**[PDP models]  
[2017 ANOC model]**

***[Insert 2017 plan name] ([insert plan type]) ofrecido por [insert Part D sponsor name]***

# Aviso Anual de Cambios para el 2017

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

Actualmente usted está inscrito como miembro de *[insert 2016 plan name]*. El próximo año, habrá algunos cambios en los costos y beneficios del plan*. Este folleto habla de estos cambios.*

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

**Recursos adicionales**

* [*Plans that meet the 5% alternative language threshold insert:* Esta información está disponible de forma gratuita en otros idiomas.
* Sírvase comunicarse con el número de Servicios para Miembros *[insert phone number]* si desea más información. (Los usuarios de TTY deben llamar al [*insert TTY number*]). El horario es *[insert days and hours of operation]*.)
* Los Servicios para Miembros [*plans that meet the 5% threshold insert:* also] ofrecen servicios gratis de intérpretes de idioma para quienes no hablen inglés. *[plans that meet the 5% threshold delete the rest of this sentence]* (los números de teléfono están en la *[edit section number as needed]* Sección 8.1 de este folleto).
* *[Plans that meet the 5% threshold insert the paragraph above in all applicable languages.]*
* *[Plans must insert language about availability of alternate formats (e.g., Braille, large print, audio tapes) as applicable.]*

**Acerca de *[insert 2017 plan name]***

* *[Insert Federal contracting statement.]*
* Cuando en este folleto se diga “nosotros”, “nos” o “nuestro”, significa *[insert Part D sponsor name]*. Cuando se diga “plan” o “nuestro plan”, significa *[insert 2017 plan name]*.

[*Insert as applicable: [insert Material ID]* Aprobado por los CMS [MMDDYYYY]  *OR [insert Material ID]* Archivo y Uso[MMDDYYYY]]

Piense en su cobertura de Medicare para el próximo año

Cada otoño, Medicare le permite hacer cambios a su cobertura de salud y medicamentos de Medicare durante el Periodo de Inscripción Anual. Es importante que revise su cobertura ahora para que se asegure de que se ajustará a sus necesidades el próximo año.

Cosas importantes que debe hacer:

* **Revise los cambios a nuestros costos y beneficios para ver si lo afectan a usted.** Es importante que revise los cambios a los beneficios y costos para que se asegure de que será adecuada para usted el próximo año. Mire en las Secciones *[insert section number]* la información sobre los cambios en beneficios y costos de nuestro plan.
* **Revise los cambios a nuestra cobertura de medicamentos por receta para ver si lo afectan a usted.** ¿Sus medicamentos estarán cubiertos? ¿Están en un nivel diferente? ¿Podrá seguir usando las mismas farmacias? Es importante que revise los cambios para que se asegure de que nuestra cobertura de medicamentos será adecuada para usted el próximo año. Mire en las Sección *[insert section number]* la información sobre los cambios en nuestra cobertura de medicamentos.
* **Piense en sus costos de salud en general.** ¿Cuánto gastará directo de su bolsillo en los servicios y medicamentos por receta que usa de manera regular? ¿Cuánto gastará en la prima? ¿Cómo se compara el costo total con otras opciones de cobertura de Medicare?
* **Piense si está contento con nuestro plan.**

Si decide quedarse con *[insert 2017 plan name]*:

Si quiere quedarse con nosotros el próximo año, es fácil. No tiene que hacer nada.

Si decide cambiar de plan:

Si decide que otra cobertura se ajustará mejor a sus necesidades, puede cambiarse de plan entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Si se inscribe en un plan nuevo, su nueva cobertura empezará el 1 de enero de 2017. Mire en la Sección *[edit section number as needed]* 4.2 para que se informa más sobre sus opciones.

Resumen de costos importantes para el 2017

La siguiente tabla compara los costos del 2016 y los costos del 2017 para *[insert 2017 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 [*insert as applicable:* attached *OR* enclosed] *Evidencia de Cobertura* para ver si le afectan otros cambios en los beneficios o en los costos.

| Costos | 2016 (este año) | 2017 (el próximo año) |
| --- | --- | --- |
| Prima mensual del plan\*  \*Puede ser que su prima sea mayor o menor que esta cantidad. Ver la Sección *[edit section number as needed]* 2.1 para más detalles. | *[Insert 2016 premium amount]* | *[Insert 2017 premium amount]* |
| Cobertura de medicamentos por receta de la Parte D  (Ver Sección *[edit section number as needed]* 2.3 para más detalles.) | Deducible: *[Insert 2016 deductible amount]*  *[Copayment/Coinsurance as applicable]* durante la Etapa Inicial de Cobertura:   * Nivel 1 de medicamentos: *[Insert 2016 cost-sharing]* * *[Repeat for all drug tiers.]* | Deducible: *[Insert 2017 deductible amount]*  *[Copayment/Coinsurance as applicable]*  durante la Etapa Inicial de Cobertura:   * Nivel 1 de medicamentos: *[Insert 2017 cost-sharing]* * *[Repeat for all drug tiers.]* |

***Aviso Anual de Cambios para el* 2017  
Índice**

*[Update table below after completing edits]*

Piense en su cobertura de Medicare para el próximo año 1

Resumen de costos importantes para el 2017 2

SECCIÓN 1 Estamos cambiando el nombre del plan 4

SECCIÓN 1 A menos que usted elija otro plan, automáticamente se le inscribirá en *[insert 2017 plan name]* en el 2017 4

SECCIÓN 2 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año 5

Sección 2.1 – Cambios en la prima mensual 5

Sección 2.2 – Cambios en la red de farmacias 5

Sección 2.3 – Cambios a la Cobertura de medicamentos por receta de la Parte D 6

SECCIÓN 3 Otros cambios 12

SECCIÓN 4 Decidir qué plan elegir 13

Sección 4.1 – Si quiere seguir en el *[insert 2017 plan name]* 13

Sección 4.2 – Si quiere cambiarse de plan 13

SECCIÓN 5 Fecha límite para cambiarse de plan 14

SECCIÓN 6 Programas que ofrecen asesoría gratis sobre Medicare 15

SECCIÓN 7 Programas que ayudan a pagar por los medicamentos por receta 15

SECCIÓN 8 ¿Tiene alguna pregunta? 16

Sección 8.1 – Para recibir ayuda de *[insert 2017 plan name]* 16

Sección 8.2 – Para recibir ayuda de Medicare 17

*[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 2017, el nombre de nuestro plan cambiará de *[insert 2016 plan name]* a *[insert 2017 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 usted elija otro plan, automáticamente se le inscribirá en *[insert 2017 plan name]* en el 2017

*[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 2017, *[insert Part D sponsor name]* combinaremos *[insert 2016 plan name]* con uno de nuestros planes, *[insert 2017 plan name]*.

**Si el 7 de diciembre de 2016 usted no hizo nada para cambiar su cobertura de Medicare, automáticamente lo inscribiremos en *[insert 2017 plan name]*.** Esto significa que a partir del 1 de enero de 2017, usted recibirá su cobertura de medicamentos por receta a través de *[insert 2017 plan name]*. Si usted quiere, puede cambiarse a otro plan de medicamentos por receta de Medicare. También puede cambiarse a un plan de salud de Medicare. Si quiere cambiarse, debe hacerlo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre.

Este documento le informa sobre las diferencias entre sus beneficios actuales con *[insert 2016 plan name]* y los beneficios que tendrá el 1 de enero de 2017 como miembro de *[insert 2017 plan name]*.

[*Plans that have previously notified members about the enrollment may insert the following paragraph, editing as necessary: [Insert Part D sponsor name]* le envió por correo una carta “*[insert name of letter].”* Esta carta le brinda más información sobre este cambio. Si tiene alguna pregunta o si no recibió la carta, sírvase llamar a Servicios para Miembros (los números de teléfono están en la Sección *[edit section number as needed]* 8.1 de este folleto).]

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 | 2016 (este año) | 2017 (el próximo año) |
| --- | --- | --- |
| Prima mensual  *[Plans that include a Part B premium reduction benefit may modify this row to describe the change in the benefit.]*  (También deberá seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare, a menos que Medicaid la pague por usted.) | *[Insert 2016 premium amount]* | *[Insert 2017 premium amount]* |

* Su prima mensual del plan será mayor si debe pagar una multa por inscripción tardía a la Parte D de por vida por estar sin otra cobertura de medicamentos que sea al menos igual de buena que la cobertura de medicamentos de Medicare (también denominada "cobertura válida") por 63 días o más, si se inscribe en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare en el futuro.
* Si tiene ingresos más elevados, podría tener que pagar una cantidad adicional cada año directamente al gobierno por su cobertura de medicamentos por receta de Medicare.
* Su prima mensual será *menor* si está recibiendo “Ayuda Extra” con los costos de sus medicamentos por receta.

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

La cantidades que usted paga por sus medicamentos por receta podría depender de qué farmacia usted usa. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus recetas están cubiertas *solamente* si se surten en una de nuestras farmacias de la red. [*Insert if applicable:* Nuestra red incluye farmacias con costos compartidos preferidos, lo cual puede ofrecerle costos compartidos más bajos que los costos compartidos estándar ofrecidos por otras farmacias dentro de la red.]

*[Insert applicable section: For a plan that has changes in its pharmacy network]* Para el próximo año habrá cambios en nuestra red de farmacias.

[*Insert if applicable:* Hemos incluido una copia de nuestro Directorio de Farmacias en el sobre junto con este folleto.] En nuestro sitio de Internet [*insert URL*] podrá encontrar el Directorio de Farmacias actualizado.] También puede llamar a Servicios para Miembros para que le den información actualizada sobre los proveedores o para pedirnos que le enviemos por correo un Directorio de Farmacias. **Sírvase revisar el Directorio de Farmacias del 2017 para que vea qué farmacias están 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 usual para 2017. [*Insert if applicable:* Hemos incluido una copia de nuestro Directorio de Farmacias en el sobre junto con este folleto.] En nuestro sitio de Internet [*insert URL*] podrá encontrar el Directorio de Farmacias actualizado. [*insert URL*]. También puede llamar a Servicios para Miembros para que le den información actualizada sobre los proveedores o para pedirnos que le enviemos por correo un Directorio de Farmacias. **Sírvase revisar el Directorio de Farmacias actual para que vea si su farmacia todavía están nuestra red**.

### Sección 2.3 – Cambios a la Cobertura de medicamentos por receta de la Parte D

#### Cambios a nuestra lista de medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se llama Formulario o “Lista de medicamentos”. En este sobre hay 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 incluye muchos, pero no todos, los medicamentos que cubriremos el próximo año. Si no encuentra su medicamento en esta lista, es posible que esté cubierto de todos modos**. Puede obtener la Lista de medicamentos** *completa* si llama a Servicios para Miembros (vea la contraportada) o si 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 hecho ningún cambio en nuestra Lista de Medicamentos para el próximo año. Los medicamentos incluidos en nuestra Lista de Medicamentos serán los mismos en el 2017 y en el 2016. No obstante, tenemos permitido hacer cambios a la Lista de Medicamentos de vez en cuando a lo largo del año, con la aprobación de Medicare o si algún medicamento ha sido retirado del mercado por la FDA o por el fabricante del producto.]

Hicimos cambios a nuestra Lista de Medicamentos, incluidos cambios a los medicamentos que cubrimos y cambios a las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos. **Revise la Lista de Medicamentos para que se asegure de que sus medicamentos estarán cubiertos el próximo año y para ver si habrá alguna restricción.**

Si los cambios en la cobertura de medicamentos lo afectan a usted, puede:

* **Hablar con su médico (o con quien le haya recetado el medicamento) y pedirle al plan que haga una excepción** para cubrirle el medicamento. *[Plans may omit the following sentence if they do not have an advance transition process for current members.]* **Recomendamos que los miembros actuales** pidan una excepción antes del próximo año.
  + Para saber lo que tiene que hacer para pedir una excepción, vea el Capítulo 7 de su *E*v*idencia de Cobertura* (*Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas))* o llame a Servicios para Miembros.
* **Trabaje con su médico (u otro proveedor que recete) para encontrar otro medicamento diferente** que cubramos. Puede llamar a Servicios para Miembros y pedir una lista de los medicamentos cubiertos que tratan el mismo problema médico.

*[Plans may omit this if all current members will be transitioned in advance for the following year.]*En algunas situaciones, estamos obligados a cubrir un suministro temporal, **una vez**, de un medicamento que no está en el formulario durante los primeros 90 días de cobertura del año o cobertura del plan. (Para informarse más sobre cuándo puede obtener un suministro temporal y cómo pedirlo, vea el Capítulo 3, Sección 5.2 de la *Evidencia de Cobertura.*)Durante el tiempo que esté recibiendo un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su médico para decidir qué hacer cuando se le acabe. Usted puede o bien cambiarse a un medicamento diferente cubierto por el plan o pedirle al plan que le conceda una excepción y cubra el medicamento que está tomando actualmente.

*[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 a los costos de los medicamentos por receta

*Aviso:* Si usted está en un programa que ayuda a pagar por sus medicamentos (“Ayuda Extra”), **la información sobre los costos de los medicamentos por receta de la Parte D [***insert as applicable:* **podría aplicarse] no se aplica a usted.** *[If not applicable, omit information about the LIS Rider.]*Nosotros [*insert as appropriate:* hemos incluido *OR* le enviamos] un suplemento por separado, llamado “Cláusula de Evidencia de Cobertura para personas que reciben ayuda extra para pagar por los medicamentos por receta” (conocido también como “Cláusula de subsidio para bajos ingresos” o la “Cláusula LIS”), que habla sobre los costos de sus medicamentos. Si usted recibe “Ayuda Extra” y [*if plan sends LIS Rider with ANOC, insert:* no recibió el folleto con este paquete,] [*if plan sends LIS Rider separately from the ANOC, insert:* no ha recibido este folleto para el *[insert date]*,] sírvase llamar a Servicios para Miembros y pregunte por la “Cláusula LIS”. Los números de teléfono de Servicios para Miembros están en la Sección *[edit section number as needed]* 8.1 de este folleto.

Hay cuatro “etapas de pago de medicamentos”. Lo que usted tiene que pagar por los medicamentos de la Parte D depende de la etapa de pago del medicamento en la que usted se encuentre. (Puede mirar en el Capítulo 4, Sección 2 de su *Evidencia de Cobertura* para obtener más información sobre las etapas.)

La siguiente información muestra los cambios para el próximo año para las dos primeras etapas – la Etapa de Deducible Anual y la Etapa de Cobertura Inicial. (La mayoría de los miembros no llegan a las otras dos etapas: la Etapa de Brecha en la Cobertura o la Etapa de Cobertura Catastrófica. Para recibir información sobre sus costos en estas etapas, mire el Capítulo 4, Secciones 6 y 7, en la *Evidencia de Cobertura* [*insert as applicable:* adjunta *OR* incluida].)

