este capítulo).

Una vez por año le enviaremos una carta con el detalle de las demás coberturas médicas o para medicamentos de las que tengamos conocimiento. Lea atentamente esta información. Si es correcta, no será necesario que haga nada. Si la información es incorrecta o si tiene alguna otra cobertura que no está incluida en la lista, llame a Servicios para los miembros (en la portada posterior de este folleto encontrará impresos los números de teléfono).

### SECCIÓN 9 Protegemos la privacidad de su información de salud personal

#### Sección 9.1 Nos aseguramos de que su información de salud esté protegida

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de sus registros médicos y su información de salud personal. Protegemos su información de salud personal según lo exigido por estas leyes.

Para obtener más información sobre cómo protegemos la información de salud personal, consulte Sección 1.4 del Capítulo 6 de este folleto.

### SECCIÓN 10 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

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

Cuando tiene otro seguro (como una cobertura de salud grupal del empleador), hay normas establecidas por Medicare que determinan si nuestro plan o su otro seguro paga en primer término. El seguro que primero paga se denomina “pagador principal” y paga hasta el máximo de su cobertura. El que paga en segundo término, denominado “pagador secundario”, solo paga si quedaron costos sin cubrir de la cobertura principal. El pagador secundario puede no pagar todos los costos sin cubrir.

Estas normas se aplican para la cobertura del plan de salud de un sindicato o empleador:

* Si tiene una cobertura de jubilados, Medicare paga primero.
* Si la cobertura de su plan de salud grupal se basa en su empleo actual o el de un miembro de su familia, el pagador primario dependerá de su edad, la cantidad de trabajadores del empleador y si usted tiene Medicare debido a su edad, una discapacidad o enfermedad renal terminal (ESRD):
  + Si es menor de 65 años y está discapacitado, y usted o un miembro de su familia todavía trabajan, su plan de salud grupal paga en primer lugar si el empleador tiene 100 o más empleados o si este es parte de un plan de empleadores múltiples en el cual, al menos, uno de ellos tiene más de 100 empleados.
  + Si es mayor de 65 años y usted o su cónyuge todavía trabajan, su plan de salud grupal paga en primer lugar si el empleador tiene 20 empleados o más, o si este es parte de un plan de empleadores múltiples en el cual, al menos, uno de ellos tiene más de 20 empleados.
* Si usted tiene Medicare debido a una enfermedad renal terminal (ESRD), su plan de salud grupal pagará primero durante los primeros 30 meses luego de haber sido elegible para Medicare.

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

* Seguro sin culpa (incluido el seguro automovilístico)
* Responsabilidad (incluido el seguro automovilístico)
* Beneficios de pulmón negro
* Compensación laboral

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

Si usted tiene otro seguro, infórmele a su médico, hospital y farmacia. Si tiene preguntas sobre quién paga primero o si necesita actualizar el resto de su información, llame a Servicios para los miembros (los números de teléfono se encuentran impresos en la portada posterior de este folleto). Es posible que sus otros aseguradores le requieran el número de identificación de miembro del plan (una vez que haya confirmado su identidad) para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

Capítulo 2

Números de teléfono   
y recursos importantes

## Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

SECCIÓN 1 Contactos de *[Insert 2018 plan name]* (cómo ponerse en contacto con nosotros, incluso cómo comunicarse con Servicios para los miembros del plan) 26

SECCIÓN 2 Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal de Medicare) 31

SECCIÓN 3 Programa estatal de asistencia en seguros de salud (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare) 32

SECCIÓN 4 Organización para la mejora de la calidad (la paga Medicare para verificar la calidad de la atención que se brinda a las personas que tienen Medicare) 33

SECCIÓN 5 Seguro Social 34

SECCIÓN 6 Medicaid (un programa conjunto del estado y del gobierno federal que brinda ayuda con los costos médicos a personas con ingresos y recursos limitados) 35

SECCIÓN 7 Información sobre programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos con receta 36

SECCIÓN 8 Cómo puede ponerse en contacto con la Junta de jubilación para ferroviarios 41

SECCIÓN 9 ¿Tiene un “seguro grupal” u otro seguro de salud de un empleador? 41

### SECCIÓN 1 Contactos de *[Insert 2018 plan name]* (cómo ponerse en contacto con nosotros, incluso cómo comunicarse con Servicios para los miembros del plan)

**Cómo puede ponerse en contacto con Servicios para los miembros del plan**

Para obtener ayuda con las reclamaciones o la facturación, o si tiene alguna pregunta sobre la tarjeta de miembro, llame o escriba a Servicios para los miembros de *[insert 2018 plan name]*. Con gusto lo ayudaremos.

| Método | Servicios para los miembros: Información de contacto |
| --- | --- |
| **LLAME AL** | *[Insert phone number(s)]*  Las llamadas a este número son gratuitas. *[Insert days and hours of operation, including information on the use of alternative technologies.]*  Servicios para los miembros también ofrece un servicio gratuito de interpretación para las personas que no hablan inglés. |
| **TTY** | *[Insert number]*  [*Insert if plan uses a direct TTY number:* Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.]  Las llamadas a este número [*insert if applicable:* no] son gratuitas. *[Insert days and hours of operation.]* |
| **FAX** | *[Optional: insert fax number]* |
| **ESCRIBA A** | *[Insert address]*  *[****Note****: plans may add email addresses here.]* |
| **SITIO WEB** | *[Insert URL]* |

*[****Note****: If your plan uses the same contact information for the Part D coverage determinations, appeals, and/or complaints, you may combine the appropriate sections below.]*

Cómo puede comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura de los medicamentos con receta de la Parte D

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre el monto que pagaremos por sus medicamentos con receta según el beneficio de la Parte D de su plan. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura para medicamentos con receta de la Parte D, consulte el Capítulo 7 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Puede llamarnos si tiene alguna pregunta sobre el proceso de decisiones de cobertura.

| Método | Información de contacto para decisiones de cobertura sobre los medicamentos con receta de la Parte D |
| --- | --- |
| **LLAME AL** | *[Insert phone number]*  Las llamadas a este número [*insert if applicable:* no] son gratuitas. *[Insert days and hours of operation]* *[****Note****: You may also include reference to 24-hour lines here.] [****Note****: If you have different numbers for accepting standard and expedited coverage determinations, include both numbers here.]* |
| **TTY** | *[Insert number]*  [*Insert if plan uses a direct TTY number:* Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.]  Las llamadas a este número [*insert if applicable:* no] son gratuitas. *[Insert days and hours of operation] [****Note****: If you have different TTY numbers for accepting standard and expedited coverage determinations, include both numbers here.]* |
| **FAX** | *[Insert fax number] [****Note****: If you have different fax numbers for accepting standard and expedited coverage determinations, include both numbers here.]* |
| **ESCRIBA A** | *[Insert address]* *[****Note****: If you have different addresses for accepting standard and expedited coverage determinations, include both addresses here.]* |
| **SITIO WEB** | *[Insert URL]* |

Cómo puede comunicarse con nuestro plan para presentar una apelación sobre los medicamentos con receta de la Parte D

Una apelación es una manera formal de pedirnos revisar y modificar una decisión de cobertura que hayamos tomado. Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación sobre los medicamentos con receta de la Parte D, consulte el Capítulo 7 *(Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

| Método | Información de contacto para apelaciones sobre los medicamentos con receta de la Parte D |
| --- | --- |
| **LLAME AL** | *[Insert phone number]*  Las llamadas a este número [*insert if applicable:* no] son gratuitas. *[Insert days and hours of operation]* *[****Note****: You may also include reference to 24-hour lines here.] [****Note****: You are required to accept expedited appeal requests by phone, and may choose to accept standard appeal requests by phone. If you choose to accept standard appeal requests by phone and you have different numbers for accepting standard and expedited appeals, include both numbers here.]* |
| **TTY** | *[Insert number]*  [*Insert if plan uses a direct TTY number:* Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.]  Las llamadas a este número [*insert if applicable:* no] son gratuitas. *[Insert days and hours of operation] [****Note****: You are required to accept expedited appeal requests by phone, and may choose to accept standard appeal requests by phone. If you choose to accept standard appeal requests by phone and you have different TTY numbers for accepting standard and expedited appeals, include both numbers here.]* |
| **FAX** | *[Insert fax number] [****Note****: If you have different fax numbers for accepting standard and expedited appeals, include both numbers here.]* |
| **ESCRIBA A** | *[Insert address]* *[****Note****: If you have different addresses for accepting standard and expedited appeals, include both addresses here.]* |
| **SITIO WEB** | *[Insert URL]* |

**Cómo puede comunicarse con nosotros para presentar una queja sobre los medicamentos con receta de la Parte D**

Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre alguna de nuestras farmacias de la red, incluso respecto de la calidad de su atención. Este tipo de queja no está relacionado con disputas de cobertura ni de pago. (Si su problema es sobre el pago o la cobertura del plan, lea la sección anterior para saber cómo presentar su apelación). Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre los medicamentos con receta de la Parte D, consulte el Capítulo 7 *(Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

| Método | Información de contacto para quejas sobre los medicamentos con receta de la Parte D |
| --- | --- |
| **LLAME AL** | *[Insert phone number]*  Las llamadas a este número [*insert if applicable:* no] son gratuitas. *[Insert days and hours of operation] [****Note****: You may also include reference to 24-hour lines here.] [****Note****: If you have different numbers for accepting standard and expedited grievances, include both numbers here.]* |
| **TTY** | *[Insert number]*  [*Insert if plan uses a direct TTY number:* Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.]  Las llamadas a este número [*insert if applicable:* no] son gratuitas. *[Insert days and hours of operation] [****Note****: If you have different TTY numbers for accepting standard and expedited grievances, include both numbers here.]* |
| **FAX** | *[Optional: insert fax number] [****Note****: If you have different fax numbers for accepting standard and expedited grievances, include both numbers here.]* |
| **ESCRIBA A** | *[Insert address]* *[****Note****: If you have different addresses for accepting standard and expedited grievances, include both addresses here.]* |
| **SITIO WEB DE MEDICARE** | Puede presentar una queja sobre *[insert 2018 plan name]* directamente ante Medicare. Para presentar una queja por Internet ante Medicare, ingrese en <https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx>. |

Dónde puede enviar una solicitud en la que se nos pide que paguemos la parte que nos corresponde del costo de un medicamento que recibió

El proceso de determinación de cobertura incluye la determinación de solicitudes para pagar la parte que nos corresponde del costo del medicamento que recibió. Para obtener más información sobre situaciones en las que es posible que deba pedirle al plan que le reembolse o pague una factura de un proveedor, consulte el Capítulo 5 (*Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de los costos de medicamentos cubiertos*).

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

| Método | Información de contacto para solicitudes de pago |
| --- | --- |
| **LLAME AL** | *[Optional: Insert phone number and days and hours of operation] [****Note****: You are required to accept payment requests in writing, and may choose to also accept payment requests by phone.]*  Las llamadas a este número [*insert if applicable:* no] son gratuitas. |
| **TTY** | *[Optional: Insert number] [****Note****: You are required to accept payment requests in writing, and may choose to also accept payment requests by phone.]*  [*Insert if plan uses a direct TTY number:* Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.]  Las llamadas a este número [*insert if applicable:* no] son gratuitas. *[Insert days and hours of operation]* |
| **FAX** | *[Optional: Insert fax number] [****Note****: You are required to accept payment requests in writing, and may choose to also accept payment requests by fax.]* |
| **ESCRIBA A** | *[Insert address]* |
| **SITIO WEB** | *[Insert URL]* |

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

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

La agencia federal a cargo de Medicare son los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (a veces denominados “CMS”). Esta agencia tiene contratos con planes de medicamentos con receta de Medicare, incluido el nuestro.

| Método | Información de contacto de Medicare |
| --- | --- |
| **LLAME AL** | 1-800-MEDICARE o 1-800-633-4227  Las llamadas a este número son gratuitas.  Durante las 24 horas, los 7 días de la semana. |
| **TTY** | 1-877-486-2048  Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.  Las llamadas a este número son gratuitas. |
| **SITIO WEB** | [https://www.medicare.gov](https://www.medicare.gov/)  Este es el sitio web gubernamental oficial de Medicare.Proporciona información actualizada sobre Medicare y cuestiones actuales relacionadas con Medicare. También contiene información sobre hospitales, hogares de convalecencia, médicos, agencias de atención médica a domicilio y centros de diálisis. Incluye folletos que se pueden imprimir directamente de su computadora. También puede encontrar la información de contacto de Medicare en su estado.  El sitio web de Medicare también tiene información detallada sobre las opciones de elegibilidad e inscripción en Medicare con las siguientes herramientas:   * **Herramienta de elegibilidad de Medicare:** brinda información sobre el estado de elegibilidad de Medicare. * **Buscador de planes de Medicare:** brinda información personalizada sobre los planes de medicamentos con receta de Medicare, los planes de salud de Medicare y las pólizas Medigap (seguro complementario de Medicare) disponibles en su área. Estas herramientas brindan un *valor estimativo* de los costos que podría pagar de su bolsillo en diferentes planes de Medicare. |
| **SITIO WEB (continuación)** | También puede utilizar el sitio web para informar a Medicare sobre cualquier queja que tenga de *[insert 2018 plan name]*:   * **Informe a Medicare sobre su queja:** Puede presentar una queja sobre *[insert 2018 plan name]* directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, ingrese en <https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx>. Medicare toma sus quejas de manera seria y utilizará esta información para mejorar la calidad del programa de Medicare.   Si no tiene una computadora, la biblioteca o el centro para personas de edad avanzada locales pueden ayudarle a ingresar en el sitio web con sus computadoras. O bien, puede llamar a Medicare para pedirles la información que está buscando. Ellos buscarán la información en el sitio web, la imprimirán y se la enviarán. (Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). |

### SECCIÓN 3 Programa estatal de asistencia en seguros de salud (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)

*[Organizations offering plans in multiple states: Revise the second and third paragraphs in this section to use the generic name (“State Health Insurance Assistance Program” or “SHIP”), and include a list of names, phone numbers, and addresses for all SHIPs in your service area. Plans have the option of including a separate exhibit to list information for all states in which the plan is filed, and should make reference to that exhibit below.]*

El Programa de Asistencia de Seguro de Salud del Estado (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa del gobierno con asesores capacitados en todos los estados. *[Multiple-state plans inserting information in an exhibit, replace rest of this paragraph with a sentence referencing the exhibit where members will find SHIP information.]* [*Multiple-state plans inserting information in the EOC add:* A continuación, encontrará una lista de los Programas estatales de asistencia en seguros de salud en cada estado en los que atendemos:] *[Multiple-state plans inserting information in the EOC use bullets for the following sentence, inserting separate bullets for each state.]* En *[insert state]*, el SHIP se llama *[insert state-specific SHIP name]*.

*[Insert state-specific SHIP name]* es un programa independiente (no se relaciona con ninguna compañía aseguradora ni plan de salud). Es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros de salud, a nivel local y en forma gratuita, a las personas que tienen Medicare.

Los asesores del *[Insert state-specific SHIP name]* pueden atender las preguntas o los problemas que tenga respecto de Medicare. Pueden ayudarle a que entienda sus derechos en relación con Medicare, a presentar quejas sobre la atención o el tratamiento médicos y a solucionar problemas con las facturas de Medicare. Los asesores del *[Insert state-specific SHIP name]* también pueden ayudarlo a comprender las opciones de los planes de Medicare y a responder preguntas sobre cómo cambiar de plan.

| Método | *[Insert state-specific SHIP name]* [*If the SHIP’s name does not include the name of the state, add:* Información de contacto (del SHIP de *[insert state name]*)] |
| --- | --- |
| **LLAME AL** | *[Insert phone number(s) and days and hours of operation]* |
| **TTY** | *[Insert number, if available. Or delete this row.]*  [*Insert if the SHIP uses a direct TTY number:* Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.] |
| **ESCRIBA A** | *[Insert address]* |
| **SITIO WEB** | *[Insert URL]* |

### SECCIÓN 4 Organización para la mejora de la calidad (la paga Medicare para verificar la calidad de la atención que se brinda a las personas que tienen Medicare)

*[Organizations offering plans in multiple states: Revise the second and third paragraphs of this section to use the generic name (“Organización para la mejora de la calidad”) when necessary, and include a list of names, phone numbers, and addresses for all QIOs in your service area. Plans have the option of including a separate exhibit to list the QIOs in all states, or in all states in which the plan is filed, and should make reference to that exhibit below.]*

En cada estado hay una Organización para la mejora de la calidad designada que trabaja para los beneficiarios de Medicare. *[Multi-state plans inserting information in an exhibit, replace rest of this paragraph with a sentence referencing the exhibit where members will find QIO information.]* [*Multiple-state plans inserting information in the EOC add:* A continuación, encontrará una lista de las Organizaciones para la mejora de la calidad en cada estado en los que atendemos:] *[Multi-state plans inserting information in the EOC use bullets for the following sentence, inserting separate bullets for each state.]* En *[insert state]*, la Organización para la mejora de la calidad se llama *[insert state-specific QIO name].*

*[Insert state-specific QIO name]* está integrada por un grupo de médicos y otros profesionales de salud a los que les paga el gobierno federal. Medicare le paga a esta organización para que verifique y ayude a mejorar la calidad de la atención que se les brinda a las personas que tienen Medicare. *[Insert state-specific QIO name]* es una organización independiente. No tiene ninguna relación con nuestro plan.

Si tiene una queja sobre la calidad de la atención que recibió, debe ponerse en contacto con *[insert state-specific QIO name]*. Por ejemplo, puede ponerse en contacto con *[insert state-specific QIO name]* si le entregaron mal los medicamentos o si se le entregaron medicamentos que interactúan de manera negativa.

| Método | *[Insert state-specific QIO name]* [*If the QIO’s name does not include the name of the state, add:* Información de contacto (de la Organización para la mejora de la calidad de *[insert state name]*)] |
| --- | --- |
| **LLAME AL** | *[Insert phone number(s) and days and hours of operation]* |
| **TTY** | *[Insert number, if available. Or delete this row.]*  [*Insert if the QIO uses a direct TTY number:* Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.] |
| **ESCRIBA A** | *[Insert address]* |
| **SITIO WEB** | *[Insert URL]* |

### SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social es responsable de determinar la elegibilidad y manejar las inscripciones en Medicare. Los ciudadanos estadounidenses de 65 años o más, o que tienen una discapacidad o padecen enfermedad renal terminal y cumplen con determinadas condiciones son elegibles para recibir Medicare. Si ya está recibiendo cheques del Seguro Social, la inscripción en Medicare es automática. Si no está recibiendo cheques del Seguro Social, debe inscribirse en Medicare. El Seguro Social maneja el proceso de inscripción en Medicare. Para solicitar la cobertura de Medicare, puede llamar al Seguro Social o dirigirse a su oficina local.

El Seguro Social también es responsable de determinar quién debe pagar un monto adicional por la cobertura de medicamentos de la Parte D debido a que tiene un ingreso mayor. Si recibió una carta de parte del Seguro Social en la que se indica que debe pagar el monto adicional y tiene preguntas sobre el monto, o si sus ingresos disminuyeron a causa de un evento que le cambió la vida, puede llamar al Seguro Social para solicitar una reconsideración.

Si se muda o cambia su dirección postal, es importante que comunique con el Seguro Social para informar dichos cambios.

| Método | Información de contacto del Seguro Social |
| --- | --- |
| **LLAME AL** | 1-800-772-1213  Las llamadas a este número son gratuitas.  El horario de atención es de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 7:00 p. m.  Puede utilizar los servicios telefónicos automáticos del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunas gestiones durante las 24 horas. |
| **TTY** | 1-800-325-0778  Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.  Las llamadas a este número son gratuitas.  Estamos disponibles de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 7:00 p. m., hora del este. |
| **SITIO WEB** | <https://www.ssa.gov/> |

### SECCIÓN 6 Medicaid (un programa conjunto del estado y del gobierno federal que brinda ayuda con los costos médicos a personas con ingresos y recursos limitados)

*[Organizations offering plans in multiple states: Revise this section to include a list of agency names, phone numbers, days and hours of operation, and addresses for all states in your service area. Plans have the option of including a separate exhibit to list Medicaid information in all states or in all states in which the plan is filed and should make reference to that exhibit below.]*

*[Plans may adapt this generic discussion of Medicaid to reflect the name or features of the Medicaid program in the plan’s state or states.]*

Medicaid es un programa conjunto del estado y del gobierno federal que brinda ayuda con los costos médicos a determinadas personas con ingresos y recursos limitados. Algunos beneficiarios de Medicare también son elegibles para ser beneficiarios de Medicaid.

Además, hay programas que se ofrecen a través de Medicaid que ayudan a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare, como las primas de Medicare. Estos “Programas de ahorros de Medicare” ayudan a las personas con ingresos y recursos limitados a ahorrar dinero todos los años:

* **Beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB):** ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B, y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos). (Algunos beneficiarios de QMB también son elegibles para ser beneficiarios totales de Medicaid [QMB+]).
* **Beneficiario de Medicare con ingreso bajo específico (Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLMB):** ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunos beneficiarios de SLMB también son elegibles para ser beneficiarios totales de Medicaid [SLMB+]).
  + **Persona que reúne los requisitos (Qualified Individual, QI):** ayuda a pagar las primas de la Parte B.
  + **Trabajador discapacitado calificado (Qualified Disabled & Working Individuals, QDWI)**: ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Para obtener más información sobre Medicaid y sus programas, comuníquese con *[insert state-specific Medicaid agency]*.

| Método | *[Insert state-specific Medicaid agency]* [*If the agency’s name does not include the name of the state, add:* Información de contacto (del programa Medicaid de *[insert state name*])] |
| --- | --- |
| **LLAME AL** | *[Insert phone number(s) and days and hours of operation]* |
| **TTY** | *[Insert number, if available. Or delete this row.]*  [*Insert if the state Medicaid program uses a direct TTY number:* Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.] |
| **ESCRIBA A** | *[Insert address]* |
| **SITIO WEB** | *[Insert URL]* |

### SECCIÓN 7 Información sobre programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos con receta

Programa de “Ayuda adicional” de Medicare

Medicare ofrece “Ayuda adicional” para pagar los costos de los medicamentos con receta a personas que tienen ingresos y recursos limitados. Los recursos incluyen sus ahorros y acciones, pero no su casa ni su auto. Si reúne los requisitos, obtendrá ayuda para pagar la prima mensual del plan de medicamentos de Medicare [*insert if applicable:* , el deducible anual] y los [*insert as applicable:* copagos *OR* coseguros] de los medicamentos con receta. Esta “Ayuda adicional” también cuenta para los costos que paga de su bolsillo.

Las personas con recursos e ingresos limitados pueden reunir los requisitos para recibir la “Ayuda adicional”. Algunas personas reúnen los requisitos para la “Ayuda adicional” en forma automática y no necesitan presentar la solicitud. Medicare envía por correo una carta a las personas que reúnen los requisitos para la “Ayuda adicional” en forma automática.

Usted puede obtener “Ayuda adicional” para pagar las primas y los costos de los medicamentos con receta. Para saber si reúne los requisitos para recibir “Ayuda adicional”, llame:

* Al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
* La Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213, entre las 7:00 a.m. y las 7:00 p.m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes).
* A la Oficina de Medicaid de su estado (solicitudes). (Consulte la Sección 6 de este capítulo para obtener información de contacto).

Si cree que reúne los requisitos para recibir “Ayuda adicional” y que cuando va a la farmacia a comprar un medicamento con receta está pagando una cantidad incorrecta correspondiente al costo compartido, nuestro plan ha establecido un proceso que le permite solicitar ayuda para conseguir las pruebas que demuestren cuál es su nivel de copago correcto, o que le permite entregarlas si es que ya tiene las pruebas.

* *[****Note****: Insert plan’s process for allowing beneficiaries to request assistance with obtaining best available evidence, and for providing this evidence.]*
* Cuando recibamos las pruebas que demuestren su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que pueda abonar el copago correcto cuando obtenga su próximo medicamento con receta en la farmacia. Si el copago que abona es superior a lo que le correspondería pagar, le reembolsaremos la diferencia. Para ello, le enviaremos un cheque por la diferencia o haremos una compensación en los futuros copagos. Si la farmacia no le ha cobrado el copago y lo tiene registrado como un monto que usted le adeuda, es posible que efectuemos el pago directamente a la farmacia. Si el estado pagó en su nombre, tal vez le paguemos directamente al estado. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con Servicios para los miembros (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto).

[*Plans in U.S. Territories, replace the Extra Help section with the following language if the EOC is used for plans only in the U.S. Territories. Add the following language to the Extra Help section if the EOC is used for plans in the U.S Territories and mainland regions:* En Puerto Rico, las Islas Vírgenes de los Estados Unidos, Guam, las Islas Mariana del Norte y Samoa Americana existen programas que ayudan a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos de Medicare. Los programas en estas áreas pueden variar. Comuníquese con la Oficina de Asistencia Médica (Medicaid) local para conocer más sobre sus normas (los números de teléfono se encuentran en la Sección 6 de este capítulo). O llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) durante las 24 horas, los 7 días de la semana y diga “Medicaid” para obtener más información. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede visitar [https://www.medicare.gov](https://www.medicare.gov/) para obtener más información.]

Programa de descuentos para el período sin cobertura de Medicare

El Programa de descuento para el período sin cobertura de Medicare ofrece descuentos de los fabricantes de medicamentos de marca para las personas inscritas en la Parte D que hayan alcanzado la Etapa del período de sin cobertura y no estén recibiendo la “Ayuda adicional”. Para los medicamentos de marca, el descuento del 50 % que brindan los fabricantes no incluye ningún costo de suministro en el período sin cobertura. Los inscritos pagan el 35 % del precio negociado y una parte del costo de suministro de los medicamentos de marca.

Si alcanza la Etapa del período sin cobertura, automáticamente le aplicaremos el descuento cuando su farmacia le facture por su receta y su Explicación de beneficios de la Parte D (EOB) mostrará cualquier descuento aplicado. Tanto el monto que usted paga como el monto descontado por el fabricante se tienen en cuenta para los gastos que paga de su bolsillo como si usted hubiera pagado esa cantidad y lo desplaza a lo largo del período sin cobertura. El monto pagado por el plan (10 %) no se considera para los costos que paga de su bolsillo.

También recibe cierto grado de cobertura para los medicamentos genéricos. Si alcanza la Etapa del período sin cobertura, el plan paga el 56 % del precio por los medicamentos genéricos y usted paga el 44 % restante del precio. Para los medicamentos genéricos, el monto pagado por el plan (56 %) no se considera para los costos que paga de su bolsillo. Solo el monto que usted paga es considerado y lo desplaza a lo largo del período sin cobertura. Además, el costo de suministro se incluye como parte del costo del medicamento.

[*Insert if the plan offers additional coverage in the gap:* El Programa de descuentos para el período sin cobertura de Medicare se encuentra disponible en todo el país. Debido a que *[insert 2018 plan name]* ofrece cobertura adicional durante la Etapa del período sin cobertura, los costos que paga de su bolsillo, en ocasiones, serán inferiores a los costos aquí mencionados. Consulte la Sección 6 del Capítulo 4 para obtener más información sobre su cobertura en la Etapa del período sin cobertura.]

[*Insert if the plan does not have a coverage gap:* El Programa de descuentos para el período sin cobertura de Medicare se encuentra disponible en todo el país. Debido a que *[insert 2018 plan name]* no tiene un período sin cobertura, los descuentos descritos aquí no aplican a usted.

En su lugar, el plan sigue cubriendo sus medicamentos al costo compartido regular hasta que califique para la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas. Consulte la Sección 5 del Capítulo 4 para obtener más información sobre su cobertura en la Etapa de cobertura inicial.]

Si tiene alguna pregunta sobre la posibilidad de descuentos para los medicamentos que está tomando, o acerca del Programa de descuentos para el período sin cobertura de Medicare en general, comuníquese con Servicios para los miembros (los números de teléfono aparecen impresos en la portada posterior de este folleto).

**¿Qué ocurre si tiene cobertura del Programa estatal de asistencia farmacéutica (SPAP)?**

*[Plans without an SPAP in their state(s), should delete this section.]*

Si está inscrito en un Programa estatal de asistenciafarmacéutica (SPAP) o cualquier otro programa que brinda cobertura para los medicamentos de la Parte D (que no sea la “Ayuda adicional”), aún conservará el 50 % de descuento sobre los medicamentos de marca cubiertos. Además, el plan paga el 10 % de los costos de los medicamentos de marca en el período sin cobertura. El 50 % de descuento y el 10 % que paga el plan se aplican al precio del medicamento antes que cualquier SPAP u otra cobertura.

**¿Qué ocurre si tiene cobertura del Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP)?   
¿Qué es el Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP)?**

El Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP) ayuda a que las personas elegibles para el ADAP que tienen VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH que salvan vidas. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el ADAP califican para la asistencia de costo compartido para medicamentos con receta del *[insert State-specific ADAP information]*. Nota: para ser elegible para el ADAP que funciona en su estado, las personas deben cumplir con ciertos criterios, incluso comprobante de residencia en el estado y estado del VIH, comprobante de bajos ingresos según lo establece el Estado, y estado de no asegurado/con seguro insuficiente.

Si usted está actualmente inscrito en un ADAP, este programa puede continuar ofreciéndole asistencia con los costos compartidos de los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare para los medicamentos incluidos en el formulario de ADAP. Para asegurarse de continuar recibiendo esta asistencia, notifíquele al encargado de inscripción del ADAP sobre cualquier cambio en el número de póliza o nombre de plan de la Parte D de Medicare. *[Insert State-specific ADAP contact information.]*

Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos, o cómo inscribirse en el programa, llame a *[insert State-specific ADAP contact information].*

**¿Qué ocurre si recibe “Ayuda adicional” de Medicare para poder cubrir los costos de los medicamentos con receta? ¿Obtiene los descuentos?**

No. Si recibe “Ayuda adicional”, usted ya tiene una cobertura para los costos de medicamentos con receta durante la Etapa del período sin cobertura.

**¿Qué sucede si usted no obtiene un descuento y cree que debería tenerlo?**

Si considera que ha alcanzado el período sin cobertura y no obtuvo un descuento cuando pagó por el medicamento de marca, debe revisar el próximo aviso de la *Explicación de beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D). Si el descuento no aparece en su *Explicación de beneficios de la Parte D*, debe contactarnos para asegurarse de que sus registros de medicamentos con receta estén correctos y actualizados. Si consideramos que no le corresponde un descuento, puede apelar. Puede obtener información para presentar una apelación del Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP), los números de teléfono se encuentran en la Sección 3 de este capítulo, o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Programas estatales de asistencia farmacéutica

*[Plans without an SPAP in their state(s), should delete this section.]*

*[Organizations offering plans in multiple states: Revise this section to include a list of SPAP names, phone numbers, and addresses for all states in your service area. Plans have the option of including a separate exhibit to list the SPAPs in all states or in all states in which the plan is filed and should make reference to that exhibit below.]*

Muchos estados tienen Programas estatales de asistencia farmacéutica que ayudan a algunas personas a pagar sus medicamentos con receta de acuerdo con la necesidad financiera, la edad, la afección médica o la discapacidad. Cada estado se rige por distintas normas para brindar cobertura para medicamentos a sus miembros.

*[Multiple-state plans inserting information in an exhibit, replace rest of this paragraph with a sentence referencing the exhibit where members will find SPAP information.]* [*Multiple-state plans inserting information in the EOC add:* A continuación encontrará una lista de los Programas estatales de asistencia farmacéutica en cada estado en los que atendemos:] *[Multi-state plans inserting information in the EOC use bullets for the following sentence, inserting separate bullets for each state.]* En *[insert state name]*, el Programa estatal de asistencia farmacéutica se llama *[insert state-specific SPAP name]*.

| Método | *[Insert state-specific SPAP name]* [*If the SPAP’s name does not include the name of the state, add:* Información de contacto (del Programa estatal de asistencia farmacéutica de *[insert state name*])] |
| --- | --- |
| **LLAME AL** | *[Insert phone number(s) and days and hours of operation]* |
| **TTY** | *[Insert number, if available. Or delete this row.]*  [*Insert if the SPAP uses a direct TTY number:* Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.] |
| **ESCRIBA A** | *[Insert address]* |
| **SITIO WEB** | *[Insert URL]* |

### SECCIÓN 8 Cómo puede ponerse en contacto con la Junta de jubilación para ferroviarios

La Junta de jubilación para ferroviarios es una agencia federal independiente que administra los programas integrales de beneficios destinados a los trabajadores ferroviarios del país y a sus familias. Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios de la Junta de jubilación para ferroviarios, comuníquese con la agencia.