Cambios a la etapa de los deducibles

| Etapa | 2016 (este año) | 2017 (el próximo año) |
| --- | --- | --- |
| Etapa 1: Etapa de deducible anual  Durante esta etapa, **usted paga el costo completo** de sus [*insert as applicable:* medicamentos 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 $*[insert 2016 deductible].*  [*Plans with no deductible replace the text above with:* Como no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.]  *[Plans with tiers excluded from the deductible in 2016 and/or 2017 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]*un costo compartido de $0 para medicamentos en *[insert name of tier(s) excluded from the deductible]* y el costo total de medicamentos en *[insert name of tier(s) where copayments apply]* hasta que haya alcanzado el deducible anual. | El deducible es $*[insert 2017 deductible].*  [*Plans with no deductible replace the text above with:* Como no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.]  *[Plans with tiers excluded from the deductible in 2016 and/or 2017 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]*un costo compartido de $0 para medicamentos en *[insert name of tier(s) excluded from the deductible]* y el costo total de medicamentos en *[insert name of tier(s) where copayments apply]* hasta que haya alcanzado el deducible anual. |

Cambios a sus costos compartidos en la etapa de cobertura inicial

*[Plans that are changing the cost-sharing from coinsurance to copayment or vice versa from 2016 to 2017 insert, “*Para medicamentos en *[insert name of tier(s)]*, sus costos compartidos en la etapa de cobertura inicial cambian de [*insert whichever is appropriate “*copago a coseguro” *<or>* “coseguro a copago”.] Sírvase consultar el siguiente cuadro para ver los cambios de 2016 a 2017.”]

Para saber más acerca de cómo funcionan copagos y coseguros, consulte el Capítulo 4, Sección 1.2, *Tipos de costos directos de su bolsillo que paga por 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 EITHER provide information on member cost-sharing for network pharmacies that offer standard cost-sharing using the chart below OR 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 | 2016 (este año) | 2017 (el próximo año) |
| --- | --- | --- |
| Etapa 2: Etapa de cobertura inicial  *[Plans with no deductible delete the first sentence.]* Una vez que pague el deducible anual, pasa a la Etapa de Cobertura Inicial. Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos y **usted paga su parte de los costos.** *[Plans that are changing the cost-sharing from a copayment to coinsurance or vice versa from 2016 to 2017 insert for each applicable tier: “*Para 2016 usted pagó [*insert as appropriate “*un copago de $[*xx*]” <*or>* “un coseguro de [*xx*]%”] para medicamentos en el*[insert tier name]*. Para 2017 usted pagará [*insert as appropriate “*un copago $[*xx*]” <*or>* “coseguro de [*xx*]%”] para los medicamentos en este nivel.”*]*  Los costos en esta hilera son para suministros para un mes (*[insert number of days in a one-month supply]* días) cuando le surten su receta en una farmacia de la red que ofrezca costos compartidos estándar. *[Plans that are changing the number of days in their one-month supply from 2016 to 2017 insert “*El número de días en un suministro de un mes ha cambiado de 2016 a 2017, como se indica en el cuadro.”*]* Para información sobre los costos *[insert as applicable:* para suministro a largo plazo; en una farmacia de la red que ofrezca costos compartidos preferidos; o para medicamentos pedidos por correo*]*, vea el Capítulo 4, Sección 5 de su *Evidencia de Cobertura*.  [*Insert if applicable:* Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos de nuestra Lista de Medicamentos. Para ver si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búsquelos en la Lista de Medicamentos.] | Sus gastos por el suministro para un mes *[plans that are changing the number of days in their one-month supply from 2016 to 2017 insert* “([*xx*] day)” *rather than* “one-month*”]* dispensado en una farmacia de la red con costos compartidos estándar:  ***[Insert name of Tier 1]*:**  Usted paga [*insert as applicable:* $*[xx]* por receta *OR* *[xx]*% del costo total.]  ***[Insert name of Tier 2]*:**  Usted paga [*insert as applicable:* $*[xx]* por receta *OR* *[xx]*% del costo total.]  *[Repeat for all tiers]*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Una vez que [*insert as applicable*: sus gastos totales por sus medicamentos lleguen a $*[insert 2016 initial coverage limit],* pasará a la próxima etapa (la Etapa de Brecha en la Cobertura). *OR* usted ha pagado $*[insert 2016 out-of-pocket threshold]* directode su bolsillo por los medicamentos de la Parte D, pasará a la próxima etapa (la Etapa de Cobertura Catastrófica).] | Sus gastos por el suministro para un mes *[plans that are changing the number of days in their one-month supply from 2016 to 2017 insert* “([*xx*]- day)” *rather than* “one-month*”]* dispensado en una farmacia de la red con costos compartidos estándar:  ***[Insert name of Tier 1]*:**  Usted paga [*insert as applicable:* $*[xx]* por receta *OR* *[xx]*% del costo total.]  ***[Insert name of Tier 2]*:**  Usted paga [*insert as applicable:* $*[xx]* por receta *OR* *[xx]*% del costo total.]  *[Repeat for all tiers]*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Una vez que [*insert as applicable*: sus gastos totales por sus medicamentos lleguen a $*[insert 2017 initial coverage limit],* pasará a la próxima etapa (la Etapa de Brecha en la Cobertura). *OR* usted ha pagado $*[insert 2017 out-of-pocket threshold]* directode su bolsillo por los medicamentos de la Parte D, pasará a la próxima etapa (la Etapa de Cobertura Catastrófica).] |

*[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 | 2016 (este año) | 2017 (el próximo año) |
| --- | --- | --- |
| Etapa 2: Etapa de Cobertura Inicial  *[Plans with no deductible delete the first sentence]* Una vez que paga el deducible anual, pasará a la Etapa de Cobertura Inicial. Durante esta etapa, el plan paga su parte de los costos de sus medicamentos y **usted paga su parte de los costos.** *[Plans that are changing the cost-sharing from a copayment to coinsurance or vice versa from 2016 to 2017 insert for each applicable tier: “*Para 2016 usted pagó [*insert as appropriate “*un copago de $[*xx*]” <*or>* “un coseguro de [*xx*]%”] para medicamentos en este nivel. Para 2017 usted pagará [*insert as appropriate “*un copago de $[*xx*]” <*or>* “coseguro de [*xx*]%”] para los medicamentos en este nivel.”*]*  Los costos en esta hilera son para suministros para un mes (*[insert number of days in a one-month supply]* días) cuando le surten su receta en una farmacia de la red. *[Plans that are changing the number of days in their one-month supply from 2016 to 2017 insert “*El número de días en un suministro de un mes ha cambiado de 2016 a 2017, como se indica en el cuadro.”*]* Para información sobre los costos *[insert as applicable:* para suministro a largo plazo o para medicamentos pedidos por correo*]*, vea el Capítulo 4, Sección 5 de su *Evidencia de Cobertura*.  [*Insert if applicable:* Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos de nuestra Lista de Medicamentos. Para ver si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búsquelos en la Lista de Medicamentos.] | Sus gastos por el suministro para un mes dispensado *[Plans that are changing the number of days in their one-month supply from 2016 to 2017 insert* “([*xx*] días)” *rather than* “one-month*”]* en una farmacia de la red:  ***[Insert name of Tier 1]*:**  *Costos compartidos estándar:* Usted paga [*insert as applicable:* $*[xx]* por receta *OR* *[xx]*% del total de los costos].  *Costos compartidos preferidos:* Usted paga [*insert as applicable:* $*[xx]* por receta *OR* *[xx]*% del total de los costos].  ***[Insert name of Tier 2]*:**  *Costos compartidos estándar:* Usted paga [*insert as applicable:* $*[xx]* por receta *OR* *[xx]*% del total de los costos].  *Costos compartidos preferidos:* Usted paga [*insert as applicable:* $*[xx]* por receta *OR* *[xx]*% del total de los costos].  *[Repeat for all tiers]*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Una vez que [*insert as applicable*: sus gastos totales por sus medicamentos lleguen a $*[insert 2016 initial coverage limit],* pasará a la próxima etapa (la Etapa de Brecha en la Cobertura). *OR* usted ha pagado $*[insert 2016 out-of-pocket threshold]* directode su bolsillo por los medicamentos de la Parte D, pasará a la próxima etapa (la Etapa de Cobertura Catastrófica).] | Sus gastos por el suministro para un mes dispensado *[Plans that are changing the number of days in their one-month supply from 2016 to 2017 insert* “([*xx*] días)” *rather than* “one-month*”]* en una farmacia de la red:  ***[Insert name of Tier 1]*:**  *Costos compartidos estándar:* Usted paga [*insert as applicable:* $*[xx]* por receta *OR* *[xx]*% del total de los costos].  *Costos compartidos preferidos:* Usted paga [*insert as applicable:* $*[xx]* por receta *OR* *[xx]*% del total de los costos].  ***[Insert name of Tier 2]*:**  *Costos compartidos estándar:* Usted paga [*insert as applicable:* $*[xx]* por receta *OR* *[xx]*% del total de los costos].  *Costos compartidos preferidos:* Usted paga [*insert as applicable:* $*[xx]* por receta *OR* *[xx]*% del total de los costos].  *[Repeat for all tiers]*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Una vez que [*insert as applicable*: sus gastos totales por sus medicamentos lleguen a $*[insert 2017 initial coverage limit],* pasará a la próxima etapa (la Etapa de Brecha en la Cobertura). *OR* usted ha pagado $*[insert 2017 out-of-pocket threshold]* directode su bolsillo por los medicamentos de la Parte D, pasará a la próxima etapa (la Etapa de Cobertura Catastrófica).] |

Cambios en las etapas de Brecha en la Cobertura y Cobertura Catastrófica

Las otras dos etapas de cobertura de medicamentos– la Etapa de Brecha en la Cobertura y la Etapa de Cobertura Catastrófica– son para personas con gastos altos por medicamentos. **La mayoría de los miembros no llegan a la Etapa de Brecha en la Cobertura o a la Etapa de Cobertura Catastrófica**. *[Sponsors that are changing the cost-sharing from coinsurance to copayment or vice versa from 2016 to 2017 insert the following sentence. If many changes are being made, it may be repeated as necessary:* Para la Etapa de Cobertura *[insert coverage stage involved],* para medicamentos en los niveles*] [xx]* [*insert tiers*], sus costos compartidos cambian de [*insert whichever is appropriate “*un copago a un coseguro” *<or>* “un coseguro a un copago.”*]*

Para información sobre sus costos en estas etapas, mire el Capítulo 4, Secciones 6 y 7, de su *Evidencia de Cobertura*.

SECCIÓN 3 Otros cambios

*[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 describe the changes in the table below. Plans that choose to omit this section should renumber the remaining sections as needed.]*

| Proceso | 2016 (este año) | 2017 (el próximo año) |
| --- | --- | --- |
| *[Insert a description of the administrative process/item that is changing]* | *[insert 2016 administrative description]* | *[Insert 2017 administrative description]* |
| *[Insert a description of the administrative process/item that is changing]* | *[Insert 2016 administrative description]* | *[Insert 2017 administrative description]* |

SECCIÓN 4 Decidir qué plan elegir

### Sección 4.1 – Si quiere seguir en el *[insert 2017 plan name]*

**Para seguir en nuestro plan, usted no tiene que hacer nada.** Si usted no se inscribe en otro plan para el 7 de diciembre, automáticamente seguirá inscrito como miembro de nuestro plan para el 2017.

### Sección 4.2 – Si quiere cambiarse de plan

Esperamos que siga siendo miembro de nuestro plan el próximo año, pero si usted quiere cambiarse a otro plan para el 2017, siga los siguientes pasos:

1er paso: Infórmese sobre sus opciones y compárelas

* Usted puede inscribirse en otro plan de medicamentos por receta de Medicare,
* *-- O --* Puede cambiarse a un plan de salud de Medicare. Algunos planes de salud de Medicare también incluyen la cobertura de medicamentos por receta de la Parte D,
* *-- O --* Usted puede seguir con su cobertura de salud actual de Medicare y dejar su cobertura de medicamentos por receta de Medicare.

Para informarse más sobre el Medicare Original y los diferentes tipos de planes de Medicare, lea *Medicare y Usted 2017*, llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (vea la Sección *[edit section number as needed]* 6), o llame a Medicare (ver la Sección *[edit section number as needed]* 8.2).

También puede encontrar información sobre los planes en su área usando el Buscador de planes de Medicare en el sitio de Internet de Medicare. Vaya a <http://www.medicare.gov> y haga clic en “Busque planes de salud y de medicamentos”. **Aquí, puede encontrar información sobre los costos, cobertura y calificaciones de calidad para los planes de Medicare.**

[*Plans may choose to insert if applicable:* Recuerde, *[insert Part D sponsor name]* ofrece otros [*insert as applicable:* planes de salud deMedicare *AND/OR* y planes de medicamentos por receta de Medicare. Estos otros planes pueden tener coberturas, primas mensuales y cantidades de costos compartidos diferentes.]]

2do paso: Cambiar su cobertura

* Para cambiarse **a otro plan de medicamentos por receta de Medicare**, inscríbase en un nuevo plan. Automáticamente se le dará de baja del *[insert 2017 plan name]*.
* Para **cambiarse a un plan de salud de Medicare,** inscríbase en el nuevo plan. Dependiendo del tipo de plan que elija, podría dársele de baja automáticamente del *[insert 2017 plan name]*.
  + Automáticamente se le dará de baja del *[insert 2017 plan name]* si usted se inscribe en un plan de salud de Medicare que incluya la cobertura de medicamentos por receta de la Parte D. Automáticamente también se le dará de baja si se inscribe en un HMO de Medicare o en un PPO de Medicare, incluso si ese plan no incluye cobertura de medicamentos por receta.
  + Si usted elige un plan de Pago por servicio sin la cobertura de medicamentos de la Parte D, un plan de Cuenta de Ahorros Médicos de Medicare o un Plan de Costos de Medicare, puede inscribirse en ese nuevo plan y seguir con *[insert 2017 plan name]* para su cobertura de medicamentos. Inscribirse en uno de estos tipos de plan automáticamente no le dará de baja del *[insert 2017 plan name].* Si usted se inscribe en uno de estos tipos de plan y quiere irse de nuestro plan, debe pedir que le den de baja de *[insert 2017 plan name]*. Para pedir que le den de baja, deberá enviarnos una solicitud por escrito o comunicarse con Medicare, llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días a la semana (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).
* Para **cambiarse al Medicare Original sin un plan de medicamentos por receta**, deberá o bien:
  + Enviarnos una solicitud por escrito para que le demos de baja. Comuníquese con Servicios para Miembros si necesita más información sobre cómo hacerlo (los números de teléfono están en la Sección *[edit section number as needed]* 8.1 de este folleto).
  + *– o –* Comuníquese con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana y pida que le den de baja. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 5 Fecha límite para cambiarse de plan

Si quiere cambiarse a otro plan de medicamentos por receta o a un plan de salud de Medicare para el próximo año, puede hacerlo entre el **15 de octubre y el 7 de diciembre**. El cambio entrará en vigor el 1 de enero de 2017.

¿Se puede hacer el cambio en algún otro momento del año?

En determinadas situaciones se permiten cambios en otros momentos del año. Por ejemplo, las personas con Medicaid que reciben “Ayuda Extra” para pagar por sus medicamentos, aquellos que tienen o dejan la cobertura del empleador y quienes se muden fuera del área de servicio pueden hacer el cambio en otros momentos del año. Para más información, vea el Capítulo 8, Sección 2.2 de la *Evidencia de Cobertura.*

SECCIÓN 6 Programas que ofrecen asesoría gratis 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 Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP) es un programa del gobierno con asesores capacitados en cada estado. En *[insert state]*, el SHIP se llama *[insert state-specific SHIP name]*.