Si recibe sus beneficios de Medicare a través de la Junta de jubilación para ferroviarios, es importante que les comunique si se muda o cambia su dirección postal.

| Método | Información de contacto de la Junta de jubilación para ferroviarios |
| --- | --- |
| **LLAME AL** | 1-877-772-5772  Las llamadas a este número son gratuitas.  Disponible de lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 3:30 p.m.  Si tiene un teléfono de tonos, tendrá a su disposición información grabada y servicios automatizados durante las 24 horas, incluso los fines de semana y días feriados. |
| **TTY** | 1-312-751-4701  Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.  Las llamadas a este número *no* son gratuitas. |
| **SITIO WEB** | <https://secure.rrb.gov/> |

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

Si usted (o su cónyuge) recibe beneficios de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge) como parte de este plan, puede llamar al administrador de beneficios de su empleador o sindicato o a Servicios para los miembros si tiene alguna pregunta. Puede preguntar acerca de los beneficios de salud, las primas o el período de inscripción de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge). (En la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono de Servicios para los miembros). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048) si tiene preguntas relacionadas con su cobertura de Medicare conforme a este plan.

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

Capítulo 3

Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos   
con receta de la Parte D

## Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

SECCIÓN 1 Introducción 45

Sección 1.1 En este capítulo se describe la cobertura para los medicamentos de la Parte D 45

Sección 1.2 Normas básicas para la cobertura del plan de los medicamentos de la Parte D 46

SECCIÓN 2 Obtenga sus medicamentos con receta en una farmacia de la red [*insert if applicable:* o a través del servicio de pedido por correo del plan] 46

Sección 2.1 Para que los medicamentos con receta estén cubiertos, adquiéralos en una farmacia de la red 46

Sección 2.2 Cómo encontrar farmacias de la red 47

Sección 2.3 Cómo utilizar los servicios de pedido por correo del plan 48

Sección 2.4 Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo 51

Sección 2.5 Cuándo utilizar una farmacia que no está dentro de la red del plan 52

SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar en la “Lista de medicamentos” del plan 53

Sección 3.1 La “Lista de medicamentos” indica qué medicamentos de la Parte D están cubiertos 53

Sección 3.2 Hay *[insert number of tiers]* “niveles de costo compartido” para los medicamentos incluidos en la Lista de medicamentos 54

Sección 3.3 ¿Cómo puede averiguar si un medicamento específico está en la Lista de medicamentos? 54

SECCIÓN 4 Hay restricciones respecto de la cobertura de algunos medicamentos 55

Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones? 55

Sección 4.2 ¿Qué tipos de restricciones? 56

Sección 4.3 ¿Alguna de estas restricciones se aplica a sus medicamentos? 57

SECCIÓN 5 ¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera? 57

Sección 5.1 Hay algunas cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera 57

Sección 5.2 ¿Qué puede hacer si su medicamento no figura en la Lista de medicamentos o si el medicamento tiene algún tipo de restricción? 58

Sección 5.3 ¿Qué puede hacer si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera demasiado elevado? *[Plans with a formulary structure (e.g., no tiers or defined standard coinsurance across all tiers) that does not allow for tiering exceptions: omit Section 5.3]* 61

SECCIÓN 6 ¿Qué sucede si cambia la cobertura para alguno de sus medicamentos? 61

Sección 6.1 La Lista de medicamentos puede sufrir modificaciones durante el año 61

Sección 6.2 ¿Qué sucede si hay cambios en la cobertura para un medicamento que está tomando? 62

SECCIÓN 7 ¿Qué tipos de medicamentos *no* cubre el plan? 63

Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos 63

SECCIÓN 8 Muestre la tarjeta de miembro del plan cuando quiera obtener un medicamento con receta 65

Sección 8.1 Muestre la tarjeta de miembro 65

Sección 8.2 ¿Qué sucede si no tiene la tarjeta de miembro? 65

SECCIÓN 9 Cobertura para medicamentos de la Parte D en situaciones especiales 66

Sección 9.1 ¿Qué sucede si está en un hospital o centro de atención de enfermería especializada y Original Medicare cubre su estadía? 66

Sección 9.2 ¿Qué sucede si reside en un centro de atención a largo plazo (LTC)? 66

Sección 9.3 ¿Qué sucede si está tomando medicamentos que cubre Original Medicare? 67

Sección 9.4 ¿Qué sucede si usted tiene una póliza Medigap (Seguro complementario de Medicare) con cobertura para medicamentos con receta? 67

Sección 9.5 ¿Qué sucede si también tiene cobertura para medicamentos del plan de un empleador o grupo de jubilados? 68

Sección 9.6 ¿Qué sucede si se encuentra en un hospicio certificado por Medicare? 69

SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad y administración de los medicamentos 69

Sección 10.1 Programas que ayudan a los miembros a utilizar los medicamentos en forma segura 69

Sección 10.2 Programa de manejo del tratamiento farmacológico (MTM) [*insert if plan has other medication management programs* “y otro programa”] [*insert if* *applicable* “y otros programas”] para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos 70

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

[*Insert as appropriate, depending on whether SPAPs are discussed in Chapter 2:* Hay programas que ayudan a las personas con recursos limitados a pagar los medicamentos. Entre estos programas, se incluyen el programa de “Ayuda adicional” y los Programas estatales de asistencia farmacéutica. *OR* El programa de “Ayuda adicional” ayuda a las personas con recursos limitados a pagar los medicamentos.] Para obtener más información, consulte la Sección 7 del Capítulo 2.

**¿Recibe en la actualidad ayuda para pagar sus medicamentos?**

Si usted participa en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos, **la información en la *Evidencia de cobertura* sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D** [*insert as applicable:* **puede no aplicarse** *OR* **no se aplica**] **en su caso.** *[If not applicable, omit information about the LIS Rider.]*[*insert as appropriate:* Hemos incluido *OR* Le enviamos] un inserto separado, que se denomina “Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs” (Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben Ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta), también denominada “Low Income Subsidy Rider” o “LIS Rider” (Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS), que le informa sobre la cobertura para sus medicamentos. Si no posee este inserto, comuníquese con Servicios para los miembros y pida la “Cláusula adicional LIS”. (En la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono de Servicios para los miembros).

### SECCIÓN 1 Introducción

#### Sección 1.1 En este capítulo se describe la cobertura para los medicamentos de la Parte D

En este capítulo **se explican las normas para utilizar la cobertura para los medicamentos de la Parte D.** En el próximo capítulo se describe lo que le corresponde pagar por los medicamentos de la Parte D (Capítulo 4, *Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D*)*.*

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

* La Parte A de Medicare cubre los medicamentos que le dan durante las estadías cubiertas por Medicare en el hospital o en un centro de atención de enfermería especializada.
* La Parte B de Medicare también brinda beneficios para algunos medicamentos. Los medicamentos de la Parte B incluyen determinados medicamentos para quimioterapia, ciertos medicamentos inyectables que se aplican en el consultorio y medicamentos que se administran en un centro de diálisis.

Los dos ejemplos de medicamentos que se describieron anteriormente están cubiertos por Original Medicare. (Para obtener más información sobre esta cobertura, consulte su manual *Medicare & You* [Medicare y Usted]). Nuestro plan cubre sus medicamentos con receta de la Parte D.

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

Generalmente, el plan cubrirá los medicamentos siempre y cuando siga estas normas básicas:

* Debe pedirle a un proveedor (médico, odontólogo u otra persona que emite recetas) que escriba su receta.
* La persona que le da la receta debe aceptar Medicare o presentar documentación en los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) que demuestre que está calificada para escribir recetas. De lo contrario, se rechazará su reclamo de la Parte D. La próxima vez que la llame o la visite, debe preguntarle si cumple con esta condición. Si no lo hace, tenga en cuenta que a la persona que le da la receta le lleva tiempo enviar la documentación necesaria para su procesamiento.
* Por lo general, debe utilizar una farmacia de la red para obtener sus medicamentos con receta. (Consulte la Sección 2, *Obtenga su medicamento con receta en una farmacia de la red* [*insert if applicable:* *o a través del servicio de pedido por correo del plan]*)*.*
* Su medicamento debe estar en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan (nosotros la denominamos “Lista de medicamentos” para abreviarla). (Consulte la Sección 3, *Sus medicamentos deben estar en la “Lista de medicamentos del plan”*).
* Su medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. Una “indicación médicamente aceptada” es un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o avalado por ciertos libros de referencia. (Para obtener más información sobre cómo obtener una indicación médicamente aceptada, consulte la Sección 3).

### SECCIÓN 2 Obtenga sus medicamentos con receta en una farmacia de la red [*insert if applicable:* o a través del servicio de pedido por correo del plan]

#### Sección 2.1 Para que los medicamentos con receta estén cubiertos, adquiéralos en una farmacia de la red

En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta están cubiertos *solo* si los obtiene en las farmacias de la red del plan. (Para obtener más información sobre cuándo cubriríamos los medicamentos con receta que obtiene en farmacias fuera de la red, consulte la Sección 2.5).

Una farmacia de la red es aquella que ha celebrado un contrato con el plan para proporcionar los medicamentos con receta cubiertos. El término “medicamentos cubiertos” significa todos los medicamentos con receta de la Parte D que están cubiertos en la Lista de medicamentos del plan.

[*Include if plan has pharmacies that offer preferred cost-sharing in its networks*: “Nuestra red incluye farmacias que ofrecen un costo compartido estándar y farmacias que ofrecen un costo compartido preferido. Puede ir a cualquiera de estos tipos de farmacias de la red para obtener los medicamentos con receta cubiertos. Es posible que su costo compartido sea inferior en las farmacias con costo compartido preferido”.]

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

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

Para encontrar una farmacia de la red, puede buscar en el *Directorio de farmacias*, visitar nuestro sitio web (*[insert URL]*) o llamar a Servicios para los miembros (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto).

Puede ir a cualquiera de las farmacias de la red. [*Insert if plan has pharmacies that offer preferred cost-sharing in its network:* Sin embargo, sus costos pueden ser incluso inferiores para los medicamentos cubiertos si utiliza una farmacia de la red que ofrezca un costo compartido preferido en lugar de una farmacia de la red que ofrezca un costo compartido estándar. El *Directorio de farmacias* le indicará qué farmacias de nuestra red ofrecen un costo compartido preferido. Para obtener más información sobre qué costos que paga de su bolsillo podrían ser distintos para diferentes medicamentos, comuníquese con nosotros.] *[Plans in which members do not need to take any action to switch their prescriptions may delete the following sentence.]* Si se cambia de una farmacia de la red a otra y necesita resurtir un medicamento que ha estado tomando, puede solicitar [*insert if applicable:* que un proveedor le escriba una receta nueva o] que su receta se transfiera a la farmacia nueva de la red.

¿Qué sucede si la farmacia que estaba usando deja de formar parte de la red?

Si la farmacia que estaba usando deja de formar parte de la red del plan, deberá buscar una nueva farmacia dentro de la red. [*Insert if applicable:* O si la farmacia que estaba usando permanece en la red, pero ya no ofrece un costo compartido preferido, tal vez desee cambiar a una nueva farmacia.] Para encontrar otra farmacia de la red en su área, puede obtener ayuda a través de Servicios para los miembros (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto) o buscar en el *Directorio de farmacias*. [*Insert if applicable:* También puede encontrar información en nuestro sitio web en *[insert website address].*]

¿Y si necesita una farmacia especializada?

Algunos medicamentos con receta deben obtenerse en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen:

* Farmacias que proveen medicamentos para tratamientos de infusión en el hogar. *[Plans may insert additional information about home infusion pharmacy services in the plan’s network.]*
* Farmacias que proveen medicamentos para las personas que residen en un centro de atención a largo plazo (LTC) Generalmente, un centro de atención a largo plazo (como un hogar de ancianos) tiene su propia farmacia. Si usted está en un centro de LTC, debemos asegurarnos de que pueda recibir de manera rutinaria sus beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias de LTC, la cual, generalmente, es la farmacia que usa el centro de LTC. Si tiene dificultad para acceder a sus beneficios de la Parte D en un centro de LTC, comuníquese con Servicios para los miembros. *[Plans may insert additional information about LTC pharmacy services in the plan’s network.]*
* Farmacias que brinden servicios al Programa de salud para la población india estadounidense urbana o tribal, del Servicio de Salud para la Población India Estadounidense (no está disponible en Puerto Rico). Salvo en caso de emergencia, solo los indios estadounidenses o los nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias dentro de la red. *[Plans may insert additional information about I/T/U pharmacy services in the plan’s network.]*
* Farmacias que proveen medicamentos que están limitados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) para ciertos lugares o que requieren un manejo especial, la coordinación del proveedor o el aprendizaje sobre su uso. (Nota: es muy poco frecuente que se presente esta situación).

Para encontrar una farmacia especializada, busque en el *Directorio de farmacias* o llame a Servicios para los miembros (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto).

#### Sección 2.3 Cómo utilizar los servicios de pedido por correo del plan

*[Omit section if the plan does not offer mail-order services.]*

[*Include the following information only if your mail-order service is limited to a subset of all formulary drugs, adapting terminology as needed:* Para determinados tipos de medicamentos, puede utilizar el servicio de pedido por correo de la red del plan. Por lo general, los medicamentos proporcionados a través del servicio de pedido por correoson medicamentos que toma con regularidad para una afección médica crónica o prolongada. [*Insert if plan marks mail-order drugs in formulary:* Los medicamentos disponibles a través del servicio de pedido por correo de nuestro plan están marcados como **medicamentos de** **“pedido por correo”** en nuestra Lista de medicamentos.] [*Insert if plan marks non-mail-order drugs in formulary:* Los medicamentos que *no* están disponibles a través de nuestro servicio de pedido por correo están marcados con un asterisco en nuestra Lista de medicamentos.]]

El servicio de pedido por correo del plan [*insert either:* permite *OR* requiere] que solicite [*insert either:****al menos* un suministro del medicamento para [XX] días y para *no más de* [XX] días** *OR* **hasta un suministro de [XX] días** *OR* **un suministro de [XX] días**].

*[Plans that offer mail-order benefits with both preferred and standard cost-sharing may add language to describe both types of cost-sharing.]*

Para obtener [*insert if applicable:* formularios de pedido e] información sobre cómo obtener sus medicamentos con receta por correo, *[insert instructions]*.

Por lo general, el pedido a la farmacia que brinda el servicio de pedido por correo le llegará en [XX] días como máximo. *[Insert plan’s process for members to get a prescription if the mail order is delayed.]*

*[Sponsors should provide the appropriate information below from the following options, based on i) whether the sponsor is operating under the exception for new prescriptions described in the December 12, 2013, HPMS memo; and ii) whether the sponsor offers an optional automatic refill program.* *Sponsors who provide automatic delivery through retail or other non-mail order means have the option to either add or replace the word “enviar” with “entregar” as appropriate.]*

*[For new prescriptions received directly from health care providers, insert one of the following two options.]*

[***Option 1:*** *Plan sponsors operating under the auto-ship policy as described in the 2014 Final Call Letter (all new prescriptions from provider offices must be verified with the beneficiary before filled), insert the following:*

**Nuevas recetas que la farmacia recibe directamente del consultorio de su médico**.   
Después de que la farmacia recibe una receta de un proveedor de atención médica, se pondrá en contacto con usted para determinar si desea que le proporcionen el medicamento de inmediato o más adelante. Esto le dará la oportunidad de asegurarse de que la farmacia le suministre el medicamento correcto (concentración, cantidad y presentación) y, si fuera necesario, le permitirá cancelar o retrasar el pedido antes de que se le facture y se le envíe. Es importante que usted responda cada vez que la farmacia lo contacte para informar qué hacer con la nueva receta y así evitar demoras en el envío.]

[***Option 2:*** *Plan Sponsors operating under the exception to the auto-ship policy, as described in the December 12, 2013, HPMS memo (new prescriptions received directly from provider offices can be filled without beneficiary verification when conditions are met), insert the following:*

**Nuevas recetas que la farmacia recibe directamente del consultorio de su médico.**La farmacia surtirá y entregará automáticamente las recetas nuevas de los medicamentos que reciba de los proveedores de atención médica, sin verificar con usted primero, si:

* Utilizó los servicios de pedido por correo con este plan en el pasado.
* O se inscribió para la entrega automática de todas las recetas nuevas recibidas directamente de los proveedores de atención médica. Puede solicitar la entrega automática de todas las recetas nuevas ahora o en cualquier momento *[insert instructions]*.

Si recibe un medicamento con receta automáticamente por correo que no desea, y no se comunicaron con usted para saber si la quería antes de enviarla, puede ser elegible para un reembolso.

Si utilizó el pedido por correo en el pasado y no desea que la farmacia surta y envíe automáticamente cada medicamento con receta nuevo, comuníquese con nosotros *[insert instructions]*.

Si usted nunca ha utilizado nuestro servicio de entrega de pedidos por correo y/o si decide interrumpir el surtido automático de nuevas recetas, la farmacia se pondrá en contacto con usted cada vez que reciba una nueva receta de un proveedor de atención médica para ver si desea que le surta y envíe el medicamento inmediatamente. Esto le dará la oportunidad de asegurarse de que la farmacia le suministre el medicamento correcto (concentración, cantidad y presentación) y, si fuera necesario, le permitirá cancelar o retrasar el pedido antes de que se le facture y se le envíe. Es importante que usted responda cada vez que la farmacia lo contacte para informar qué hacer con la nueva receta y así evitar demoras en el envío.

Para cancelar su inscripción en los envíos automáticos de nuevas recetas recibidas directamente del consultorio del proveedor de atención médica, comuníquese con nosotros *[insert instructions]*.]

*[For* ***refill*** *prescriptions, insert one of the following two options.]*

[***Option 1:*** *Sponsors that* ***do not*** *offer a program that automatically processes refills, insert the following:*

**Resurtidos de recetas médicas de pedido por correo.** Para resurtidos, comuníquese con su farmacia *[insert recommended number of days]* días antes de que crea que los medicamentos que tiene se acabarán para asegurarse de que su próximo pedido se le envíe a tiempo.]

[***Option 2:*** *Sponsors that* ***do*** *offer a program that automatically processes refills, insert the following:*

**Resurtidos de recetas médicas de pedido por correo.** Para resurtir sus medicamentos, usted tiene la opción de inscribirse en un programa de resurtido automático [*optional: “*llamado *insert name of auto refill program”*]*.* En este programa, comenzaremos a procesar su siguiente resurtido automáticamente cuando nuestros registros muestren que se está por quedar sin el medicamento. La farmacia se comunicará con usted antes del envío de cada resurtido para asegurarse de que necesite más medicamento. Usted puede cancelar los resurtidos si tiene suficiente medicamento o si el medicamento ha cambiado. Si opta por no usar un programa de resurtido automático, comuníquese con su farmacia *[insert recommended number of days]* días antes de que crea que los medicamentos que tiene se acabarán para asegurarse de que su próximo pedido se le envíe a tiempo.

Para cancelar la participación en nuestro programa [*optional: insert name of auto refill program instead of “*nuestro programa*”*] que prepara automáticamente resurtidos de pedidos por correo, comuníquese con nosotros *[insert instructions]*.]

[*All plans offering mail-order services, insert the following:*

Para que la farmacia pueda ponerse en contacto con usted y confirmar su pedido antes del envío, asegúrese de informar a la farmacia las mejores maneras de comunicarse con usted. *[Insert instructions on how enrollees should provide their communication preferences.]*]

#### Sección 2.4 Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo

*[Plans that do not offer extended-day supplies: Delete Section 2.4.]*

[*Insert if applicable:* Cuando obtiene un suministro de medicamentos a largo plazo, su costo compartido puede ser menor.] El plan ofrece [*insert as appropriate:* una forma *OR* dos formas] de obtener un suministro a largo plazo (también denominado “suministro extendido”) de medicamentos de “mantenimiento” en la Lista de medicamentos del plan. (Los medicamentos de mantenimiento son aquellos que toma con regularidad para una afección médica crónica o prolongada). [*Insert if applicable:* Usted puede pedir este suministro a través del pedido por correo (consulte la Sección 2.3) o puede solicitarlo en una farmacia minorista]

1. *[Delete if plan does not offer extended-day supplies through retail pharmacies.]* **Algunas farmacias minoristas** de la red le permitirán obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. [*Insert if applicable:* Algunas de estas farmacias minoristas [*insert if applicable:* (que ofrecen un costo compartido preferido)] [*insert if applicable:* posiblemente] aceptan [*insert as appropriate:* un costo compartido inferior *OR* el costo compartido del pedido por correo] para un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento.] [*Insert if applicable:* Otras, tal vez, no acepten un costo compartido [*insert as appropriate:* inferior *OR* de pedido por correo] para un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. En este caso, usted deberá pagar la diferencia.] En el *Directorio de farmacias* se detallan las farmacias de la red que proporcionan suministros a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar a Servicios para los miembros para obtener más información (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto).
2. *[Delete if plan does not offer mail-order service.]* [*Insert as applicable:* Para determinados tipos de medicamentos, *OR* Usted], puede utilizar los **servicios de pedido por correo** de la red del plan. [*Insert if plan marks mail-order drugs in formulary, adapting as needed:* Los medicamentos disponibles a través del servicio de pedido por correo de nuestro plan están marcados como **medicamentos de** **“pedido por correo”** en nuestra Lista de medicamentos.] [*Insert if plan marks non-mail-order drugs in formulary, adapting as needed:* Los medicamentos que *no* están disponibles a través de nuestro servicio de pedido por correo están marcados con asterisco en nuestra Lista de medicamentos.] El servicio de pedido por correo del plan [*insert either:* permite *OR* requiere] que solicite [*insert either: al menos* un suministro del medicamento para [XX] días y para *no más de* [XX]días *OR* hasta un suministro de [XX] días *OR* un suministro de [XX] días]. Para obtener más información sobre cómo usar el servicio de pedido por correo, consulte la Sección 2.3.

#### Sección 2.5 Cuándo utilizar una farmacia que no está dentro de la red del plan

En determinadas circunstancias, su medicamento con receta puede estar cubierto

Por lo general, cubrimos los medicamentos que se obtienen en una farmacia fuera de la red *solo* si no puede utilizar una farmacia de la red. [*Insert if applicable:* Para ayudarle, contamos con farmacias de la red fuera del área de servicio, en las que puede obtener los medicamentos con receta como miembro de nuestro plan.] A continuación, se detallan las circunstancias en las que cubriríamos los medicamentos con receta que obtenga en una farmacia fuera de la red si no puede usar una farmacia de la red:

* *[Plans should insert a list of situations when they will cover prescriptions out of the network and any limits on their out-of-network policies (e.g., day supply limits, use of mail order during extended out of area travel, authorization or plan notification).]*

En estos casos, **primero consulte con Servicios para los miembros** para ver si hay alguna farmacia de la red cerca. (En la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono de Servicios para los miembros). Es posible que deba pagar la diferencia entre lo que paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia dentro de la red.

¿Cómo solicitar un reembolso al plan?

Generalmente, si debe usar una farmacia fuera de la red, deberá pagar el costo total (y no la parte normal que le corresponde) en el momento en que surta la receta. Puede solicitarnos que le reembolsemos la parte que nos corresponde pagar del costo del medicamento. (En la Sección 2.1 del Capítulo 5, se explica cómo puede solicitar un reembolso al plan).

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

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

El plan tiene una “*Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*”. En esta *Evidencia de Cobertura*, **la denominamos la “Lista de medicamentos” para abreviarla.**

El plan, con la colaboración de un equipo de médicos y farmacéuticos, selecciona los medicamentos de la lista. La lista debe cumplir con los requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la Lista de medicamentos del plan.

Los medicamentos que se encuentran en la Lista de medicamentos son solo los que están cubiertos por la Parte D de Medicare (en la Sección 1.1 anterior de este capítulo, se explican los medicamentos de la Parte D).

Por lo general, cubriremos los medicamentos incluidos en la Lista de medicamentos del plan, siempre y cuando siga las otras normas de cobertura explicadas en este capítulo y el uso del medicamento sea una indicación médicamente aceptada. Una “indicación médicamente aceptada” es el uso del medicamento *ya sea que:*

* Esté aprobado por la Administración de Drogas y Alimentos. (Es decir que la FDA aprobó el medicamento para el diagnóstico o la afección para la cual ha sido recetado).
* *O bien*, esté avalado por ciertos libros de referencia. (Estos libros de referencia son American Hospital Formulary Service Drug Information, el Sistema de Información DRUGDEX y USPDI o su sucesor. Para el cáncer, National Comprehensive Cancer Network y Clinical Pharmacology o sus sucesores).

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

Un medicamento genérico es un medicamento con receta que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Generalmente, funciona tan bien como el medicamento de marca, pero generalmente cuesta menos. Hay medicamentos genéricos sustitutos disponibles para muchos medicamentos de marca.

[*Insert if applicable:*

Medicamentos de venta libre

Nuestro plan también cubre ciertos medicamentos de venta libre. Algunos medicamentos de venta libre son menos costosos que los medicamentos con receta y son igual de eficaces. Para obtener más información, llame a Servicios para los miembros (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto).]

¿Qué *no* se incluye en la Lista de medicamentos?

El plan no cubre todos los medicamentos con receta.

* En algunos casos, la ley no permite que ningún plan de Medicare cubra ciertos tipos de medicamentos (para obtener más información sobre esto, consulte la sección 7.1 de este capítulo).
* En otros casos, hemos decidido no incluir un medicamento en particular en nuestra Lista de medicamentos.

#### Sección 3.2 Hay *[insert number of tiers]* “niveles de costo compartido” para los medicamentos incluidos en la Lista de medicamentos

*[Plans that do not use drug tiers should omit this section.]*

Todos los medicamentos de la Lista de medicamentos del plan se encuentran en uno de los *[insert number of tiers]* niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el nivel de costo compartido, mayor será el costo del medicamento que le corresponderá pagar:

* *[Plans should briefly describe each tier (e.g., Cost-Sharing Tier 1 includes generic drugs). Indicate which is the lowest tier and which is the highest tier.]*

Para saber en qué nivel de costo compartido está su medicamento, consulte la Lista de medicamentos del plan.

En el Capítulo 4 (*Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D*) se incluye el monto que debe pagar por los medicamentos en cada nivel de costo compartido*.*

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

Hay *[insert number]* formas de averiguarlo:

1. Consulte la Lista de medicamentos más reciente que le enviamos por correo.[*Insert if applicable:* (Tenga en cuenta: la Lista de medicamentos que enviamos incluye información de los medicamentos cubiertos más comúnmente utilizados por nuestros miembros. Sin embargo, cubrimos medicamentos adicionales que no están incluidos en la Lista de medicamentos impresa. Si algún medicamento no está incluido en la Lista de medicamentos, deberá visitar nuestro sitio web o comunicarse con Servicios para los miembros para averiguar si lo cubrimos).]
2. Visite el sitio web del plan (*[insert URL]*). La Lista de medicamentos en el sitio web siempre es la más actualizada.
3. Llame a Servicios para los miembros para saber si un medicamento en particular está incluido en la Lista de medicamentos o para pedir una copia de la lista. (En la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono de Servicios para los miembros).
4. *[Plans may insert additional ways to find out if a drug is on the Drug List.]*

### SECCIÓN 4 Hay restricciones respecto de la cobertura de algunos medicamentos

#### Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?

Para ciertos medicamentos con receta, existen normas especiales que restringen cómo y cuándo el plan los cubre. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrollaron estas normas para ayudar a que nuestros miembros usen los medicamentos de la forma más eficaz. Estas normas especiales también ayudan a controlar los costos globales de los medicamentos, lo cual le ayuda a mantener la cobertura de estos en un nivel más asequible.

De modo general, nuestras normas lo incentivan a obtener un medicamento que funcione para su afección médica y sea seguro y eficaz. Cada vez que un medicamento seguro y de bajo costo funcione médicamente tan bien como uno de mayor costo, las normas del plan están destinadas a alentarlo a usted y a su proveedor a usar esa opción más económica. También tenemos que cumplir con las normas y reglamentos de Medicare con respecto a la cobertura y el costo compartido de los medicamentos.

**Si hay una restricción para su medicamento, por lo general significa que usted o su proveedor deberán seguir pasos adicionales para que nosotros cubramos el medicamento.** Si desea pedirnos que eliminemos la restricción, tendrá que usar el proceso de decisiones de cobertura para solicitarnos una excepción. Podemos estar o no de acuerdo en eliminar la restricción. (Para obtener información sobre cómo pedir excepciones, consulte la Sección 5.2 del Capítulo 7).

Tenga en cuenta que a veces un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra lista de medicamentos. Esto se debe a que se pueden aplicar diferentes restricciones o costos compartidos en función de factores como la concentración, la cantidad o la forma del medicamento recetado por su proveedor de atención médica (por ejemplo, 10 mg en comparación con 100 mg, uno por día en comparación con dos por día; comprimido en comparación con líquido).

#### Sección 4.2 ¿Qué tipos de restricciones?

Nuestro plan aplica distintos tipos de restricciones para ayudar a nuestros miembros a usar los medicamentos en formas más eficaces. Las secciones siguientes le brindan más información acerca de los tipos de restricciones que usamos para ciertos medicamentos.

*[Plans should include only the forms of utilization management used by the plan.]*

Restricción de medicamentos de marca cuando hay una versión genérica disponible

Un medicamento “genérico” tiene el mismo efecto que un medicamento de marca pero, por lo general, es más económico. [*Insert as applicable:* **En la mayoría de los casos, cuando** *OR* **Cuando**] **está disponible la versión genérica de un medicamento de marca, las farmacias de la red le proporcionarán el medicamento genérico.** Por lo general, no ofreceremos cobertura para un medicamento de marca si hay una versión genérica disponible. Sin embargo, si su proveedor [*insert as applicable:* nos ha informado el motivo médico por el cual a usted no le serviría el medicamento genérico *OR* ha escrito “sin sustitución” en la receta para un medicamento de marca *OR* nos ha informado el motivo por el cual ni el medicamento genérico ni otros medicamentos cubiertos que tratan la misma afección le hacen efecto], entonces sí cubriremos el medicamento de marca. (La parte del costo que le corresponda pagar puede ser mayor para el medicamento de marca que para el genérico).

Cómo obtener la aprobación del plan por adelantado

Para determinados medicamentos, usted o su proveedor deben obtener la autorización del plan antes de que aceptemos cubrir el medicamento. Esto se denomina “**autorización previa**.” A veces, el requisito para obtener aprobación por adelantado ayuda a guiar el uso adecuado de ciertos medicamentos. Si no obtiene esta aprobación, es posible que el plan no cubra el medicamento.

Cómo probar un medicamento diferente primero

Este requisito hace que usted trate de utilizar medicamentos menos costosos pero igual de eficaces antes de que el plan le brinde cobertura para otro medicamento. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma afección médica, el plan puede requerir que pruebe el medicamento A primero. Si el medicamento A no le da ningún resultado, el plan cubrirá el medicamento B. Este requisito de probar primero con otro medicamento se denomina “**tratamiento escalonado**”.

Cómo limitamos la cantidad de medicamento

Para ciertos medicamentos, establecemos un límite en la cantidad del medicamento que usted puede obtener por vez. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro tomar solo una píldora al día de un medicamento determinado, podemos limitar la cobertura de su medicamento con receta a no más de una píldora por día.

#### Sección 4.3 ¿Alguna de estas restricciones se aplica a sus medicamentos?

La Lista de medicamentos del plan incluye información acerca de las restricciones descritas anteriormente. Para averiguar si alguna de estas restricciones se aplica a un medicamento que está tomando o desea tomar, consulte la Lista de medicamentos. Para obtener la información más actualizada, llame a Servicios para los miembros (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto) o visite nuestro sitio web (*[insert URL]*).

**Si hay una restricción para su medicamento, por lo general significa que usted o su proveedor deberán seguir pasos adicionales para que nosotros cubramos el medicamento.** Si hay una restricción sobre el medicamento que usted debe tomar, comuníquese con Servicios para los miembros para obtener información sobre qué debe hacer usted o su proveedor para obtener cobertura para el medicamento. Si desea pedirnos que eliminemos la restricción, tendrá que usar el proceso de decisiones de cobertura para solicitarnos una excepción. Podemos estar o no de acuerdo en eliminar la restricción. (Para obtener información sobre cómo pedir excepciones, consulte la Sección 5.2 del Capítulo 7).

### SECCIÓN 5 ¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera?

#### Sección 5.1 Hay algunas cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera

Esperamos que su cobertura para medicamentos funcione bien para usted. No obstante, es posible que haya un medicamento con receta que está tomando actualmente, o un medicamento que usted y su proveedor piensan que debería estar tomando, y que no está en nuestro Formulario o está en el Formulario con ciertas restricciones. Por ejemplo:

* El medicamento puede no estar cubierto en absoluto. O tal vez una versión genérica del medicamento tenga cobertura, pero la versión de marca que desea tomar no está cubierta.
* El medicamento está cubierto, pero se aplican normas o restricciones adicionales respecto de la cobertura de ese medicamento**.** Tal como se explicó en la Sección 4, para algunos de los medicamentos que cubre el plan se aplican otras normas que restringen su uso. *[Delete sentence if plan does not have step therapy]* Por ejemplo, se le puede pedir que primero pruebe un medicamento distinto, para ver si funciona, antes de que se cubra el medicamento que desea tomar. *[Delete sentence if plan does not have quantity limits]* También puede haber límites sobre la cantidad de medicamento (cantidad de píldoras, etc.) que tendría cobertura durante un período determinado. En algunos casos, es posible que quiera que eliminemos la restricción para usted.
* *[Omit if plan’s formulary structure (e.g., no tiers) does not allow for tiering exceptions]*El medicamento está cubierto, pero se encuentra en un nivel de costo compartido que hace que su parte de los costos sea más alta de lo que cree que debería ser.El plan coloca cada medicamento cubierto en uno de los *[insert number of tiers]* diferentes niveles de costos compartidos. El monto que pague por su medicamento con receta depende, en parte, del nivel de costo compartido en el que se incluya su medicamento.

**Hay algunas cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera.** *[Delete next sentence if plan’s formulary structure (e.g., no tiers) does not allow for tiering exceptions.]* Sus opciones dependen del tipo de problema que tenga:

* Si el medicamento no está en la Lista de medicamentos o si está restringido, consulte la Sección 5.2 para obtener información sobre lo que puede hacer.
* *[Omit if plan’s formulary structure (e.g., no tiers) does not allow for tiering exceptions]* Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que hace que sus costos sean más altos de lo que cree que deberían ser, consulte la Sección 5.3 para obtener información sobre lo que puede hacer.

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

Si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o está restringido, esto es lo que puede hacer:

* Puede obtener un suministro temporal del medicamento (solo los miembros en determinadas situaciones pueden obtener un suministro temporal). De este modo, usted y su proveedor tendrán tiempo para cambiarlo por otro medicamento o presentar una solicitud para que se cubra el medicamento.
* Puede cambiar a otro medicamento.
* Puede solicitar una excepción y pedirle al plan que cubra el medicamento o que retire las restricciones del medicamento.

Puede obtener un suministro temporal

En determinadas circunstancias,el plan puede proporcionarle un suministro temporal de un medicamento cuando su medicamento no está en la Lista de medicamentos o cuando se limita de alguna manera. Hacer esto le da tiempo para consultar con su proveedor acerca del cambio en la cobertura y averiguar qué hacer.

Para calificar para un suministro temporal, usted debe cumplir con los dos requisitos siguientes:

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

* El medicamento que ha estado tomando **ya no está en la Lista de medicamentos del plan**.
* O bien, el medicamento que ha estado tomando **ahora tiene algún tipo de restricción** (en la Sección 4 de este capítulo se explican las restricciones).

**2. Debe estar en una de las situaciones descritas a continuación:**

* *[Sponsors may omit this scenario if all current members will be transitioned in advance for the following year.]* **Para los miembros que son nuevos o que estuvieron en el plan el año pasado y no están en un centro de atención a largo plazo (LTC):**

Cubriremos un suministro temporal de su medicamento **durante los primeros *[insert time period (must be at least 90 days)]* de su membresía en el plan si es miembro nuevo en el plan y durante los primeros *[insert time period (must be at least 90 days)]* del año calendario si estuvo en el plan el año pasado.** Este suministro temporal será para un máximo de *[insert supply limit (must be at least a 30-day supply)]*. Si su receta está indicada para menos días, permitiremos que realice múltiples resurtidos por un máximo de hasta *[insert supply limit (must be at least a 30-day supply)]* del medicamento. El medicamento con receta debe obtenerse en una farmacia de la red.

* **Para los miembros que son nuevos o que estuvieron en el plan el año pasado y residen en un centro de atención a largo plazo (LTC):**

Cubriremos un suministro temporal desu medicamento **durante los primeros *[insert time period (must be at least 90 days)]*** **de su membresía en el plan si es nuevo y durante los primeros *[insert time period (must be at least 90 days)]*** **del año calendario si estuvo en el plan el año pasado**. El suministro total será para un máximo de *[insert supply limit (must be at least a 91-day supply and may be up to a 98-day supply depending on the dispensing increment)]*. Si su receta está indicada para menos días, permitiremos obtener varias veces los medicamentos hasta llegar a un máximo de un suministro para *[(must be at least a 91-day supply and may be up to a 98-day supply)]* del medicamento. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo puede proporcionarle el medicamento en menores cantidades por vez para evitar el uso indebido).

* **Para los que han sido miembros del plan por más de *[insert time period (must be at least 90 days)]*** **y residen en un centro de atención a largo plazo (LTC) y necesitan un suministro de inmediato:**

Cubriremos un suministro para *[insert supply limit (must be at least a 31-day supply)]* de un medicamento particular, o menos, si su receta está indicada para menos días. Esto es complementario al suministro de transición para atención a largo plazo.

* *[If applicable: Plans must insert their transition policy for current members with level of care changes.]*

Para pedir un suministro temporal, llame a Servicios para los miembros (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto).

En el período durante el cual tenga el suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se agote este suministro temporal. Puede cambiar a un medicamento diferente cubierto por el plan o solicitarle al plan que haga una excepción para usted y cubra el medicamento actual. Las siguientes secciones detallan estas opciones.

Puede cambiar a otro medicamento

Comience por hablar con su proveedor. Tal vez haya un medicamento diferente cubierto por el plan que podría funcionar igual de bien para usted. Puede llamar a Servicios para los miembros y pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que funcione para usted. (En la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono de Servicios para los miembros).

Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitarle al plan que haga una excepción para usted y cubra el medicamento en la forma en que desearía que estuviera cubierto. Si su proveedor dice que usted tiene razones médicas que justifican que nos pida una excepción, su proveedor puede ayudarlo a solicitar una excepción a la norma. Por ejemplo, usted puede pedirle al plan que cubra un medicamento, aunque no esté en la Lista de medicamentos del plan. O puede pedirle al plan que haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

*[Plans may omit the following paragraph if they do not have an advance transition process for current members.]* Si es actualmente un miembro y el medicamento que está tomando se retira del Formulario o tiene algún tipo de restricción el próximo año, usted podrá solicitar una excepción al Formulario por adelantado para el próximo año. Le comunicaremos cualquier cambio en la cobertura de su medicamento para el próximo año. Puede solicitar una excepción antes del próximo año y le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibir su solicitud (o declaración que respalda su solicitud por parte de la persona autorizada a dar recetas). Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura antes de que el cambio entre en vigencia.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, la Sección 5.4 del Capítulo 7 explica qué hacer*.* Explica los procedimientos y plazos que ha establecido Medicare para asegurarse de que su solicitud se maneje en forma inmediata y justa.

#### Sección 5.3 ¿Qué puede hacer si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera demasiado elevado? *[Plans with a formulary structure (e.g., no tiers or defined standard coinsurance across all tiers) that does not allow for tiering exceptions: omit Section 5.3]*

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

Puede cambiar a otro medicamento

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera muy alto, comience por hablar con su proveedor. Tal vez haya un medicamento diferente en un nivel de costo compartido inferior que podría funcionar igual de bien para usted. Puede llamar a Servicios para los miembros y pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que funcione para usted. (En la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono de Servicios para los miembros).

Puede solicitar una excepción

Para medicamentos en el *[insert tier(s)]*, usted y su proveedor pueden solicitar al plan que haga una excepción en el nivel de costo compartido para que pague menos por el medicamento. Si su proveedor dice que usted tiene razones médicas que justifican que nos pida una excepción, su proveedor puede ayudarlo a solicitar una excepción a la norma.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, la Sección 5.4 del Capítulo 7 explica qué hacer*.* Explica los procedimientos y plazos que ha establecido Medicare para asegurarse de que su solicitud se maneje en forma inmediata y justa.

[*Insert if applicable:* Los medicamentos del [*insert name of specialty tier*] no son elegibles para este tipo de excepción. No disminuimos el monto de costo compartido para los medicamentos en este nivel.]

### SECCIÓN 6 ¿Qué sucede si cambia la cobertura para alguno de sus medicamentos?

#### Sección 6.1 La Lista de medicamentos puede sufrir modificaciones durante el año

La mayoría de los cambios en la cobertura para medicamentos tienen lugar al comienzo de cada año (1 de enero). Sin embargo, durante el año, el plan podría hacer cambios en la Lista de medicamentos. Por ejemplo, el plan podría:

* **Agregar o retirar medicamentos de la Lista de medicamentos.** Suelen surgir medicamentos nuevos, incluidos medicamentos genéricos nuevos. Quizás el gobierno haya autorizado un nuevo uso para un medicamento existente. A veces, un medicamento se retira del mercado y nosotros decidimos no cubrirlo. O podríamos eliminar un medicamento de la lista porque se descubre que no es eficaz.
* *[Plans that do not use tiers may omit]* **Pasar un medicamento a un nivel de costo compartido más alto o más bajo**.
* **Agregar o quitar una restricción respecto de la cobertura de un medicamento** (para obtener más información sobre las restricciones en la cobertura, consulte la Sección 4 de este capítulo).
* **Sustituir un medicamento de marca por uno genérico.**

En casi todos los casos, debemos obtener la aprobación de Medicare para los cambios que hagamos en la Lista de medicamentos del plan.

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

¿Cómo saber si la cobertura de un medicamento ha cambiado?

Si hay alguna modificación en la cobertura *para un medicamento que está tomando*, el plan le enviará un aviso para comunicarle dicho cambio. Habitualmente, **le avisaremos, al menos, 60 días antes.**

De vez en cuando, algún medicamento **debe retirarse del mercado repentinamente** porque se ha descubierto que no es seguro o por algún otro motivo. Si esto ocurre, el plan eliminará inmediatamente el medicamento de la Lista de medicamentos. Le informaremos este cambio de inmediato. Su proveedor también estará enterado de este cambio y puede ayudarle a encontrar otro medicamento para su afección.

¿Los cambios en su cobertura para medicamentos lo afectan de inmediato?

Si alguno de los siguientes tipos de cambios afecta a algún medicamento que esté tomando, el cambio no le afectará hasta el 1 de enero del próximo año si se mantiene en el plan:

* *[Plans that do not use tiers may omit]* Si pasamos su medicamento a un nivel de costo compartido más alto.
* Si imponemos una nueva restricción respecto de su uso del medicamento.
* Si quitamos su medicamento de la Lista de medicamentos, pero no a causa de un retiro repentino del mercado ni debido a que ha sido sustituido por un medicamento genérico nuevo.

Si tiene lugar alguno de estos cambios con respecto a un medicamento que usted toma, entonces el cambio no afectará su uso o lo que usted paga como la parte del costo que le corresponde hasta el 1 de enero del año siguiente. Hasta esa fecha, probablemente no verá ningún aumento en sus pagos o cualquier otra restricción agregada a su uso del medicamento. Sin embargo, los cambios lo afectarán a partir del 1 de enero del año siguiente.

En algunos casos, usted se verá afectado por el cambio de cobertura antes del 1 de enero:

* Si un **medicamento de marca que está tomando es sustituido por un nuevo medicamento genérico**, el plan debe darle por lo menos 60 días de aviso o suministrarle un resurtido para 60 días de su medicamento de marca en una farmacia de la red.
  + Durante este período de 60 días, usted debe trabajar con su proveedor para cambiar al medicamento genérico o a un medicamento diferente que cubramos.
  + O usted y su proveedor pueden solicitar al plan que haga una excepción y siga cubriendo el medicamento de marca para usted. Para obtener más información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 7 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]).*
* Nuevamente, si un medicamento **debe retirarse del mercado repentinamente** porque se ha descubierto que no es seguro o por otras razones, el plan lo eliminará de inmediato de la Lista de medicamentos. Le informaremos este cambio de inmediato.
  + Su proveedor también estará enterado de este cambio y puede ayudarle a encontrar otro medicamento para su afección.

### SECCIÓN 7 ¿Qué tipos de medicamentos *no* cubre el plan?

#### Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos

En esta sección se describen los tipos de medicamentos con receta que se “excluyen”. Esto significa que Medicare no paga estos medicamentos.

Si recibe algún medicamento que esté excluido, deberá pagarlo usted mismo. No pagaremos por los medicamentos que se incluyan en esta sección [*insert if applicable:* (a menos que nuestro plan cubra ciertos medicamentos excluidos dentro de la cobertura para medicamentos mejorada)]. La única excepción es la siguiente: que se determine que el medicamento solicitado en apelación no es un medicamento excluido en la Parte D y que debimos haberlo pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hayamos tomado de no ofrecer cobertura para un medicamento, consulte la Sección 5.5 del Capítulo 7 de este folleto).

A continuación, se presentan tres normas generales sobre medicamentos que el plan de medicamentos con receta de Medicare no cubre en la Parte D:

* La cobertura para medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto en la Parte A o Parte B de Medicare.
* Nuestro plan no cubre un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
* Nuestro plan, por lo general, no puede cubrir el uso para una indicación no autorizada. “Uso para una indicación no autorizada” es cualquier uso distinto al indicado en la etiqueta de un medicamento aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA).
  + En general, la cobertura del “uso para una indicación no autorizada” solo se permite cuando esté sustentada por libros de referencia específicos. Estos libros de referencia son: American Hospital Formulary Service Drug Information, Sistema de Información DRUGDEX. Para el cáncer, National Comprehensive Cancer Network y Clinical Pharmacology o sus sucesores. Si el uso no está respaldado por alguno de estos libros de referencia, entonces nuestro plan no puede cubrir su “uso para una indicación no autorizada”.

Además, por ley, estas categorías de medicamentos no están cubiertas por los planes de medicamentos de Medicare [*Insert if applicable:* (Nuestro plan cubre ciertos medicamentos detallados debajo, mediante la cobertura de medicamentos mejorada, para lo cual se le puede cobrar una prima adicional. A continuación se brinda más información).]

* Medicamentos sin receta (también denominados medicamentos de venta libre)
* Medicamentos utilizados para estimular la fertilidad
* Medicamentos utilizados para el alivio de la tos o los síntomas del resfriado
* Medicamentos para fines estéticos o para promover el crecimiento del cabello
* Vitaminas con receta y productos minerales, salvo las vitaminas prenatales y preparaciones de flúor
* Medicamentos utilizados para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil, como Viagra, Cialis, Levitra y Caverject
* Medicamentos utilizados para el tratamiento de la anorexia, la pérdida de peso o el aumento de peso
* Medicamentos para pacientes externos cuyo fabricante pretenda exigir como condición de venta que los exámenes asociados o servicios de supervisión se compren exclusivamente al fabricante

[*Insert if applicable:* Ofrecemos cobertura adicional para algunos medicamentos con receta que normalmente el plan de medicamentos con receta de Medicare no cubre (cobertura para medicamentos mejorada). *[Insert details about the excluded drugs your plan does cover, including whether you place any limits on that coverage.]* El monto que paga cuando obtiene un medicamento con receta para estos medicamentos no se tiene en cuenta para calificarlo para la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas. (En la Sección 7 del Capítulo 4 de este folleto, se describe la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas).]

[*Insert if plan offers coverage for any drugs excluded under Part D:* Además, si está **recibiendo “Ayuda adicional” de parte de Medicare** para pagar sus medicamentos con receta, el programa de Ayuda adicional no pagará los medicamentos que por lo general no cubre. (Para obtener más información, consulte la Lista de medicamentos del plan o llame a Servicios para los miembros. Los números de teléfono para Servicios para los miembros están impresos en la portada posterior de este folleto). Sin embargo, si tiene una cobertura para medicamentos a través de Medicaid, el programa Medicaid de su estado pueden cubrir algunos medicamentos con receta que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare. Comuníquese con el programa Medicaid de su estado para determinar la cobertura para medicamentos disponible para usted. (Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto de Medicaid en la Sección 6 del Capítulo 2).]

[*Insert if plan does not offer coverage for any drugs excluded under Part D:* **Si usted recibe “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos**, el programa Medicaid de su estado puede cubrir algunos medicamentos con receta que normalmente no estén cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare. Comuníquese con el programa Medicaid de su estado para determinar la cobertura para medicamentos disponible para usted. (Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto de Medicaid en la Sección 6 del Capítulo 2).]

### SECCIÓN 8 Muestre la tarjeta de miembro del plan cuando quiera obtener un medicamento con receta

#### Sección 8.1 Muestre la tarjeta de miembro

Para obtener su medicamento con receta, muestre su tarjeta de miembro del plan en la farmacia de la red que usted elija. Cuando muestre su tarjeta de miembro del plan, la farmacia de la red automáticamente le facturará al plan *nuestra* parte del costo de su medicamento con receta cubierto. Usted deberá pagarle a la farmacia *su* parte del costo en el momento de retirar su medicamento con receta.

#### Sección 8.2 ¿Qué sucede si no tiene la tarjeta de miembro?

Si usted no tiene su tarjeta de miembro del plan en el momento de obtener su medicamento con receta, pídale a la farmacia que llame al plan para obtener la información necesaria.

Si la farmacia no recibe la información necesaria, **es posible que usted deba pagar el costo total del medicamento con receta cuando lo retire.** (Entonces puede **solicitarnos que le reembolsemos** la parte que nos corresponde. Consulte la Sección 2.1 del Capítulo 5 para obtener información sobre cómo solicitar el reembolso al plan).

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

#### Sección 9.1 ¿Qué sucede si está en un hospital o centro de atención de enfermería especializada y Original Medicare cubre su estadía?

Si **ingresa en un hospital** para una estadía cubierta por Original Medicare,la Parte A de Medicare generalmente cubrirá el costo de los medicamentos con receta durante la estadía. Una vez que salga del hospital, nuestro plan cubrirá sus medicamentos, siempre y cuando estos cumplan todas nuestras normas para la cobertura. Consulte las partes anteriores de este capítulo que definen las normas para obtener cobertura para medicamentos.

Si **ingresa en un centro de atención de enfermería especializada** para una estadía cubierta por Original Medicare, la Parte A de Medicare generalmente cubrirá los medicamentos con receta durante la totalidad o parte de la estadía. Si continúa en el centro de atención de enfermería especializada y la Parte A ya no cubre sus medicamentos, nuestro plan cubrirá sus medicamentos siempre y cuando estos cumplan con todas nuestras normas para la cobertura. Consulte las partes anteriores de este capítulo que definen las normas para obtener cobertura para medicamentos.

**Tenga en cuenta lo siguiente:** cuando usted ingresa, reside o sale de un centro de atención de enfermería especializada, tiene derecho a un período de inscripción especial. Durante este período, puede cambiar de plan o cambiar su cobertura. (En el Capítulo 8, *Cancelación de su membresía en el plan*, se explica cómo puede dejar de participar en nuestro plan e inscribirse en otro plan de Medicare).

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

Normalmente, un centro de atención a largo plazo (LTC) (como un hogar de convalecencia) tiene su propia farmacia o una farmacia que suministra medicamentos para todos sus residentes. Si usted reside en un centro de atención a largo plazo, puede obtener sus medicamentos con receta a través de la farmacia del centro, siempre y cuando sea parte de nuestra red.

Consulte el *Directorio de farmacias* para averiguar si la farmacia del centro de atención a largo plazo forma parte de nuestra red. Si no forma parte, o si necesita más información, comuníquese con Servicios para los miembros (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto).

¿Qué sucede si usted reside en un centro de atención a largo plazo (LTC) y es un miembro nuevo del plan?

Si necesita un medicamento que no figura en la Lista de medicamentos o que tiene algún tipo de restricción, el plan cubrirá un **suministro temporal** del medicamento durante los primeros *[insert time period (must be at least 90 days)]*de su membresía. El suministro total será para un máximo de *[insert supply limit (must be at least a 91-day supply and may be up to a 98-day supply depending on the dispensing increment)]* o menos si su receta está indicada para menos días. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo puede proporcionarle el medicamento en menores cantidades por vez para evitar el uso indebido). Si usted ha sido miembro del plan por más de *[insert time period (must be at least 90 days)]* y necesita un medicamento que no figura en la Lista de medicamentos o que tiene algún tipo de restricción en la cobertura del medicamento, cubriremos un suministro de *[insert supply limit (must be at least a 31-day supply)]* o menos si su receta está indicada para menos días.

En el período durante el cual tenga el suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se agote este suministro temporal. Tal vez haya un medicamento diferente cubierto por el plan que podría funcionar igual de bien para usted. O bien, usted y su proveedor pueden solicitarle al plan que haga una excepción para usted y cubra el medicamento en la forma en que desearía que estuviera cubierto. Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, la Sección 5.4 del Capítulo 7explica qué hacer*.*

#### Sección 9.3 ¿Qué sucede si está tomando medicamentos que cubre Original Medicare?

Su inscripción en *[insert 2018 plan name]* no afecta la cobertura para medicamentos de la Parte A o la Parte B de Medicare. Si usted reúne los requisitos para la cobertura de Medicare, sus medicamentos continuarán estando cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare, aunque esté inscrito en este plan. Además, si su medicamento estuviera cubierto por la Parte A o la Parte B de Medicare, nuestro plan no puede cubrirlo, incluso si decide no inscribirse en la Parte A ni en la Parte B.

La Parte B de Medicare puede cubrir algunos medicamentos en algunas situaciones y *[insert 2018 plan name]* puede cubrirlos en otras. Pero los medicamentos nunca están cubiertos por la Parte B y nuestro plan al mismo tiempo. En general, su farmacéutico o proveedor determinarán si deben facturarle el medicamento a la Parte B de Medicare o a *[insert 2018 plan name]*.

#### Sección 9.4 ¿Qué sucede si usted tiene una póliza Medigap (Seguro complementario de Medicare) con cobertura para medicamentos con receta?

Si actualmente tiene una póliza Medigap con cobertura para medicamentos con receta, debe ponerse en contacto con su emisor de Medigap y decirle que se inscribió en nuestro plan. Si decide conservar su póliza Medigap actual, el emisor de Medigap quitará la parte de la cobertura para medicamentos con receta de su póliza Medigap y reducirá su prima.

Cada año, su compañía de seguros de Medigap debe enviarle un aviso en el que se le informe si su cobertura para medicamentos con receta es “acreditable” y las opciones que tiene para la cobertura para medicamentos. (Si la cobertura de la póliza Medigap es “**acreditable**”, quiere decir que, en promedio, paga al menos lo mismo que la cobertura para medicamentos estándar de Medicare). El aviso también le explicará cuánto se reducirá su prima si elimina la parte de la cobertura para medicamentos con receta de su póliza Medigap. Si no recibió este aviso o si no puede encontrarlo, póngase en contacto con la compañía de seguros de Medigap y pida otra copia.

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

¿Tiene en la actualidad otra cobertura para medicamentos con receta de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge)? En ese caso, comuníquese con el **administrador de beneficios de ese grupo.** El administrador de beneficios puede ayudarle a determinar cómo funcionará su cobertura actual para medicamentos con receta en relación con nuestro plan.

En general, si actualmente tiene empleo, la cobertura para medicamentos con receta que le brindemos será *complementaria* a la cobertura de su empleador o grupo de jubilados. Eso significa que la cobertura de su grupo pagaría primero.

Nota especial sobre la “cobertura acreditable”:

Cada año, su empleador o grupo de jubilados le debe enviar un aviso en el que se le informe si su cobertura para medicamentos con receta para el año calendario siguiente es “acreditable” y las opciones que tiene para la cobertura para medicamentos.

Si la cobertura del plan del grupo es “**acreditable**,” quiere decir que incluye una cobertura para medicamentos que en promedio, paga al menos lo mismo que la cobertura para medicamentos estándar de Medicare.

**Guarde estos avisos sobre la cobertura acreditable** porque es posible que los necesite más adelante. Si se inscribe en un plan de Medicare que incluye cobertura para medicamentos de la Parte D, es posible que necesite estos avisos para demostrar que usted ha mantenido la coberturaacreditable. Si no recibió un aviso sobre la cobertura acreditable del plan de su empleador o grupo de jubilados, puede obtener una copia del administrador de beneficios del empleador o grupo de jubilados o con el empleador o sindicato.

#### Sección 9.6 ¿Qué sucede si se encuentra en un hospicio certificado por Medicare?

Los medicamentos nunca están cubiertos por el hospicio y nuestro plan al mismo tiempo. Si está inscrito en un hospicio de Medicare y necesita un medicamento contra las náuseas, un laxante, un analgésico o un ansiolítico que no está cubierto por el hospicio porque no está relacionado con su enfermedad terminal o sus afecciones relacionadas, la persona que le emite la receta o por su proveedor del hospicio debe notificar a nuestro plan que el medicamento no está relacionado antes de que el plan pueda cubrir el medicamento. Para evitar demoras en la recepción de medicamentos no relacionados que debería cubrir nuestro plan, puede pedirle al proveedor del hospicio o a la persona que le emite la receta que se aseguren de que tengamos la notificación de que el medicamento no está relacionado antes de pedir a la farmacia que surta su medicamento con receta.

En caso de que usted revoque su elección de hospicio o que reciba el alta del hospicio, nuestro plan debe cubrir todos sus medicamentos. Para evitar demoras en la farmacia cuando finaliza un beneficio de hospicio de Medicare, presente la documentación en la farmacia para verificar su revocación o alta. Consulte las partes anteriores de esta sección que informan acerca de las normas para obtener la cobertura para medicamentos según la Parte D. En el Capítulo 4 (Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D), encontrará más información sobre la cobertura para medicamentos y lo que le corresponde pagar.

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

#### Sección 10.1 Programas que ayudan a los miembros a utilizar los medicamentos en forma segura

Llevamos a cabo revisiones sobre los usos de medicamentos para nuestros miembros para ayudarles a asegurarse de que estén recibiendo una atención segura y adecuada. Estas revisiones son especialmente importantes para los miembros que tienen más de un proveedor que les receta medicamentos.

Hacemos una revisión cada vez que usted obtiene un medicamento con receta. También revisamos nuestros registros regularmente. Durante estas revisiones, buscamos problemas potenciales, tales como:

* Posibles errores en los medicamentos.
* Medicamentos que pueden no ser necesarios porque está tomando otro medicamento para tratar la misma afección médica.
* Medicamentos que pueden no ser seguros o apropiados debido a su edad o sexo.
* Ciertas combinaciones de medicamentos que podrían hacerle daño si se toman al mismo tiempo.
* Recetas indicadas para medicamentos que tienen ingredientes a los que usted es alérgico.
* Posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que esté tomando.

Si detectamos un posible problema en su uso de los medicamentos, colaboraremos con su proveedor para corregir el problema.

#### Sección 10.2 Programa de manejo del tratamiento farmacológico (MTM) [*insert if plan has other medication management programs* “y otro programa”] [*insert if* *applicable* “y otros programas”] para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos

*[Plans should include this section only if applicable.]*

Tenemos un programa que puede [*delete* “un programa” *and* “que puede” *and insert* “programas que pueden” *if plan has other medication management programs*] ayudar a nuestros miembros en necesidades de salud complejas. Por ejemplo, algunos miembros padecen varias condiciones médicas, toman diferentes medicamentos al mismo tiempo y los costos de sus medicamentos son elevados.

Este programa es voluntario y gratuito [*if applicable replace with* “Estos programas son voluntarios y gratuitos”] para los miembros. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrollaron el programa [*delete “el programa” and insert if applicable “los programas”*] para nosotros. Este programa puede [*insert if applicable:* “Los programas”] puede(n) ayudar a garantizar que nuestros miembros aprovechen al máximo el beneficio de los medicamentos que toman. Nuestro [*if applicable replace* “Nuestro” with “Un”] programa se denomina Programa de manejo del tratamiento farmacológico (MTM). Algunos miembros que toman medicamentos para diferentes condiciones médicas pueden obtener los servicios de un programa de MTM. Un farmacéutico u otro profesional de la salud llevará a cabo una revisión integral de sus medicamentos. Puede hablar sobre la mejor manera de tomar sus medicamentos, los costos o cualquier problema o pregunta que tenga sobre sus medicamentos con receta y de venta libre. Recibirá un resumen por escrito de esta conversación. El resumen tiene un plan de acción para los medicamentos que recomienda lo que puede hacer para aprovechar sus medicamentos, también tiene lugar para que tome notas o escriba las preguntas de seguimiento. También obtendrá una lista de medicamentos personal que incluirá todos los medicamentos que está tomando y la razón por la que los está tomando.

Es una buena idea programar una revisión de los medicamentos antes de su consulta anual de “bienestar”, para que pueda hablar con su médico sobre su plan de acción y su lista de medicamentos. Lleve su plan de acción y lista de medicamentos a su consulta o en cualquier momento que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. También lleve su lista de medicamentos (por ejemplo, con su identificación) si concurre al hospital o a la sala de emergencias.

Si tenemos un programa que se adapte a sus necesidades, lo inscribiremos automáticamente en él y le enviaremos la información. Si usted decide no participar, notifíquelo y retiraremos su participación del programa. Si tiene preguntas sobre el programa, comuníquese con Servicios para los miembros (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto).