*[Insert state-specific SHIP name]* es independiente (no está relacionado con ninguna compañía de seguro o plan de salud). Es un programa del estado que recibe dinero del gobierno federal para ofrecer asesoría **gratis** sobre seguros de salud a las personas con Medicare. Los asesores de *[Insert state-specific SHIP name]* pueden ayudarlo con los problemas o las preguntas que tenga sobre Medicare. Pueden ayudarlo a entender las opciones del plan de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiarse de plan. Puede llamar a *[insert state-specific SHIP name]* al *[insert SHIP phone number]*. [*Plans may insert the following:* Puede informarse más sobre [*insert state-specific SHIP name*] visitando su sitio de Internet ([*insert SHIP website*]).]

SECCIÓN 7 Programas que ayudan a pagar por los medicamentos por receta

Usted podría calificar para ayuda para pagar por los medicamentos por receta. *[Plans in states without SPAPs, delete the next sentence]* Hay continuación se presentan distintos tipos de ayuda:

* **“Ayuda Extra” de Medicare.** Las personas con ingresos limitados podrían calificar para “Ayuda Extra” para pagar por sus gastos de medicamentos por receta. Si califica, Medicare podría pagar hasta el 75% o más de los gastos de sus medicamentos incluidas las primas mensuales de los medicamentos por receta, los deducibles anuales y el coseguro. Además, quienes califiquen no tendrán brecha en la cobertura ni penalidad por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles y ni siquiera lo saben. Para ver si usted califica, llame al:
  + 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días a la semana;
  + La Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213 entre las 7 a.m. y las 7 p.m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (aplicaciones); o
  + Su Oficina Estatal de Medicaid (aplicaciones).
* *[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 (“State Pharmaceutical Assistance Program”) 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]* tiene un programa llamado *[insert state-specific SPAP name]* que ayuda a las personas a pagar por sus medicamentos por receta según sus necesidades financieras, su edad o problema médico. Para informarse más sobre el programa, averigüe con su Programa de Asistencia con el Seguro de Salud de su Estado (los nombres y números de teléfono de esta organización están 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 de costos compartidos para medicamentos por receta para personas con VIH/SIDA.** El Programa de Asistencia con medicamentos para el SIDA (ADAP)ayuda a garantizar que las personas elegibles para ADAP que viven con VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH que salven la vida. Las personas deben cumplir con ciertos requisitos, incluida prueba de que residen en el estado y estatus de VIH, bajos ingresos según lo define el estado y estatus de sin seguro/con seguro insuficiente. Los medicamentos por receta de la Parte D de Medicare que también están cubiertas por el ADAP califican para asistencia de costos compartidos para recetas a través del *[insert State-specific ADAP name and information].* Para información sobre los criterios de elegibilidad, medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, sírvase llamar al *[insert State-specific ADAP contact information].*

SECCIÓN 8 ¿Tiene alguna pregunta?

### Sección 8.1 – Para recibir ayuda de *[insert 2017 plan name]*

¿Preguntas? Estamos aquí para ayudarlo. Sírvase llamar a Servicios para Miembros a *[insert member services phone number].* (Solo para los usuarios de TTY, llamar al *[insert TTY number].)* Estamos disponibles para llamadas telefónicas *[insert days and hours of operation]*. [*Insert if applicable:* Las llamadas a estos números son gratis.]

Lea su *Evidencia de Cobertura* del 2017(contiene detalles sobre los costos y beneficios del próximo año)

Este *Aviso Anual de Cambios* le da un resumen de cambios a sus beneficios y costos para el 2017. Para detalles, mire en su *Evidencia de Cobertura* en el 2017para *[insert 2017 plan name].* La *Evidencia de Cobertura* es la descripción detallada y legal de los beneficios de su plan. Le explica sus derechos y las reglas que debe seguir para recibir los servicios y los medicamentos por receta cubiertos. En este sobre incluimos una copia de la *Evidencia de Cobertura*.

Visite nuestro sitio de Internet

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

### Sección 8.2 – Para recibir ayuda de Medicare

Para recibir información directamente de Medicare:

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

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

Visite el sitio de Internet de Medicare

Puede visitar el sitio de Internet de Medicare (<http://www.medicare.gov>).). Tiene información sobre los costos, la cobertura y las calificaciones de calidad para ayudarlo a comparar los planes de medicamentos por receta de Medicare. Usted puede encontrar información sobre los planes disponibles en su área, usando el Buscador de Planes de Medicare en el sitio de Internet de Medicare. (Para ver la información sobre los planes, vaya a (<http://www.medicare.gov> y haga clic en “Revisar y Comparar sus Opciones de Cobertura”).

Lea *Medicare y Usted 2017*

Usted puede leer el folleto *Medicare y Usted 2017*. Cada año durante el otoño, se envía este folleto a las personas que tienen Medicare. Contiene un resumen de los beneficios de Medicare, sus derechos y protecciones y da respuesta a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Si usted no tiene una copia de este folleto, puede obtenerlo en el sitio de Internet de Medicare (<http://www.medicare.gov>) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

**[2017 EOC model]**

**1 de enero al 31 de diciembre de 2017**

# Evidencia de Cobertura:

**Su Cobertura de Medicamentos por receta de Medicare como miembro de [*insert 2017 plan name*][*insert plan type*]**

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

Este folleto le da detalles sobre su cobertura de medicamentos por receta de Medicare desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2017. Le explica cómo obtener cobertura para los medicamentos por receta que usted necesita. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

Este plan, *[insert 2017 plan name],* es ofrecido por *[insert Part D sponsor name]*. (Cuando esta *Evidencia de Cobertura* dice“nosotros(as)”, “nos” o “nuestro(a)” significa *[insert Part D sponsor name].* Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, significa *[insert 2017 plan name].*)

*[Insert Federal contracting statement.]*

[*Plans that meet the 5% alternative language threshold insert:* Esta información está disponible de forma gratuita en otros idiomas.

Sírvase comunicarse con el número de Servicios para Miembros *[insert phone number]* si desea más información. (Los usuarios de TTY deben llamar al [*insert TTY number]*.)

El horario es *[insert days and hours of operation]*.] Los Servicios para Miembros [*plans that meet the 5% threshold insert:* also] ofrecen servicios gratis de intérpretes de idioma para quienes no hablen inglés. *[plans that meet the 5% threshold delete the rest of this sentence]* (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

*[Plans that meet the 5% threshold insert the paragraph above in all applicable languages.]*

*[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, el formulario, la red de farmacias, 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]* Aprobado por los CMS[MMDDYYYY]  *OR [insert Material ID]* Archivo y uso[MMDDYYYY]]

**Evidencia de Cobertura 2017**

**Índice**

Esta lista de capítulos y números de páginas es su punto de partida. Para más ayuda para encontrar la información que necesita, vaya a la primera página del capítulo. **Encontrará una lista detallada de temas al principio de cada capítulo.**

Capítulo 1. Para empezar como miembro 5

Explica lo que significa estar en un plan de medicamentos de Medicare y cómo usar este folleto. Habla de los materiales que le enviaremos, sobre la prima de su plan, sobre la tarjeta de membresía del plan y cómo mantener el récord de su membresía actualizado.

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes 19

Le dice cómo comunicarse con su plan (*[insert 2017 plan name]*) y con otras orgnizaciones incluidas Medicare, el Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP), la Organización para Mejoras de la Calidad, Seguro Social, Medicaid (el programa estatal de seguro médico para las personas con bajos ingresos), programas que ayudan a las personas a pagar por sus medicamentos por receta y la Junta de Retiro Ferroviario.

Capítulo 3. Para usar la cobertura del plan para los medicamentos por receta de la Parte D 38

Explica las reglas que debe seguir cuando reciba sus medicamentos de la Parte D. Le dice cómo usar la *Lista de medicamentos cubiertos* del plan *(Formulario)* para que averigue qué medicamentos están cubiertos. Le dice qué tipo de mediamentos *no están* cubiertos. Explica los diferentes tipos de restricciones que se aplican a la cobertura de ciertos medicamentos. Explica dónde surtir sus medicamentos por receta. Le dice sobre los programas del plan para seguridad del medicamento y manejo de fármacos.

Capítulo 4. Lo que usted paga por los medicamentos por receta de la Parte D 67

Habla de las *[insert number of stages]* etapas de la cobertura de medicamentos (*[delete any stages that are not applicable] Etapa de deducible*, *Periodo de Cobertura Inicial*, *Etapa de Brecha en la Cobertura*, *Etapa de Cobertura Catastrófica*) y cómo estas etapas influyen en lo que usted paga por los medicamentos. *[Plans without drug tiers, delete the following sentence.]* Explica los *[insert number of tiers]* niveles de costos compartidos para los medicamentos de la Parte D y le dice lo que deberá pagar por un medicamento en cada nivel de costos compartidos. Habla de la penalidad por inscripción tardía.

Capítulo 5. Pedirnos que paguemos nuestra parte de los costos por los medicamentos cubiertos 99

Explica cuándo y cómo enviarnos una cuenta cuando quiera pedirnos que le paguemos de vuelta la parte que nos corresponde del costo de los medicamentos cubiertos.

Capítulo 6. Sus derechos y responsabilidades 106

Explica los derechos y responsabilidades que usted tiene como miembro de nuestro plan. Le dice qué puede hacer si piensa que no se han respetado sus derechos.

*Capítulo 7. Qué hacer si tiene algún problema o queja   
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)* 117

Le dice paso a paso qué hacer si está teniendo problemas o preocupaciones como miembro de nuestro plan.

* Le explica cómo preguntar por decisiones de cobertura y hacer apelaciones si está teniendo problemas para obtener los medicamentos por receta que usted piensa están cubiertos por nuestro plan. Esto incluye pedirnos que hagamos excepciones a la regla y/o restricciones extra en su cobertura.
* Le explica cómo presentar quejas sobre la calidad de la atención, tiempos de espera, servicio al consumidor y otras preocupaciones.

Capítulo 8. Para poner fin a su membresía en el plan 146

Le explica cuándo y cómo puede poner fin a su membresía en el plan. Le explica situaciones en las que nuestro plan deberá poner fin a su membresía.

Capítulo 9. Avisos legales 157

Incluye avisos sobre las leyes aplicables y sobre la no discriminación.

Capítulo 10. Definiciones de palabras importantes 160

Le explica los términos clave que se usan en este folleto.

CAPÍTULO 1

Para empezar como miembro

## Capítulo 1. Para empezar como miembro

SECCIÓN 1 Introducción 6

Sección 1.1 Usted está inscrito en *[insert 2017 plan name]*, que es un Plan de Medicamentos por Receta de Medicare 6

Sección 1.2 ¿De qué trata el folleto de la *Evidencia de Cobertura*? 6

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

SECCIÓN 2 ¿Qué lo hace elegible para ser miembro del plan? 7

Sección 2.1 Sus requisitos de elegibilidad 7

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

Sección 2.3 Aquí está el área de servicio del plan para *[insert 2017 plan name]* 8

SECCIÓN 3 ¿Qué otros materiales le enviaremos? 8

Sección 3.1 Su tarjeta de membresía en el plan– Úsela para todos los medicamentos por receta cubiertos 8

Sección 3.2 El *Directorio de farmacias*: Guía para las farmacias de nuestra red 9

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

Sección 3.4 La *Explicación de los beneficios de la Parte D* (la EOB de la “Parte D”): Informes con un resumen de los pagos hechos por sus medicamentos por receta de la Parte D 10

SECCIÓN 4 Su prima mensual para *[insert 2017 plan name]* 11

Sección 4.1 ¿Cuánto es la prima de su plan? 11

Sección 4.2 Hay varias formas de pagar por la prima de su plan 13

Sección 4.3 ¿Podemos cambiar la prima mensual del plan durante el año? 15

SECCIÓN 5 Mantenga los archivos de su membresía actualizados 15

Sección 5.1 Cómo ayudar a garantizar que tenemos la información correcta sobre usted 15

SECCIÓN 6 Nosotros protegemos la privacidad de su información personal de salud 16

Sección 6.1 Nos aseguramos de que su información de salud esté protegida 16

SECCIÓN 7 Cómo trabajan otros seguros con nuestro plan 16

Sección 7.1 ¿Qué plan paga primero cuando usted tiene otro seguro? 16

### SECCIÓN 1 Introducción

#### Sección 1.1 Usted está inscrito en *[insert 2017 plan name]*, que es un Plan de Medicamentos por Receta de Medicare

Usted está cubierto por el Medicare Original para su cobertura de cuidados de salud y usted ha elegido recibir su cobertura de medicamentos por receta de Medicare a través de nuestro plan, *[insert 2017 plan name]*.

Hay diferentes tipos de planes de Medicare. *[Insert 2017 plan name]* es un plan de medicamentos por receta de Medicare (PDP). Como todos los planes de Medicare, este plan de medicamentos por receta de Medicare está aprobado por Medicare y administrado por una compañía privada.

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

Este folleto de *Evidencia de Cobertura* le dice cómo obtener su cobertura de medicamentos por receta de Medicare a través de nuestro plan. Este folleto explica sus derechos y responsabilidades, lo que está cubierto y lo que usted paga como miembro del plan.

Las palabras “cobertura” y “medicamentos cubiertos” se refieren a la cobertura de medicamentos por receta disponible para usted como miembro de *[insert 2017 plan name]*.

Es importante que aprenda cuáles son las reglas del plan y qué cobertura está disponible para usted. Lo animamos a que dedique un tiempo a hojear este folleto de *Evidencia de Cobertura*.

Si está confundido o preocupado o tiene alguna pregunta, sírvase comunicarse con Servicios para Miembros de nuestro plan (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

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

Es parte de nuestro contrato con usted

Esta *Evidencia de Cobertura* es parte de nuestro contrato con usted acerca de cómo *[insert 2017 plan name]* cubre su atención médica. Otras partes de este contrato incluyen su formulario de inscripción, la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* y cualquier aviso que reciba de nosotros sobre los cambios a su cobertura o las condiciones que afectan su cobertura. Estos avisos a veces se llaman “cláusulas” o “enmiendas”.

El contrato está en vigor por los meses en los que esté inscrito en *[insert 2017 plan name]* entre el 1 de enero de 2017 y el 31 de diciembre de 2017.

Cada año calendario, Medicare nos permite hacer cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de *[insert 2017 plan name]* después del 31 de diciembre de 2017. También podemos optar por dejar de ofrecer el plan u ofrecerlo en un área de servicio diferente, después del 31 de diciembre de 2017.

Cada año Medicare tiene que aprobar nuestro plan

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid Services) tiene que aprobar *[insert 2017 plan name]* cada año. Usted puede seguir recibiendo cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan siempre que decidamos continuar ofreciendo el plan y Medicare renueve la aprobación del plan.

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

#### Sección 2.1 Sus requisitos de elegibilidad

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

* Ustedtenga la Parte A o la Parte B de Medicare (o tenga tanto la Parte A como la Parte B) (la sección 2.2 describe la Parte A y la Parte B de Medicare)
* -- *y* -- usted es ciudadano de Estados Unidos o está presente legalmente en los Estados Unidos
* *-- y* viva en nuestra área geográfica de servicio (la sección 2.3 más adelante describe nuestra área de servicio)

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

Como se analizó en la sección 1.1 de arriba, usted ha elegido obtener su cobertura de medicamentos por 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 los beneficios de Medicare. Describimos la cobertura de medicamentos que recibe bajo la cobertura de la Parte D de Medicare en el Capítulo 3.