Capítulo 4

Lo que le corresponde pagar   
por los medicamentos   
con receta de la Parte D

## Capítulo 4. Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D

SECCIÓN 1 Introducción 75

Sección 1.1 Utilice este capítulo junto con la otra documentación que explica la cobertura para medicamentos 75

Sección 1.2 Tipos de costos que es posible que deba pagar de su bolsillo por los medicamentos cubiertos 76

SECCIÓN 2 El precio que paga por un medicamento depende de la “etapa de pago de medicamentos” en la que esté al obtener el medicamento 77

Sección 2.1 ¿Cuáles son las etapas de pago de los medicamentos para los miembros de *[insert 2018 plan name]*? 77

SECCIÓN 3 Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y la etapa de pago en la que se encuentra 78

Sección 3.1 Le enviamos un informe mensual llamado “Explicación de beneficios de la Parte D” (“EOB de la Parte D”) 78

Sección 3.2 Ayúdenos a mantener al día nuestra información sobre sus pagos de los medicamentos 79

SECCIÓN 4 Durante la Etapa del deducible, usted paga el costo total de los medicamentos *[insert drug tiers if applicable]* 80

Sección 4.1 Permanece en la Etapa del deducible hasta que haya pagado $*[insert deductible amount]* por sus medicamentos *[insert drug tiers if applicable]* 80

SECCIÓN 5 Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga su parte 81

Sección 5.1 Lo que paga por un medicamento depende del medicamento en sí y de dónde lo obtiene 81

Sección 5.2 Una tabla que muestra sus costos por un suministro para *un mes* de un medicamento 82

Sección 5.3 Si su médico le receta un suministro para menos de un mes completo, es posible que no deba pagar el costo del mes completo 84

Sección 5.4 Una tabla que muestra sus costos por un suministro de un medicamento *a largo plazo* para [*insert if applicable:* hasta] *[insert number of days]* días 85

Sección 5.5 Permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que los [*insert as applicable:* costos totales anuales de sus medicamentos alcancen los $*[insert 2018 initial coverage limit]* *OR* costos que paga de su bolsillo alcancen los $*[insert 2018 out-of-pocket threshold]*] 86

Sección 5.6 Cómo calcula Medicare los gastos que paga de su bolsillo por medicamentos con receta 88

SECCIÓN 6 Durante la Etapa del período sin cobertura, [*insert as appropriate*: usted recibe un descuento en medicamentos de marca y paga no más del 44 % de los costos de los medicamentos genéricos *OR* el plan proporciona cierto grado de cobertura para medicamentos] 90

Sección 6.1 Permanece en la Etapa del período sin cobertura hasta que los costos que paga de su bolsillo lleguen a $*[insert 2018 out-of-pocket threshold]* 90

Sección 6.2 Cómo calcula Medicare los gastos que paga de su bolsillo por medicamentos con receta 91

SECCIÓN 7 Durante la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, el plan paga la mayor parte del costo de sus medicamentos 94

Sección 7.1 Una vez que esté en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, permanecerá en esta etapa durante el resto del año 94

SECCIÓN 8 Información de beneficios adicionales 95

Sección 8.1 Nuestro plan ofrece beneficios adicionales 95

SECCIÓN 9 Lo que usted paga por las vacunas cubiertas por la Parte D depende de cómo y dónde las obtiene 95

Sección 9.1 Nuestro plan puede tener una cobertura separada para el medicamento de las vacunas de la Parte D en sí y para el costo de la administración de la vacuna 95

Sección 9.2 Usted puede llamar a Servicios para los miembros antes de administrarse una vacuna 97

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

[*Insert as appropriate, depending on whether SPAPs are discussed in Chapter 2:* Hay programas que ayudan a las personas con recursos limitados a pagar los medicamentos. Entre estos programas, se incluyen el programa de “Ayuda adicional” y los Programas estatales de asistencia farmacéutica. *OR* El programa de “Ayuda adicional” ayuda a las personas con recursos limitados a pagar los medicamentos.] Para obtener más información, consulte la Sección 7 del Capítulo 2.

**¿Recibe en la actualidad ayuda para pagar sus medicamentos?**

Si participa en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos, **parte de la información de esta *Evidencia de cobertura* sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D** [*insert as applicable:* **puede no aplicarse** *OR* **no se aplica**] **en su caso.** *[If not applicable, omit information about the LIS Rider.]* [*insert as appropriate:* Hemos incluido *OR* Le enviamos] un inserto separado, que se denomina “Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs” (Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben Ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta), también denominada “Low Income Subsidy Rider” o “LIS Rider” (Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS), que le informa sobre la cobertura para sus medicamentos. Si no posee este inserto, comuníquese con Servicios para los miembros y pida la “Cláusula adicional LIS”. (En la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono de Servicios para los miembros).

### SECCIÓN 1 Introducción

#### Sección 1.1 Utilice este capítulo junto con la otra documentación que explica la cobertura para medicamentos

Este capítulo se centra en lo que usted paga por sus medicamentos con receta de la Parte D. Para simplificar las cosas, en este capítulo usamos el término “medicamento” en el sentido de un medicamento con receta de la Parte D. Como se explica en el Capítulo 3, no todos los medicamentos son medicamentos de la Parte D, algunos medicamentos están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y otros medicamentos están excluidos de la cobertura de Medicare por ley. [*Optional for plans that provide supplemental coverage:* Algunos medicamentos excluidos pueden estar cubiertos por nuestro plan si ha comprado una cobertura para medicamentos adicional.]

Para comprender la información de pago que le proporcionamos en este capítulo, usted necesita saber los conceptos básicos sobre qué medicamentos están cubiertos, dónde obtener sus medicamentos con receta y cuáles son las normas a seguir cuando usted recibe sus medicamentos cubiertos. Estos son los materiales que explican estos conceptos básicos:

* **La *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan.** Para simplificar las cosas, a esto lo denominamos la “Lista de medicamentos”.
  + Esta Lista de medicamentos indica qué medicamentos están cubiertos para usted.
  + *[Plans that do not use tiers, omit]* También le indica en cuál de los *[insert number of tiers]* “niveles de costo compartido” se incluye el medicamento y si hay alguna restricción en su cobertura.
  + Si necesita una copia de la Lista de medicamentos, llame a Servicios para los miembros (los números de teléfono están impresos en la portada de este folleto). También puede encontrar la Lista de medicamentos en nuestro sitio web en *[insert URL].* La Lista de medicamentos en el sitio web siempre es la más actualizada.
* **Capítulo 3 de este folleto.** En el Capítulo 3 se proporcionan detalles sobre la cobertura para medicamentos con receta, incluidas las normas que debe cumplir para obtener los medicamentos cubiertos. El Capítulo 3 también indica qué tipos de medicamentos con receta no están cubiertos por nuestro plan.
* **El *Directorio de farmacias* del plan.**En la mayoría de los casos, debe adquirir los medicamentos cubiertos en una farmacia de la red (para obtener más detalles, consulte el Capítulo 3). El *Directorio de farmacias* tiene una lista de farmacias en la red del plan*.* También le explica qué farmacias de nuestra red pueden ofrecerle un suministro a largo plazo de un medicamento (tal como obtener una receta para un suministro de tres meses).

#### Sección 1.2 Tipos de costos que es posible que deba pagar de su bolsillo por los medicamentos cubiertos

Para que comprenda la información sobre los pagos que incluimos en este capítulo, debe conocer los tipos de costos que es posible que deba pagar de su bolsillo por los servicios cubiertos. El monto que usted paga por un medicamento se denomina “costo compartido”; hay tres maneras en las que se le puede solicitar que pague.

* El **“deducible”** es el monto que debe pagar por los medicamentos antes de que el plan comience a pagar la parte que le corresponde.
* El **“copago”** es un monto fijo que paga cada vez que obtiene un medicamento con receta.
* El **“coseguro”** significa que usted paga un porcentaje del costo total cada vez que obtiene un medicamento con receta.

### SECCIÓN 2 El precio que paga por un medicamento depende de la “etapa de pago de medicamentos” en la que esté al obtener el medicamento

#### Sección 2.1 ¿Cuáles son las etapas de pago de los medicamentos para los miembros de *[insert 2018 plan name]*?

Tal como se muestra en la tabla a continuación, hay “etapas de pago de los medicamentos” para su cobertura para medicamentos con receta según *[insert 2018 plan name]*. El monto que paga por un medicamento depende de la etapa en que se encuentre en el momento que obtenga un medicamento con receta o un resurtido. *[Plans with no premium delete the following sentence]* Tenga presente que siempre es su responsabilidad el pago de la prima mensual del plan, independientemente de la etapa de pago del medicamento.

*[Plans: Ensure entire table appears on the same page.]*

| **Etapa 1**  *Etapa del deducible  anual* | **Etapa 2**  *Etapa de cobertura inicial* | **Etapa 3**  *Etapa del período  sin cobertura* | **Etapa 4**  *Etapa de cobertura en situaciones catastróficas* |
| --- | --- | --- | --- |
| [*If plan has a deductible for all tiers insert:* Comienza en esta etapa de pago cuando obtiene el primer medicamento con receta del año.]  Durante esta etapa, **usted paga el costo total** de sus medicamentos [*insert if applicable:* de marca *OR* *[tier name(s)]*].  Permanece en esta etapa hasta que haya pagado $*[insert deductible amount]* por sus medicamentos [*insert if applicable:* de marca *OR* *[tier name(s)]*] ($*[insert deductible amount]* es el monto del deducible de su [*insert if applicable:* medicamento de marca *OR* *[tier name(s)]*]).  (En la Sección 4 de este capítulo encontrará más detalles).  [*Plans with no deductible replace the text above with:* Dado que el plan no tiene deducible, esta etapa de pago no es aplicable en su caso.] | [*Insert if plan has no deductible:* Comienza en esta etapa cuando obtiene el primer medicamento con receta del año.]  [*Insert if plan has no deductible or a deductible that applies to all drugs:* Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y **usted paga su parte del costo.**]  [*Insert if plan has a deductible that applies to some drugs:* Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos [*insert if applicable:* genéricos *OR* *[tier name(s)]*] y **usted paga su parte del costo.**  Después de que usted (u otros en su nombre) haya alcanzado su deducible de [*insert if applicable:* medicamentos de marca *OR* *[tier name(s)]*],el plan paga su parte de los costos de sus medicamentos [*insert if applicable:* de marca *OR* *[tier name(s)]*] y usted paga su parte.]  Permanece en esta etapa hasta que los [*insert as applicable:* **“costos totales de los medicamentos”** del año hasta la fecha (sus pagos más cualquier pago del plan de la Parte D) sumen un total de $*[insert 2018 initial coverage limit]*. *OR* **“costos que paga de su** **bolsillo”** (sus pagos) alcancen $*[insert 2018 out-of-pocket threshold]*.]  (Puede ver los detalles en la Sección 5 de este capítulo). | [*Plans with no additional gap coverage insert:* Durante esta etapa, usted paga el 35 % del precio de sus medicamentos de marca **(**además de una parte del costo de suministro) y el 44 % del precio de los medicamentos genéricos.]  [*Plans with additional generic coverage only in the gap insert:* Para los medicamentos genéricos, usted paga [*plans should briefly describe generic coverage. E.g., either a $10 copayment or 44% of the costs, whichever is lower].* En el caso de los medicamentos de marca, usted paga el 35 % del precio (además de una parte del costo de suministro).]  *[Plans with some coverage in the gap: insert description of gap coverage using standard terminology.]*  Usted permanece en esta etapa hasta que los **“costos que paga de su bolsillo”** del año hasta la fecha (sus pagos) lleguen a un total de $*[insert 2018 out-of-pocket threshold].* Medicare estableció este monto y las normas para calcular los costos hasta llegar a esta suma.  (Puede ver los detalles en la Sección 6 de este capítulo).  [*Plans with no coverage gap replace the text above with:* Debido a que no hay período sin cobertura para el plan, esta etapa de pago no se aplica a usted.] | Durante esta etapa, **el plan pagará la mayor parte del costo** de sus medicamentos durante el resto del año calendario (hasta el 31 de diciembre de 2018).  (Puede ver los detalles en la Sección 7 de este capítulo). |

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

#### Sección 3.1 Le enviamos un informe mensual llamado “Explicación de beneficios de la Parte D” (“EOB de la Parte D”)

Nuestro plan hace un seguimiento de los costos de sus medicamentos con receta y de los pagos que ha efectuado cuando obtiene sus medicamentos con receta o un resurtido en la farmacia. De esta manera, podemos decirle cuándo ha pasado de una etapa de pago de medicamentos a la siguiente etapa. En particular, hay dos tipos de costos de los que hacemos un seguimiento:

* Llevamos un registro de cuánto ha pagado. A este se le denomina costo “**que paga de su bolsillo**”.
* Llevamos un registro de los “**costos totales de sus medicamentos**”. Esta es la cantidad que paga de su bolsillo o que otros pagan en su nombre más la cantidad pagada por el plan.

Nuestro plan preparará un informe por escrito denominado *Explicación de beneficios de la Parte D* (a veces se lo denomina “EOB”) cuando haya obtenido uno o más medicamentos con receta a través del plan durante el mes anterior. Aquí encontrará lo siguiente:

* **Información para ese mes.** Este informe proporciona los detalles de pago sobre los medicamentos con receta que obtuvo el mes anterior. Muestra el total de costos de los medicamentos, lo que el plan pagó y lo que usted y otros han pagado en su nombre.
* **Los totales para el año desde el 1 de enero.** A esto se lo denomina información “del año hasta la fecha”. Muestra los costos totales de los medicamentos y los pagos totales por sus medicamentos desde el inicio del año.

#### Sección 3.2 Ayúdenos a mantener al día nuestra información sobre sus pagos de los medicamentos

Para hacer un seguimiento de los costos de sus medicamentos y de los pagos que efectúa por estos, utilizamos los registros que recibimos de las farmacias. Puede ayudarnos a mantener su información correcta y actualizada de la siguiente manera:

* **Muestre su tarjeta de miembro cuando obtenga un medicamento con receta.** Para asegurarse de que sabemos acerca de los medicamentos con receta que está obteniendo y lo que está pagando, muestre su tarjeta de miembro del plan cada vez que obtenga medicamentos con receta.
* **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** Es posible que, en ocasiones, usted deba pagar los medicamentos con receta cuando no recibamos automáticamente la información que necesitamos para mantener el seguimiento de los costos que paga de su bolsillo. Para ayudarnos a mantener un registro de los costos que paga de su bolsillo, puede darnos copias de los recibos de los medicamentos que ha comprado. (Si se le factura por un medicamento cubierto, puede pedirle a nuestro plan que pague la parte que nos corresponde del costo. Para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo, vaya a la Sección 2 del Capítulo 5 de este folleto). Estos son algunos de los tipos de situaciones en las que es posible que quiera darnos copias de sus recibos de medicamentos para asegurarse de que tengamos un registro completo de lo que ha gastado en sus medicamentos:
  + Cuando usted compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuento que no sea parte del beneficio de nuestro plan.
  + Cuando realiza un copago por los medicamentos que se proporcionan en virtud de un programa de asistencia del fabricante del medicamento para el paciente.
  + Cada vez que compre medicamentos cubiertos en una farmacia fuera de la red u otras veces que pague el precio total de un medicamento cubierto en circunstancias especiales.
* **Envíenos la información sobre los pagos que terceros hayan realizado por usted.** Los pagos realizados por otras personas u organizaciones también se tienen en cuenta en los costos que paga de su bolsillo y lo ayudan a calificar para la cobertura en situaciones catastróficas. Por ejemplo, para los costos que paga de su bolsillo, se tienen en cuenta los pagos realizados por*[plans without an SPAP in their state delete next item]* un Programa estatal de asistencia de medicamentos para el SIDA, un ADAP, el Servicio de salud para la población india estadounidense y la mayoría de las organizaciones benéficas. Le recomendamos que lleve un registro de estos pagos y nos lo envíe para que podamos hacer un seguimiento de sus costos.
* **Revise el informe que le enviamos por escrito.** Cuando reciba una *Explicación de beneficios de la Parte D* (una EOB) por correo, revísela para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si considera que el informe está incompleto o si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para los miembros (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto). *[Plans that allow members to manage this information on-line may describe that option here.]* Asegúrese de guardar estos informes. Son un registro importante de sus gastos en medicamentos.

### SECCIÓN 4 Durante la Etapa del deducible, usted paga el costo total de los medicamentos *[insert drug tiers if applicable]*

#### Sección 4.1 Permanece en la Etapa del deducible hasta que haya pagado $*[insert deductible amount]* por sus medicamentos *[insert drug tiers if applicable]*

[*Plans with no deductible replace Section 4 title with:* No hay un deducible para *[insert 2018 plan name]*.]

[*Plans with no deductible replace Section 4,1 title with:* Usted no paga un deducible para sus medicamentos de la Parte D.]

[*Plans with no deductible replace text below with*: No hay un deducible para *[insert 2018 plan name]*. Usted comienza en la Etapa de cobertura inicial cuando surte su primera receta del año. Consulte la Sección 5 para obtener información sobre su cobertura en la Etapa de cobertura inicial.]

La Etapa del deducible es la primera etapa de pago de la cobertura para medicamentos. [*Plans with a deductible for all drug types/tiers, insert:* Esta etapa comienza cuando surte su primera receta del año.Cuando se encuentra en esta etapa de pago, **debe pagar el costo total de sus medicamentos** hasta que alcance el monto de deducible del plan, que es $*[insert deductible amount]* para 2018.] [*Plans with a deductible on only a subset of drugs, insert:* Pagará un deducible anual de $*[insert deductible amount]* en los medicamentos de *[insert applicable drug tiers]*. **Debe pagar el costo total de sus medicamentos de *[insert applicable drug tiers]*** hasta que alcance el monto del deducible del plan. Para todos los demás medicamentos, no deberá pagar ningún deducible y comenzará a recibir la cobertura inmediatamente.]

* El **“costo total”** suele ser inferior al precio total habitual del medicamento, puesto que el plan ha negociado costos más bajos para la mayoría de los medicamentos.
* El **“deducible”** es el monto que debe pagar por los medicamentos con receta de la Parte D antes de que el plan comience a pagar la parte que le corresponde.

Una vez que haya pagado $*[insert deductible amount]* por los medicamentos de *[insert drug tiers if applicable]*, sale de la Etapa del deducible y pasa a la siguiente etapa de pago de medicamentos, que es la Etapa de cobertura inicial.

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

#### Sección 5.1 Lo que paga por un medicamento depende del medicamento en sí y de dónde lo obtiene

Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos con receta cubiertos y usted paga su parte (el [*insert as applicable:* copago *OR* monto de coseguro *OR* copago o monto de coseguro]). La parte que le corresponde del costo varía según el medicamento y dónde obtiene los medicamentos con receta.

El plan tiene *[insert number of tiers]* niveles de costo compartido

*[Plans that do not use drug tiers should omit this section.]*

Todos los medicamentos de la Lista de medicamentos del plan se encuentran en uno de los *[insert number of tiers]* niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el nivel de costo compartido, mayor será el costo del medicamento que le corresponderá pagar:

* *[Plans should briefly describe each tier (e.g., Cost-Sharing Tier 1 includes generic drugs). Indicate which is the lowest tier and which is the highest tier.]*

Para saber en qué nivel de costo compartido está su medicamento, consulte la *Lista de medicamentos* del plan.

Sus opciones de farmacia

El monto que usted paga por un medicamento está determinado según si obtiene el medicamento de:

* *[Plans with retail network pharmacies that offer preferred cost-sharing, delete this bullet and use next two bullets instead.]* Una farmacia minorista que está en la red de nuestro plan.
* [*Plans with retail network pharmacies that offer preferred cost-sharing, insert:* Una farmacia minorista de la red que ofrece un costo compartido estándar]
* [*Plans with retail network pharmacies that offer preferred cost-sharing, insert:* Una farmacia minorista de la red que ofrece un costo compartido preferido]
* Una farmacia que no es de la red de nuestro plan.
* *[Plans without mail-order service, delete this bullet.]* La farmacia de pedido por correo del plan

Para obtener más información sobre las opciones de farmacias y la obtención de los medicamentos con receta, consulte el Capítulo 3 de este folleto y el *Directorio de farmacias* del plan.

[*Include if plan has network pharmacies that offer preferred cost-sharing.* Generalmente, cubriremos sus medicamentos con receta *solo* si los obtiene en una de nuestras farmacias de la red. Algunas de nuestras farmacias de la red también ofrecen un costo compartido preferido. Para obtener sus medicamentos con receta cubiertos, puede ir a farmacias de la red que ofrecen un costo compartido preferido o a otras farmacias de la red que ofrecen un costo compartido estándar. Es posible que sus costos sean inferiores en las farmacias que ofrecen un costo compartido preferido.]

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

*[Plans using only copayments or only coinsurance should edit this paragraph to reflect the plan’s cost-sharing.]* Durante la Etapa de cobertura inicial, la parte que le corresponde del costo de un medicamento cubierto será un copago o un coseguro.

* El **“copago”** es un monto fijo que paga cada vez que obtiene un medicamento con receta.
* El **“coseguro”** significa que usted paga un porcentaje del costo total cada vez que obtiene un medicamento con receta.

*[Plans that do not use drug tiers, omit]* Como se muestra en la tabla siguiente, el monto del copago o coseguro depende del nivel en el que está su medicamento. Tenga en cuenta lo siguiente:

* *[Plans without copayments, omit]* Si el medicamento cubierto cuesta menos que el monto del copago que figura en el cuadro, usted pagará ese precio inferior por el medicamento. Paga el preciocompleto del medicamento *o* el monto del copago, *el que sea menor.*
* Cubrimos medicamentos con receta obtenidos en farmacias fuera de la red solamente en situaciones limitadas. Para obtener información sobre cuándo cubriremos un medicamento con receta obtenido en una farmacia fuera de la red, consulte la Sección 2.5 del Capítulo 3.

*[If the plan has retail network pharmacies that offer preferred cost-sharing, the chart must include both standard and preferred cost-sharing rates. For plans that offer mail-order benefits with both preferred and standard cost-sharing, sponsors may at their option modify the chart to indicate the different rates. If any columns do not apply to the plan (e.g., preferred cost-sharing or mail order), remove them from the table. The plan may also add or remove tiers as necessary. If mail order is not available for certain tiers, plans should insert the following text in the cost-sharing cell: “El pedido por correo no está disponible para medicamentos del [insert tier]”.]*

Su parte del costo cuando recibe un suministro para *un mes* de un medicamento con receta cubierto de la Parte D:

| **Nivel** | **Costo compartido minorista estándar (dentro de la red)**  (suministro para hasta *[insert number of days]* días) | **Costo compartido minorista preferido (dentro de la red)**  (suministro para hasta *[insert number of days]* días) | **Costo compartido de pedido por correo**  (suministro para hasta *[insert number of days]* días) | **Costo compartido de atención a largo plazo (LTC)**  (suministro para hasta *[insert number of days]* días) | **Costo compartido fuera de la red**  (La cobertura se limita a ciertas situaciones. Consulte el Capítulo 3 para obtener más detalles). (suministro para hasta *[insert number of days]* días) |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nivel 1 de costo compartido**  (*[insert description, e.g., “generic drugs”]*) | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* |
| **Nivel 2 de costo compartido**  (*[insert description]*) | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* |
| **Nivel 3 de costo compartido**  (*[insert description]*) | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* |
| **Nivel 4 de costo compartido**  (*[insert description]*) | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* |

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

Por lo general, el monto que paga por un medicamento con receta cubre el suministro para un mes completo de un medicamento cubierto. Sin embargo, su médico le puede recetar un suministro de un medicamento para menos de un mes. Es posible que, en algunos casos, desee pedirle a su médico que le recete un suministro de un medicamento para menos de un mes (por ejemplo, cuando prueba por primera vez un medicamento que produce efectos secundarios). Si su médico le receta un suministro para menos de un mes completo, usted no tendrá que pagar el suministro de determinados medicamentos para un mes completo.

El monto que paga cuando obtiene un suministro para menos de un mes completo dependerá de si usted es responsable de pagar un coseguro (un porcentaje del costo total) o un copago (un monto fijo en dólares).

* Si es responsable de pagar un coseguro, paga un *porcentaje* del costo total del medicamento. Usted paga el mismo porcentaje, independientemente de que la receta sea para un suministro para un mes completo o para menos días. Sin embargo, debido a que el costo total de un medicamento será menor si obtiene un suministro para menos de un mes completo, el *monto* que pague será menor.
* Si usted es responsable de pagar un copago por el medicamento, este se basará en la cantidad de días del medicamento que recibe. Calcularemos la cantidad que paga por día por su medicamento (el “costo compartido diario”) y lo multiplicaremos por la cantidad de días del medicamento que recibe.
  + *[If the plan’s one month’s supply is not 30 days, edit the number of days in and the copay for a full month’s supply. For example, if the plan’s one-month supply is 28 days, revise the information in the next two bullets to reflect a 28-day supply of drugs and a $28 copay.]* A continuación, le presentamos un ejemplo: supongamos que el copago de su medicamento para un mes completo (un suministro para 30 días) es $30. Esto significa que la cantidad que paga por día por su medicamento es $1. Si recibe un suministro del medicamento para 7 días, su pago será $1 por día multiplicado por 7 días, es decir, el pago total será de $7.

El costo compartido diario le permite asegurarse de que un medicamento funciona para usted antes de tener que pagar el suministro para un mes completo. También puede pedirle a su médico que le recete y a su farmacéutico que le entregue un suministro para menos de un mes completo de un medicamento o varios, si esto lo ayuda a planificar mejor las fechas de resurtido de diferentes medicamentos con receta para no tener que ir tantas veces a la farmacia. El monto que usted pague dependerá de la cantidad de días del suministro que reciba.

#### Sección 5.4 Una tabla que muestra sus costos por un suministro de un medicamento *a largo plazo* para [*insert if applicable:* hasta] *[insert number of days]* días

*[Plans that do not offer extended-day supplies delete Section 5.4.]*

Para algunos medicamentos, puede obtener un suministro a largo plazo (también denominado “suministro extendido”) cuando obtiene su medicamento con receta. Un suministro a largo plazo es para [*insert if applicable:* hasta] *[insert number of days]* días. (Para más detalles sobre dónde y cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento, consulte la Sección 2.4 del Capítulo 3).

La siguiente tabla muestra lo que usted paga cuando recibe un suministro de un medicamento a largo plazo para [*insert if applicable:* hasta] *[insert number of days]* días.

* *[Plans without copayments, omit]* Tenga en cuenta: Si el costo del medicamento cubierto es inferior al monto de copago que figura en la tabla, usted pagará el precio que sea menor por el medicamento. Paga el preciocompleto del medicamento *o* el monto del copago, *el que sea menor.*

*[If the plan has retail network pharmacies that offer preferred cost-sharing, the chart must include both standard and preferred cost-sharing rates. For plans that offer mail-order benefits with both preferred and standard cost-sharing, sponsors may at their option modify the chart to indicate the different rates. If any columns do not apply to the plan (e.g., preferred cost-sharing or mail order), remove them from the table. The plan may also add or remove tiers as necessary. If mail order is not available for certain tiers, plans should insert the following text in the cost-sharing cell: “El pedido por correo no está disponible para medicamentos del [insert tier]”.]*

*[Plans must include all of their tiers in the table. If plans do not offer extended-day supplies for certain tiers, the plan should use the following text in the cost-sharing cell: “No hay disponible un suministro a largo plazo para medicamentos en [insert tier]”.]*

La parte que le corresponde pagar del costo cuando obtiene un suministro *a largo plazo* de un medicamento con receta cubierto de la Parte D:

| **Nivel** | **Costo compartido minorista estándar (dentro de la red)** ([*insert if applicable:* hasta] *[insert number of days]* días) | **Costo compartido minorista preferido (dentro de la red)** ([*insert if applicable:* hasta] *[insert number of days]* días) | **Costo compartido de pedido por correo** ([*insert if applicable:* hasta] *[insert number of days]* días) |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nivel 1 de costo compartido**  (*[insert description]*) | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* |
| **Nivel 2 de costo compartido**  (*[insert description]*) | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* |
| **Nivel 3 de costo compartido**  (*[insert description]*) | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* |
| **Nivel 4 de costo compartido**  (*[insert description]*) | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* |

#### Sección 5.5 Permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que los [*insert as applicable:* costos totales anuales de sus medicamentos alcancen los $*[insert 2018 initial coverage limit]* *OR* costos que paga de su bolsillo alcancen los $*[insert 2018 out-of-pocket threshold]*]

Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que el monto total correspondiente a los medicamentos con receta que ha obtenido y que ha resurtido llegue al límite de **$*[insert initial coverage limit]* para la Etapa de cobertura inicial**.

El costo total del medicamento se basa en la suma de lo que ha pagado y lo que cualquier plan de la Parte D ha pagado:

* **Lo que usted ha pagado** por todos los medicamentos cubiertos que ha recibido desde que comenzó con la compra del primer medicamento del año. (Para obtener más información sobre cómo Medicare calcula los costos que paga de su bolsillo, consulte la Sección 6.2). Esto incluye:
  + *[Plans without a deductible, omit]* Los $*[insert deductible amount]* que pagó cuando estaba en la Etapa del deducible.
  + El total que pagó como su parte del costo por sus medicamentos en la Etapa de cobertura inicial.
* **El total que el plan pagó** como su parte del costo por sus medicamentos en la Etapa de cobertura inicial. (Si se inscribe en un plan diferente de la Parte D, en cualquier momento en 2018, el monto que usted pagó durante la Etapa de cobertura inicial también se tiene en cuenta para los costos totales de los medicamentos).

[*Plans with no additional coverage gap replace the text above with:* Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que los costos que pague de su bolsillo totales alcancen los $*[insert 2018 out-of-pocket threshold]*. Medicare tiene normas acerca de lo que cuenta y lo que *no* cuenta como costos que paga de su bolsillo. (Consulte la Sección 5.5 para obtener información sobre cómo Medicare cuenta los gastos que paga de su bolsillo). Cuando usted llega al límite de $*[insert 2018 out-of-pocket threshold]* que paga de su bolsillo, sale de la Etapa inicial del período sin cobertura y pasa a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.]

[*Insert if applicable:* Ofrecemos cobertura adicional para algunos medicamentos con receta que normalmente el plan de medicamentos con receta de Medicare no cubre. Los pagos realizados por estos medicamentos no se tendrán en cuenta para su [*insert if plan has a coverage gap:* límite de cobertura inicial o el total de los costos que paga de su bolsillo.] [*Insert only if plan pays for OTC drugs as part of its administrative costs:* También le proporcionamos algunos medicamentos de venta libre para su uso exclusivo. Estos medicamentos de venta libre se ofrecen sin costo alguno para usted.] Para conocer qué medicamentos cubre nuestro plan, consulte su Formulario.]

La *Explicación de beneficios* (EOB) que le enviamos lo ayudará a llevar un registro de lo que usted y el plan, así como cualquier otro tercero, han gastado en sus medicamentos durante el año. Muchas personas no llegan al límite de[*insert as applicable:* $*[insert initial coverage limit]* *OR* $*[insert 2018 out-of-pocket threshold]*] en un año.

Le informaremos cuando alcance el monto de [*insert as applicable:* $*[insert initial coverage limit] OR* $*[insert 2018 out-of-pocket threshold]*]. Si llega a este monto, saldrá de la Etapa de cobertura inicial y pasará a la [*insert as applicable:* Etapa del período sin cobertura *OR* Etapa de cobertura en situaciones catastróficas].

#### Sección 5.6 Cómo calcula Medicare los gastos que paga de su bolsillo por medicamentos con receta

*[Plans with no coverage gap: insert Section 5.6]*

Medicare tiene normas acerca de lo que cuenta y lo que *no* cuenta como costos que paga de su bolsillo. Cuando usted llega al límite de $*[insert 2018 out-of-pocket threshold]* que paga de su bolsillo, sale de la Etapa de cobertura inicial y pasa a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

Estas son las normas de Medicare que debemos seguir cuando hacemos un seguimiento de los costos que paga de su bolsillo por sus medicamentos.

**Estos pagos se incluyen en los costos que paga de su bolsillo**

Cuando sume los costos que paga de su bolsillo, **puede incluir** los pagos detallados a continuación (siempre y cuando correspondan a medicamentos cubiertos de la Parte D y usted haya cumplido con las normas relativas a la cobertura para medicamentos que se explican en el Capítulo 3 de este folleto):

* El monto que paga por los medicamentos cuando está en cualquiera de las siguientes etapas de pago de medicamentos:
  + *[Plans without a deductible, omit]* La Etapa del deducible.
  + La Etapa de cobertura inicial.
* Cualquier pago que efectuó durante este año calendario como miembro de otro plan de medicamentos recetados de Medicare diferente antes de inscribirse en nuestro plan.

Es importante quién paga:

* Si **usted** hace estos pagos, se incluyen en los costos que paga de su bolsillo.
* Estos pagos *también se incluyen* si los efectúa en su nombre **otra persona u organización.** Esto incluye los pagos por sus medicamentos realizados por un amigo o pariente, por la mayoría de las organizaciones benéficas, programas de asistencia de medicamentos para el SIDA, *[plans without an SPAP in their state delete next item]* un Programa estatal de asistencia farmacéutica que esté calificado por Medicare o por el Servicio de salud para la población india estadounidense. También se incluyen los pagos hechos por el programa de “Ayuda adicional” de Medicare.
* Se incluyen algunos de los pagos realizados por el Programa de descuentos para el período sin cobertura de Medicare. Se incluye el monto que el fabricante paga por los medicamentos de marca. Pero no se incluye el monto que el plan paga por sus medicamentos genéricos.