Cuando usted se inscribió en Medicare por primera vez, recibió información sobre los servicios que estaban cubiertos bajo las Partes A y B de Medicare. Recuerde:

* La Parte A de Medicare generalmente ayuda a cubrir servicios brindados por hospitales para servicios como paciente interno, instalaciones de enfermería especializadas o agencias de salud en el hogar.
* La Parte B de Medicare es para la mayor parte de los demás servicios médicos (como servicios del médico y otros servicios como paciente externo) y ciertos artículo (como equipo médico duradero y otros suministros).

#### Sección 2.3 Aquí está el área de servicio del plan para *[insert 2017 plan name]*

Aunque Medicare es un programa federal, *[insert 2017 plan name]* está disponible solo para las personas que viven en el área de servicio de nuestro plan. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, debe seguir residiendo en el área de servicio del plan. El área de servicio aparece descrita [*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 abarca 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 diferencias de costo u otras diferencias entre los planes que ofrecemos en cada estado. Si usted se muda fuera del estado [*insert if applicable:* o territorio]y se va a vivir a un estado [*insert if applicable:* o territorio]que también esté dentro de nuestra área de servicio, debe llamar a Servicios para Miembros para actualizar su información. [*National plans delete the rest of this paragraph.]* Si usted se muda a un estado [*insert if applicable:* o territorio]fuera de nuestra área de servicio, no puede seguir siendo miembro de nuestro plan. Sírvase llamar a Servicios para Miembros para averiguar si tenemos un plan en su nuevo estado [*insert if applicable:* o territorio].]

Si piensa mudarse fuera del área de servicio, sírvase comunicarse con Servicios para Miembros (los números de teléfono están en la contraportada de este folleto). Cuando se mude, tendrá un Periodo Especial de Inscripción que le permitirá inscribirse en un plan de salud o de medicamentos de Medicare que esté disponible en el lugar donde usted vive ahora.

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

#### Sección 2.4 Ciudadano o presencia legal en EE. UU.

Un miembro de un plan de salud de Medicare debe ser ciudadano de EE. UU. o estar presente legalmente en los Estados Unidos. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid Services) le notificarán *[insert 2017 plan name]* si no es elegible para permanecer como miembro sobre esta base. *[Insert 2017 plan name]* debe cancelar su inscripción si usted no cumple este requisito.

### SECCIÓN 3 ¿Qué otros materiales le enviaremos?

#### Sección 3.1 Su tarjeta de membresía en el plan– Úsela para todos los medicamentos por receta cubiertos

Mientras sea miembro de nuestro plan, deberá usar la tarjeta de membresía de nuestro plan para los medicamentos por receta que adquiere en las farmacias de la red. Aquí hay una muestra de la tarjeta de membresía para que vea 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 siempre la tarjeta con usted y recuerde mostrarla cuando adquiera los medicamentos cubiertos. Si su tarjeta de membresía en el plan se daña, se pierde o se la roban, llame a Servicios para Miembros inmediatamente y le enviaremos una tarjeta nueva. (Los números de teléfono para Servicios para Miembros están en la contraportada de este folleto).

Puede ser que tenga que usar su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para recibir la atención médica y los servicios cubiertos bajo el Medicare Original.

#### Sección 3.2 El *Directorio de farmacias*: Guía para las farmacias de nuestra red

¿Qué son las “farmacias de la red”?

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

¿Por qué debe saber sobre las farmacias de nuestra red?

Usted puede usar el *Directorio de farmacias* para encontrar la farmacia de la red que quiere usar. *[Insert applicable section: For a plan that has changes in its pharmacy network]* Para el próximo año habrá cambios en nuestra red de farmacias. [*Insert if applicable:* Hemos incluido una copia de nuestro Directorio de Farmacias en el sobre junto con este folleto.] En nuestro sitio de Internet [*insert URL*] podrá encontrar el Directorio de Farmacias actualizado.] También puede llamar a Servicios para Miembros para que le den información actualizada sobre los proveedores o para pedirnos que le enviemos por correo un Directorio de Farmacias. **Sírvase revisar el Directorio de Farmacias del 2017 para que vea qué farmacias están 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 usual para 2017. [*Insert if applicable:* Hemos incluido una copia de nuestro Directorio de Farmacias en el sobre junto con este folleto.] En nuestro sitio de Internet [*insert URL*] podrá encontrar el Directorio de Farmacias actualizado. [*insert URL*]. También puede llamar a Servicios para Miembros para que le den información actualizada sobre los proveedores o para pedirnos que le enviemos por correo un Directorio de Farmacias. **Sírvase revisar el Directorio de Farmacias actual para que vea si su farmacia todavía están nuestra red**. Esto es importante porque, con unas pocas excepciones, usted debe surtir sus medicamentos por receta en una farmacia de la red si desea que nuestro plan los cubra (le ayude a pagarlos).

[*Insert if plan has pharmacies that offer preferred cost-sharing in its network:* El *Directorio de farmacias* también le dirá cuál de las farmacias de nuestra red tiene costos compartidos preferidos, los cuales pueden ser más bajos que los costos compartidos estándar ofrecidos por otras farmacias de la red.]

Si usted no tiene el *Directorio de farmacias*, puede obtenerlo llamando a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). En cualquier momento puede llamar a Servicios para Miembros para obtener información actualizada sobre los cambios en la red de farmacias. También puede encontrar esta información en nuestro sitio de Internet 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* del plan *(Formulario)*

El plan tiene una *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)*. Nosotros lo llamamos la “Lista de medicamentos”. Le dice qué medicamentos por receta de la Parte D están cubiertos por *[insert 2017 plan name]*. Los medicamentos en esta lista están seleccionados por el plan con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista debe cumplir con los requisitos determinados por Medicare. Medicare ha aprobado la Lista de medicamentos del *[insert 2017 plan name]*.

La Lista de medicamentos también le dice si hay alguna regla que restrinja la cobertura de sus medicamentos.

Le enviaremos una Lista de medicamentos. [*Insert if applicable:* La Lista de medicamentos que le enviamos incluye información sobre los medicamentos cubiertos que nuestros miembros usan con mayor regularidad. No obstante, cubrimos medicamentos adicionales que no están incluidos en la Lista de medicamentos impresa. Si alguno de sus medicamentos no está en la Lista de medicamentos, debe visitar nuestro sito de Internet o comunicarse con Servicios para Miembros para averiguar si lo cubrimos.] Para obtener la información más actualizada y completa sobre qué medicamentos están cubiertos, puede visitar el sitio de Internet del plan (*[insert URL]*) o llamar a Servicios para Miembros (los números de teléfono están en la contraportada de este folleto).

#### Sección 3.4 La *Explicación de los beneficios de la Parte D* (la EOB de la “Parte D”): Informes con un resumen de los pagos hechos por sus medicamentos por receta de la Parte D

Cuando usted usa los beneficios de sus medicamentos por receta de la Parte D, le enviaremos un resumen del informe para ayudarlo a entender y rastrear los pagos de sus medicamentos por receta de la Parte D. Este resumen del informe se llama *Explicación de beneficios de la Parte D* (o la “EOB de la Parte D”).

La *Explicación de beneficios de la Parte D* le dice la cantidad total que usted, u otras personas en su nombre, ha gastado en sus medicamentos por receta de la Parte D y la cantidad total que nosotros hemos pagado por cada uno de sus medicamentos por receta de la Parte D durante el mes. El Capítulo 4 (*Lo que usted paga por sus medicamentos por receta de la Parte D*) ofrece más información sobre la *Explicación de beneficios de la Parte D* y cómo puede ayudarlo a darle seguimiento a su cobertura de medicamentos.

También hay un resumen de la *Explicación de beneficios de la Parte D* disponible si usted lo solicita. Para recibir una copia, comuníquese con Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

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

### SECCIÓN 4 Su prima mensual para *[insert 2017 plan name]*

#### Sección 4.1 ¿Cuánto es la prima de su plan?

Como miembro de nuestro plan, usted paga una prima mensual del plan. [*Select one of the following:* Para el 2017, la prima mensual para *[insert 2017 plan name]* es [*insert monthly premium amount*]. *OR* La tabla a continuación muestra la cantidad de la prima mensual del plan para cada región a la que le ofrecemos servicios. *OR* La tabla a continuación muestra la cantidad de la prima mensual del plan para cada plan que estamos ofreciendo en el área de servicio. *OR* La cantidad de la prima mensual para *[insert 2017 plan name]* aparece 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, deberá continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare (a menos que la prima de la Parte B se la pague Medicaid o un tercero).

[*Insert if applicable:* Su cobertura se le brinda a través de un contrato con su actual empleador o su antiguo empleador o sindicato. Sírvase comunicarse con el administrador de beneficios de su empleador o sindicato si necesita información sobre la prima de su plan.]

En algunas situaciones, puede ser que la prima de su plan sea 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 por sus medicamentos. Entre ellos están la “Ayuda Extra” y los Programas de Asistencia Farmacéutica del Estado. *OR* El programa de “Ayuda Extra” ayuda a las personas con recursos limitados a pagar por sus medicamentos.] El Capítulo 2, Sección 7 habla más sobre [*insert as applicable:* estos programas *OR* este programa]. Si usted califica, inscribirse en el programa podría reducir su prima mensual del plan.

Si usted *ya está inscrito* y está recibiendo ayuda de alguno de estos programas, la **información sobre las primas de esta *Evidencia de Cobertura* [*insert as applicable:* podría aplicarse *OR*] no se aplica a usted**. *[If not applicable, omit information about the LIS Rider.]*Nosotros [*insert as appropriate:* hemos incluido *OR* le hemos enviado] un suplemento por separado, llamado “Cláusula de Evidencia de Cobertura para personas que reciben ayuda extra para pagar por sus medicamentos por receta” (conocido también como “Cláusula de subsidio para bajos ingresos” o la “Cláusula LIS”), la cual habla sobre su cobertura de medicamentos. Si usted no tiene este suplemento, sírvase llamar a Servicios para Miembros y pregunte por la “Cláusula LIS”. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros están en la contraportada de este folleto.)

En algunas situaciones, la prima de su plan podría ser mayor

En algunas situaciones, la prima de su plan podría ser mayor que la cantidad que aparece más arriba en la Sección 4.1. Algunos miembros tienen que pagar una **penalidad por inscripción tardía** porque no se inscribieron en un plan de medicamentos de Medicare cuando fueron elegibles por primera vez o porque tuvieron un periodo continuo de 63 días o más en que no tenían una cobertura “válida” de medicamentos por receta. (“Válida” significa que se espera que la cobertura de medicamentos pague, como promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos por receta de Medicare). Para estos miembros, la penalidad por inscripción tardía se agrega a la prima mensual del plan. Su prima mensual será la prima mensual del plan más la cantidad de la penalidad por inscripción tardía.

* Si usted tiene que pagar una penalidad por inscripción tardía, la cantidad de su penalidad depende de cuánto haya esperado antes de inscribirse en una cobertura de medicamentos o de cuántos meses estuvo sin cobertura de medicamentos después que era elegible. El Capítulo 4, Sección 10 explica la penalidad por inscripción tardía.
* Si usted tiene una penalidad por inscripción tardía y no la paga, podría dársele de baja del plan.

Muchos miembros tienen que pagar otras primas de Medicare

Además de pagar la prima mensual del plan, muchos miembros tienen que pagar otras primas de Medicare. Algunos miembros del plan (quienes no son elegibles para la Parte A sin prima) pagan una prima por la Parte A de Medicare. Y la mayoría de los miembros del plan pagan una prima por la Parte B de Medicare.

Algunas personas pagan una cantidad extra por la Parte D por sus ingresos anuales, esto se conoce como Cantidades mensuales ajustadas relacionadas con los ingresos, conocido también como IRMAA. Si su ingreso es mayor a $*[insert amount]* para una persona (o personas casadas que hacen su declaración de impuestos por separado) o mayor a $*[insert amount]* para parejas casadas, **usted deberá pagar una cantidad extra directamente al gobierno (no al plan de Medicare)** para su cobertura de la Parte D de Medicare.

* **Si usted tiene que pagar una cantidad extra y no la paga, se le dará de baja del plan y perderá la cobertura de los medicamentos por receta.**
* Si usted tiene que pagar una cantidad extra, el Seguro Social, **no su plan de Medicare,** le enviará una carta diciéndole cuánto será la cantidad extra.
* Para obtener más información sobre las primas de la Parte D según sus ingresos, vaya al Capítulo 4, Sección 11 de este folleto. También puede visitar <http://www.medicare.gov> en Internet o llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048. O puede llamar al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-800-325-0778.

Su copia de *Medicare y Usted* *2017* le da información sobre las primas de Medicare en la sección llamada “Costos de Medicare 2017”. Aquí se explica cómo difieren las primas de las Partes B y D de Medicare para personas con diferentes ingresos. Todas las personas con Medicare reciben una copia de *Medicare y Usted* cada año durante el otoño. Quienes son nuevos en Medicare lo reciben dentro del mes siguiente a la fecha en que se inscriben en Medicare. Usted también puede descargar una copia de *Medicare y Usted 2017* del sitio de Internet de Medicare (<http://www.medicare.gov>). O puede pedir una copia impresa llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

#### Sección 4.2 Hay varias formas de pagar por la prima de su plan

Hay *[insert number of payment options]* formas en que puede pagar por la prima de su 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 usted decide cambiar la forma en que paga por su prima, puede tomar hasta tres meses para que entre en vigor su nuevo método de pago. Mientras estemos procesando su solicitud de nuevo método de pago, usted es responsable por asegurarse de que su prima 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]*: Usted puede pedir que le deduzcan la prima de su cheque mensual del Seguro Social

Usted puede pedir que le deduzcan la prima del plan de su cheque mensual del Seguro Social. Comuníquese con Servicios de los Miembros para más información sobre cómo pagar la prima mensual del plan de esta manera. Con gusto lo ayudaremos a configurarlo. (Los números de teléfono de Servicios de los Miembros están impresos en la contraportada de este folleto.)

Qué hacer si tiene problemas para pagar la prima de su plan

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

El pago de la prima de su plan debe llegar a nuestra oficina el *[insert day of the month]*. Si no hemos recibido su prima para el *[insert day of the month]*, le enviaremos un aviso diciendo que la membresía de su plan terminará si no recibimos el pago de su prima dentro de *[insert length of plan grace period]*.

Si tiene problemas para pagar su prima a tiempo, sírvase comunicarse con Servicios para Miembros para ver si podemos dirigirlo a programas que lo ayuden con la prima de su plan. (Los números de teléfono de Servicios de los Miembros están impresos en la contraportada de este folleto.)

Si le ponemos fin a su membresía porque usted no pagó sus primas, todavía tendrá cobertura bajo Medicare Original.

Si le ponemos fin a su membresía en el plan porque no pagó sus primas, y actualmente no tiene cobertura de medicamentos por receta, entonces no podrá recibir cobertura de la Parte D hasta el año siguiente si se inscribe en un plan nuevo durante el periodo anual de inscripción. Durante el periodo anual de inscripción, usted puede o bien inscribirse en un plan de medicamentos por receta independiente o en un plan de salud que también brinda cobertura de medicamentos. (Si usted no tiene una cobertura “válida” por más de 63 días, podría tener que pagar una penalidad por inscripción tardía durante todo el tiempo que tenga la cobertura de la Parte D.)

[*Insert if applicable:* En el momento en que pusimos fin a su membresía, puede ser que todavía nos deba primas que no haya pagado. [*Insert one or both statements as applicable for the plan:* Nosotros tenemos el derecho a recaudar las primas que nos deba. *AND/OR* En el futuro, si quiere inscribirse otra vez en nuestro plan (u otro plan que ofrezcamos), deberá pagar la cantidad que nos deba antes de que pueda inscribirse.]]