Paso a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas:

*Cuando usted (o los que pagan en su nombre) haya pagado de su bolsillo un total de $[insert 2018 out-of-pocket threshold]* *en el año calendario, pasará de la Etapa de cobertura inicial a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.*

**Estos pagos no se incluyen en los costos que paga de su bolsillo**

Cuando suma los costos que paga de su bolsillo, **no se le permite incluir** ninguno de estos tipos de pagos de medicamentos con receta:

* *[Plans with no premium, omit]* La cantidad que paga por su prima mensual.
* Medicamentos que compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
* Medicamentos que nuestro plan no cubre.
* Medicamentos que obtiene en una farmacia fuera de la red que no cumplen con los requisitos del plan para la cobertura fuera de la red.
* [*Insert if plan does not provide coverage for excluded drugs as a supplemental benefit:* Medicamentos que no pertenecen a la Parte D, incluidos los medicamentos con receta cubiertos por la Parte A o la Parte B y otros medicamentos excluidos de la cobertura por Medicare.]

[*Insert next two bullets if plan provides coverage for excluded drugs as a supplemental benefit:*

* Medicamentos con receta cubiertos por la Parte A o la Parte B.
* Pagos que usted realiza por medicamentos cubiertos en su cobertura adicional, pero que un plan de medicamentos con receta de Medicare normalmente no cubre.]
* [*Insert if applicable:* Pagos que usted realiza por medicamentos con receta que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos con receta de Medicare.]
* Pagos que realiza el plan por sus medicamentos genéricos o de marca mientras se encuentra en la Etapa del período sin la cobertura.
* Pagos por sus medicamentos que realizan los planes de salud grupal, incluidos los planes de salud del empleador.
* Pagos de sus medicamentos hechos por ciertos planes de seguro y programas de salud financiados por el gobierno, como TRICARE y Asuntos de veteranos.
* Pagos por sus medicamentos realizados por un tercero con la obligación legal de pagar los costos de los medicamentos con receta (por ejemplo, compensación laboral).

*Recordatorio:*si cualquier otra organización, como las que mencionamos más arriba, pagan parte o la totalidad de los costos que paga de su bolsillo por los medicamentos, usted debe informarlo a nuestro plan. Llame a Servicios para los miembros para informarnos (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto).

*¿Cómo se puede llevar un registro total de los costos que paga de su bolsillo?*

* **Nosotros lo ayudaremos**. El informe de la *Explicación de Beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D) que le enviamos incluye el monto actual de los costos que paga de su bolsillo (la Sección 3 de este capítulo detalla este informe). Cuando haya pagado de su bolsillo un total de $*[insert 2018 out-of-pocket threshold]* en el año, en este informe se le indicará que ha dejado la Etapa de cobertura inicialy ha pasado a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.
* **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos**. En la Sección 3.2 se explica qué puede hacer para asegurarse de que nuestros registros de lo que ha gastado estén completos y actualizados.]

### SECCIÓN 6 Durante la Etapa del período sin cobertura, [*insert as appropriate*: usted recibe un descuento en medicamentos de marca y paga no más del 44 % de los costos de los medicamentos genéricos *OR* el plan proporciona cierto grado de cobertura para medicamentos]

#### Sección 6.1 Permanece en la Etapa del período sin cobertura hasta que los costos que paga de su bolsillo lleguen a $*[insert 2018 out-of-pocket threshold]*

[*Plans with no coverage gap replace Section 6 title with:* No hay un período sin cobertura para *[insert 2018 plan name].*]

[*Plans with no coverage gap replace Section 6,1 title with:* Usted no tiene un período sin cobertura para sus medicamentos de la Parte D.]

[*Plans with no coverage gap replace text below with*: No hay un período sin cobertura para *[insert 2018 plan name]*. Una vez que abandona la Etapa de cobertura inicial, pasa a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas. Consulte la Sección 7 para obtener información sobre su cobertura en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.]

*[Plans with some coverage in the gap, revise the text below as needed to describe the plan’s coverage.]*

Cuando usted está en la Etapa del período sin cobertura, el Programa de descuentos durante el período sin cobertura de Medicare ofrece descuentos del fabricante en medicamentos de marca. Paga el 35 % del precio negociado y una parte del costo de suministro de los medicamentos de marca. Tanto el monto que usted paga como el monto descontado por el fabricante se tienen en cuenta para los gastos que paga de su bolsillo como si usted hubiera pagado esa cantidad y lo desplaza a lo largo del período sin cobertura.

También recibe cierto grado de cobertura para los medicamentos genéricos. No paga más del 44 % del costo de los medicamentos genéricos y el plan paga el resto del costo. Para los medicamentos genéricos, el monto pagado por el plan (56 %) no se considera para los costos que paga de su bolsillo. Solo el monto que usted paga es considerado y lo desplaza a lo largo del período sin cobertura.

Usted sigue pagando el precio de descuento para medicamentos de marca y el 44 % de los costos de medicamentos genéricos hasta que el total de lo que paga de su bolsillo llegue a la cantidad máxima que ha fijado Medicare. En 2018, el monto es $*[insert 2018 out-of-pocket threshold].*

Medicare tiene normas acerca de lo que cuenta y lo que *no* cuenta como costos que paga de su bolsillo. Cuando llega al límite de lo que paga de su bolsillo de $*[insert 2018 out-of-pocket threshold]*, usted sale de la Etapa del período sin cobertura y pasa a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

#### Sección 6.2 Cómo calcula Medicare los gastos que paga de su bolsillo por medicamentos con receta

*[Plans with a coverage gap: insert Section 6.2]*

Estas son las normas de Medicare que debemos seguir cuando hacemos un seguimiento de los costos que paga de su bolsillo por sus medicamentos.

**Estos pagos se incluyen en los costos que paga de su bolsillo**

Cuando sume los costos que paga de su bolsillo, **puede incluir** los pagos detallados a continuación (siempre y cuando correspondan a medicamentos cubiertos de la Parte D y usted haya cumplido con las normas relativas a la cobertura para medicamentos que se explican en el Capítulo 3 de este folleto):

* El monto que paga por los medicamentos cuando está en cualquiera de las siguientes etapas de pago de medicamentos:
  + *[Plans without a deductible, omit]* La Etapa del deducible.
  + La Etapa de cobertura inicial.
  + La Etapa del período sin cobertura.
* Cualquier pago que efectuó durante este año calendario como miembro de otro plan de medicamentos recetados de Medicare diferente antes de inscribirse en nuestro plan.

**Es importante quién paga:**

* Si **usted** hace estos pagos, se incluyen en los costos que paga de su bolsillo.
* Estos pagos *también se incluyen* si los efectúa en su nombre **otra persona u organización.** Esto incluye los pagos por sus medicamentos realizados por un amigo o pariente, por la mayoría de las organizaciones benéficas, programas de asistencia de medicamentos para el SIDA, *[plans without an SPAP in their state delete next item]* un Programa estatal de asistencia farmacéutica que esté calificado por Medicare o por el Servicio de salud para la población india estadounidense. También se incluyen los pagos hechos por el programa de “Ayuda adicional” de Medicare.
* Se incluyen algunos de los pagos realizados por el Programa de descuentos para el período sin cobertura de Medicare. Se incluye el monto que el fabricante paga por los medicamentos de marca. Pero no se incluye el monto que el plan paga por sus medicamentos genéricos.

**Paso a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas:**

Cuando usted (o los que pagan en su nombre) haya pagado de su bolsillo un total de $*[insert 2018 out-of-pocket threshold]* dentro del año calendario, pasará de la [*insert as applicable:* Etapa de cobertura inicial *OR* Etapa del período sin cobertura] a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

Estos pagos no se incluyen en los costos que paga de su bolsillo

Cuando suma los costos que paga de su bolsillo, **no se le permite incluir** ninguno de estos tipos de pagos de medicamentos con receta:

* *[Plans with no premium, omit]* La cantidad que paga por su prima mensual.
* Medicamentos que compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
* Medicamentos que nuestro plan no cubre.
* Medicamentos que obtiene en una farmacia fuera de la red que no cumplen con los requisitos del plan para la cobertura fuera de la red.
* [*Insert if plan does not provide coverage for excluded drugs as a supplemental benefit:* Medicamentos que no pertenecen a la Parte D, incluidos los medicamentos con receta cubiertos por la Parte A o la Parte B y otros medicamentos excluidos de la cobertura por Medicare.]

[*Insert next two bullets if plan provides coverage for excluded drugs as a supplemental benefit:*

* Medicamentos con receta cubiertos por la Parte A o la Parte B.
* Pagos que usted realiza por medicamentos cubiertos en su cobertura adicional, pero que un plan de medicamentos con receta de Medicare normalmente no cubre.]
* [*Insert if applicable:* Pagos que usted realiza por medicamentos con receta que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos con receta de Medicare.]
* Pagos que realiza el plan por sus medicamentos genéricos o de marca mientras se encuentra en la Etapa del período sin la cobertura.
* Pagos por sus medicamentos que realizan los planes de salud grupal, incluidos los planes de salud del empleador.
* Pagos de sus medicamentos hechos por ciertos planes de seguro y programas de salud financiados por el gobierno, como TRICARE y Asuntos de veteranos.
* Pagos por sus medicamentos realizados por un tercero con la obligación legal de pagar los costos de los medicamentos con receta (por ejemplo, compensación laboral).

*Recordatorio:*si cualquier otra organización, como las que mencionamos más arriba, pagan parte o la totalidad de los costos que paga de su bolsillo por los medicamentos, usted debe informarlo a nuestro plan. Llame a Servicios para los miembros para informarnos (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto).

*¿Cómo se puede llevar un registro total de los costos que paga de su bolsillo?*

* **Nosotros lo ayudaremos**. El informe de la *Explicación de Beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D) que le enviamos incluye el monto actual de los costos que paga de su bolsillo (la Sección 3 de este capítulo detalla este informe). Cuando haya pagado de su bolsillo un total de $*[insert 2018 out-of-pocket threshold]* en el año, en este informe se le indicará que ha dejado la [*insert as applicable:* Etapa de cobertura inicial *OR* Etapa del período sin cobertura]y ha pasado a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.
* **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos**. En la Sección 3.2 se describe lo que usted puede hacer para asegurarse de que los registros que tengamos de lo que ha gastado estén completos y actualizados.

### SECCIÓN 7 Durante la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, el plan paga la mayor parte del costo de sus medicamentos

#### Sección 7.1 Una vez que esté en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, permanecerá en esta etapa durante el resto del año

Usted reúne las condiciones para la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas cuando los costos que paga de su bolsillo han alcanzado el límite de $*[insert 2018 out-of-pocket threshold]* para el año calendario. Una vez que está en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, se quedará en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.

Durante esta etapa, el plan pagará la mayor parte del costo de sus medicamentos.

[*Plans insert appropriate option for your catastrophic cost-sharing:*

*Opción 1:*

* **Su parte** del costo para un medicamento cubierto será el coseguro o un copago, el monto que sea *mayor*:
  + el coseguro del 5 % del costo del medicamento;
* *o bien* $*[Insert 2018 catastrophic cost-sharing amount for generics/preferred multisource drugs]* para un medicamento genérico o un medicamento que se trata como genérico y $*[insert 2018 catastrophic cost-sharing amount for all other drugs]* para todos los demás medicamentos.
* **Nuestro plan paga el resto** del costo.

*Opción 2:*

*[Insert appropriate tiered cost-sharing amounts]*.Nosotros pagaremos el resto*.*

*[If plan provides coverage for excluded drugs as a supplemental benefit, insert a description of cost-sharing in the Catastrophic Coverage Stage.]*]

### SECCIÓN 8 Información de beneficios adicionales

#### Sección 8.1 Nuestro plan ofrece beneficios adicionales

*[Optional: Insert any additional benefits information based on the plan’s approved bid that is not captured in the sections above.]*

### SECCIÓN 9 Lo que usted paga por las vacunas cubiertas por la Parte D depende de cómo y dónde las obtiene

#### Sección 9.1 Nuestro plan puede tener una cobertura separada para el medicamento de las vacunas de la Parte D en sí y para el costo de la administración de la vacuna

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

* La primera parte de la cobertura es el costo del **medicamento de la vacuna en sí**. La vacuna es un medicamento con receta.
* La segunda parte de la cobertura es para el costo de la **administración de la vacuna**. (A veces se le denomina “administración” de la vacuna).

¿Qué es lo que paga por una vacuna de la Parte D?

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

**1.** **El tipo de vacuna** (para qué se la administran).

* + Algunas vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan.
  + Otras vacunas se consideran beneficios médicos. Están cubiertas por Original Medicare.

**2.** **Dónde obtiene el medicamento de la vacuna.**

**3.** **Quién le administra la vacuna.**

Lo que paga en el momento en que se le administra la vacuna de la Parte D puede variar según las circunstancias. Por ejemplo:

* A veces, cuando obtiene la vacuna, deberá pagar el costo total tanto del medicamento de la vacuna en sí como el de su administración. Puede solicitarle a nuestro plan que le devuelva la parte que le corresponde pagar del costo.
* Otras veces, cuando recibe el medicamento de la vacuna o la administración de esta, tendrá que pagar solo su parte del costo.

Para mostrar cómo funciona, existen tres formas comunes de recibir la administración de una vacuna de la Parte D. [*Insert if applicable:* Recuerde que usted es responsable de todos los costos asociados con las vacunas (incluida su administración) durante la [*insert as applicable:* Etapa del deducible *OR* Etapa del período sin cobertura *OR* Etapa del deducible y del período sin cobertura] de su beneficio.]

*Situación 1:* usted compra la vacuna de la Parte D en la farmacia y se le administra la vacuna en la farmacia de la red. (Tener esta opción o no depende de dónde viva usted. En algunos estados no se permite que las farmacias administren vacunas).

* Usted deberá pagarle a la farmacia el monto de su [insert as appropriate: coseguro OR copago] por la vacuna y el costo de la administración de la vacuna.
* Nuestro plan pagará el resto de los costos.

*Situación 2:* la vacuna de la Parte D se le administra en el consultorio de su médico.

* Cuando reciba la vacuna, pagará por el costo total de la vacuna y su administración.
* Entonces podrá pedirle al plan que pague nuestra parte del costo mediante los procedimientos que se describen en el Capítulo 5 de este folleto (*Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de los costos de medicamentos cubiertos*)*.*
* Se le reembolsará el monto que usted pagó menos el [*insert as appropriate:* coseguro *OR* copago] normal por la vacuna (incluida la administración) [*Insert the following only if an out-of-network differential is charged:* menos la diferencia que exista entre el monto que le cobre el médico y lo que normalmente pagamos. (Si recibe “Ayuda adicional”, le reembolsaremos la diferencia).]

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

* Usted deberá pagarle a la farmacia el monto de su [*insert as appropriate:* coseguro *OR* copago] por la vacuna en sí.
* Cuando su médico le administre la vacuna, usted deberá pagar el costo total de este servicio. Entonces, puede solicitarle a nuestro plan que le pague la parte que nos corresponde del costo a través de los procedimientos descritos en el Capítulo 5 de este folleto.
* Se le reembolsará el importe cobrado por el médico por la administración de la vacuna [*Insert the following only if an out-of-network differential is charged:* menos la diferencia que exista entre el monto que cobre el médico y lo que normalmente pagamos. (Si recibe “Ayuda adicional”, le reembolsaremos la diferencia).]

*[Insert any additional information about your coverage of vaccines and vaccine administration.]*

#### Sección 9.2 Usted puede llamar a Servicios para los miembros antes de administrarse una vacuna

Las normas para la cobertura de las vacunas son complicadas. Estamos aquí para ayudar. Le recomendamos que nos llame primero a Servicios para los miembros cuando esté planeando vacunarse. (En la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono de Servicios para los miembros).

* Le podemos decir cómo nuestro plan cubre su vacunación y explicarle la parte que le corresponde del costo.
* Le podemos decir cómo mantener su propio costo bajo si acude a proveedores y farmacias de nuestra red.
* Si no puede utilizar un proveedor o una farmacia de la red, podemos decirle lo que debe hacer para conseguir que le paguemos nuestra parte del costo.

Capítulo 5

Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de los costos de medicamentos cubiertos

## Capítulo 5. Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de los costos de medicamentos cubiertos

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de los medicamentos cubiertos 100

Sección 1.1 Si usted paga la parte que le corresponde a nuestro plan del costo de sus medicamentos cubiertos, puede solicitarnos el reembolso 100

SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos un reembolso 101

Sección 2.1 Cómo y dónde enviarnos su solicitud de pago 101

SECCIÓN 3 Analizaremos su solicitud de pago y decidiremos si le pagaremos o no 102

Sección 3.1 Comprobamos si debemos cubrir el medicamento y cuánto debemos 102

Sección 3.2 Si le comunicamos que no pagaremos, en su totalidad o en parte, el medicamento, puede presentar una apelación 103

SECCIÓN 4 Otras situaciones en las que debe guardar sus recibos y enviarnos copias 103

Sección 4.1 En algunos casos, debe enviarnos copias de sus recibos para ayudarnos a llevar un registro de los costos de los medicamentos que paga de su bolsillo 103

### SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de los medicamentos cubiertos

#### Sección 1.1 Si usted paga la parte que le corresponde a nuestro plan del costo de sus medicamentos cubiertos, puede solicitarnos el reembolso

A veces, cuando recibe un medicamento con receta, es posible que deba pagar el costo total en ese momento. Otras veces, se dará cuenta de que ha pagado más de lo que pensaba que debía pagar según las normas de cobertura del plan. En cualquiera de los casos, puede pedirle a nuestro plan que le devuelva el dinero (a la acción de devolver el dinero a menudo se le llama “reembolso”).

Estos son ejemplos de situaciones en las que es posible que necesite solicitarle al plan que le otorgue un reembolso. Todos estos ejemplos son tipos de decisiones de cobertura (para obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte el Capítulo 7 de este folleto).

**1.** **Cuando utilice una farmacia fuera de la red para obtener medicamentos con receta**

Si acude a una farmacia fuera de la red y trata de usar su tarjeta de miembro para obtener un medicamento con receta, es posible que la farmacia no pueda presentarnos la reclamación directamente. Si esto sucede, usted deberá pagar el costo total de sus medicamentos con receta. (Solo cubrimos los medicamentos con receta presentados en farmacias fuera de la red en muy pocas situaciones. Para obtener más información, consulte la Sección 2.5 del Capítulo 3).

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso de la parte que nos corresponde del costo.

**2.** **Cuando usted paga el costo completo de un medicamento con receta porque no lleva con usted su tarjeta de miembro del plan**

Si usted no lleva con usted su tarjeta de miembro del plan, puede pedirle a la farmacia que llame al plan o busque la información de inscripción. Sin embargo, si la farmacia no puede obtener la información sobre la inscripción que necesita de inmediato, es posible que deba pagar usted mismo el costo total del medicamento con receta.

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso de la parte que nos corresponde del costo.

**3.** **Cuando usted paga el costo total de un medicamento con receta en otras situaciones**

Usted puede pagar el costo total del medicamento con receta porque se da cuenta de que el medicamento no tiene cobertura por alguna razón.

* Por ejemplo, el medicamento puede no estar en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan; o podría tener un requisito o restricción que usted no conocía o que no cree que debería aplicarse a usted. Si usted decide obtener el medicamento de inmediato, es posible que deba pagar su costo total.
* Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso. En algunas situaciones, puede ser necesario obtener más información de su médico para reembolsarle nuestra parte del costo.

**4.** **Si está inscrito retroactivamente en nuestro plan**

Algunas veces, la inscripción de una persona en un plan es retroactiva. (Retroactiva significa que el primer día de la inscripción ya había pasado. La fecha de inscripción pudo incluso haber sido el año pasado).

Si se inscribió retroactivamente en nuestro plan y pagó de su bolsillo por los medicamentos después de la fecha de inscripción, puede solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde. Deberá enviarnos la documentación correspondiente para el reembolso.

Llame a Servicios para los miembros para obtener información sobre cómo solicitar la devolución y las fechas de vencimiento para realizar la solicitud. (En la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono de Servicios para los miembros).

*[Plans should insert additional circumstances under which they will accept a paper claim from an enrollee.]*

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

### SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos un reembolso

#### Sección 2.1 Cómo y dónde enviarnos su solicitud de pago

Envíenos su solicitud de pago junto con el recibo que documente el pago que haya realizado. Es buena idea hacer una copia de los recibos para sus registros.

[*If the plan has developed a specific form for requesting payment, insert the following language:* Para asegurarse de que nos esté proporcionando toda la información que necesitamos para tomar una decisión, usted puede llenar nuestro formulario de reclamaciones para solicitar su pago.

* No tiene que utilizar el formulario, pero nos será útil para procesar la información de manera más rápida.
* Descargue una copia del formulario de nuestro sitio web (*[insert URL]*) o llame a Servicios para los miembros y pida el formulario. (En la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono de Servicios para los miembros).]

Envíenos su solicitud de pago junto con cualquier recibo a esta dirección:

*[Insert address]*

[*If the plan allows enrollees to submit oral payment requests, insert the following language:*

También puede llamar a nuestro plan para solicitar un pago. Para obtener más información, consulte la Sección 1 del Capítulo 2, y busque la sección titulada *[plans may edit section title as necessary]* “Dónde puede enviar una solicitud en la que se nos pide que paguemos la parte que nos corresponde del costo de un medicamento que recibió”.]

[*Insert if applicable:* **Debe presentarnos la reclamación dentro de los *[insert timeframe]*** a partir de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.]

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con Servicios para los miembros (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto). Si no sabe lo que debería haber pagado, podemos ayudarlo. También puede llamar si desea darnos más información acerca de una solicitud de pago que nos haya enviado.

### SECCIÓN 3 Analizaremos su solicitud de pago y decidiremos si le pagaremos o no

#### Sección 3.1 Comprobamos si debemos cubrir el medicamento y cuánto debemos

Cuando recibamos su solicitud de pago, le haremos saber si necesitamos que nos proporcione información adicional. De lo contrario, consideraremos su solicitud y tomaremos una decisión de cobertura.

* Si decidimos que el medicamento está cubierto y que usted ha cumplido todas las normas para obtenerlo, pagaremos nuestra parte del costo. Le enviaremos por correo el reembolso de nuestra parte del costo. (El Capítulo 3 explica las normas que debe seguir para obtener los medicamentos con receta de la Parte D cubiertos). Le enviaremos el pago en un plazo de 30 días después de que recibamos su solicitud.
* Si tomamos la decisión de *no* cubrir el medicamento o si usted *no* cumplió con todas las normas, no pagaremos la parte que nos corresponde del costo. En su lugar, le enviaremos una carta en la que se le explican las razones por las que no le estamos enviando el pago que solicitó y su derecho a apelar esa decisión.

#### Sección 3.2 Si le comunicamos que no pagaremos, en su totalidad o en parte, el medicamento, puede presentar una apelación

Si usted piensa que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago o no está de acuerdo con el monto que estamos pagando, puede presentar una apelación. Si usted presenta una apelación, significa que nos está pidiendo que cambiemos la decisión que tomamos al rechazar su solicitud de pago.

Para obtener detalles sobre cómo presentar esta apelación, consulte el Capítulo 7 de este folleto (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*). El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Si hacer una apelación es algo nuevo para usted, le será útil empezar por leer la Sección 4 del Capítulo 7. La Sección 4 es una sección introductoria que explica el proceso de decisiones y apelaciones y proporciona definiciones de términos tales como “apelación”. Después de que haya leído la Sección 4, puede pasar a la Sección 5.5 del Capítulo 7 para obtener una explicación paso a paso sobre cómo presentar una apelación.

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

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

Existen algunas situaciones en las que debe informarnos sobre los pagos que ha realizado por sus medicamentos. En estos casos, no nos está solicitando un pago. Más bien, nos está informando sus pagos para que podamos calcular correctamente los costos que paga de su bolsillo. Esto puede ayudarle a reunir las condiciones para la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas más rápidamente.

Aquí hay dos situaciones en las que debe enviarnos los recibos para informarnos sobre los pagos que ha realizado por sus medicamentos:

**1.** **Cuando compra el medicamento a un precio menor que nuestro precio**

*[Plans with neither a coverage gap nor a deductible should delete this section.]*

A veces, cuando está en la [*insert if applicable:* Etapa del deducible *OR* Etapa del período sin cobertura *OR* Etapa del deducible y del período sin cobertura] puede comprar su medicamento **en una farmacia de la red** por un precio que es inferior al nuestro.

* Por ejemplo, una farmacia podría ofrecer un precio especial para el medicamento. O usted puede tener una tarjeta de descuento fuera de los beneficios del plan que ofrece un precio inferior.
* Salvo que se apliquen condiciones especiales, usted debe utilizar una farmacia de la red en estas situaciones y su medicamento debe estar incluido en nuestra Lista de medicamentos.
* Guarde su recibo y envíenos una copia para que podamos considerar los gastos de su bolsillo en su calificación para la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.
* **Tenga en cuenta lo siguiente:** Si usted está en la [*insert if applicable:* Etapa del deducible *OR* Etapa del período sin cobertura *OR* Etapa del deducible y Etapa del período sin cobertura], [*insert as applicable:* no pagaremos *OR* posiblemente no pagaremos] ninguna parte de estos costos de los medicamentos. El envío del recibo nos permite calcular correctamente los costos que paga de su bolsillo y puede ayudarle a reunir más rápidamente las condiciones para la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

**2.** **Cuando usted recibe un medicamento a través de un programa de asistencia al paciente de un fabricante de medicamentos**

Algunos miembros están inscritos en un programa de asistencia al paciente de un fabricante de medicamentos fuera de los beneficios del plan. Si usted recibe un medicamento a través de un programa ofrecido por un fabricante de medicamentos, es posible que deba pagar un copago al programa de asistencia al paciente.

* Guarde su recibo y envíenos una copia para que podamos considerar los gastos de su bolsillo en su calificación para la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.
* **Tenga en cuenta lo siguiente:** como usted está recibiendo el medicamento a través del programa de asistencia al paciente y no a través de los beneficios del plan, no pagaremos ninguna parte de los costos de estos medicamentos. El envío del recibo nos permite calcular correctamente los costos que paga de su bolsillo y puede ayudarle a reunir más rápidamente las condiciones para la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

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

Capítulo 6

Sus derechos y responsabilidades

## Capítulo 6. Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos como miembro del plan 107

Sección 1.1 *[Plans may edit the section heading and content to reflect the types of alternate format materials available to plan members. Plans may not edit references to language except as noted below.]* Debemos proporcionarle información de una manera que sea conveniente para usted (en otros idiomas que no sean el español, en braille, en tamaño de letra grande, en otros formatos alternativos, etc.) 107

Sección 1.2 Debemos tratarlo con imparcialidad y respeto en todo momento 107

Sección 1.3 Debemos asegurarnos de que tiene acceso oportuno a los medicamentos cubiertos 108

Sección 1.4 Debemos proteger la privacidad de su información de salud personal 108

Sección 1.5 Debemos proporcionarle información acerca del plan, su red de farmacias y sus medicamentos cubiertos 109

Sección 1.6 Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su atención 111

Sección 1.7 Usted tiene derecho a presentar quejas y pedirnos reconsiderar decisiones que hayamos tomado 112

Sección 1.8 ¿Qué puede hacer si siente que está siendo tratado injustamente o que sus derechos no son respetados? 112

Sección 1.9 Cómo obtener más información sobre sus derechos 113

SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan 113

Sección 2.1 ¿Cuáles son sus responsabilidades? 113

*[****Note:*** *Plans may add to or revise this chapter as needed to reflect NCQA-required language.]*

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

#### Sección 1.1 *[Plans may edit the section heading and content to reflect the types of alternate format materials available to plan members. Plans may not edit references to language except as noted below.]* Debemos proporcionarle información de una manera que sea conveniente para usted (en otros idiomas que no sean el español, en braille, en tamaño de letra grande, en otros formatos alternativos, etc.)

*[Plans must insert a translation of Section 1.1 in all languages that meet the language threshold.]*

Para obtener información sobre nosotros de una manera que sea conveniente para usted, llame a Servicios para los miembros (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto).

Nuestro plan cuenta con personas y servicios de interpretación disponibles para responder a las preguntas de los miembros que no hablan español. *[If applicable, plans may insert information about the availability of written materials in languages other than English.]* También podemos proporcionarle información en braille, en tamaño de letra grande o en otros formatos alternativos, si lo necesita. Si es elegible para recibir Medicare debido a una discapacidad, debemos proporcionarle información sobre los beneficios del plan que sea accesible y adecuada para usted. Para obtener información sobre nosotros de una manera que sea conveniente para usted, llame a Servicios para los miembros (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto).

Si tiene dificultad para obtener información sobre nuestro plan debido a problemas relacionados con el idioma o una discapacidad, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) durante las 24 horas, los 7 días de la semana, y dígales que desea presentar una queja. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

#### Sección 1.2 Debemos tratarlo con imparcialidad y respeto en todo momento

Nuestro plan debe cumplir con las leyes que lo protegen contra la discriminación o la falta de imparcialidad. **No discriminamos** por cuestiones de raza, origen étnico, nacionalidad, religión, sexo, edad, discapacidad física o mental, estado de salud, experiencia en reclamaciones, historia clínica, información genética, evidencia de no asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio.

Si desea obtener más información o tiene alguna inquietud en cuanto a discriminación o un trato que no ha sido imparcial, 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 de su localidad.

Si usted tiene una discapacidad y necesita ayuda con el acceso a la atención, llámenos a Servicios para los miembros (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto). Si usted tiene una queja, como un problema de acceso para sillas de ruedas, Servicios para los miembros puede ayudarlo.

#### Sección 1.3 Debemos asegurarnos de que tiene acceso oportuno a los medicamentos cubiertos

Como miembro de nuestro plan, también tiene derecho a obtener sus medicamentos con receta o a resurtirlos en cualquiera de las farmacias de nuestra red, sin demoras prolongadas. Si usted considera que no está recibiendo sus medicamentos de la Parte D dentro de un período razonable, la Sección 7 del Capítulo 7 de este folleto le explica lo que puede hacer. (Si se ha rechazado la cobertura para sus medicamentos con receta y no está de acuerdo con nuestra decisión, la Sección 4 del Capítulo 7 le explica lo que puede hacer).

#### Sección 1.4 Debemos proteger la privacidad de su información de salud personal

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de sus registros médicos y su información de salud personal. Protegemos su información de salud personal según lo exigido por estas leyes.

* Su “información de salud personal” incluye la información personal que nos suministró cuando se inscribió en este plan, así como sus registros médicos y otra información médica y de salud.
* Las leyes que protegen su privacidad le otorgan derechos relacionados con la obtención de información y el control de cómo se utiliza su información de salud. Le enviamos un aviso por escrito, que se denomina “Notice of Privacy Practice” (Aviso sobre prácticas de privacidad), en el que se le informa sobre estos derechos y se le explica cómo protegemos la privacidad de la información de salud.

**¿Cómo protegemos la privacidad de su información de salud?**

* Nos aseguramos de que personas no autorizadas no vean ni cambien sus registros.
* En la mayoría de los casos, si le suministramos su información de salud a otra persona que no le brinda atención ni paga por ella, *tenemos la obligación de pedirle su autorización por escrito antes de hacerlo.* El permiso por escrito puede ser dado por usted o por alguien a quien usted le haya dado el poder legal de tomar decisiones en su nombre.
* Hay ciertas excepciones que no nos obligan a obtener antes su permiso por escrito. Estas excepciones son permitidas o requeridas por la ley.
  + Por ejemplo, se nos exige dar a conocer información de salud a agencias del gobierno que controlan la calidad de la atención.
  + Dado que usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, se nos requiere proporcionarle a Medicare su información de salud, incluida la información acerca de sus medicamentos con receta de la Parte D. Si Medicare da a conocer su información para investigación u otros usos, esto se hará de acuerdo con los estatutos y reglamentaciones federales.

Usted puede ver la información en sus registros y saber cómo ha sido compartida con otros

Usted tiene derecho a ver sus registros médicos, mantenidos en el plan, y a obtener una copia de sus registros. Estamos autorizados a cobrarle un cargo por hacer las copias. También tiene derecho a pedirnos que agreguemos información o corrijamos sus registros médicos. Si usted nos pide hacer esto, trabajaremos con su proveedor de atención médica para decidir si los cambios deben realizarse.