Si usted cree que hemos puesto fin a su membresía injustamente, usted tiene derecho a pedirnos que reconsideremos esta decisión enviando una queja. El Capítulo 7, Sección 7 de este folleto explica cómo hacer una queja. Si usted tuvo una circunstancia de emergencias que estaba fuera de su control y le hizo que no pudiera pagar sus primas dentro de nuestro periodo de gracia, puede pedirle a Medicare que reconsidere esta decisión llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

#### Sección 4.3 ¿Podemos cambiar la prima mensual del plan durante el año?

**No.** No tenemos permitido hacer cambios a la cantidad que cobramos por la prima mensual del plan durante el año. Si la prima mensual del plan cambia para el próximo año, se lo diremos en septiembre y el cambio entrará en vigor el 1 de enero.

Sin embargo, en algunos casos la parte de la prima que usted tiene que pagar puede cambiar durante el año. Esto puede pasar si usted es elegible para el programa de “Ayuda Extra” o si pierde su elegibilidad para el programa de “Ayuda Extra” durante el año. Si un miembro califica para la “Ayuda Extra” con los costos de sus medicamentos por receta, el programa de “Ayuda Extra” pagará una parte o toda la prima mensual del plan del miembro. Un miembro que pierda su elegibilidad durante el año tendrá que empezar a pagar la prima mensual en su totalidad. Puede informarse más sobre el programa de “Ayuda Extra” en el Capítulo 2, Sección 7*.*

### SECCIÓN 5 Mantenga los archivos de su membresía actualizados

#### Sección 5.1 Cómo ayudar a garantizar que tenemos la información correcta sobre usted

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

Los archivos de su membresía tienen la información de su formulario de inscripción, incluida su dirección y su número de teléfono. Muestra la cobertura específica de su plan.

Los farmacéuticos de la red del plan tienen que tener la información correcta sobre usted. **Estos proveedores de la red usan los archivos de su membresía para saber qué medicamentos están cubiertos y las cantidades de costos compartidos para usted**. Debido a esto, es muy importante que usted nos ayude a mantener actualizada la información sobre usted.

Manténganos informados de estos cambios:

* Cambios en su nombre, su dirección o su número de teléfono
* Cambios en cualquier otra cobertura médica o de seguro de medicamentos que tenga (como del empleador, el empleador de su cónyuge, compensación por accidente de trabajo o Medicaid)
* Si tiene reclamaciones de responsabilidad como de un accidente de auto
* Si ha sido admitido en un hogar de ancianos
* Si cambia la parte responsable designada (como su cuidador)

Si esta información cambia, comuníquenoslo llamando a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). *[Plans that allow members to update this information on-line may describe that option here.]*

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

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

*[Plans collecting information by phone revise heading and section as needed to reflect process.]* La razón es que tenemos que coordinar cualquier otra cobertura que tenga con los beneficios de nuestro plan. (Para más información sobre cómo trabaja nuestra cobertura cuando usted tiene otro seguro, vea la Sección 7 de este capítulo.)

Una vez al año, le enviaremos una carta con las coberturas médicas o de medicamentos de las que tenemos información. Sírvase revisar esta información detenidamente Si es correcta, no tiene que hacer nada. Si la información es incorrecta, o si tiene alguna otra cobertura que no está en la carta, sírvase llamar a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

### SECCIÓN 6 Nosotros protegemos la privacidad de su información personal de salud

#### Sección 6.1 Nos aseguramos de que su información de salud esté protegida

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de sus archivos médicos y de su información de salud personal. Nosotros protegemos su información personal de salud según estipulan estas leyes.

Para más información sobre cómo protegemos su información personal de salud, sírvase ir al Capítulo 6, Sección 1.4 de este folleto.

### SECCIÓN 7 Cómo trabajan otros seguros con nuestro plan

#### Sección 7.1 ¿Qué plan paga primero cuando usted tiene otro seguro?

Cuando usted tiene otro seguro (como una cobertura de salud grupal a través del empleador), hay reglas establecidas por Medicare que deciden si nuestro plan o su otro seguro paga primero. El seguro que paga primero se llama “pagador primario” y paga hasta los límites de su cobertura. El que paga después se llama “pagador secundario” y solo paga si hay algún costo que no haya cubierto la cobertura primaria. Puede ser que el pagador secundario no pague todos los costos no cubiertos.

Estas reglas se aplican a la cobertura de plan de salud grupal del empleador o sindicado:

* Si usted tiene cobertura de jubilado, Medicare paga primero.
* Si su cobertura de plan de salud grupal está basada en un empleo suyo o de un familiar, quien paga primero depende de su edad, el número de personas empleadas por su empleador y de si usted tiene Medicare por su edad, elegibilidad o Enfermedad renal en estado terminal (ESRD):
  + Si usted tiene menos de 65 años y está discapacitado y usted o el miembro de su familia todavía está trabajando, su plan de salud grupal paga primero si su empleador tiene 100 empleados o más o al menos un empleador en un plan de empleador múltiple que tenga más de 100 empleados.
  + Si tiene más de 65 años y usted o su cónyuge todavía están trabajando, su plan de salud grupal plan paga primero si el empleador tiene 20 empleados o más, o al menos un empleador en un plan de empleador múltiple que tenga más de 20 empleados.
* Si usted tiene Medicare por ESRD, su plan de salud grupal pagará primero por los 30 primeros meses después de que usted sea elegible para Medicare.

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

* Seguro sin culpabilidad (incluido el seguro de automóvil)
* Responsabilidad (incluido el seguro de automóvil)
* Beneficios por pulmón negro
* Compensación por accidente de trabajo

Medicaid y TRICARE nunca pagan por los servicios cubiertos por Medicare. Solo pagan después de que Medicare, los planes de salud grupal a través del empleador y /o Medigap han pagado.

Si usted tiene otro seguro, dígaselo a su médico, hospital y farmacia. Si tiene preguntas sobre quién paga primero o si necesita actualizar la información de su otro seguro, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). Puede ser que tenga que dar el número de identificación de miembro del plan a sus otros aseguradores (una vez que haya confirmado su identidad) para que sus cuentas 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 2017 plan name]* (cómo comunicarse con nosotros, incluido cómo llamar a Servicios para Miembros del plan) 20

SECCIÓN 2 Medicare (cómo recibir ayuda e información directamente del programa federal de Medicare) 25

SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (ayuda, información y respuestas gratis a sus preguntas sobre Medicare) 26

SECCIÓN 4 Organización para Mejoras de la Calidad (pagada por Medicare para revisar la calidad del cuidado para las personas con Medicare) 27

SECCIÓN 5 Seguro Social 28

SECCIÓN 6 Medicaid (un programa conjunto entre el gobierno federal y el estado que ayuda con los gastos médicos a algunas personas que tienen ingresos y recursos limitados) 29

SECCIÓN 7 Información sobre los programas para ayudar a las personas a pagar por sus medicamentos por receta 30

SECCIÓN 8 Cómo comunicarse con la Junta de Jubilados Ferroviarios 35

SECCIÓN 9 ¿Usted tiene “seguro grupal” u otro seguro de salud a través de un empleador? 35

### SECCIÓN 1 Contactos de *[Insert 2017 plan name]* (cómo comunicarse con nosotros, incluido cómo llamar a Servicios para Miembros del plan)

Cómo comunicarse con Servicios para Miembros de nuestro plan

Para ayuda con preguntas sobre reclamaciones, facturación o tarjetas de los miembros, sírvase llamar o escribirnos a Servicios para Miembros de *[insert 2017 plan name]* Será un placer ayudarlo.

| Método | Servicios para Miembros – Información de contacto |
| --- | --- |
| **LLAMAR** | *[Insert phone number(s)]*  Las llamadas a este número son gratis. *[Insert days and hours of operation, including information on the use of alternative technologies.]*  Servicios para Miembros también tiene servicios gratis de intérpretes de idiomas para quienes no hablan inglés. |
| **TTY** | *[Insert number]*  [*Insert if plan uses a direct TTY number:* Para llamar a este número se necesita un equipo de teléfono especial y es solo para personas que tengan problemas para oír o para hablar.]  Las llamadas a este número son [*insert if applicable:* no son] gratis. *[Insert days and hours of operation.]* |
| **FAX** | *[Optional: insert fax* number] |
| **ESCRIBIR** | *[Insert address]*  *[****Note****: plans may add email addresses here.]* |
| **SITIO DE INTERNET** | *[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 comunicarse con nosotros si está preguntando por una decisión de cobertura sobre los medicamentos por receta de la Parte D

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre nuestros beneficios y cobertura o sobre la cantidad que pagaremos por sus medicamentos por receta cubiertos bajo el beneficio de la Parte D incluido en su plan. Para más información sobre cómo preguntar por las decisiones de cobertura de sus medicamentos por receta de la Parte D, vea el capítulo 7 (*Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones relacionadas con la cobertura, apelaciones, quejas*)).

Puede llamarnos si tiene preguntas sobre el proceso de decisión de nuestra cobertura.

| Método | Decisiones relacionadas con la cobertura para los medicamentos por receta de la Parte D– Información de contacto |
| --- | --- |
| **LLAMAR** | *[Insert phone number]*  Las llamadas a este número son [*insert if applicable:* no son] gratis. *[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* Para llamar a este número se necesita un equipo de teléfono especial y es solo para personas que tengan problemas para oír o para hablar.]  Las llamadas a este número son [*insert if applicable:* no son] gratis. *[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.]* |
| **ESCRIBIR** | *[Insert address]* *[****Note****: If you have different addresses for accepting standard and expedited coverage determinations, include both addresses here.]* |
| **SITIO DE INTERNET** | *[Insert URL]* |

Cómo comunicarse con nosotros si está haciendo una apelación relacionada con sus medicamentos por receta de la Parte D

Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos y cambiemos una decisión que hemos tomado relacionada con la cobertura. Para más información sobre cómo hacer una apelación por sus medicamentos por receta de la Parte D, vea el capítulo 7 (*Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones relacionadas con la cobertura, apelaciones, quejas*)).

| Método | Apelaciones por los medicamentos por receta de la Parte D– Información de contacto |
| --- | --- |
| **LLAMAR** | *[Insert phone number]*  Las llamadas a este número son [*insert if applicable:* no son] gratis. *[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:* Para llamar a este número se necesita un equipo de teléfono especial y es solo para personas que tengan problemas para oír o para hablar.]  Las llamadas a este número son [*insert if applicable:* no son] gratis. *[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.]* |
| **ESCRIBIR** | *[Insert address]* *[****Note****: If you have different addresses for accepting standard and expedited appeals, include both addresses here.]* |
| **SITIO DE INTERNET** | *[Insert URL]* |

**Cómo comunicarse con nosotros si está presentando una queja relacionada con sus medicamentos por receta de la Parte D**

Usted puede presentar una queja sobre nosotros o sobre una de las farmacias de nuestra red, incluida una queja sobre la calidad del cuidado que ofrecemos. En este tipo de queja no están involucradas las disputas de cobertura o pago. (Si su problema es con la cobertura del plan o con el pago, debe mirar la sección anterior sobre cómo hacer una apelación). Para más información sobre cómo presentar una queja por sus medicamentos por receta de la Parte D, vea el capítulo 7 (*Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones relacionadas con la cobertura, apelaciones, quejas*)).

| Método | Quejas sobre los medicamentos por receta de la Parte D – Información de contacto |
| --- | --- |
| **LLAMAR** | *[Insert phone number]*  Las llamadas a este número son [*insert if applicable:* no son] gratis. *[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:* Para llamar a este número se necesita un equipo de teléfono especial y es solo para personas que tengan problemas para oír o para hablar.]  Las llamadas a este número son [*insert if applicable:* no son] gratis. *[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.]* |
| **ESCRIBIR** | *[Insert address]* *[****Note****: If you have different addresses for accepting standard and expedited grievances, include both addresses here.]* |
| **SITIO DE INTERNET DE MEDICARE** | Usted puede enviar una queja sobre *[insert 2017 plan name]* directamente a Medicare. Para enviar una queja por Internet a Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. |

Dónde enviar una solicitud pidiendo que paguemos nuestra parte de los costos de un medicamento que usted ha recibido

El proceso para determinar la cobertura incluye determinar solicitudes de que paguemos por nuestra parte de los costos de un medicamento que usted ha recibido. Para más información sobre situaciones en las que podría tener que pedirle al plan un reembolso o que pague una cuenta que usted ha recibido de su proveedor, vea el Capítulo 5 (*Cómo pedirnos que paguemos nuestra parte de los costos de los medicamentos cubiertos*).

**Tenga en cuenta:** Si usted nos envía una solicitud de pago y le denegamos parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Para más información, vea el capítulo 7 (*Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones relacionadas con la cobertura, apelaciones, quejas*)).

| Método | Solicitudes de pago – Información de contacto |
| --- | --- |
| **LLAMAR** | *[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 son [*insert if applicable:* no son] gratis. |
| **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:* Para llamar a este número se necesita un equipo de teléfono especial y es solo para personas que tengan problemas para oír o para hablar.]  Las llamadas a este número son [*insert if applicable:* no son] gratis. [*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.]* |
| **ESCRIBIR** | *[Insert address]* |
| **SITIO DE INTERNET** | *[Insert URL]* |

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

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

La agencia federal a cargo de Medicare son los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (a veces llamados “CMS”). Esta agencia tiene contratos con los Planes de medicamentos por receta de Medicare, entre los que estamos nosotros.

| Método | Medicare – Información de contacto |
| --- | --- |
| **LLAMAR** | 1-800-MEDICARE o 1-800-633-4227  Las llamadas a este número son gratis.  Las 24 horas del día, los 7 días de la semana. |
| **TTY** | 1-877-486-2048  Para llamar a este número se necesita un equipo de teléfono especial y es solo para personas que tengan problemas para oír o para hablar.  Las llamadas a este número son gratis.  . |
| **SITIO DE INTERNET** | <http://www.medicare.gov>  Este es el sitio oficial del gobierno para Medicare.Le ofrece información actualizada sobreMedicare y las cuestiones actuales de Medicare. También tiene información sobre hospitales, asilos de ancianos, médicos, agencias de salud en el hogar e instalaciones de diálisis. Tiene folletos que usted puede imprimir directamente desde su computadora. También puede encontrar contactos de Medicare en su estado.  El sitio de Internet de Medicare también tiene información detallada sobre su elegibilidad para Medicare y sus opciones de inscripción con las siguientes herramientas:   * **Herramienta de elegibilidad para Medicare:** Ofrece información sobre el estatus de elegibilidad para Medicare. * **Buscador de plan Medicare:** Ofrece información personalizada sobre los planes de medicamentos por receta de Medicare, los planes de salud de Medicare y las pólizas Medigap (Seguro Suplementario a Medicare) disponibles en su área. Estas herramientas ofrecen un *cálculo* de lo que podrían ser los costos directos de su bolsillo en diferentes planes de Medicare. |
| **SITIO DE INTERNET (continuación)** | También puede usar el sitio de Internet para comunicarles cualquier queja que tenga sobre *[insert 2017 plan name]*:   * **Comuníquele a Medicare su queja:** Usted puede enviar una queja sobre *[insert 2017 plan name]* directamente a Medicare. Para enviar una queja a Medicare, vaya a www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare se toma muy en serio sus quejas y usará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa Medicare.   Si usted no tiene computadora, su biblioteca local o centro para *seniors* podría ayudarlo a acceder al sitio de Internet usando la computadora del lugar. O puede llamar a Medicare y decirle qué información está buscando. Ellos buscarán la información en el sitio de Internet, la imprimirán y se la enviarán a usted. (Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.) |

### SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (ayuda, información y respuestas gratis 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 Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP) es un programa del gobierno con asesores capacitados en cada estado. *[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:* Aquí le mostramos una lista de los Programas Estatales de Asistencia con el Seguro Médico en cada uno de los estados en los que ofrecemos servicios:] *[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 independiente (no está relacionado con ninguna compañía de seguro o plan de salud). Es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para ofrecerles asesoría local gratis sobre el seguro de salud a las personas con Medicare.