Usted tiene derecho a saber cómo se ha compartido su información de salud con otros para fines que no son de rutina.

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su información de salud personal, llame a Servicios para los miembros (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto).

*[****Note:*** *Plans may insert custom privacy practices.]*

#### Sección 1.5 Debemos proporcionarle información acerca del plan, su red de farmacias y sus medicamentos cubiertos

*[Plans may edit the section to reflect the types of alternate format materials available to plan members and/or language primarily spoken in the plan service area.]*

Como miembro de *[insert 2018 plan name]*, usted tiene derecho a obtener de nosotros varios tipos de información. (Como se explicó anteriormente en la Sección 1.1, usted tiene derecho a que le proporcionemos información de una manera que sea conveniente para usted. Esto incluye la obtención de información en idiomas diferentes del español y en tamaño de letra grande o en otros formatos alternativos).

Si desea obtener cualquiera de los siguientes tipos de información, llame a Servicios para los miembros (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto):

* **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera del plan. También incluye información sobre el número de apelaciones hechas por los miembros y la evaluación del rendimiento del plan, incluida la forma en que ha sido calificado por los miembros del plan y cómo se compara con otros planes de medicamentos con receta de Medicare.
* **Información acerca de nuestras farmacias de la red.** 
  + Por ejemplo, usted tiene derecho a obtener información de nosotros sobre las farmacias de nuestra red.
  + Para obtener una lista de las farmacias de la red del plan, consulte el *[insert name of pharmacy directory].*
  + Para obtener información más detallada sobre nuestras farmacias, puede llamar a Servicios para los miembros (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto) o visitar nuestro sitio web en *[insert URL].*
* **Información acerca de su cobertura y las normas que debe seguir para usarla.** 
  + Para obtener más detalles sobre la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D, consulte los Capítulos 3 y 4 de este folleto, y la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan.Estos capítulos, además de la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*, describen qué medicamentos están cubiertos y las normas que debe cumplir, así como las restricciones que se aplican a la cobertura de determinados medicamentos.
  + Si tiene preguntas sobre las normas o restricciones, llame a Servicios para los miembros (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto).
* **Información sobre los motivos por lo que algo no está cubierto y lo que puede hacer al respecto.** 
  + Si un medicamento de la Parte D no tiene cobertura para usted, o si su cobertura tiene algún tipo de restricción, puede pedirnos una explicación por escrito. Usted tiene derecho a esta explicación, incluso si recibió el medicamento de una farmacia fuera de la red.
  + Si usted no está satisfecho o si está en desacuerdo con una decisión que tomamos sobre qué medicamento de la Parte D está cubierto para usted, tiene derecho a pedirnos que cambiemos la decisión. Nos puede pedir que cambiemos la decisión a través de una apelación. Para obtener más información sobre qué hacer si algo no está cubierto para usted de la manera que considera que debería estarlo, consulte el Capítulo 7 de este folleto. Le proporciona los detalles sobre cómo presentar una apelación si desea que cambiemos nuestra decisión. (El Capítulo 7 también explica cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera y otros asuntos).
  + Si quiere pedirle a nuestro plan que pague la parte que le corresponde del costo de un medicamento con receta de la Parte D, consulte el Capítulo 5 de este folleto.

#### Sección 1.6 Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su atención

Usted tiene derecho a dar instrucciones sobre lo que debe hacerse si está inhabilitado para tomar decisiones médicas por usted mismo

*[****Note:*** *Plans that would like to provide members with state-specific information about advanced directives, including contact information for the appropriate state agency, may do so.]*

A veces, las personas no pueden tomar decisiones sobre su atención médica por sí solas a causa de algún accidente o enfermedad grave. Usted tiene derecho a decir lo que desea que suceda si está en esta situación. Esto significa que, *si así lo desea*, usted puede:

* Llenar un formulario por escrito para otorgarle a **alguien la autoridad legal para tomar decisiones médicas por usted** en caso de que alguna vez no tenga la capacidad de tomar decisiones por sí mismo.
* **Darles a sus médicos instrucciones por escrito** acerca de cómo desea que manejen su atención médica en caso de que no tenga la capacidad para tomar decisiones por sí mismo.

Los documentos legales que puede utilizar para dar sus instrucciones con anticipación para estos casos se denominan “**instrucciones anticipadas**”. Existen diferentes tipos de instrucciones anticipadas y nombres diferentes para ellas. Los documentos, como el “**testamento vital**” y el “**poder de representación para la atención médica**” son ejemplos de instrucciones anticipadas.

Si desea utilizar una “instrucción anticipada” para dar a conocer sus instrucciones, esto es lo que debe hacer:

* **Obtener el formulario.** Si desea preparar instrucciones anticipadas, puede pedirle un formulario a su abogado o al asistente social o puede conseguirlo en algunas tiendas de artículos para oficina. A veces se pueden obtener formularios de instrucciones anticipadas de organizaciones que ofrecen información sobre Medicare. [*Insert if applicable:* También puede comunicarse con Servicios para los miembros para solicitar los formularios (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto).]
* **Completarlo y firmarlo.** Independientemente del lugar donde obtenga este formulario, tenga en cuenta que se trata de un documento legal. Usted debe considerar solicitarle a un abogado que lo ayude a prepararlo.
* **Entregarles copias a las personas pertinentes.** Usted debe entregarles una copia del formulario a su médico y a la persona que nombre en el formulario como la persona que tome las decisiones por usted si usted no puede. Quizás desee darles copias a algunos amigos cercanos o miembros de la familia también. Asegúrese de guardar una copia en casa.

Si sabe con anticipación que deberá hospitalizarse y ha firmado instrucciones anticipadas, **lleve una copia cuando vaya al hospital**.

* Si usted ingresa al hospital, se le preguntará si ha firmado un formulario de instrucciones anticipadas y si lo lleva con usted.
* Si no ha firmado un formulario de instrucciones anticipadas, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntarán si desea firmar uno.

**Recuerde, es su elección si desea llenar un formulario de instrucciones anticipadas** (inclusive si desea firmar uno estando en el hospital). Según la ley, nadie puede negarse a brindarle atención ni puede discriminarlo por haber firmado o no instrucciones anticipadas.

¿Qué pasa si sus instrucciones no se siguen?

Si ha firmado instrucciones anticipadas y cree que un médico o el hospital no han respetado las instrucciones que allí menciona, puede presentar una queja ante *[insert appropriate state-specific agency (such as the State Department of Health)]. [Plans also have the option to include a separate exhibit to list the state-specific agency in all states, or in all states in which the plan is filed, and then should revise the previous sentence to make reference to that exhibit.]*

#### Sección 1.7 Usted tiene derecho a presentar quejas y pedirnos reconsiderar decisiones que hayamos tomado

Si tiene algún problema o inquietud sobre la atención o los servicios cubiertos, el Capítulo 7 de este folleto le indica lo que puede hacer. Proporciona los detalles sobre cómo tratar todo tipo de problemas y quejas. Lo que debe hacer para el seguimiento de un problema o inquietud depende de la situación. Es posible que deba pedirle a nuestro plan tomar una decisión de cobertura para usted, presentar ante nosotros una apelación para cambiar una decisión de cobertura o presentar una queja. Independientemente de lo que haga, ya sea solicitar una decisión de cobertura, presentar una apelación o una queja, **estamos obligados a tratarlo con imparcialidad**.

Usted tiene derecho a obtener un resumen de información sobre las apelaciones y quejas que otros miembros han presentado en el pasado en contra de nuestro plan. Para obtener esta información, llame a Servicios para los miembros (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto).

#### Sección 1.8 ¿Qué puede hacer si siente que está siendo tratado injustamente o que sus derechos no son respetados?

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

Si siente que no se le ha tratado con imparcialidad o que no se han respetado sus derechos debido a su raza, discapacidad, religión, sexo, salud, origen étnico, credo (creencias), edad o nacionalidad, debe llamar 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 de su localidad.

¿Se trata de algo diferente?

Si siente que no se le ha tratado con imparcialidad o que sus derechos no han sido respetados, *y* *no* se trata de discriminación, puede obtener ayuda para tratar el problema que está enfrentando:

* Puede **llamar a Servicios para los miembros** (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto).
* Puede **llamar al Programa estatal de asistencia en seguros de salud**. Para obtener más información sobre esta organización y cómo contactarla, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
* O bien, **puede llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

#### Sección 1.9 Cómo obtener más información sobre sus derechos

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

* Puede **llamar a Servicios para los miembros** (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto).
* Puede **llamar al Programa estatal de asistencia en seguros de salud**. Para obtener más información sobre esta organización y cómo contactarla, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
* Puede comunicarse con **Medicare.**
  + Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación “Your Medicare Rights & Protections” (Sus derechos y protecciones de Medicare). (La publicación está disponible en: <https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534.pdf>.)
  + También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

#### Sección 2.1 ¿Cuáles son sus responsabilidades?

Lo que tiene que hacer como miembro del plan se enumera a continuación. Si tiene preguntas, llame a Servicios para los miembros (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto). Estamos aquí para ayudar.

* **Familiarícese con sus medicamentos cubiertos y las normas que debe seguir para obtenerlos.** En este folleto sobre la Evidencia de cobertura aprenderá lo que está cubierto y las normas que debe cumplir para obtener estos medicamentos cubiertos.
  + Los Capítulos 3 y 4 dan más detalles sobre su cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.
* **Si, además de nuestro plan, tiene otra cobertura para medicamentos con receta, debe comunicárnoslo.** Llame a Servicios para los miembros para informarnos (los números de teléfono figuran en la portada posterior de este folleto).
  + Debemos seguir ciertas normas establecidas por Medicare para asegurarnos de que usted utilice la totalidad de su cobertura en combinación cuando obtenga los medicamentos cubiertos de nuestro plan. A esto se lo denomina “**coordinación de beneficios**” porque implica la coordinación de los beneficios de medicamentos que obtiene de nuestro plan con cualquier otro beneficio de medicamentos a su disposición. Lo ayudaremos a coordinar sus beneficios. (Para obtener más información sobre la coordinación de beneficios, consulte la Sección 10 del Capítulo 1).
* **Dígales a su médico y su farmacéutico que está inscrito en nuestro plan.** Muestre la tarjeta de miembro del plan cada vez que obtenga medicamentos con receta de la Parte D.
* **Permita que sus médicos y otros proveedores lo ayuden dándole información, haciendo preguntas y realizando un seguimiento de su atención médica.** 
  + Para ayudar a que sus médicos y otros proveedores de atención médica le den la mejor atención, aprenda todo lo que pueda acerca de sus problemas de salud y proporcióneles la información que necesitan sobre usted y su salud. Siga las instrucciones y planes de tratamiento que usted y sus médicos acordaron.
  + Asegúrese de que los médicos conozcan todos los medicamentos que está tomando, incluidos los medicamentos de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
  + Si usted tiene preguntas, no dude en hacerlas. Se espera que sus médicos y otros proveedores de atención médica expliquen las cosas de una manera que usted pueda entender. Si hace una pregunta, pero no entiende la respuesta que recibió, pregunte nuevamente.
* **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:
  + [*Insert if applicable:* Debe pagar las primas del plan para continuar siendo miembro de nuestro plan.]
  + Para la mayoría de sus medicamentos cubiertos por el plan, usted debe pagar su parte del costo al recibir el medicamento. Este será [*insert as appropriate:* un copago (un monto fijo) *OR* un coseguro (un porcentaje del costo total)]. El Capítulo 4 explica lo que debe pagar por sus medicamentos con receta de la Parte D.
  + Si recibe cualquier medicamento que no esté cubierto por nuestro plan, o por otro seguro que pueda tener, debe pagar el costo total.
    - Si no está de acuerdo con nuestra decisión de negarle la cobertura de un medicamento, puede presentar una apelación. Consulte el Capítulo 7 de este folleto para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

*[Plans that do not disenroll members for non-payment may modify this section as needed.]*

* + Si se le exige pagar una multa por inscripción tardía, debe pagar la multa para seguir siendo miembro del plan.
  + Si debe pagar el monto adicional por la Parte D debido a sus ingresos anuales, debe pagar este monto directamente al gobierno para seguir siendo miembro del plan.
* **Díganos si cambia de domicilio.** Si se va a mudar, es importante que nos lo comunique de inmediato. Llame a Servicios para los miembros (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto).
  + **Si se muda *fuera* del área de servicio de nuestro plan, no puede seguir siendo miembro del plan.** (El Capítulo 1 informa sobre nuestra área de servicio). Podemos ayudarlo a averiguar si se está mudando fuera de nuestra área de servicio. Si se va de nuestra área de servicio, tendrá un Período de inscripción especial en el que puede inscribirse en cualquier plan de Medicare disponible en su nueva área. Podemos averiguar si contamos con algún plan en la nueva área.
  + **Incluso si se muda *dentro* del área de servicio, debemos estar al tanto de esto** para mantener actualizado su registro de miembro y para saber cómo podemos comunicarnos con usted.
  + Si se muda, también es importante que se lo comunique al Seguro Social (o a la Junta de jubilación para ferroviarios). Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto de estas organizaciones en el Capítulo 2.
* **Llame a Servicios para los miembros para obtener ayuda si tiene preguntas o inquietudes.** También aceptamos con agrado cualquier sugerencia que pueda tener para mejorar nuestro plan.
  + Los números de teléfono y las horas en las que puede llamar a Servicios para los miembros están impresos en la portada posterior de este folleto.
  + Para obtener más información sobre cómo comunicarse con nosotros, incluida nuestra dirección de correo, consulte el Capítulo 2.

Capítulo 7

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

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

ANTECEDENTES 119

SECCIÓN 1 Introducción 119

Sección 1.1 Lo que debe hacer si tiene un problema o una inquietud 119

Sección 1.2 Acerca de los términos legales 119

SECCIÓN 2 Usted puede obtener ayuda de las organizaciones gubernamentales que no estén relacionadas con nosotros 120

Sección 2.1 Dónde obtener más información y asistencia personalizada 120

SECCIÓN 3 ¿Qué proceso debe utilizar para tratar su problema? 121

Sección 3.1 ¿Debe usar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O debe utilizar el proceso para presentar quejas? 121

DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES 122

SECCIÓN 4 Guía de los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones 122

Sección 4.1 Cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: panorama general 122

Sección 4.2 Cómo obtener ayuda cuando está pidiendo una decisión de cobertura o presentando una apelación 123

SECCIÓN 5 Medicamentos con receta de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación 124

Sección 5.1 Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para recibir un medicamento de la Parte D o si quiere que le reembolsemos un medicamento de la Parte D 124

Sección 5.2 ¿Qué es una excepción? 126

Sección 5.3 Aspectos importantes que debe saber acerca de pedir excepciones 128

Sección 5.4 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción 129

Sección 5.5 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 (cómo pedir una revisión de una decisión de cobertura tomada por nuestro plan) 132

Sección 5.6 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 135

SECCIÓN 6 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más allá 137

Sección 6.1 Niveles 3, 4, y 5 para apelaciones de medicamentos de la Parte D 137

PRESENTAR QUEJAS 139

SECCIÓN 7 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los plazos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes 139

Sección 7.1 ¿Qué tipos de problemas se tratan en el proceso de quejas? 139

Sección 7.2 El nombre formal para “presentar una queja” es “interponer un reclamo” 140

Sección 7.3 Paso a paso: Presentación de una queja 141

Sección 7.4 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención a la Organización para la mejora de la calidad 142

Sección 7.5 También puede informarle a Medicare acerca de su queja 142

*[Plans should ensure that the text or section heading immediately preceding each “Legal Terms” box is kept on the same page as the box.]*

ANTECEDENTES

### SECCIÓN 1 Introducción

#### Sección 1.1 Lo que debe hacer si tiene un problema o una inquietud

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

* Para algunos tipos de problemas, debe usar el **proceso para decisiones de cobertura y apelaciones.**
* Para otros tipos de problemas, debe usar el **proceso para presentar quejas.**

Ambos procesos han sido aprobados por Medicare. Para garantizar la imparcialidad y la pronta tramitación de sus problemas, cada proceso tiene un conjunto de normas, procedimientos y plazos que usted y nosotros debemos seguir.

¿Cuál utiliza? Eso depende del tipo de problema que tenga. La guía de la Sección 3 le ayudará a identificar el proceso correcto a seguir.

#### Sección 1.2 Acerca de los términos legales

Existe terminología legal para algunas de las normas, procedimientos y tipos de plazos que se explican en este capítulo. Muchos de estos términos son desconocidos para la mayoría de las personas y pueden ser difíciles de entender.

Para simplificar las cosas, este capítulo explica las normas y los procedimientos legales con palabras más simples en vez de utilizar ciertos términos legales. Por ejemplo, en este capítulo aparece “presentar una queja” en lugar de “interponer un reclamo”, “decisión de cobertura” en lugar de “determinación de cobertura”, y “Organización de revisión independiente” en lugar de “Entidad de revisión independiente”. También se evita al máximo el uso de abreviaturas.

No obstante, puede resultarle útil, y, a veces, es bastante importante, conocer los términos legales correctos para la situación en la que se encuentre. Saber qué términos emplear le permitirá comunicarse con mayor claridad y precisión cuando quiera tratar algún problema y obtener la ayuda o información adecuadas para usted. Para ayudarle a saber qué términos utilizar, incluimos términos legales cuando damos los detalles para el manejo de determinados tipos de situaciones.

### SECCIÓN 2 Usted puede obtener ayuda de las organizaciones gubernamentales que no estén relacionadas con nosotros

#### Sección 2.1 Dónde obtener más información y asistencia personalizada

Algunas veces, puede ser confuso iniciar o seguir el proceso para tratar un problema. Esto puede ser especialmente cierto si no se siente bien o no tiene suficiente energía. Otras veces, es posible que no tenga el conocimiento que necesita para dar el siguiente paso.

Obtenga ayuda de una organización gubernamental independiente

Siempre estamos a su disposición para ayudarle. Pero en algunas situaciones es posible que también quiera la ayuda o la orientación de alguien que no tenga relación con nosotros. Siempre puede llamar al **Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP).** Este programa gubernamental ha formado asesores en cada estado. 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 comprender el proceso que debe utilizar para tratar el problema que tenga. Además, ellos también pueden responder sus preguntas, darle más información y orientarlo sobre lo que debe hacer.

Los servicios ofrecidos por los asesores del SHIP son gratuitos. *[Plans providing SHIP contact information in an exhibit may revise the following sentence to direct members to it.]* En la Sección 3 del Capítulo 2 de este folleto encontrará los números de teléfono.

También puede obtener ayuda e información de Medicare

Para obtener más información y ayuda para tratar un problema, también puede comunicarse con Medicare. A continuación, se incluyen dos maneras de obtener información directamente de Medicare:

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

### SECCIÓN 3 ¿Qué proceso debe utilizar para tratar su problema?

#### Sección 3.1 ¿Debe usar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O debe utilizar el proceso para presentar quejas?

Si tiene un problema o una inquietud, solo necesita leer las partes del capítulo que se aplican a su situación. La guía que sigue le será útil.

Para saber qué parte de este capítulo lo ayudará con su problema o inquietud específica, **EMPIECE AQUÍ.**

¿Su problema o inquietud tiene que ver con sus beneficios o cobertura?

(Esto incluye los problemas sobre si la atención médica o los medicamentos con receta en particular están cubiertos o no, la forma en que están cubiertos y los problemas relacionados con el pago de la atención médica o los medicamentos con receta).

**Sí.** Mi problema es sobre los beneficios o la cobertura.

Vaya a la sección siguiente de este capítulo, **Sección 4, “Guía de los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones”.**

**No.** Mi problema no es sobre los beneficios o la cobertura.

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

DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES

### SECCIÓN 4 Guía de los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones

#### Sección 4.1 Cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: panorama general

El proceso para las decisiones de cobertura y la presentación de apelaciones trata los problemas relacionados con sus beneficios y cobertura de medicamentos con receta, incluidos problemas relacionados con el pago. Este es el proceso que usted usa para asuntos tales como determinar si un medicamento está cubierto o no y la forma en que está cubierto.

Cómo solicitar decisiones de cobertura

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y la cobertura o en relación con el monto que pagaremos por los medicamentos con receta.

Tomamos una decisión de cobertura para usted cada vez que decidimos lo que está cubierto para usted y cuánto tenemos que pagar. En algunos casos, podríamos decidir que el medicamento no está cubierto o que ya no tiene cobertura de Medicare para usted. Si está en desacuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura y no se siente satisfecho con ella, usted puede “apelar” la decisión. Una apelación es una manera formal de pedirnos revisar y modificar una decisión de cobertura que hayamos tomado.

Cuando apela una decisión por primera vez, esto se denomina apelación de Nivel 1. En este tipo de apelación, revisamos la decisión de cobertura que hemos tomado para comprobar si seguimos todas las normas correctamente. Su apelación es analizada por revisores distintos a los que tomaron la decisión desfavorable original. Cuando hayamos completado la revisión, le comunicaremos nuestra decisión. En ciertas circunstancias, que analizaremos más adelante, puede solicitar una “decisión de cobertura rápida” o acelerada, o una apelación rápida de una decisión de cobertura.

Si se rechaza su apelación de Nivel 1, puede solicitar una apelación de Nivel 2. A la apelación de Nivel 2 la evalúa una organización independiente que no está conectada con nuestro plan. Si no está satisfecho con la decisión de la apelación de Nivel 2, es posible que pueda avanzar a niveles adicionales de apelación.

#### Sección 4.2 Cómo obtener ayuda cuando está pidiendo una decisión de cobertura o presentando una apelación

¿Desea algún tipo de ayuda? Estos son los recursos que puede utilizar si decide solicitar algún tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

* Puede **llamar a Servicios para los miembros** (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto).
* Para **obtener ayuda gratuita de una organización independiente** que no esté relacionada con nuestro plan, comuníquese con su Programa estatal de asistencia en seguros de salud (consulte la Sección 2 de este capítulo).
* **Su médico u otra persona que emite recetas** **pueden realizar la solicitud por usted.** Para los medicamentos con receta de la Parte D, su médico u otra persona autorizada a dar recetas puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 o 2 en su nombre. Para solicitar cualquier apelación posterior al Nivel 2, su médico u otra persona autorizada a dar recetas debe ser designado como su representante.
* **Puede solicitar que alguien actúe en su nombre.** Si así lo desea, puede designar a otra persona para que actúe en su nombre como su “representante”, para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
  + Puede haber alguien que ya esté legalmente autorizado para actuar como su representante en virtud de la ley estatal.
  + Si quiere que un amigo, pariente, su médico, otra persona que emite recetas u otra persona sea su representante, llame a Servicios para los miembros (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto) y pida el formulario “Nombramiento de representante”. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en <https://www.cms.hhs.gov/cmsforms/downloads/cms1696.pdf> [*plans may also insert:* o en nuestro sitio web en *[insert website or link to form]*]). El formulario le otorga a esa persona la autorización de actuar en su nombre. El formulario debe estar firmado por usted y por la persona que usted desea que actúe en su nombre. Usted debe darle al plan una copia del formulario firmado.
* **También tiene derecho a contratar a un abogado para que actúe por usted.** Puede comunicarse con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado de su colegio de abogados local u otro servicio de remisión. También existen grupos que le proporcionarán servicios legales gratuitos si usted reúne los requisitos. Sin embargo, **no es obligatorio que contrate a un abogado** para que pida algún tipo de decisión de cobertura o la apelación de una decisión.

### SECCIÓN 5 Medicamentos con receta de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

"" **¿Leyó la Sección 4 de este capítulo (*Una guía de “los fundamentos” de las decisiones de cobertura y las apelaciones*)? Si no lo ha hecho, tal vez le convenga leerla antes de comenzar con esta sección.**

#### Sección 5.1 Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para recibir un medicamento de la Parte D o si quiere que le reembolsemos un medicamento de la Parte D

Los beneficios como miembro de nuestro plan incluyen la cobertura para muchos medicamentos con receta. Consulte la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan. Para estar cubierto, su medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. (Una “indicación médicamente aceptada” es un uso del medicamento que está aprobado por la FDA o avalado por ciertos libros de referencia. Consulte la Sección 3 del Capítulo 3 para obtener información sobre una indicación médicamente aceptada).

* **En esta sección se tratan solamente sus medicamentos de la Parte D.** Para simplificar las cosas, en general, hablaremos de “medicamento” en el resto de esta sección en lugar de repetir cada vez las expresiones “medicamento con receta cubierto para pacientes externos” o “medicamento de la Parte D”.
* Para obtener más detalles sobre lo que queremos decir con medicamentos de la Parte D, la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*, las normas y las restricciones respecto de la cobertura e información sobre costos, consulte el Capítulo 3 (*Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D*)y el Capítulo 4(*Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D*)*.*

Decisiones y apelaciones de cobertura de la Parte D

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

| **Términos legales** |
| --- |
| Una decisión de cobertura inicial sobre los medicamentos de la Parte D se denomina una **“determinación de cobertura”.** |

Estos son ejemplos de decisiones de cobertura que nos pide que tomemos sobre sus medicamentos de la Parte D:

* Nos pide que hagamos una excepción, como:
  + Solicitarnos que cubramos un medicamento de la Parte D que no figura en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan.
  + Pedirnos que no apliquemos una restricción a la cobertura del plan para un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede obtener).
  + *[Plans with a formulary structure (e.g., no tiers) that does not allow for tiering exceptions: omit this bullet.]*Pedirnos pagar un monto de costo compartido menor por un medicamento cubierto en un nivel de costo compartido mayor
* Nos pregunta si un medicamento está cubierto en su caso y si cumple cualquier norma de cobertura aplicable. (Por ejemplo, cuando su medicamento está en la *Lista de medicamentos cubiertos* *(Formulario)* del plan, pero es obligatorio que obtenga nuestra aprobación antes de que podamos cubrirlo en su caso).
  + *Tenga en cuenta lo siguiente:* si su farmacia le dice que su receta no puede presentarse como está escrita, usted obtendrá un aviso por escrito en el que se explica cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.
* Nos pide que paguemos por un medicamento con receta que ya ha comprado. Esta es una solicitud de una decisión de cobertura sobre el pago.

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

Esta sección le indica cómo pedir decisiones de cobertura y cómo solicitar una apelación. Utilice el cuadro que aparece debajo para ayudarlo a determinar qué parte tiene información para su situación:

¿En cuál de estas situaciones se encuentra usted?

| **Si está en esta situación:** | **Esto es lo que puede hacer:** |
| --- | --- |
| ¿Necesita un medicamento que no está incluido en nuestra Lista de medicamentos o necesita que no apliquemos una norma o restricción sobre un medicamento que cubrimos? | Puede pedirnos que hagamos una excepción. (Este es un tipo de decisión de cobertura).  Comience con la **Sección 5.2** de este capítulo. |
| ¿Quiere que cubramos un medicamento en nuestra Lista de medicamentos y cree que cumple con todas las restricciones o normas del plan (como obtener la aprobación del plan por adelantado) para el medicamento que necesita? | Puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura.  Vaya a la **Sección 5.4** de este capítulo. |
| ¿Quiere pedirnos que le reembolsemos el precio de un medicamento que ya ha recibido y pagado? | Puede pedirnos un reembolso. (Este es un tipo de decisión de cobertura).  Vaya a la **Sección 5.4** de este capítulo. |
| ¿Le hemos comunicado que no cubriremos ni pagaremos un medicamento de la forma que usted querría que lo hiciéramos? | Puede presentar una apelación. (Esto significa que nos está pidiendo que reconsideremos nuestra decisión).  Vaya a la **Sección 5.5** de este capítulo. |

#### Sección 5.2 ¿Qué es una excepción?

Si un medicamento no está cubierto de la forma que a usted le gustaría que estuviese cubierto, puede pedirnos que hagamos una “excepción”. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura. Al igual que con las otras decisiones de cobertura, si denegamos su solicitud de una excepción, puede apelar nuestra decisión.

Cuando pide una excepción, su médico o la persona autorizada a dar recetas tendrán que explicar las razones médicas por las que necesita que se apruebe la excepción. Entonces consideraremos su solicitud. Estos son [*insert as applicable:* dos *OR* tres] ejemplos de excepciones que usted, su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden pedirnos que hagamos:

1. **Cubrir un medicamento de la Parte D para usted que no figura en nuestra *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario).*** (Nosotros la denominamos “Lista de medicamentos” para abreviarla).

| **Términos legales** |
| --- |
| Pedir cobertura para un medicamento que no está en la Lista de medicamentos se denomina, en ocasiones, **“excepción al Formulario”.** |

* Si aceptamos hacer una excepción y cubrimos un medicamento que no figura en la Lista de medicamentos, deberá pagar el costo compartido que se aplique a [*insert as appropriate:* todos nuestros medicamentos *OR* los medicamentos en *[insert exceptions tier] OR* los medicamentos en *[insert exceptions tier]* para los medicamentos de marca o *[insert exceptions tier]* para los medicamentos genéricos]*.* No puede solicitar que hagamos una excepción respecto del copago o del coseguro que usted debe pagar por el medicamento.

1. **Eliminar una restricción de nuestra cobertura para un medicamento cubierto**. Se aplican otras normas o restricciones a determinados medicamentos que figuran en nuestra *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* (para obtener más información, consulte el Capítulo 3).

| **Términos legales** |
| --- |
| Pedir la eliminación de una restricción de cobertura para un medicamento se denomina, en ocasiones, **“excepción al Formulario”.** |

* Las normas y restricciones adicionales sobre la cobertura de ciertos medicamentos incluyen las siguientes:
  + *[Omit if plan does not use generic substitution] Que se exija utilizar la versión genérica* de un medicamento en lugar del de marca.
  + *[Omit if plan does not use prior authorization] Que se obtenga la aprobación del plan por adelantado* antes de que aceptemos cubrir el medicamento para usted. (Esto suele denominarse “autorización previa”).
  + *[Omit if plan does not use step therapy] Que se exija probar primero con otro medicamento* antes de que aceptemos cubrir el medicamento que nos pide. (Esto suele denominarse “tratamiento escalonado”).
  + *[Omit if plan does not use quantity limits] Límites de cantidad*. Algunos medicamentos tienen restricciones sobre la cantidad del medicamento que puede obtener.
* *[Plans with a formulary structure (e.g., no tiers) that does not allow for tiering exceptions: omit this bullet]* Si aceptamos hacer una excepción y no aplicar una restricción en su caso, puede pedirnos una excepción en la cantidad de copago o coseguro que le pediremos que pague por el medicamento.

1. *[Plans with a formulary structure (e.g., no tiers) that does not allow for tiering exceptions: omit this section.]* **Cambiar la cobertura de un medicamento a un nivel de costo compartido inferior.** Todos los medicamentos de nuestra Lista de medicamentos se encuentran en uno de los *[insert number of tiers]* niveles de costo compartido. En general, cuanto más bajo sea el nivel de costo compartido, menor será el monto que le corresponda pagar del costo del medicamento.

| **Términos legales** |
| --- |
| Pedir pagar un precio inferior por un medicamento no preferido cubierto se denomina, en ocasiones, pedir una **“excepción del nivel”.** |

* [*If the Plan designated one of its tiers as a “high-cost/unique drug tier” and is exempting that tier from the exceptions process, include the following language:* No puede pedirnos que cambiemos el nivel de costo compartido para ningún medicamento en *[insert tier number and name of tier designated as the high-cost/unique drug tier]*.]

#### Sección 5.3 Aspectos importantes que debe saber acerca de pedir excepciones

**Su médico debe explicarnos las razones médicas**

Su médico o la persona autorizada a dar recetas deben darnos una declaración que explique las razones médicas para solicitar una excepción. Para que tomemos la decisión más rápido, incluya esta información médica de su médico o de la persona autorizada a dar recetas cuando pida la excepción.

Generalmente, la Lista de medicamentos incluye más de un medicamento para tratar una afección en particular. Estas posibilidades diferentes se denominan medicamentos “alternativos”. Si un medicamento alternativo da el mismo resultado que el medicamento que está solicitando y no produce más efectos secundarios ni otros problemas de salud, en general *no* aprobaremos su solicitud de una excepción. *[Plans with a formulary structure (e.g., no tiers) that does not allow for tiering exceptions: omit this statement]* Si nos solicita una excepción de nivel, en general, *no* aprobaremos su solicitud de una excepción, a menos que todos los medicamentos alternativos del nivel de costo compartido más bajo no funcionen igual para usted.

**Podemos aceptar o rechazar su solicitud**

* Si aprobamos su solicitud de una excepción, nuestra aprobación normalmente es válida hasta el final del año del plan. Y será válida mientras su médico siga recetándole el medicamento y mientras ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su afección.
* Si rechazamos su solicitud de una excepción, puede pedir una revisión de nuestra decisión mediante la presentación de una apelación. La Sección 5.5 le indica cómo presentar una apelación si rechazamos su solicitud.

La siguiente sección le indica cómo pedir una decisión de cobertura, incluida una excepción.

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

Paso 1: puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura sobre el medicamento o medicamentos que necesita o sobre el pago. Si su salud exige una respuesta rápida, debe pedirnos que tomemos una “decisión de cobertura rápida”. No puede solicitar una decisión de cobertura rápida si nos pide que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró.

Qué hacer

* **Solicite el tipo de decisión de cobertura que desea.** Comience por llamar, escribir o enviarnos un fax para realizar su solicitud. Usted, su representante o su médico (o la persona autorizada a dar recetas) puede hacer esto. También puede acceder al proceso de decisiones de cobertura a través de nuestro sitio web. Para los detalles, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección denominada *[plans may edit section title as necessary]* *Cómo comunicarse con nosotros cuando está solicitando una decisión de cobertura sobre los medicamentos con receta de la Parte D*. O si nos solicita que le reembolsemos el costo de un medicamento, consulte la sección llamada *[plans may edit section title as necessary]* *Dónde puede enviar una solicitud en la que se nos pide que paguemos la parte que nos corresponde del costo de un medicamento que recibió.*
* **Usted, su médico u otra persona que actúe en su nombre** pueden pedir una decisión de cobertura. La Sección 4 de este capítulo le indica cómo puede darle permiso por escrito a alguien para que actúe como su representante. También puede contratar a un abogado para que actúe en su nombre.
* **Si quiere solicitarnos que le reembolsemos el costo de un medicamento**, comience por leer el Capítulo 5 de este folleto: *Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de los costos de medicamentos cubiertos.* En el Capítulo 5 se explican las situaciones en las cuales es posible que deba solicitar un reembolso. También le indica cómo enviarnos la documentación necesaria para pedirnos que le reembolsemos la parte que nos corresponde del costo de un medicamento que ha pagado.
* **Si solicita que se haga una excepción, proporcione la “declaración de respaldo”.** Su médico u otra persona autorizada a dar recetas deben explicarnos los motivos médicos que justifiquen que hagamos la excepción del medicamento que solicita. (A esto le llamamos “declaración de respaldo”). Su médico o la persona autorizada a dar recetas puede enviarnos la declaración por fax o correo. O su médico o la persona autorizada a dar recetas puede llamarnos por teléfono y hacer un seguimiento mediante el envío de la declaración escrita, ya sea por fax o por correo, si fuera necesario. Para obtener más información sobre las solicitudes de excepción, consulte las Secciones 5.2 y 5.3.
* **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito,** incluida una solicitud enviada en el formulario de solicitud de determinación de cobertura modelo de CMS [*insert if applicable:* o en nuestro formulario del plan], el cual/los cuales [*insert if applicable:* está *OR* están] disponibles en nuestro sitio web.
* *[Plans that allow enrollees to submit coverage determination requests electronically through, for example, a secure member portal may include a brief description of that process.]*

Si su salud lo requiere, pídanos que tomemos una “decisión de cobertura rápida”

| **Términos legales** |
| --- |
| Una “decisión de cobertura rápida” se denomina una **“determinación de cobertura acelerada”.** |

* Cuando le comuniquemos nuestra decisión, usaremos el plazo “estándar”, a no ser que hayamos aceptado usar el plazo “rápido”. Una decisión de cobertura estándar significa que le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibida la declaración de su médico. Una decisión de cobertura rápida significa que responderemos en un plazo de 24 horas después de recibida la declaración de su médico.
* **Para obtener una decisión rápida de cobertura, debe cumplir dos requisitos:**
  + Podrá solicitar una decisión de cobertura rápida *solo* si su pedido hace referencia a un *medicamento que aún no ha recibido.* (No puede solicitar una decisión de cobertura rápida si nos pide que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró).
  + Podrá solicitar una decisión de cobertura rápida *solo* si los plazos estándares pudieran *poner su salud en grave peligro o dañar su capacidad funcional.*
* **Si su médico o la persona autorizada a dar recetas nos indican que su salud requiere una “decisión de cobertura rápida”, aceptaremos automáticamente tomar una decisión cobertura de rápida.**
* Si nos pide usted mismo la decisión de cobertura rápida (sin el apoyo de su médico ni de otra persona autorizada a dar recetas), decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión de cobertura rápida.
  + Si decidimos que su afección médica no cumple los requisitos para una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta en la que se lo informaremos (y usaremos los plazos estándares en su lugar).
  + En esta carta se le dirá que si su médico o la persona autorizada a dar recetas piden una decisión de cobertura rápida, aceptaremos automáticamente tomar una decisión de cobertura rápida.
  + En la carta también se le explicará cómo puede presentar una queja sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó. Le indica cómo presentar una queja “rápida”, lo que significa que recibirá nuestra respuesta a su queja en un plazo de 24 horas después de recibir la queja. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener más información sobre el proceso de presentar quejas, consulte la Sección 7 de este capítulo).

Paso 2: consideraremos su solicitud y le daremos una respuesta.

Plazos límite para una decisión de cobertura “rápida”

* Si utilizamos los plazos rápidos, debemos darle una respuesta **en un plazo de 24 horas.**
  + Generalmente, esto significa en un plazo de 24 horas después de recibir su solicitud. Si está solicitando una excepción, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas después de recibida la declaración de su médico que respalda su solicitud. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
  + Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización externa independiente. Más adelante en esta sección, hablaremos sobre esta organización de revisión y explicaremos qué sucede en la apelación de Nivel 2.
* **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 24 horas después de recibida su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
* **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

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

* Si utilizamos los plazos estándares, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas.**
  + Generalmente, esto significa en un plazo de 72 horas después de recibir su solicitud. Si está solicitando una excepción, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibida la declaración de su médico que respalda su solicitud. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
  + Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización independiente. Más adelante en esta sección, hablaremos sobre esta organización de revisión y explicaremos qué sucede en la apelación de Nivel 2.
* **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó.** 
  + Si aprobamos su solicitud de cobertura, tenemos que **brindarle la cobertura** que aceptamos proporcionar **en un plazo de 72 horas** después de recibida su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
* **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

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

* Debemos darle una respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.
  + Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización independiente. Más adelante en esta sección, hablaremos sobre esta organización de revisión y explicaremos qué sucede en la apelación de Nivel 2.
* **Si aceptamos parte o a la totalidad de lo que solicitó,** también debemos pagarle en un plazo de 14 días calendario después de haber recibido su solicitud.
* **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Paso 3: si rechazamos su solicitud de cobertura, usted decide si quiere presentar una apelación.

* Si la rechazamos, tiene derecho a solicitar una apelación. Solicitar una apelación implica pedirnos que reconsideremos nuestra decisión y posiblemente que la cambiemos.

#### Sección 5.5 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 (cómo pedir una revisión de una decisión de cobertura tomada por nuestro plan)

| **Términos legales** |
| --- |
| Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de un medicamento de la Parte D, se llama una **“redeterminación”.** |

Paso 1: se comunica con nosotros y presenta una apelación de Nivel 1. Si su salud exige una respuesta rápida, debe solicitar una “apelación rápida”.

Qué hacer

* **Para iniciar su apelación, usted (o su representante, su médico u otra persona autorizada a dar recetas) debe comunicarse con nosotros.** 
  + Para obtener más detalles sobre cómo comunicarse con nosotros por teléfono, fax o correo o a través de nuestro sitio web por cualquier cuestión relacionada con su apelación, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección denominada: *[plans may edit section title as necessary] Cómo comunicarse con nuestro plan para presentar una apelación sobre los medicamentos con receta de la Parte D.*
* **Si solicita una apelación estándar, realice su apelación mediante el envío de una solicitud por escrito.** [*If the plan accepts oral requests for standard appeals, insert:* También puede solicitar una apelación llamándonos al número de teléfono que aparece en la Sección 1 del Capítulo 2 *[plans may edit section title as necessary]* (*Cómo comunicarse con nuestro plan para presentar una apelación sobre los medicamentos con receta de la Parte D*).]
* **Si está solicitando una apelación rápida, puede hacerlo por escrito o por teléfono llamando al número que aparece en la Sección 1 del Capítulo 2** *[plans may edit section title as necessary]* (Cómo comunicarse con nuestro plan para presentar una apelación sobre los medicamentos con receta de la Parte D).
* **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito,** incluida una solicitud enviada en el formulario de solicitud de determinación de cobertura modelo de CMS, el cual está disponible en nuestro sitio web.
* *[Plans that allow enrollees to submit appeal requests electronically through, for example, a secure member portal may include a brief description of that process.]*
* **Debe hacer su solicitud de apelación en el plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta a su solicitud sobre la decisión de cobertura. Si se vence esta fecha límite y tiene una buena razón para haberla dejado vencer, es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de una causa justificada por haber perdido el plazo límite: una enfermedad muy grave le impidió contactarnos o le brindamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo límite para solicitar una apelación.
* **Puede pedir una copia de la información de su apelación y añadir más información.**
  + Usted tiene derecho a pedirnos una copia de la información sobre su apelación. [*If a fee is charged, insert:* Se nos permite cobrar un cargo por copiar y enviarle esta información.]
  + Si así lo desea, usted y su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden brindarnos información adicional para sustentar su apelación.

Si su salud lo requiere, pídanos una “apelación rápida”

| **Términos legales** |
| --- |
| Una “apelación rápida” también se denomina **“redeterminación acelerada”.** |

* Si va a apelar una decisión tomada por nosotros acerca de un medicamento que aún no ha recibido, usted y su médico o la persona autorizada a dar recetas tendrán que decidir si necesita una “apelación rápida”.
* Los requisitos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que para obtener una “decisión rápida de cobertura” que aparecen en la Sección 5.4 de este capítulo.

Paso 2: evaluamos su apelación y le damos una respuesta.

* Mientras nuestro plan revisa su apelación, hacemos otra revisión cuidadosa de toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud. Es posible que nos comuniquemos con su médico o la persona autorizada a dar recetas para obtener más información.

Plazos límite para una apelación “rápida”

* Si utilizamos los plazos rápidos, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación.** Le daremos una respuesta más rápido si su salud así lo requiere.
  + Si no le damos una respuesta en el plazo de 72 horas, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una Organización de revisión independiente. (Más adelante en esta sección, se describe esta organización de revisión y se explica lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones).
* **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación.
* **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos límite para una apelación “estándar”

* Si utilizamos los plazos estándares, debemos darle una respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de recibida su apelación. Le comunicaremos nuestra decisión antes si aún no ha recibido el medicamento y su estado de salud así lo exige. Si cree que su salud lo requiere, debería solicitar una apelación “rápida”.
  + Si no le comunicamos nuestra decisión en el plazo de 7 días calendario, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una Organización de revisión independiente. Más adelante en esta sección, se describe esta organización de revisión y se explica lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
* **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó.** 
  + Si aprobamos una solicitud de cobertura, debemos **brindar la cobertura** que aceptamos proporcionar tan pronto como lo requiera su salud, pero **no más allá de los 7 días calendario** después de recibida su apelación.
  + Si aprobamos una solicitud de reembolso del costo de un medicamento que ya compró, debemos **enviarle el pago en un plazo de 30 días calendario** después de recibida su solicitud de apelación.
* **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Paso 3: si rechazamos su apelación, usted decidirá si quiere continuar con el procedimiento de apelaciones y presentar *otra* apelación.

* Si rechazamos su apelación, usted decide si quiere aceptar esta decisión o continuar presentando otra apelación.
* Si decide presentar otra apelación, significa que su apelación se enviará al Nivel 2 del proceso de apelaciones (consulte a continuación).

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

Si rechazamos su apelación, usted decide si quiere aceptar esta decisión o continuar presentando otra apelación. Si decide pasar a una apelación de Nivel 2, la **Organización de revisión independiente** revisa la decisión tomada al rechazar su primera apelación. Esta organización determina si la decisión que tomamos debe ser cambiada.

| **Términos legales** |
| --- |
| El nombre formal para la “Organización de revisión independiente” es **“Entidad de revisión independiente”.** A veces se la denomina **“IRE”.** |

Paso 1: para presentar una apelación de Nivel 2, usted (o su representante, médico u otra persona autorizada a dar recetas) debe comunicarse con la Organización de revisión independiente y pedir una revisión de su caso.

* Si rechazamos su apelación del Nivel 1, el aviso escrito que le enviaremos incluirá **instrucciones para presentar una apelación del Nivel 2** ante la Organización de revisión independiente. Estas instrucciones le indicarán quién puede presentar esta apelación de Nivel 2, qué plazos deberá respetar y cómo comunicarse con la organización de revisión.
* Cuando presente una apelación ante la Organización de revisión independiente, le enviaremos a esta organización la información que tenemos sobre su apelación. A esta información se la denomina su “archivo de caso”. **Usted tiene derecho a solicitarnos una copia del archivo de su caso.** [*If a fee is charged, insert:* Se nos permite cobrar un cargo por copiar y enviarle esta información.]
* Usted tiene derecho a proporcionarle a la Organización de revisión independiente información adicional para sustentar su apelación.

Paso 2: la Organización de revisión independiente realiza una revisión de su apelación y le comunica una respuesta.

* **La Organización de revisión independiente es una organización independiente que contrata Medicare.** Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una empresa que Medicare elige para revisar nuestras decisiones con respecto a sus beneficios de la Parte D.
* Los revisores de la Organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente la información relacionada con su apelación. La organización le comunicará su decisión por escrito y le explicará las razones en las que se basó.

Plazos límite para la “apelación rápida” en el Nivel 2

* Si su salud lo requiere, pida una “apelación rápida” a la Organización de revisión independiente.
* Si la organización de revisión acepta darle una “apelación rápida”, dicha organización debe comunicarle su respuesta a la apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud de apelación.
* **Si la Organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos brindar la cobertura para medicamentos que aprobó la organización de revisión **en un plazo de 24 horas** después de recibida la decisión de parte de dicha organización.

Plazos límite para la “apelación estándar” en el Nivel 2

* Si presenta una apelación estándar en el Nivel 2, la organización de revisión debe comunicarle su respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación.
* **Si la Organización de revisión independiente responde afirmativamente a una parte o la totalidad de lo que solicitó:**
* Si la Organización de revisión independiente aprueba una solicitud de cobertura, debemos **brindar la cobertura para medicamentos** que aprobó la organización de revisión **en un plazo de 72 horas** después de recibida la decisión de parte de dicha organización.
* Si la Organización de revisión independiente aprueba una solicitud de reembolso del costo de un medicamento que ya compró, debemos **enviarle el pago en un plazo de 30 días calendario** después de recibida la decisión de parte de dicha organización.

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

Si la organización rechaza su apelación, eso implica que la organización está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. (Esto se llama “confirmar la decisión”. También se denomina “rechazar su apelación”).

Si la Organización de Revisión Independiente “confirma la decisión”, usted tiene derecho a una apelación de Nivel 3. Sin embargo, para presentar otra apelación en el Nivel 3, el valor en dólares de la cobertura para el medicamento que está solicitando debe cumplir una cantidad mínima. Si el valor en dólares de la cobertura para medicamentos que está solicitando es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación y la decisión del Nivel 2 es final. El aviso que reciba de la Organización de revisión independiente le indicará el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelaciones.

Paso 3: si el valor en dólares de la cobertura que está solicitando cumple con los requisitos, usted decide si quiere continuar con su apelación.

* Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (hasta un total de cinco niveles de apelación).
* Si su apelación de Nivel 2 es rechazada y reúne los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, debe decidir si quiere avanzar al Nivel 3 y hacer una tercera apelación. Si decide presentar una tercera apelación, tendrá los detalles de cómo hacerlo en el aviso escrito que recibió después de su segunda apelación.
* La apelación de Nivel 3 la maneja un juez administrativo. La Sección 6 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

### SECCIÓN 6 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más allá

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

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y Nivel 2, y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor del medicamento sobre el que ha apelado cumple con un monto en dólares determinado, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si el monto en dólares es menor, no puede seguir apelando. La respuesta escrita que usted reciba para su apelación de Nivel 2 explicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los tres últimos niveles de apelación funcionan más o menos de la misma manera. La revisión de su apelación la gestionan estas personas en cada uno de estos niveles.

**Apelación de Nivel 3** **Un juez que trabaja para el gobierno federal** revisará su apelación y le dará una respuesta. A este juez se le denomina “juez administrativo”.

* **Si su apelación se acepta, el proceso de apelaciones habrá terminado.** Lo que ha solicitado en la apelación ha sido aprobado. Debemos **autorizar o brindar la cobertura para medicamentos** que fue aprobada por el Juez administrativo **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago, a más tardar, dentro de los 30 días calendario** después de recibir la resolución.
* **Si el juez administrativo rechaza su apelación, el proceso de apelaciones *puede concluir* o *no*.**
  + Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
  + Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el juez administrativo rechaza su apelación, en el aviso que reciba se le indicará qué hacer a continuación si decide seguir con su apelación.

**Apelación de Nivel 4** El **Consejo de apelaciones** revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo de apelaciones trabaja para el gobierno federal.

* **Si su apelación se acepta, el proceso de apelaciones habrá terminado.** Lo que ha solicitado en la apelación ha sido aprobado. Debemos **autorizar o brindar la cobertura para medicamentos** que fue aprobada por el Consejo de apelaciones **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago, a más tardar, dentro de los 30 días calendario** después de recibir la resolución.
* **Si su apelación se rechaza, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *no*.** 
  + Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
  + Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo de apelaciones rechaza su apelación o rechaza su solicitud para revisar la apelación, el aviso que reciba le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5. Si las normas le permiten continuar, en el aviso escrito que reciba también se le indicará con quién comunicarse y qué hacer a continuación si decide seguir con su apelación.

**Apelación de Nivel 5** Un juez del **Tribunal federal de distrito** revisará su apelación.

* Este es el último paso del proceso de apelaciones.

PRESENTAR QUEJAS

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

"" **Si tiene problemas con las decisiones relacionadas con los beneficios, la cobertura o el pago, esta sección *no es la indicada*. En su lugar, debe usar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones. Vaya a la Sección 4 de este capítulo.**

#### Sección 7.1 ¿Qué tipos de problemas se tratan en el proceso de quejas?

En esta sección se explica cómo se puede utilizar el proceso para presentar quejas. El proceso de quejas *solo* se aplica a determinados tipos de problemas. Entre ellos se incluyen los problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. A continuación, encontrará algunos ejemplos de los tipos de problemas que pueden gestionarse a través del proceso de quejas.

Si tiene cualquiera de estos tipos de problemas puede “presentar una queja”

| Queja | Ejemplo |
| --- | --- |
| **Calidad de su atención médica** | * ¿No está satisfecho con la calidad de atención que ha recibido? |
| **Respeto de su privacidad** | * ¿Cree que alguien no respetó el derecho a su privacidad o compartió información que usted considera que debería ser confidencial? |
| **Falta de respeto, mal servicio al cliente u otro comportamiento negativo** | * ¿Ha sido alguien descortés o le ha faltado el respeto? * ¿Está insatisfecho con la manera en que lo han tratado en nuestro departamento de Servicios para los miembros? * ¿Le parece que lo están alentando a dejar nuestro plan? |
| **Tiempos de espera** | * ¿Ha tenido que esperar demasiado a los farmacéuticos? ¿O por Servicios para los miembros u otro personal de nuestro plan?   + Entre los ejemplos se incluye esperar demasiado al teléfono o cuando le van a dar una receta. |
| **Limpieza** | * ¿No está satisfecho con la limpieza o el estado de una farmacia? |
| **Información que obtiene de nosotros** | * ¿Cree que no le hemos dado un aviso que estamos obligados a darle? * ¿Cree que la información por escrito que le hemos dado es difícil de comprender? |
| **Calidad de oportuno** (Estos tipos de quejas se relacionan con lo *oportuno* de las medidas que tomemos respecto de las decisiones de cobertura y las apelaciones) | El proceso de pedir una decisión de cobertura y presentar apelaciones se explica en las Secciones 4 a 6 de este capítulo. Si está pidiendo una decisión o presentando una apelación, debe usar ese proceso, no el proceso de quejas.  Sin embargo, si ya nos ha pedido una decisión de cobertura o presentado una apelación, y le parece que no estamos respondiendo lo suficientemente rápido, también puede presentar una queja por nuestra lentitud. Estos son algunos ejemplos:   * Si ha pedido que le demos una “decisión rápida de cobertura” o una “apelación rápida”, y le hemos dicho que no lo haremos, puede presentar una queja. * Si cree que no estamos cumpliendo los plazos para darle una decisión de cobertura o la respuesta a una apelación que ha presentado, puede presentar una queja. * Cuando se revisa una decisión de cobertura tomada y se nos indica que debemos cubrir o reembolsar ciertos medicamentos, se aplican ciertos plazos. Si cree que no estamos cumpliendo con nuestros plazos, puede presentar una queja. * Cuando no le damos una decisión a tiempo, tenemos la obligación de enviar su caso a la Organización de revisión independiente. Si no lo hacemos dentro del plazo obligatorio, puede presentar una queja. |

#### Sección 7.2 El nombre formal para “presentar una queja” es “interponer un reclamo”

| **Términos legales** |
| --- |
| * En esta sección, una **“queja”** también se denomina **“reclamo”.** * Otro término para **“presentar una queja”** es **“interponer un reclamo”**.   Otra forma de decir **“usar el proceso para quejas”** es **“usar el proceso para interponer un reclamo”.** |

#### Sección 7.3 Paso a paso: Presentación de una queja

Paso 1: comuníquese con nosotros de inmediato, ya sea por escrito o por teléfono.

* **Habitualmente, el primer paso consiste en llamar a Servicios para los miembros.** Si hay algo que necesite hacer, Servicios para los miembros se lo indicará. *[Insert phone number, TTY, and days and hours of operation.]*
* **Si no desea llamar (o si llamó y no quedó satisfecho), puede presentar su queja por escrito y enviárnosla.** Si presentó su queja por escrito, le responderemos por escrito.
* *[Insert description of the procedures (including time frames) and instructions about what members need to do if they want to use the process for making a complaint. Describe expedited grievance time frames for grievances about decisions to not conduct expedited organization/coverage determinations or reconsiderations/redeterminations.]*
* **Independientemente de si llama o escribe, debe comunicarse con Servicios para los miembros inmediatamente.** La queja debe presentarse dentro de los 60 días calendario después de haber tenido el problema sobre el que se quiere quejar.
* **Si presenta una queja porque se rechazó su solicitud de una “decisión de cobertura rápida” o una “apelación rápida”, automáticamente le concederemos una queja “rápida”**. Si se le ha concedido una queja “rápida”, quiere decir que le daremos **una respuesta en un plazo de 24 horas**.

| **Términos legales** |
| --- |
| En esta sección, una **“queja rápida”** también se denomina **“reclamo acelerado”.** |

Paso 2: analizaremos su queja y le daremos una respuesta.

* **De ser posible, le daremos una respuesta de inmediato.** Si nos llama por una queja, tal vez podamos darle una respuesta durante esa misma llamada telefónica. Si su afección médica requiere que respondamos rápidamente, así lo haremos.
* **La mayoría de las quejas se responden dentro de los 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora es para su conveniencia o si usted pide más tiempo, podemos demorarnos hasta 14 días calendario más (44 días calendario en total) en responder a su queja. Si decidimos tomar días adicionales, se lo notificaremos por escrito.
* **Si no estamos de acuerdo** con la totalidad o parte de la queja, o si no nos hacemos responsables por el problema del que se está quejando, se lo comunicaremos. Nuestra respuesta incluirá nuestras razones para esta contestación. Debemos responder si aceptamos la queja o no.

#### Sección 7.4 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención a la Organización para la mejora de la calidad

Usted puede realizar una queja sobre la calidad de la atención que recibió de nuestra parte a través del proceso paso a paso que se describe arriba.

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

* **Puede presentar su queja a la Organización para la mejora de la calidad**. Si lo prefiere, puede presentar su queja sobre la calidad de la atención que recibió directamente a esta organización (*sin* presentarnos la queja).
  + La Organización para la mejora de la calidad es un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica a los cuales el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare.
  + Para encontrar el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado, busque en la Sección 4 del Capítulo 2 de este folleto. Si presenta una queja a esta organización, colaboraremos con ellos para resolver su queja.
* **O puede presentar su queja ante ambas organizaciones al mismo tiempo**. Si así lo desea, puede presentarnos su queja sobre la calidad de la atención ante nosotros y también ante la Organización para la mejora de la calidad.

#### Sección 7.5 También puede informarle a Medicare acerca de su queja

Puede presentar una queja sobre *[insert 2018 plan name]* directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, ingrese en <https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx>. Medicare toma sus quejas de manera seria y utilizará esta información para mejorar la calidad del programa de Medicare.

Si tiene cualquier otro comentario o inquietud, o si considera que el plan no está tratando su caso, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

Capítulo 8

Cancelación de su membresía   
en el plan

## Capítulo 8. Cancelación de su membresía en el plan

SECCIÓN 1 Introducción 145

Sección 1.1 Este capítulo se centra en la cancelación de su membresía en nuestro plan 145

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan? 145

Sección 2.1 En general, puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción anual 145

Sección 2.2 En ciertas situaciones, puede cancelar su membresía durante un Período de inscripción especial 146

Sección 2.3 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía? 148

SECCIÓN 3 ¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan? 149

Sección 3.1 En general, usted cancela su membresía cuando se inscribe en otro plan 149

SECCIÓN 4 Hasta que se cancele su membresía, debe seguir recibiendo sus medicamentos a través de nuestro plan 151

Sección 4.1 Hasta que se cancele su membresía, sigue siendo miembro de nuestro plan 151

SECCIÓN 5 *[Insert 2018 plan name]* debe cancelar su membresía en el plan en ciertas situaciones 152

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos cancelar su membresía en el plan? 152

Sección 5.2 No podemospedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud 153

Sección 5.3 Tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan 153

### SECCIÓN 1 Introducción

#### Sección 1.1 Este capítulo se centra en la cancelación de su membresía en nuestro plan

Cancelar su membresía en*[insert 2018 plan name]* puede ser algo **voluntario** (cuando lo decide usted) o **involuntario** (cuando no es usted quien lo decide):

* Es posible que deje nuestroplan porque ha decidido que *quiere* dejarlo.
  + Solo hay ciertos momentos durante el año, o ciertas situaciones, para que pueda cancelar voluntariamente su membresía en el plan. La Sección 2 describe *cuándo* puede cancelar su membresía en el plan.
  + El proceso para cancelar voluntariamente su membresía varía dependiendo de qué tipo de cobertura nueva está eligiendo. La Sección 3 describe *cómo* puede cancelar su membresía en cada situación.
* También hay situaciones limitadas en las que no decide dejarlo, pero nos vemos obligados a cancelar su membresía. La Sección 5 describe situaciones en las que podemos cancelar su membresía.

Si está dejando nuestro plan, debe continuar recibiendo sus medicamentos con receta de la Parte D a través de nuestro plan hasta que finalice su membresía.

### SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan?

Puede cancelar su membresía en nuestro plan solo durante determinados momentos del año, conocidos como períodos de inscripción. Todos los miembros tienen la oportunidad de dejar el plan durante el Período de inscripción anual. En ciertas situaciones, también puede ser elegible para dejar el plan en otros momentos del año.

#### Sección 2.1 En general, puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción anual

Puedecancelar su membresía en nuestro plan durante el **Período de inscripción anual** (también conocido como el “Período de elección coordinada anual”). Este es el momento en el que debe revisar su cobertura de salud y medicamentos y tomar una decisión sobre la cobertura para el próximo año.

* **¿Cuándo es el Período de inscripción anual?** El período es del 15 de octubre al 7 de diciembre.
* **¿A qué tipo de plan se puede cambiar durante el Período de inscripción anual?** Puede elegir mantener su cobertura actual o hacer cambios en su cobertura para el próximo año. Si decide cambiar a un nuevo plan, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
  + Otro plan de medicamentos con receta de Medicare.
  + Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
    - Si usted recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar sus **medicamentos** con receta: Si no se inscribe en un plan de medicamentos con receta de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar de la inscripción automática.
  + Un plan de salud de Medicare. Un plan de salud de Medicare es un plan ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindarle todos los beneficios de la Parte A (hospital) y la Parte B (médicos) de Medicare. Algunos planes de salud de Medicare también incluyen la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.
    - Si se inscribe en un plan de salud de Medicare, se cancelará su inscripción en *[insert 2018 plan name]* cuando comience la cobertura de su nuevo plan. Sin embargo, si elige un plan de pago por servicio privado sin la cobertura para medicamentos de la Parte D, un plan de Cuenta de ahorro para gastos médicos de Medicare, o un plan de Costo de Medicare, puede inscribirse en ese plan y mantener *[insert 2018 plan name]* para cobertura para medicamentos. Si usted no desea mantener nuestro plan, puede elegir inscribirse en otro plan de medicamentos con receta de Medicare o dejar la cobertura para medicamentos con receta de Medicare.

**Nota:** si cancela su inscripción en un plan de medicamentos con recta de Medicare y no tiene otra cobertura acreditable para medicamentos con recta, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía para inscribirse más adelante en un plan de medicamentos de Medicare. (Cobertura “acreditable” significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare). [*insert if applicable:* Para obtener información sobre la multa por inscripción tardía, consulte la Sección 5 del Capítulo 1.]

* **¿Cuándo se cancelará su membresía?** Su membresía se cancelará cuando comience la cobertura de su nuevo plan el 1 de enero.

#### Sección 2.2 En ciertas situaciones, puede cancelar su membresía durante un Período de inscripción especial

En determinadas situaciones, los miembros de *[insert 2018 plan name]* pueden ser elegibles para cancelar su membresía en otros momentos del año. Esto se conoce como **Período de inscripción especial.**

* **¿Quién es elegible para un Período de inscripción especial?** Si alguna de las siguientes situaciones se aplica en su caso, usted es elegible para cancelar su membresía durante el Período de inscripción especial. Estos son solo ejemplos, para obtener la lista completa, puede comunicarse con el plan, llamar a Medicare o visitar el sitio web de Medicare ([https://www.medicare.gov](https://www.medicare.gov/)):
  + Si se mudó fuera del área de servicio del plan.
  + *[Revise bullet to use state-specific name, if applicable]* Si tiene Medicaid.
  + Si es elegible para “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos con receta de Medicare.
  + Si rompemos nuestro contrato con usted.
  + Si está recibiendo atención en una institución, como un hogar de convalecencia o un hospital de atención a largo plazo (LTC).
  + [*Plans in* *states with PACE, insert:* Si está inscrito en el Programa de atención integral para las personas de edad avanzada (PACE). [*National or multi-state plans when there is variability in the availability of PACE insert:* El PACE no está disponible en todos los estados. Si desea saber si el PACE está disponible en su estado, comuníquese con Servicios para los miembros (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto).]]
* **¿Cuáles son los Períodos de inscripción especial?** Los períodos de inscripción varían según cada caso.
* **¿Qué puede hacer?** Para saber si es elegible para un Período de inscripción especial, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si es elegible para cancelar su membresía debido a una situación especial, puede elegir cambiar tanto su cobertura de salud como su cobertura para medicamentos con receta de Medicare. Esto significa que puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
  + Otro plan de medicamentos con receta de Medicare.
  + Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
    - **Si usted recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos con receta:** si se pasa a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos con receta de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar de la inscripción automática.
  + Un plan de salud de Medicare. Un plan de salud de Medicare es un plan ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindarle todos los beneficios de la Parte A (hospital) y la Parte B (médicos) de Medicare. Algunos planes de salud de Medicare también incluyen la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.
    - Si se inscribe en un plan de salud de Medicare, se cancelará automáticamente su inscripción en *[insert 2018 plan name]* cuando comience la cobertura de su nuevo plan. Sin embargo, si elige un plan de pago por servicio privado sin la cobertura para medicamentos de la Parte D, un plan de Cuenta de ahorro para gastos médicos de Medicare, o un plan de Costo de Medicare, puede inscribirse en ese plan y mantener *[insert 2018 plan name]* para cobertura para medicamentos. Si usted no desea mantener nuestro plan, puede elegir inscribirse en otro plan de medicamentos con receta de Medicare o dejar la cobertura para medicamentos con receta de Medicare.