Los asesores de *[Insert state-specific SHIP name]* pueden ayudarlo con sus preguntas o problemas de Medicare. Ellos pueden ayudarlo a entender sus derechos de Medicare, ayudarlo a presentar quejas sobre su cuidado o su tratamiento médico y ayudarlo a resolver sus problemas con las cuentas de Medicare. Los asesores de[*Insert state-specific SHIP name*] también pueden ayudarlo a entender sus opciones de planes de Medicare y responder las preguntas sobre cómo cambiarse de plan.

| Método | Información de contacto [*Insert state-specific SHIP name*] *[If the SHIP’s name does not include the name of the state, add:* (*[insert state name]* SHIP)*]* – |
| --- | --- |
| **LLAMAR** | [*Insert phone number(s)*] |
| **TTY** | *[Insert number, if available. Or delete this row.]*  [*Insert if the SHIP uses a direct TTY number:* Para llamar a este número se necesita un equipo de teléfono especial y es solo para personas que tengan problemas para oír o para hablar.] |
| **ESCRIBIR** | *[Insert address]* |
| **SITIO DE INTERNET** | *[Insert URL]* |

### SECCIÓN 4 Organización para Mejoras de la Calidad (pagada por Medicare para revisar la calidad del cuidado para las personas con Medicare)

*[Organizations offering plans in multiple states: Revise the second and third paragraphs of this section to use the generic name (“Quality Improvement Organization”) 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.]*

Hay una Organización para Mejoras de la Calidad designada para atender a beneficiarios de Medicare en cada estado. *[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:* Aquí le ofrecemos una lista de las Organizaciones para Mejoras de la Calidad en cada estado donde ofrecemos servicios:] *[Multi-state plans inserting information in the EOC use bullets for the following sentence, inserting separate bullets for each state.]* Para [*insert state*], la Organización para Mejoras de la Calidad se llama *[insert state-specific QIO name].*

*[Insert state-specific QIO name]* cuenta con un grupo de médicos y otros profesionales de la salud pagados por el gobierno federal. Esta organización la paga Medicare para revisar y ayudar a mejorar la calidad del cuidado ofrecido a las personas con Medicare. *[Insert state-specific QIO name]* es una organización independiente. No está relacionada con nuestro plan.

Usted debe comunicarse con [*insert state-specific QIO name*] si tiene alguna queja sobre la calidad del cuidado que ha recibido. Por ejemplo, puede comunicarse con [*insert state-specific QIO name*] si le dieron el medicamento equivocado y si le dieron medicamentos que interactúan de manera negativa.

| Método | Organización para Mejoras de la Calidad) [*Insert state-specific QIO name*] *[If the QIO’s name does not include the name of the state, add:* (*[insert state name]*’s*]* – Información de contacto |
| --- | --- |
| **LLAMAR** | [*Insert phone number(s)*] |
| **TTY** | [*Insert number, if available. Or delete this row.*]  *[Insert if the QIO uses a direct TTY number:* Para llamar a este número se necesita un equipo de teléfono especial y es solo para personas que tengan problemas para oír o para hablar.] |
| **ESCRIBIR** | [*Insert address*] |
| **SITIO DE INTERNET** | [*Insert URL*] |

### SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social tiene la responsabilidad de determinar la elegibilidad y ocuparse de la inscripción en Medicare. Los ciudadanos de EE. UU. que tengan 65 años o más, o que tengan una discapacidad o Enfermedad renal en etapa terminal y cumplen ciertas condiciones son elegibles para Medicare. Si ya usted está recibiendo cheques del Seguro Social, la inscripción en Medicare es automática. Si no está recibiendo cheques del Seguro Social, tiene que inscribirse en Medicare. El Seguro Social se ocupa del proceso de inscripción en Medicare. Para solicitar Medicare, puede llamar al Seguro Social o visitar la oficina local del Seguro Social.

El Seguro Social también tiene la responsabilidad de determinar quién tiene que pagar una cantidad extra por su cobertura de medicamentos de la Parte D por tener ingresos mayores. Si usted recibió una carta del Seguro Social diciéndole que tiene que pagar una cantidad extra y tiene preguntas sobre la cantidad o si sus ingresos disminuyeron por un evento que le cambió la vida, puede llamar al Seguro Social y pedir una reconsideración.

Si se muda o cambia su dirección de correos, es importante que se comunique con el Seguro Social y se lo diga.

| Método | Seguro Social – Información de contacto |
| --- | --- |
| **LLAMAR** | 1-800-772-1213  Las llamadas a este número son gratis.  Disponible de 7:00 am a 7:00 pm, de lunes a viernes.  Usted puede usar los servicios telefónicos automáticos del Seguro Social para recibir información grabada y hacer algunas gestiones las 24 horas del día. |
| **TTY** | 1-800-325-0778  Para llamar a este número se necesita un equipo de teléfono especial y es solo para personas que tengan problemas para oír o para hablar.  Las llamadas a este número son gratis.  Disponible de 7:00 am a 7:00 pm, hora del este, de lunes a viernes. |
| **SITIO DE INTERNET** | <http://www.ssa.gov> |

### SECCIÓN 6 Medicaid (un programa conjunto entre el gobierno federal y el estado que ayuda con los gastos médicos a algunas personas que tienen ingresos y recursos limitados)

[*Organizations offering plans in multiple states: Revise this section to include a list of agency names, phone numbers, 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 entre el gobierno federal y el estado que ayuda con los gastos médicos a algunas personas que tienen ingresos y recursos limitados. Algunas personas con Medicare también son elegibles para Medicaid.

Además, hay programas ofrecidos a través de Medicaid que ayudan a las personas con Medicare a pagar por sus gastos de Medicare como las primas. Estos “Programas de Ahorro de Medicare” ayudan a las personas que tienen ingresos y recursos limitados a ahorrar dinero cada año:

* **Beneficiario de Medicare Calificado (QMB):** Ayuda a pagar por las primas de las Partes A y B de Medicare y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos). (Algunas personas con QMB también son elegibles para todos los beneficios de Medicaid (QMB+).)
* **Beneficiario de Medicare Especificado de Bajos ingresos (SLMB):** Ayuda a pagar por las primas de la Parte B. (Algunas personas con SLMB también son elegibles para todos los beneficios de Medicaid (SLMB+).)
  + **Persona calificada (QI):** Ayuda a pagar por las primas de la Parte B.
  + **Personas calificadas discapacitadas y que están trabajando (QDWI)**: Ayuda a pagar por las primas de la Parte A.

Para averiguar más 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:* (*[insert state name]*)*]* Programa de Medicaid de – Información de contacto |
| --- | --- |
| **LLAMAR** | [*Insert phone number(s)*] |
| **TTY** | [*Insert number, if available. Or delete this row.*]  *[Insert if the state Medicaid program uses a direct TTY number:* Para llamar a este número se necesita un equipo de teléfono especial y es solo para personas que tengan problemas para oír o para hablar.] |
| **ESCRIBIR** | [*Insert address*] |
| **SITIO DE INTERNET** | [*Insert URL*] |

### SECCIÓN 7 Información sobre los programas para ayudar a las personas a pagar por sus medicamentos por receta

Programa de Medicare “Ayuda Extra”

El Medicare ofrece “Ayuda Extra” para pagar por los costos de los medicamentos por receta a las personas que tienen ingresos y recursos limitados. Entre los recursos están sus ahorros y acciones, pero no su casa ni su auto. Si califica, recibirá ayuda para pagar por cualquier prima de un plan de Medicare, [*insert if applicable:* el deducible anual,] y las recetas [*insert as applicable:* copagos *OR* coseguro]. Esta “Ayuda Extra” también cuenta para los gastos directos de su bolsillo.

Las personas que tienen ingresos y recursos limitados podrían calificar para “Ayuda Extra”. Algunas personas califican automáticamente para la “Ayuda Extra” y no tienen que hacer la solicitud. Medicare les envía una carta por correo a las personas que califican automáticamente para la “Ayuda Extra”.

Usted podría ser elegible para recibir “Ayuda Extra” para pagar por sus medicamentos por receta o por las primas de los medicamentos por receta y los costos. Para ver si califica para recibir la “Ayuda Extra”, llame a:

* 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana;
* La Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, entre las 7 am y las 7 pm, de lunes a viernes. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-325-0778 (aplicaciones); o
* La Oficina de Medicaid de su estado (aplicaciones). (Vea la Sección 6 de este capítulo para la información de contacto.)

Si cree que ha calificado para la “Ayuda Extra” y cree que está pagando una cantidad de gastos compartidos incorrecta cuando recibe sus medicamentos por receta en la farmacia, nuestro plan ha establecido un proceso que le permite ya sea pedir ayuda para obtener pruebas de su nivel correcto de copago, o si ya tiene las pruebas, mostrárnoslas a nosotros.

* *[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 muestran su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que usted haga el copago correcto cuando reciba sus medicamentos por receta en la farmacia. Si usted paga más de copago, le reembolsaremos el dinero. O bien le enviaremos un cheque por la cantidad que pagó de más o no tendrá que hacer futuros copagos. Si la farmacia no le ha cobrado el copago y tiene el copago como una deuda que usted les debe, puede ser que le hagamos el pago directamente a la farmacia. Si el estado hizo un pago en su nombre, puede ser que le hagamos el pago directamente al estado. Sírvase comunicarse con Servicios para Miembros si tiene alguna pregunta (los números de teléfono están impresos en la contraportada 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:* Hay programas en Puerto Rico, Islas Vírgenes, Guam, las Islas Marianas del Norte y Samoa Americana para ayudar a las personas que tienen ingresos y recursos limitados para pagar por sus gastos de Medicare. Los programas varían en estas áreas. Llame a su oficina local de Asistencia Médica (Medicaid) para que averigüe más sobre sus reglas (los números de teléfono están en la Sección 6 de este capítulo). O llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana y diga “Medicaid” para más información. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede visitar <http://www.medicare.gov> para más información.]

Programa de descuento para la brecha en la cobertura de Medicare

El Programa de descuento para la brecha en la cobertura de Medicare les ofrece descuentos del fabricante de medicamentos de marca a las personas inscritas en la Parte D que han llegado a la brecha en la cobertura y no están recibiendo la “Ayuda Extra”. Para medicamentos de marca, el 50% de descuento proporcionado por los fabricantes excluye la tarifa de suministro para costos en la brecha. El afiliado deberá pagar la tarifa de suministro en la porción del costo, que paga el plan (10% en 2017).

Si usted llega a la brecha en la cobertura, automáticamente le aplicaremos el descuento cuando la farmacia le facture por sus recetas y la Explicación de beneficios de la Parte D (EOB) mostrará cualquier descuento que se aplique. Tanto la cantidad que usted paga y la cantidad que le ha descontado el fabricante de los gastos directos de su bolsillo cuentan como si usted los hubiera pagado y lo hace avanzar por la brecha en la cobertura. La cantidad pagada por el plan (5%) no cuenta para los gastos directos de su bolsillo.

Usted también recibe alguna cobertura por los medicamentos genéricos. Si usted alcanza la brecha en la cobertura, el plan paga el 49% del precio de los medicamentos genéricos y usted paga el 51% restante del precio. Para los medicamentos genéricos, la cantidad pagada por el plan (49%) no cuenta para los gastos directos de su bolsillo. Solamente la cantidad que usted paga es la que cuenta y lo hace avanzar por la brecha en la cobertura. También, el cargo por dispensación está incluido como parte del costo del medicamento.

*[Insert if the plan offers additional coverage in the gap:* El Programa de descuento para la brecha en la cobertura de Medicare está disponible en todo el país. Como *[insert 2017 plan name*] ofrece cobertura adicional para la brecha durante la Etapa de brecha en la cobertura, los gastos directos de su bolsillo a veces serán menores que los gastos descritos aquí. Vaya al Capítulo 4, Sección 6 para más información sobre su cobertura durante la Etapa de brecha en la cobertura.]

*[Insert if the plan does not have a coverage gap:* El Programa de descuento para la brecha en la cobertura de Medicare está disponible en todo el país. Como *[insert 2017 plan name]* no tiene una brecha en la cobertura, los descuentos descritos aquí no se aplican a usted.

En cambio, el plan continúa cubriendo sus medicamentos por la cantidad regular de costos compartidos hasta que usted califique para la Etapa de cobertura catastrófica. Vaya al Capítulo 4, Sección 5 para más información sobre su cobertura durante la Etapa de cobertura inicial. ]

Si tiene alguna pregunta sobre la disponibilidad de los descuentos para medicamentos por los medicamentos que está tomando o sobre el Programa de descuento por la brecha en la cobertura de Medicare en general, sírvase comunicarse con Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

**¿Qué pasa si usted tiene cobertura de un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP)?**

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

Si usted está inscrito en un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP), o cualquier otro programa que brinda cobertura para los medicamentos de la Parte D (que no sea la “Ayuda Extra”), de todas formas recibirá el 50% de descuento en los medicamentos de marca cubiertos. También, el plan paga el 10% de los costos de los medicamentos de marca en la brecha en la cobertura. El 50% de descuento y el 10% pagado por el plan se aplican al precio del medicamento antes de SPAP u otra cobertura.

**¿Qué pasa si tengo cobertura de un Programa de Asistencia con los medicamentos para el SIDA (ADAP)?**

**¿Qué es el Programa de Asistencia con los medicamentos para el SIDA (ADAP)?**

El Programa de Asistencia con los medicamentos para el SIDA (ADAP)ayuda a las personas elegibles para la ADAP que viven con VIH/SIDA a que tengan acceso a medicamentos para el VIH que salvan vidas. Los medicamentos por receta de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por la ADAP califican para asistencia con los costos compartidos para los medicamentos por receta *[insert State-specific ADAP information]*. Aviso: Para ser elegible para la ADAP que opera en su estado, las personas deben cumplir con ciertos criterios, incluida prueba de que residen en el estado y estatus del VIH, bajos ingresos según lo define el estado y estatus de sin seguro/con seguro insuficiente.

Si actualmente está inscrito en una ADAP, puede continuar brindándole asistencia con los costos compartidos para los medicamentos por receta de la Parte D para los medicamentos del formulario ADAP. Para estar seguro de que continuará recibiendo esta ayuda, sírvase notificar al trabajador que se ocupa de las inscripciones en su ADAP local de cualquier cambio en el nombre de su plan de la Parte D de Medicare o número de póliza. *[Insert State-specific ADAP contact information.]*

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

**¿Qué pasa si recibe “Ayuda Extra” de Medicare para ayudarlo a pagar por los costos de sus medicamentos por receta? ¿Puede recibir los descuentos?**

No. Si usted recibe la “Ayuda Extra”, ya recibe cobertura para los costos de sus medicamentos por receta durante la brecha en la cobertura.

**¿Qué pasa si usted no recibe ningún descuento y piensa que debe recibirlo?**

Si piensa que ha llegado a la brecha en la cobertura y no recibió un descuento cuando pagó por sus medicamentos de marca, debe revisar su próximo aviso de *Explicación de beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D). Si no aparece el descuento en su *Explicación de beneficios de la Parte D*, debe comunicarse con nosotros para garantizar que los archivos de sus recetas están correctos y actualizados. Si no estamos de acuerdo en que le debemos un descuento, puede apelar. Puede recibir ayuda del Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP) puede ayudarlo a presentar una apelación (los números de teléfono están en la Sección 3 de este Capítulo) o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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 por sus medicamentos por receta basado en sus necesidades financieras, su edad, problema médico o discapacidad. Cada estado tiene reglas diferentes para ofrecerles cobertura de 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:* Aquí le mostramos una lista de los Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica en cada estado en los que ofrecemos servicios:] *[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 es [*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:* Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica de (*[insert state name]*)*]* – Información de contacto |
| --- | --- |
| **LLAMAR** | [*Insert phone number(s)*] |
| **TTY** | [*Insert number, if available. Or delete this row.*]  *[Insert if the SPAP uses a direct TTY number:* Para llamar a este número se necesita un equipo de teléfono especial y es solo para personas que tengan problemas para oír o para hablar.] |
| **ESCRIBIR** | [*Insert address*] |
| **SITIO DE INTERNET** | [*Insert URL*] |

### SECCIÓN 8 Cómo comunicarse con la Junta de Jubilados Ferroviarios

La Junta de Jubilados Ferroviarios es una agencia federal independiente que administra programas integrales de beneficio para los trabajadores ferroviarios del país y sus familias. Si tiene preguntas con relación a sus beneficios de la Junta de Jubilados Ferroviarios, comuníquese con la agencia.

Si usted recibe su Medicare a través de una Junta de Jubilados Ferroviarios, es importante que les diga si se muda o si cambia su dirección de correos.

| Método | Junta de Jubilados Ferroviarios – Información de contacto |
| --- | --- |
| **LLAMAR** | 1-877-772-5772  Las llamadas a este número son gratis.  Disponible de 9:00 am a 3:30 pm, de lunes a viernes  Si usted tiene un teléfono de tono, la información grabada y los servicios automáticos están disponibles las 24 horas del día, incluidos los fines de semana y los días festivos. |
| **TTY** | 1-312-751-4701  Para llamar a este número se necesita un equipo de teléfono especial y es solo para personas que tengan problemas para oír o para hablar.  Las llamadas a este número *no* son gratis. |
| **SITIO DE INTERNET** | <http://www.rrb.gov> |

### SECCIÓN 9 ¿Usted tiene “seguro grupal” u otro seguro de salud a través de un empleador?

Si usted (o su cónyuge) recibe beneficios del empleador suyo (o de su cónyuge) o grupo de retirados como parte de este plan, puede llamar al administrador de beneficios del empleado/sindicato o a Servicios para Miembros si tiene alguna pregunta. Usted puede preguntar sobre los beneficios de salud, primas o periodos de inscripción de su empleador o grupo de retirados suyo (o de su cónyuge). (Los números de teléfono de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este folleto.) 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 bajo este plan.

Si tiene otra cobertura de medicamentos por receta a través de su empleador (o de su cónyuge) o grupo de retirados, sírvase comunicarse con **el administrador de beneficios de ese grupo.** El administrador de beneficios puede ayudarlo a determinar cómo su cobertura de medicamentos por receta actual trabajará con nuestro plan.

CAPÍTULO 3

Para usar la cobertura del plan para los medicamentos por receta de la Parte D

## Capítulo 3. Para usar la cobertura del plan para los medicamentos por receta de la Parte D

SECCIÓN 1 Introducción 40

Sección 1.1 Este capítulo describe su cobertura de medicamentos de la Parte D 40

Sección 1.2 Las reglas básicas de la cobertura de medicamento de la Parte D del plan 41

SECCIÓN 2 Surta su receta en una farmacia de la red [*insert if applicable:* o a través del servicio de pedidos por correo del plan] 41

Sección 2.1 Para que su cobertura esté cubierta, use una farmacia de la red 41

Sección 2.2 Cómo buscar las farmacias de la red 42

Sección 2.3 Usar los servicios de pedido por correo del plan 43

Sección 2.4 ¿Cómo puede recibir un suministro de medicamentos a largo plazo? 46

Sección 2.5 ¿Cuándo usted puede usar una farmacia que no esté en la red del plan? 47

SECCIÓN 3 Sus medicamentos tienen que estar en la “Lista de Medicamentos” del plan 47

Sección 3.1 La “Lista de Medicamentos” le dice qué parte de los medicamentos de la Parte D está cubierta 47

Sección 3.2 Hay [*insert number of tiers*] “niveles de costos compartidos” para los medicamentos de la Lista de Medicamentos 49

Sección 3.3 ¿Cómo puede averiguar si un medicamento específico está en la Lista de Medicamentos? 49

SECCIÓN 4 Hay restricciones en la cobertura para algunos medicamentos 50

Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones? 50

Sección 4.2 ¿Qué tipo de restricciones? 50

Sección 4.3 ¿Alguna de estas restricciones se aplican a sus medicamentos? 51

SECCIÓN 5 ¿Qué pasa si uno de sus medicamentos no está cubierto de la forma que usted quisiera que estuviera cubierto? 52

Sección 5.1 Hay cosas que usted puede hacer si su medicamento no está cubierto de la forma que usted quisiera que estuviera cubierto 52

Sección 5.2 ¿Qué puede hacer si su medicamento no está en la Lista de Medicamentos o si el medicamento está restringido de alguna forma? 53

Sección 5.3 ¿Qué puede hacer si su medicamento está en un nivel de costos compartidos que usted piensa que es muy alto? 55

SECCIÓN 6 ¿Qué pasa si cambia su cobertura para uno de sus medicamentos? 56

Sección 6.1 La Lista de Medicamentos puede cambiar durante el año 56

Sección 6.2 ¿Qué pasa si cambia la cobertura para un medicamento que usted está tomando? 57

SECCIÓN 7 ¿Qué tipo de medicamento *no* está cubierto por el plan? 58

Sección 7.1 Tipos de medicamento que no cubrimos 58

SECCIÓN 8 Muestre su tarjeta de membresía en el plan cuando surta una receta 60

Sección 8.1 Muestre su tarjeta de membresía 60

Sección 8.2 ¿Qué pasa si no tiene su tarjeta de miembro con usted? 60

SECCIÓN 9 Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales 60

Sección 9.1 ¿Qué pasa si usted está en un hospital o en una instalación de cuidado especializado por una estancia que esté cubierto por el Medicare Original? 60

Sección 9.2 ¿Qué pasa si usted es residente de una instalación de cuidado a largo plazo (LTC)? 61

Sección 9.3 ¿Qué pasa si usted está tomando medicamentos cubiertos por el Medicare Original? 62

Sección 9.4 ¿Qué pasa si usted tiene una póliza de Medigap (Seguro Suplementario de Medicare) con cobertura de medicamentos por receta? 62

Sección 9.5 ¿Qué pasa si usted también está recibiendo cobertura de medicamentos a través de un plan grupal de un empleador o de jubilados? 62

Sección 9.6 ¿Qué sucede si está en un hospicio certificado por Medicare? 63

SECCIÓN 10 Programas sobre seguridad de los fármacos y manejo de medicamentos 64

Sección 10.1 Programas para ayudar a los miembros a usar los medicamentos de forma segura 64

Sección 10.2 Programa de Control de la Terapia de Medicamentos (MTM) [*insert if plan has other medication management programs* “y otro”] [*insert if* *applicable* “s”] para ayudar a los miembros a manejar sus medicamentos 64

question markquestion mark. **¿Sabía que hay programas que ayudan a las personas a pagar por sus 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 por sus medicamentos. Entre ellos están la “Ayuda Extra” y los Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica. *OR* El programa de “Ayuda Extra” ayuda a las personas con recursos limitados a pagar por sus medicamentos.] Para más información, vea el Capítulo, 2, Sección 7.

**¿Actualmente está recibiendo ayuda para pagar por sus medicamentos?**

Si usted pertenece a un programa que ayuda a pagar por sus medicamentos, **parte de la información de esta *Evidencia de Cobertura* sobre los costos de los medicamentos por receta de la Parte D** [*insert as applicable:* **podría aplicarse** *OR***] no se aplica a usted.** *[If not applicable, omit information about the LIS Rider.]*Nosotros [*insert as appropriate:* hemos incluido *OR* le enviamos] un suplemento por separado, llamado “Cláusula de Evidencia de Cobertura para Personas que reciben ayuda extra para pagar por los medicamentos por receta” (conocida también como “Cláusula Subsidiaria para Bajos Ingresos” o “Cláusula LIS”), la cual habla de las coberturas de medicamentos. Si usted no tiene este suplemento, sírvase llamar a Servicios para Miembros y preguntar por la “Cláusula LIS”. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este folleto.)

### SECCIÓN 1 Introducción

#### Sección 1.1 Este capítulo describe su cobertura de medicamentos de la Parte D

Este capítulo **explica las reglas para usar su cobertura de medicamentos de la Parte D**. El próximo capítulo le dirá lo que usted paga por los medicamentos de la Parte D (Capítulo 4, *Lo que usted paga por los medicamentos por receta de la Parte D*)*.*

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

* La Parte A de Medicare cubre los medicamentos que le han dado durante las estancias cubiertas por Medicare en el hospital o en una instalación de enfermería especializada.
* La Parte B de Medicare también brinda beneficios para algunos medicamentos. La Parte B también brinda beneficios para algunos medicamentos. Los medicamentos de la Parte B incluyen ciertos medicamentos de quimioterapia, ciertas inyecciones de medicamentos que le hayan dado durante una visita al consultorio y los medicamentos que le den en una instalación de diálisis.

Los dos ejemplos de medicamentos descritos más arriba están cubiertos por el Medicare Original. (Para averiguar más sobre esta cobertura, vea el Manual *Medicare y Usted*). Los medicamentos por receta de la Parte D están cubiertos bajo nuestro plan.

#### Sección 1.2 Las reglas básicas de la cobertura de medicamento de la Parte D del plan

El plan generalmente cubrirá sus medicamentos siempre y cuando usted siga estas reglas básicas:

* Un proveedor (un médico, dentista u otro profesional que recete medicamentos) tiene que darle la receta.
* Su profesional que receta medicamentos debe aceptar Medicare o presentar documentación al CMS que demuestre que está calificado para recetar medicamentos, o su reclamo de la Parte D será rechazado. Debe preguntar al profesional que receta sus medicamentos la próxima vez que lo llame o lo visite si cumple con esta condición. De no ser así, tenga en cuenta que toma tiempo que el profesional que receta sus medicamentos presente todo el papeleo necesario a ser procesado.
* Generalmente tendrá que usar una farmacia de la red para que le surtan sus medicamentos. (Vea la Sección 2, *Surta sus recetas en una farmacia de la red* [*insert if applicable:* *or through the plan’s mail-order service].*)
* Su medicamento tiene que estar en la *Lista de medicamentos cubiertos* del plan *(Formulario)* (nosotros lo llamamos “Lista de medicamentos”). (Vea la Sección 3, *Sus medicamentos tienen que estar en la “Lista de medicamentos” del plan*)
* Su medicamento tiene que usarse para una indicación médicamente aceptada. Una “indicación médicamente aceptada” es un uso del medicamento que o bien esté aprobado por la Administración de Fármacos y Alimentos o esté apoyado por ciertos libros de referencia. (Ver la Sección 3 para más información sobre una indicación médicamente aceptada.)

### SECCIÓN 2 Surta su receta en una farmacia de la red [*insert if applicable:* o a través del servicio de pedidos por correo del plan]

#### Sección 2.1 Para que su cobertura esté cubierta, use una farmacia de la red

En la mayoría de los casos, sus recetas están cubiertas *solamente* si se surten en las farmacias de la red del plan. (Ver la Sección 2.5 para información sobre cuándo cubriríamos recetas surtidas en las farmacias que no pertenecen a la red del plan.)

Una farmacia del plan es una farmacia que tiene contrato con el plan para ofrecerle sus medicamentos por receta que estén cubiertos. El término “medicamentos cubiertos” significa todos los medicamentos por 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 costos compartidos estándares y farmacias que ofrecen costos compartidos preferidos. Usted puede ir a cualquiera de estos dos tipos de farmacia de la red para adquirir sus medicamentos por receta cubiertos. Sus costos compartidos podrían ser menores en las farmacias con costos compartidos preferidos”].

#### Sección 2.2 Cómo buscar las farmacias de la red

¿Cómo puede buscar las farmacias de la red en su área?

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

Usted puede ir a cualquiera de las farmacias de nuestra red. *[Insert if plan has pharmacies that offer preferred cost-sharing in its network:* Sin embargo, sus costos podrían incluso ser menores para sus medicamentos cubiertos si usa una farmacia de la red que ofrezca costos compartidos preferidos en vez de una farmacia de la red que ofrezca costos compartidos estándares. El *Directorio de Farmacias* le dirá cuál de las farmacias de la red ofrece costos compartidos preferidos. Comuníquese con nosotros para obtener más información sobre cómo pueden cambiar sus gastos directos para cada medicamento.] *[Plans in which members do not need to take any action to switch their prescriptions may delete the following sentence.]* Si usted cambia de una farmacia de la red a otra, y necesita resurtir un medicamento que ha estado tomando, puede pedir [*insert if applicable:* ya sea que un proveedor le escriba una nueva receta o] que le transfieran la receta a su nueva farmacia de la red.

¿Qué pasa si la farmacia que ha estado usando se va de la red?

Si la farmacia que ha estado usando se va de la red del plan, usted tendrá que buscar una nueva farmacia que esté en la red. [*Insert if applicable:* O si la farmacia que usted ha estado usando, sigue siendo parte de la red pero ya no está ofreciendo costos compartidos preferidos, deberá cambiarse a otra farmacia.] Para encontrar otra farmacia de la red en su área, puede recibir ayuda de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) o use el *Directorio de Farmacias*. [*Insert if applicable:* También puede encontrar información en nuestro sitio de Internet en *[insert website address]*.]

¿Qué pasa si necesita una farmacia especializada?

Algunas veces las recetas deben surtirse en una farmacia especializada. Entre las farmacias especializadas están:

* Las farmacias que ofrecen medicamentos para terapia de infusión en el hogar. *[Plans may insert additional information about home infusion pharmacy services in the plan’s network.]*
* Las farmacias que ofrecen medicamentos para residentes de una instalación de cuidado a largo plazo (LTC). Generalmente, las instalaciones de cuidado a largo plazo (como un asilo para ancianos) tienen su propia farmacia. Si usted está en un centro de LTC, debemos asegurarnos de que pueda recibir normalmente sus beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias de LTC, que generalmente es la farmacia que usa la LTC. Si tiene dificultades para acceder a sus beneficios de la Parte D en un centro de LTC, sírvase comunicarse con los Servicios para Miembros. *[Plans may insert additional information about LTC pharmacy services in the plan’s network.]*
* Las farmacias que ofrezcan servicios al Servicio de Salud para Indígenas / Tribales / Programa de Salud para Indígenas Urbanos (no está disponible en Puerto Rico). Excepto en emergencias, solo los indígenas americanos o los nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias en nuestra red. *[Plans may insert additional information about I/T/U pharmacy services in the plan’s network.]*
* Las farmacias que dispensan medicamentos que están restringidos por la FDA a determinados lugares o que requieran gestión especial, coordinación del proveedor o educación en su uso. (Aviso: Este escenario debe ocurrir raramente.)