**Nota:** si cancela su inscripción en un plan de medicamentos con receta de Medicare y no tiene otra cobertura acreditable para medicamentos con receta durante un período continuo de 63 días o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D para inscribirse más adelante en un plan de medicamentos de Medicare. (Cobertura “acreditable” significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare). [*insert if applicable*: Para obtener información sobre la multa por inscripción tardía, consulte la Sección 5 del Capítulo 1.]

* **¿Cuándo se cancelará su membresía?** Su membresía se cancelará normalmente el primer día del mes después de que recibamos su solicitud para cambiar su plan.

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

Si tiene alguna pregunta o desea recibir más información sobre cuándo puede cancelar su membresía:

* Puede **llamar a Servicios para los miembros** (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto).
* Puede encontrar la información en el manual ***Medicare & You* *2018*** (Medicare y Usted 2018).
  + Cada otoño, todas las personas que tienen Medicare, reciben una copia del manual *Medicare & You* (Medicare y Usted). Los nuevos miembros de Medicare la reciben en el plazo de un mes después de que se inscriben por primera vez.
  + También puede descargar una copia desde el sitio web de Medicare ([https://www.medicare.gov](https://www.medicare.gov/)). O puede llamar a Medicare al número que figura más abajo para pedir una copia impresa.
* Puede llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

### SECCIÓN 3 ¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan?

#### Sección 3.1 En general, usted cancela su membresía cuando se inscribe en otro plan

Normalmente, para cancelar su membresía en nuestro plan, solo tiene que inscribirse en otro plan Medicare durante uno de los períodos de inscripción (para obtener información sobre los períodos de inscripción, consulte la Sección 2 de este capítulo). Sin embargo, existen dos situaciones en las que deberá cancelar su membresía de una forma diferente:

* Si quiere pasar de nuestro plan a Original Medicare *sin* un plan de medicamentos con receta de Medicare, debe solicitar que le cancelen la inscripción en nuestro plan.
* Si se inscribe en un plan de pago por servicio privado sin la cobertura para medicamentos con receta, un plan de Cuenta de ahorro para gastos médicos de Medicare, o un plan de Costo de Medicare, su inscripción en el nuevo plan no cancelará su membresía en nuestro plan. En este caso, puede inscribirse en ese plan y mantener *[insert 2018 plan name]* como su cobertura para medicamentos. Si usted no desea mantener nuestro plan, puede elegir inscribirse en otro plan de medicamentos con receta de Medicare o solicitar que se cancele su inscripción en nuestro plan.

Si se encuentra en una de estas dos situaciones y desea dejar nuestro plan, existen dos maneras en las que puede solicitar que se cancele su inscripción:

* Nos puede hacer el pedido, a nosotros, por escrito. Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con Servicios para los miembros (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto).
* *O bien,* puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

**Nota:** si cancela su inscripción en un plan de medicamentos con receta de Medicare y no tiene otra cobertura acreditable para medicamentos con receta, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D para inscribirse más adelante en un plan de medicamentos de Medicare. (Cobertura “acreditable” significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare). Para obtener información sobre la multa por inscripción tardía, consulte la Sección 5 del Capítulo 1.

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

| Si desea cambiar de nuestro plan a: | Esto es lo que debe hacer: |
| --- | --- |
| * Otro plan de medicamentos con receta de Medicare. | * Inscribirse en un nuevo plan de medicamentos con receta de Medicare entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre.   Su inscripción en *[insert 2018 plan name]* se cancelará automáticamente cuando su cobertura en el nuevo plan comience. |
| * Un plan de salud de Medicare. | * Inscribirse en el plan de salud de Medicare antes del 7 de diciembre. Con la mayoría de los planes de salud de Medicare, se cancelará automáticamente su inscripción en *[insert 2018 plan name]* cuando comience la cobertura de su nuevo plan.   Sin embargo, si elige un plan de pago por servicio privado sin la cobertura para medicamentos de la Parte D, un plan de Cuenta de ahorro para gastos médicos de Medicare, o un plan de Costo de Medicare, puede inscribirse en ese nuevo plan y mantener *[insert 2018 plan name]* para cobertura para medicamentos. Si desea dejar nuestro plan, debe inscribirse en *otro* plan de medicamentos con receta de Medicare *o* solicitar la cancelación de su inscripción. Para solicitar la cancelación de su inscripción, debe enviarnos una solicitud por escrito (póngase en contacto con Servicios para los miembros [los números de teléfono se encuentran impresos en la portada posterior de este folleto] si necesita más información sobre cómo hacer esto) o ponerse en contacto con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). |
| * Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.   **Nota:** si cancela su inscripción en un plan de medicamentos con receta de Medicare y no tiene otra cobertura acreditable para medicamentos con receta, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía para inscribirse más adelante en un plan de medicamentos de Medicare. Para obtener información sobre la multa por inscripción tardía, consulte la Sección 5 del Capítulo 1. | * **Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción.** Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con Servicios para los miembros (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto). * También puede comunicarse con **Medicare** llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana y solicitar que le cancelen su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. |

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

#### Sección 4.1 Hasta que se cancele su membresía, sigue siendo miembro de nuestro plan

Si deja *[insert 2018 plan name]*, es posible que pase algún tiempo antes de que su membresía se cancele y su nueva cobertura de Medicare entre en vigencia. (Para obtener información sobre cuándo comienza su nueva cobertura, consulte la Sección 2). Durante este tiempo, debe seguir obteniendo sus medicamentos con receta a través de nuestro plan.

* **Debe continuar usando las farmacias de nuestra red para obtener sus medicamentos con receta hasta que finalice su membresía en nuestro plan.** Normalmente, sus medicamentos con receta solo están cubiertos si se obtienen en una farmacia de la red [*insert if applicable:* incluidos nuestros servicios de farmacia de pedido por correo.]

### SECCIÓN 5 *[Insert 2018 plan name]* debe cancelar su membresía en el plan en ciertas situaciones

#### Sección 5.1 ¿Cuándo debemos cancelar su membresía en el plan?

***[Insert 2018 plan name]* debe cancelar su membresía en el plan si ocurre cualquiera de los siguientes casos:**

* Si ya no tiene la Parte A o la Parte B de Medicare (o ninguna de las dos).
* Si se muda fuera del área de servicio.
* Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio durante más de12 meses.
  + Si se muda o realiza un viaje largo, deberá llamar a Servicios para los miembros para averiguar si el lugar adonde se muda o al que viaja está en el área de nuestro plan. (En la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono de Servicios para los miembros).
* Si es encarcelado (va a prisión).
* Si no es ciudadano de los Estados Unidos o no está legalmente presente en los Estados Unidos.
* Si miente o encubre información sobre otro seguro que tenga que le ofrece cobertura para medicamentos con receta.
* *[Omit if not applicable]* Si intencionalmente nos brinda información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
* *[Omit bullet and sub-bullet if not applicable]* Si permanentemente se comporta de una forma que es perturbadora y hace que sea difícil que les brindemos atención a usted y a otros miembros del plan. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
* *[Omit bullet and sub-bullet if not applicable]* Si deja que otra persona use su tarjeta de miembro para obtener medicamentos con receta. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
  + Si cancelamos su membresía por esta razón, es posible que Medicare haga que el Inspector general investigue su caso.
* *[Omit bullet and sub-bullet if not applicable. Plans with different disenrollment policies for dual eligible members and/or members with LIS who do not pay plan premiums must edit these bullets as necessary to reflect their policies. Plans with different disenrollment policies must be very clear as to which population is excluded from the policy to disenroll for failure to pay plan premiums.]* Si no paga las primas del plan durante *[insert length of grace period, which cannot be less than 2 calendar months].*
  + Debemos avisarle por escrito que tiene *[insert length of grace period, which cannot be less than 2 calendar months]* para pagar la prima del plan antes de que cancelemos su membresía.
* Si usted debe pagar un monto adicional para la Parte D debido a sus ingresos y no lo hace, Medicare cancelará su inscripción en el plan y usted perderá la cobertura para medicamentos con receta.

¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene alguna pregunta o desea recibir más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía:

* Puede llamar a **Servicios para los miembros** para obtener más información (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto).

#### Sección 5.2 No podemospedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud

*[Insert 2018 plan name]* no está autorizado a pedirle que se retire de nuestro plan por alguna razón relacionada a su salud.

¿Qué debe hacer si sucede esto?

Si le parece que le están pidiendo que deje nuestro plan por un motivo relacionado con la salud, debe llamar a Medicareal 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar durante las 24 horas, los 7 días de la semana.

#### Sección 5.3 Tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan

Si cancelamos su membresía en nuestro plan, tenemos la obligación de darle por escrito nuestros motivos de dicha cancelación. También tenemos que explicarle cómo puede presentar una queja sobre nuestra decisión de cancelar su membresía. También puede consultar la Sección 7 del Capítulo 7 para obtener información sobre cómo presentar una queja.

Capítulo 9

Avisos legales

## Capítulo 9. Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes vigentes 156

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación 156

SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare 156

*[****Note:*** *You may include other legal notices, such as a notice of member non-liability, a notice about third-party liability or a nondiscrimination notice under Section 1557 of the Affordable Care Act. These notices may only be added if they conform to Medicare laws and regulations.]*

### SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes vigentes

Se aplican muchas leyes a esta *Evidencia de cobertura* y es posible que se apliquen algunas disposiciones adicionales porque lo exige la ley. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades incluso si las leyes no están incluidas ni explicadas en este documento. La ley principal que se aplica a este documento es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y las normas creadas bajo esta ley por parte de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Además, es posible que se apliquen otras leyes federales y, en determinadas circunstancias, las leyes del estado en el que vive.

### SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación

*[Plans may add language describing additional categories covered under state human rights laws.]* No discriminamos por cuestiones de raza, origen étnico, nacionalidad, color, religión, sexo, género, edad, discapacidad física o mental, estado de salud, experiencia en quejas, historial médico, información genética, evidencia de inestabilidad o ubicación geográfica. Todas las organizaciones que ofrecen planes de medicamentos con receta de Medicare, como nuestro plan, deben cumplir con las leyes federales contra la discriminación, incluido el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley del Cuidado de Salud de Bajo Costo, todas las demás leyes que se aplican a las organizaciones que reciben fondos federales y cualquier otra ley o norma que se aplique por cualquier otra razón.

### SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los medicamentos con receta cubiertos por Medicare en los que Medicare no es el pagador principal. Según las regulaciones de los CMS en el Título 42, Secciones 422.108 y 423.462 del Código de Regulaciones Federales (CFR), *[insert 2018 plan name]*, como patrocinador del plan de medicamentos de Medicare, ejercerá los mismos derechos de recuperación que los que la Secretaría ejerce conforme a las regulaciones de los CMS en las subpartes B a D de la parte 411 del Título 42 del CFR, y las normas establecidas en esta sección sustituyen cualquier legislación estatal.

*[****Note:*** *You may include other legal notices, such as a notice of member non-liability, a notice about third-party liability or a nondiscrimination notice under Section 1557 of the Affordable Care Act. These notices may only be added if they conform to Medicare laws and regulations.]*

Capítulo 10

Definiciones de palabras importantes

## Capítulo 10. Definiciones de palabras importantes

*[Plans should insert definitions as appropriate to the plan type described in the EOC. You may insert definitions not included in this model and exclude model definitions not applicable to your plan, or to your contractual obligations with CMS or enrolled Medicare beneficiaries.]*

*[If allowable revisions to terminology (e.g., changing “Servicios para los miembros” to “Servicio al cliente”) affect glossary terms, plans should re-label the term and alphabetize it within the glossary.]*

**Apelación**: una apelación es un recurso que usted presenta si no está de acuerdo con la decisión de denegarle una solicitud de cobertura para medicamentos con receta o pagos por medicamentos que ya ha recibido. Por ejemplo, puede pedir una apelación si no pagamos por un medicamento que usted cree que debería poder recibir. El Capítulo 7 explica las apelaciones, incluido el proceso relacionado con presentar una apelación.

**Período de inscripción anual:** un tiempo establecido, durante el otoño, en el que los miembros pueden cambiar de planes de medicamentos o de salud o elegir Original Medicare. El Período de inscripción anual es desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre.

**Medicamento de marca**: medicamento con receta fabricado y vendido por la empresa farmacéutica que originariamente investigó y desarrolló dicho medicamento. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de ingrediente activo que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otros fabricantes de medicamentos y, normalmente, no están disponibles hasta que haya vencido la patente del medicamento con nombre de marca.

**Etapa de cobertura en situaciones catastróficas**: es la etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D en la que paga un copago o coseguro bajo por sus medicamentos después de que usted o alguna persona calificada en su nombre haya gastado $*[insert 2018 out-of-pocket threshold]* en medicamentos cubiertos durante el año de cobertura.

**Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS)**: es la agencia federal que administra Medicare. El Capítulo 2 explica cómo comunicarse con los CMS.

**Coseguro**: un monto que se le pedirá que pague como su parte de los costos por los medicamentos con receta [*insert if applicable:* después de que pague los deducibles]. El coseguro es, a menudo, un porcentaje (por ejemplo, 20 %).

**Queja**: el nombre formal para “presentar una queja” es “interponer un reclamo”. El proceso de quejas *solo* se aplica a determinados tipos de problemas. Entre ellos se incluyen los problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. Consulte también “Reclamo” en esta lista de definiciones.

**Copago:** un monto que se le pedirá que pague como su parte de los costos por un medicamento con receta. Un copago es, generalmente, un monto establecido más que un porcentaje. Por ejemplo, puede pagar $10 o $20 por un medicamento con receta.

**Costo compartido**: se refiere a los montos que un miembro tiene que pagar cuando obtiene medicamentos. [*Insert if plan has a premium:* (Esto es complementario a la prima mensual del plan.)] El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) todo monto del deducible que pueda imponer un plan antes de que se cubran los medicamentos; (2) cualquier monto de “copago” fijo que un plan exija al recibir medicamentos específicos; o (3) cualquier monto de “coseguro”, un porcentaje del monto total pagado por un medicamento, que un plan exija al recibir medicamentos específicos. Es posible que se aplique un “costo compartido diario” cuando su médico le receta un suministro de determinados medicamentos para menos de un mes completo y usted debe pagar un copago.

*[Delete if plan does not use tiers]* **Nivel de costo compartido**: cada medicamento de la lista de medicamentos cubiertos está en uno de los *[insert number of tiers]* niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el nivel de costo compartido, mayor será el costo del medicamento que le corresponderá pagar.

**Determinación de cobertura:** una decisión sobre si un medicamento que le han recetado está cubierto por el plan y el monto, si lo hubiera, que deberá pagar por el medicamento con receta. En general, si usted lleva su receta a la farmacia y allí le indican que el medicamento con receta no está cubierto por su plan, eso no es una determinación de cobertura. Deberá llamar o escribir a su plan para pedir una decisión de cobertura formal. Las determinaciones de cobertura también se llaman “decisiones de cobertura” en este folleto. El Capítulo 7 explica cómo solicitar una decisión de cobertura.

**Medicamentos cubiertos**: es el término que usamos para referirnos a todos los medicamentos con receta que cubre nuestro plan.

**Cobertura acreditable para medicamentos con receta**: es la cobertura para medicamentos con receta (por ejemplo, de un empleador o un sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura, cuando pasan a ser elegibles para Medicare, pueden normalmente mantener esa cobertura sin pagar una multa si deciden inscribirse más tarde en un plan de cobertura para medicamentos con receta de Medicare.

**Costo compartido diario**: es posible que se aplique un “costo compartido diario” cuando su médico le receta un suministro de determinados medicamentos para menos de un mes completo y usted debe pagar un copago. El costo compartido diario es el copago dividido por la cantidad de días de un suministro para un mes. A continuación, le presentamos un ejemplo: si su copago para un suministro de un medicamento para un mes es de $30, y un suministro para un mes en su plan tiene 30 días, su “costo compartido diario” es de $1 por día. Esto significa que paga $1 por cada día del suministro cuando obtiene su medicamento con receta.

**Deducible**: es el monto que debe pagar por medicamentos con receta antes de que nuestro plan comience a pagar.

**Cancelar la inscripción** o **cancelación de la inscripción**: el proceso de cancelar su membresía en nuestro plan. La cancelación de la inscripción puede ser voluntaria (su elección) o involuntaria (cuando no es su elección).

**Costo de suministro**: un honorario que se cobra cada vez que un medicamento cubierto se entrega para pagar el costo de surtir un medicamento con receta. El costo de suministro cubre costos tales como el tiempo que le insume al farmacéutico preparar y envolver el medicamento con receta.

**Emergencia**: una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente, con un conocimiento normal sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren de atención médica inmediata para evitar que pierda la vida, un miembro o la función del miembro. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección médica que se agrava rápidamente.

**Evidencia de cobertura (EOC) y Divulgación de información:** en este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro documento adjunto, cláusula adicional u otra cobertura opcional seleccionada,se explica su cobertura, lo que debemos hacer nosotros, sus derechos y lo que debe hacer usted como miembro de nuestro plan.

**Excepción**: un tipo de determinación de cobertura que, si se aprueba, le permite recibir un medicamento que no está en el Formulario del patrocinador de su plan (una excepción al Formulario) o un medicamento no preferido a un nivel más bajo de costo compartido (una excepción de nivel). También puede solicitar una excepción si el patrocinador de su plan le obliga a probar otro medicamento antes de recibir el medicamento que está solicitando, o si el plan limita la cantidad o dosis del medicamento que está solicitando (una excepción al Formulario).

**Ayuda adicional:** un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos con receta de Medicare, como las primas, los deducibles y el coseguro.

**Medicamento genérico**: un medicamento con receta que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA), dado que se considera que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Un medicamento “genérico” tiene el mismo efecto que un medicamento de marca pero, por lo general, es más económico.

**Reclamo**: tipo de queja que usted nos presenta a nosotros o a alguna de nuestras farmacias de la red, como, por ejemplo, una queja relacionada con la calidad de la atención brindada. Este tipo de queja no está relacionado con disputas de cobertura ni de pago.

**Monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso (IRMAA)**:​si su ingreso está por encima de cierto límite, pagará un monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso además de su prima mensual del plan. Por ejemplo, las personas con ingresos superiores a $*[insert amount]* y las parejas casadas con ingresos superiores a $*[insert amount]* deben pagar un monto más alto por la prima de la cobertura para medicamentos con receta de Medicare y medicamentos con receta de la Parte B de Medicare (seguro médico). Este monto adicional se llama monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso. Menos del 5 % de las personas con Medicare se encuentran afectadas, por lo que la mayoría de las personas no pagarán una prima más alta.

**Límite de cobertura inicial**: el límite máximo de cobertura en la Etapa de cobertura inicial.

**Etapa de cobertura inicial**: esta es la etapa antes de que [*insert as applicable:* sus costos totales por sus medicamentos, incluidos los montos que ha pagado y lo que su plan ha pagado en su nombre *OR* los costos que paga de su bolsillo] para el año alcancen [*insert as applicable: [insert 2018 initial coverage limit] OR [insert 2018 out-of-pocket threshold]*]*.*

**Período de inscripción inicial**: el tiempo en el que puede inscribirse en la Parte A y la Parte B de Medicare, cuando es elegible para recibir Medicare. Por ejemplo, si es elegible para Medicare cuando cumpla 65 años, el período de inscripción inicial es el período de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que cumple 65 años, incluye el mes en que cumple 65 años y termina 3 meses después del mes en que cumple 65 años.

**Lista de medicamentos cubiertos (Formulario o “Lista de medicamentos”)**: una lista de medicamentos con receta cubiertos por el plan. El plan, con la colaboración de un equipo de médicos y farmacéuticos, seleccionó los medicamentos de esta lista. La lista incluye tanto medicamentos de marca como genéricos.

**Subsidio por bajos ingresos** (**LIS)**: consulte “Ayuda adicional”.

**Medicaid (o asistencia médica):** un programa conjunto estatal y federal, que ayuda a solventar costos médicos de ciertas personas con bajos ingresos y recursos limitados. Los programas de Medicaid varían de un estado a otro, pero cubren la mayoría de los costos de atención médica si usted califica para Medicare y Medicaid. En la Sección 6 del Capítulo 2 se incluye más información sobre cómo comunicarse con Medicaid en su estado.

**Indicación médicamente aceptada:** un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o avalado por ciertos libros de referencia. Para obtener información sobre una indicación médicamente aceptada, consulte la Sección 3 del Capítulo 3.

**Medicare**: el programa federal de seguros de salud destinado a personas de 65 años o más, a algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y a personas que padecen enfermedad renal terminal (por lo general, las que tienen insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante de riñón). Las personas que tienen Medicare pueden obtener su cobertura de salud de Medicare a través de Original Medicare [*insert only if there is a cost plan in your service area:* un plan Medicare Cost] [*insert only if there is a PACE plan in your state:* un plan PACE,] o un plan Medicare Advantage.

**Plan Medicare Advantage (MA)**: a veces llamado Parte C de Medicare. Es un 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 una HMO, PPO, un Plan privado de pago por servicio (PFFS) o un plan de Cuenta de ahorro para gastos médicos de Medicare (MSA). Si está inscrito en un plan Medicare Advantage, los servicios de Medicare están cubiertos a través del plan y no los paga Original Medicare. En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D (cobertura para medicamentos con receta) de Medicare. Estos planes se llaman **planes Medicare Advantage con cobertura para medicamentos con receta**. Todos los que tengan la Parte A y la Parte B de Medicare son elegibles para inscribirse en cualquier plan de salud de Medicare que se ofrezca en su área, excepto las personas con enfermedad renal terminal (a menos que se apliquen ciertas excepciones).

[*Insert cost plan definition only if you are a Medicare Cost Plan or there is one in your service area:* **Plan Medicare Cost**: un plan Medicare Cost es un plan operado por una Organización para el mantenimiento de la salud (HMO) o un Plan médico competitivo (CMP) de conformidad con un contrato de reembolso de costos en virtud de la sección 1876(h) de la Ley.]

**Programa de descuentos para el período sin cobertura de Medicare**: un programa que le brinda descuentos para la mayoría de los medicamentos de marca cubiertos de la Parte D a los inscritos en la Parte D que hayan alcanzado la Etapa del período sin cobertura y que aún no estén recibiendo “Ayuda adicional”. Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y ciertos fabricantes de medicamentos. Por esta razón, la mayoría, pero no todos, los medicamentos de marca tienen descuentos.

**Servicios cubiertos por Medicare**: servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare.

**Plan de salud de Medicare**: un plan de salud de Medicare que ofrece una empresa privada que tiene un contrato con Medicare para brindar los beneficios de la Parte A y la Parte B a personas con Medicare que se inscriben en el plan. Incluye todos los planes Medicare Advantage, los planes Medicare Cost, Programas piloto/demostraciones y Programas de atención integral para las personas de edad avanzada (PACE).

**Cobertura para medicamentos con receta de Medicare (Parte D de Medicare)**: es el seguro que le ayuda a pagar los medicamentos con receta para pacientes externos, las vacunas, los productos biológicos y algunos suministros que no cubren la Parte A o la Parte B de Medicare.

**Póliza “Medigap” (seguro complementario de Medicare)**: es el seguro complementario de Medicare vendido por compañías de seguros privadas para cubrir los “períodos sin cobertura” de Original Medicare. Las pólizas Medigap solo funcionan con Original Medicare. (Un plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

**Miembro (miembro de nuestro plan o “miembro del plan”)**: una persona con Medicare que reúne los requisitos para recibir servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

**Servicios para los miembros**: un departamento dentro de nuestroplan responsable de responder a sus preguntas sobre su membresía, beneficios, reclamos y apelaciones. Para obtener información sobre cómo comunicarse con Servicios para los miembros, consulte el Capítulo 2.

**Farmacia de la red**:farmacia en la que los miembros de nuestro plan pueden recibir los beneficios de medicamentos con receta. Las llamamos “farmacias de la red” porque tienen un contrato con nuestro plan. En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta están cubiertos solo si se obtienen en una de nuestras farmacias de la red.

**Original Medicare** (“Medicare tradicional” o plan Medicare con “pago por servicio”): el plan Original Medicare es ofrecido por el gobierno y no por planes de salud privados, como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos con receta. En Original Medicare, los servicios de Medicare están cubiertos al pagarles a los médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica los montos de pago establecidos por el Congreso. Usted puede consultar con cualquier médico, hospital o proveedor de atención médica que acepte Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga lo que le corresponde de la cantidad aprobada por Medicare, y usted paga lo que le corresponde a usted. Original Medicare tiene dos partes: la Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico), y está disponible en todas partes en los EE. UU.

**Farmacia fuera de la red**: una farmacia que no ha celebrado un contrato con el plan para coordinar o proporcionar los medicamentos cubiertos a los miembros del plan. Como se explicó en esta Evidencia de cobertura, la mayoría de los medicamentos que obtenga en las farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que se apliquen ciertas condiciones.

**Costos que paga de su bolsillo**: consulte la definición de “costo compartido” anterior. El requisito de costo compartido de un miembro para pagar una parte de los medicamentos recibidos también se conoce como el requisito de costo que “paga de su bolsillo” un miembro.

[*Insert PACE plan definition only if there is a PACE plan in your state:* **Plan PACE**: un plan PACE (Programa de atención integral para las personas de edad avanzada) combina servicios médicos, sociales y de atención a largo plazo (LTC) para personas frágiles de manera que puedan conservar su independencia y continuar viviendo en sus comunidades (en lugar de mudarse a un hogar de convalecencia) tanto tiempo como sea posible, mientras obtienen los servicios de atención de alta calidad que necesitan. Las personas inscritas en los planes PACE reciben los beneficios de Medicare y Medicaid a través del plan. [*National or multi-state plans when there is variability in the availability of PACE insert:* El PACE no está disponible en todos los estados. Si desea saber si el PACE está disponible en su estado, comuníquese con Servicios para los miembros (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto).]]

**Parte C: consulte “Plan Medicare Advantage (MA)”.**

**Parte D**: es el Programa voluntario de beneficios de medicamentos con receta de Medicare. (Para que sea más fácil referirnos al programa de beneficios de medicamentos con receta, lo denominaremos Parte D).

**Medicamentos de la Parte D:** son los medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte D. Podemos ofrecer todos los medicamentos de la Parte D o no. (Consulte su Formulario para ver una lista específica de los medicamentos cubiertos). Ciertas categorías de medicamentos fueron excluidas específicamente por el Congreso y no están cubiertas como medicamentos de la Parte D.

[*Include this definition only if Part D plan has pharmacies that offer preferred cost-sharing in addition to those offering standard cost-sharing*:

**Costo compartido preferido***:* costo compartido preferido significa un costo compartido menor para determinados medicamentos cubiertos de la Parte D en determinadas farmacias de la red.]

**Multa por inscripción tardía:** un monto que se suma a su prima mensual por la cobertura para medicamentos de Medicare si no tiene una cobertura acreditable (la cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare) durante un período continuo de 63 días o más. Usted paga este monto más alto mientras tenga el plan de medicamentos de Medicare. Hay algunas excepciones. Por ejemplo, si recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar los costos del plan de medicamentos con receta, no se le aplica la multa por inscripción tardía. No paga una multa por inscripción tardía si recibe “Ayuda adicional”.

**Prima**: el pago periódico a Medicare, a una empresa de seguros o a un plan de salud para una cobertura de salud o de medicamentos con receta.

**Autorización previa**: es la aprobación por adelantado para determinados medicamentos que pueden estar incluidos en el Formulario o no. *[Plans may delete applicable sentences if it does not require prior authorization for any drugs.]* Algunos medicamentos están cubiertos solo si su médico u otro proveedor de la red obtiene una “autorización previa” de nosotros. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el Formulario.

**Organización para la mejora de la calidad (QIO)**: un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica a los cuales el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare. Consulte en la Sección 4 del Capítulo 2 la información sobre cómo comunicarse con la QIO de su estado.

**Límites de cantidad**: una herramienta de gestión diseñada para limitar el uso de medicamentos seleccionados por motivos de calidad, seguridad o utilización. Los límites también pueden ser en la cantidad de medicamento que cubrimos por receta o durante un período definido.

**Área de servicio**: es un área geográfica donde un plan de medicamentos con receta acepta miembros, en caso de que el plan limite la afiliación según el lugar donde viven las personas. El plan puede cancelar su inscripción si se muda fuera del área de servicio del plan de manera permanente.

**Período de inscripción especial:** un tiempo determinado para que los miembros puedan cambiar sus planes de salud y de medicamentos o volver a Original Medicare. Situaciones en las que usted puede ser elegible para un Período de Inscripción Especial son: si se muda del área de servicio, si está recibiendo “Ayuda adicional” con los costos de sus medicamentos con receta, si se muda a un hogar de convalecencia, o si rompemos nuestro contrato con usted.

[*Include this definition only if Part D plan has pharmacies that offer preferred cost-sharing in addition to those offering standard cost-sharing*:

**Costo compartido estándar***:* es el costo compartido que no es el costo compartido preferido que ofrece una farmacia de la red*.*]

**Tratamiento escalonado**: una herramienta de utilización que exige que primero intente tratar su afección médica con otro medicamento antes de que cubramos el medicamento que le recetó el médico en primer lugar.

**Ingreso complementario administrado por el Seguro Social (SSI):** beneficio mensual que paga el Seguro Social a las personas con ingresos y recursos limitados, y que son discapacitadas, están ciegas o tienen 65 años o más. Los beneficios del SSI no son iguales que los beneficios del Seguro Social.

*[This is the back cover for the EOC. Plans may add a logo and/or photographs, as long as these elements do not make it difficult for members to find and read the plan contact information.]*

Servicios para los miembros de *[Insert 2018 plan name]*

| Método | Servicios para los miembros: Información de contacto |
| --- | --- |
| **LLAME AL** | *[Insert phone number(s)]*  Las llamadas a este número son gratuitas. *[Insert days and hours of operation, including information on the use of alternative technologies.]*  Servicios para los miembros también ofrece un servicio gratuito de interpretación para las personas que no hablan inglés. |
| **TTY** | *[Insert number]*  [*Insert if plan uses a direct TTY number:* Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.]  Las llamadas a este número [*insert if applicable:* no] son gratuitas. *[Insert days and hours of operation.]* |
| **FAX** | *[Optional:* *insert fax number]* |
| **ESCRIBA A** | *[Insert address]*  *[****Note****: plans may add email addresses here.]* |
| **SITIO WEB** | *[Insert URL]* |

*[Insert state-specific SHIP name]* [*If the SHIP’s name does not include the name of the state, add:* (SHIP de *[insert state name]*)]

*[Insert state-specific SHIP name]* es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros de salud, a nivel local y en forma gratuita, a las personas que tienen Medicare.

*[Plans with multi-state EOCs revise heading and sentence above to use “State Health Insurance Assistance Program,” omit table, and reference exhibit or EOC section with SHIP information.]*

| Método | Información de contacto |
| --- | --- |
| **LLAME AL** | *[Insert phone number(s) and days and hours of operation]* |
| **TTY** | *[Insert number, if available. Or delete this row.]*  [*Insert if the SHIP uses a direct TTY number:* Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.] |
| **ESCRIBA A** | *[Insert address]* |
| **SITIO WEB** | *[Insert URL]* |