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

#### Sección 2.3 Usar 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 usar los servicios de pedido por correo del plan. Generalmente, los medicamentos proporcionados a través de pedidos por correo son medicamentos que usted toma de manera regular, para un problema médico crónico o a largo plazo. [*Insert if plan marks mail-order drugs in formulary:* Los medicamentos disponibles a través de nuestros servicios de pedido por correo del plan como los **medicamentos** **de** “**pedidos 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 nuestros servicios de pedido por correo del plan están marcados con un asterisco en nuestra Lista de Medicamentos.]]

Nuestros servicios de pedido por correo del plan [*insert either:* le permiten *OR* le exigen] que usted pida **suministros** *OR* **suministros por hasta [XX] días** *OR* **suministros para [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 y] información sobre cómo surtir sus recetas por correo [*insert instructions*].

Generalmente los pedidos a una farmacia de pedidos por correo le llegarán en no más de [XX] días. [*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 “ship” with “deliver” 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:*

**Recetas nuevas 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 comunicará con usted para saber si desea que se surta la receta inmediatamente o más adelante. Esto le dará la oportunidad de asegurarse de que la farmacia le envíe el medicamento correcto (incluidos la potencia, la cantidad y la forma) y, si fuera necesario, le permite cancelar o retrasar el pedido antes de que se facture y se le envíe. Es importante que atienda cada vez que la farmacia se comunique con usted de manera de hacerles saber qué hacer con la nueva receta y para evitar retrasos en el envío.]

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

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

* Usted usó los servicios de pedido por correo con este plan en el pasado, o
* Se inscribe para la entrega automática de todas las recetas nuevas recibidas directamente de sus proveedores de atención médica. Usted puede solicitar la entrega automática de todas sus recetas nuevas ahora o en cualquier momento al *[insert instructions]*.

Si recibe una receta automáticamente por correo que no desea, y nadie se comunicó con usted antes del envío para preguntarle si la quería, puede que sea elegible para un reembolso.

Si usó el pedido por correo en el pasado y no quiere que la farmacia surta y envíe automáticamente cada nueva receta, comuníquese con nosotros *[insert instructions]*.

Si nunca usó nuestro servicio de envío por correo o si decide cancelar los surtidos automáticos de sus nuevas recetas, la farmacia se comunicará con usted cada vez que reciba una nueva receta de un proveedor de atención médica para saber si usted desea que se surta y se le envíe de inmediato. Esto le dará la oportunidad de asegurarse de que la farmacia le está enviando el medicamento correcto (incluida la potencia, la cantidad y la forma) y, si es necesario, permitirle cancelar o retrasar el pedido antes de que se facture y se le envíe. Es importante que atienda cada vez que la farmacia se comunique con usted de manera de hacerles saber qué hacer con la nueva receta y para evitar retrasos en el envío.

Para darse de baja del servicio de entrega automática de recetas nuevas recibidas directamente del consultorio de su 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 de pedido por correo.** Para resurtidos, comuníquese con su farmacia *[insert recommended number of days]* días antes de que se le acaben los medicamentos que tiene para asegurarse de que su pedido se envíe a tiempo.]

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

**Resurtidos de recetas de pedido por correo.** Para volver a surtir sus medicamentos, tiene la opción de registrarse para el servicio de pedido por correo automatizado [*optional: “*called *insert name of auto refill program”*]. Bajo este programa, comenzaremos a procesar su próxima receta automáticamente cuando nuestros registros indiquen que su medicamento se acabará próximamente. La farmacia se comunicará con usted antes de enviar cada envío para asegurarse de que necesita el medicamento; usted puede cancelar los resurtidos programados si tiene suficiente medicamento o si sus medicamentos han cambiado. Si elige no usar el servicio de pedido por correo automatizado, comuníquese con nosotros *[insert recommended number of days]* días antes de que los medicamentos que tiene se le acaben para asegurarse de que su próximo pedido se envíe a tiempo.

Para darse de baja de nuestro programa [*optional: insert name of auto refill program instead of “*nuestro programa*”*] que prepara automáticamente sus resurtidos de pedido por correo, comuníquese con nosotros *[insert instructions]*.]

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

Para que la farmacia pueda comunicarse con usted para confirmar su pedido antes del envío, asegúrese de hacer saber a la farmacia cuáles son las mejores formas para comunicarse con usted. *[Insert instructions on how enrollees should provide their communication preferences.]*]

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

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

[*Insert if applicable:* Cuando usted recibe un suministro de medicamentos a largo plazo, sus costos compartidos podrían ser más bajos.] El plan ofrece [*insert as appropriate:* una manera *OR* dos maneras] de recibir un suministro a largo plazo (también llamado “suministro extendido”) de medicamentos de “mantenimiento” de la Lista de Medicamentos de nuestro plan. (Los medicamentos de mantenimiento son medicamentos que usted toma de manera regular, para un problema médico crónico o a largo plazo.) [*Insert if applicable:* Usted puede pedir este suministro a través del pedido por correo (vea la Sección 2.3) o puede ir a una farmacia minorista]

1. *[Delete if plan does not offer extended-day supplies through retail pharmacies.]* **Algunas farmacias de ventas al por menor** de nuestra red le permiten recibir un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. [*Insert if applicable:* Algunas de estas farmacias de ventas al por menor *[insert if applicable:* (las cuales ofrecen costos compartidos preferidos)] [*insert if applicable:* podrían] están de acuerdo en aceptar una cantidad de costos compartidos [*insert as appropriate:* menor *OR* el pedido por correo] de suministros a largo plazo para los medicamentos de mantenimiento.] [*Insert if applicable:* Otras farmacias de ventas al por menor podrían no estar de acuerdo en aceptar una cantidad de costos compartidos [*insert as appropriate:* menor *OR* el pedido por correo] de suministros a largo plazo para los medicamentos de mantenimiento. En este caso, usted será responsable de la diferencia en el precio.] El *Directorio de Farmacias* le dice qué farmacias de nuestra red pueden ofrecerle un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Usted también puede llamar a Servicios para Miembros para más información (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).
2. *[Delete if plan does not offer mail-order service.]* [*Insert as applicable:* Para determinados tipos de medicamentos, usted *OR* Usted] puede usar los **servicios de pedidos por correo** de la red del plan**.** [*Insert if plan marks mail-order drugs in formulary, adapting as needed:* Los medicamentos disponibles a través de nuestro servicio de pedidos por correo de nuestro plan se marcan como **medicamentos de “pedidos 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 del servicio de pedidos por correo de nuestro plan se marcan con un asterisco en nuestra Lista de Medicamentos.] El servicio de pedido por correo de nuestro plan [*insert either:* le permite *OR* exige] que usted pida [*insert either: at least* a un suministro para [XX] días del medicamento y *no more than* un suministro para [XX] días *OR* un suministro para hasta [XX] días *OR* un suministro para [XX] días]. Vea la Sección 2.3 para más información sobre cómo usar nuestros servicios de pedidos por correo.

#### Sección 2.5 ¿Cuándo usted puede usar una farmacia que no esté en la red del plan?

Su receta podría estar cubierta en determinadas situaciones

Generalmente, cubrimos los medicamentos surtidos en una farmacia fuera de la red *solamente* cuando usted no puede usar una farmacia de la red. [*Insert if applicable:* Tenemos farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio donde usted puede surtir sus recetas como miembro de nuestro plan.] Si usted no puede usar una farmacia de la red, estas son las ocasiones en las que cubriríamos las recetas surtidas en una farmacia fuera 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 estas ocasiones, **sírvase preguntar primero a Servicios para Miembros** para ver si hay alguna farmacia de la red cerca. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este folleto.) Es posible que deba pagar la diferencia entre lo que paga por el medicamento en una farmacia de fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia de la red.

¿Cómo puede pedirle un reembolso al plan?

Si usted se ve obligado a usar una farmacia que esté fuera de la red, generalmente tendrá que pagar el costo total (en vez de su parte normal de los costos) en el momento en que le surtan la receta. Usted puede pedirnos que le reembolsemos la parte del costo que nos toca pagar a nosotros. (El capítulo 5, Sección 2.1, explica cómo pedirle al plan que le devuelva el dinero.)

### SECCIÓN 3 Sus medicamentos tienen que estar en la “Lista de Medicamentos” del plan

#### Sección 3.1 La “Lista de Medicamentos” le dice qué parte de los medicamentos de la Parte D está cubierta

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

Los medicamentos de esta lista son seleccionados por el plan con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista tiene que cumplir con los requisitos determinados por Medicare. Medicare ha aprobado la Lista de Medicamentos del plan.

Los medicamentos de la Lista de Medicamentos son solo aquellos cubiertos bajo la Parte D de Medicare (más adelante en este capítulo, la Sección 1.1 da una explicación sobre los medicamentos de la Parte D).

Generalmente cubrimos un medicamento en la Lista de Medicamentos del plan siempre y cuando usted siga las otras reglas de cobertura explicadas en este capítulo y el uso del medicamento es una indicación médicamente aceptada. Una “indicación médicamente aceptada” es el uso de un medicamento que sea *o bien*:

* Aprobado por la Administración de Fármacos y Alimentos. (Es decir, la Administración de Fármacos y Alimentos ha aprobado el medicamento para el diagnóstico o el problema para el que ha sido recetado.)
* *-- o –* Apoyado por determinados libros de referencia. (Estos libros de referencia son el *American Hospital Formulary Service Drug Information*, el sistema de información DRUGDEX y USPDI o su sucesor; y, para cáncer, la National Comprehensive Cancer Network and Clinical Pharmacology o sus sucesores.)

La Lista de Medicamentos incluye tanto medicamentos de marca como genéricos

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

*[Insert if applicable:*

**Medicamentos sin receta**

Nuestro plan también cubre determinados medicamentos sin receta. Algunos medicamentos sin receta son menos costosos que los medicamentos por receta y trabajan tan bien como estos. Para más información, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de ese folleto).]

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

El plan no cubre todos los medicamentos por receta.

* En algunos casos la ley no le permite a ningún plan de Medicare cubrir ciertos tipos de medicamentos (para más información sobre este tema, vea 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 costos compartidos” para los medicamentos de la Lista de Medicamentos

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

Cada medicamento de la Lista de Medicamentos del plan está en uno de los [*insert number of tiers*] niveles de costos compartidos. En general, mientras más alto sea el costo compartido, mayor será el costo que usted pagará por el medicamento:

* *[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 averiguar en qué nivel de costos compartidos se encuentra su medicamento, búsquelo en la Lista de Medicamentos del plan.

La cantidad que usted paga por los medicamentos en cada nivel de costos compartidos se muestra en el Capítulo 4 (*Lo que usted paga por los medicamentos por receta de la Parte D*)*.*

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

Usted tiene *[insert number]* maneras de averiguarlo:

1. Revise la Lista de Medicamentos más reciente que le enviamos por correo. *[Insert if applicable:* (Tenga en cuenta: La Lista de Medicamentos que le enviamos incluye información sobre los medicamentos cubiertos que son más comúnmente usados por nuestros miembros. Sin embargo, cubrimos otros medicamentos adicionales que no están incluidos en la Lista de Medicamentos impresa. Si uno de los medicamentos que usted toma no está en la Lista de Medicamentos, debe visitar nuestro sitio de Internet o comunicarse con Servicios para Miembros para averiguar si lo cubrimos.)]
2. Visite el sitio de Internet del plan ([*insert URL*]). La Lista de Medicamentos que aparece en el sitio de Internet siempre es la más actualizada.
3. Llame a Servicios para Miembros para averiguar si un medicamento específico está en la Lista de Medicamentos del plan o para pedir una copia de la lista. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este folleto.)
4. *[Plans may insert additional ways to find out if a drug is on the Drug List.]*

### SECCIÓN 4 Hay restricciones en la cobertura para algunos medicamentos

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

Para algunos medicamentos por receta hay reglas especiales que restringen cómo y cuándo el plan las cubre. Un grupo de médicos y farmacéuticos creó estas reglas para ayudar a nuestros miembros a usar los medicamentos de la forma más eficaz. Estas reglas especiales también ayudan a controlar el costo de los medicamentos en general, lo cual hace que su cobertura de medicamentos siga siendo más asequible.

En general, nuestras reglas lo animan a que usted reciba un medicamento que trabaje para su problema médico y que sea seguro y eficaz. Siempre que un medicamento seguro y de menor costo trabaje tan bien desde un punto de vista médico como el medicamento de mayor costo, las reglas del plan están diseñadas para animarlo a usted y a su proveedor a usar esa opción de menor costo. También tenemos que cumplir con las reglas y regulaciones de Medicare para la cobertura y los costos compartidos de los medicamentos.

**Si hay una restricción para su medicamento, generalmente significa que usted o su proveedor tendrán que seguir pasos extra para que podamos cubrir el medicamento.** Si usted quiere que condonemos la restricción en su caso, deberá seguir el proceso de decisión sobre la cobertura y pedirnos que hagamos una excepción. Puede ser que estemos o no estemos de acuerdo en anular la restricción en su caso. (Vea el Capítulo 7, Sección 5.2 para información sobre cómo pedir excepciones).

Tenga en cuenta que a veces un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra Lista de Medicamentos. Esto se debe a que puede ser que se apliquen diferentes restricciones o costos compartidos según factores como la potencia, la cantidad o la forma del medicamento recetado por su proveedor de cuidados de salud (por ejemplo, 10 mg versus 100 mg; uno al día versus dos al día; tableta versus líquido).

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

Nuestro plan usa diferentes tipos de restricciones para ayudar a nuestros miembros a usar los medicamentos de las formas más eficaces. Las secciones a continuación le dicen más sobre 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 está disponible una versión genérica

Generalmente, un medicamento “genérico” trabaja de la misma forma que un medicamento de marca y generalmente cuesta menos. [*Insert as applicable:* **En la mayoría de los casos, cuando OR Cuando**] **esté disponible una versión del medicamento de marca, las farmacias de nuestra red le darán la versión genérica.** Generalmente no cubrimos los medicamentos de marca cuando hay una versión genérica disponible. Sin embargo, si su proveedor [*insert as applicable:* nos ha comunicado la razón médica por la que el medicamento genérico no hará efecto en su caso *OR* ha escrito “No sustitutos” en su receta para un medicamento de marca *OR* nos ha comunicado la razón médica por la que ni el medicamento genérico ni otro medicamento que cubrimos y trata el mismo problema médico hará efecto en su caso], entonces cubriremos el medicamento de marca. (Su parte de los gastos podría ser mayor para el medicamento de marca que para el medicamento genérico).

Obtener la aprobación del plan por adelantado

Para determinados medicamentos, usted o su proveedor necesitan la aprobación del plan antes de que aceptemos cubrirle el medicamento. Esto se llama “**autorización** **previa**”. Algunas veces el requisito para recibir la aprobación por adelantado ayuda con el uso adecuado de ciertos medicamentos. Si usted no recibe esta aprobación, puede ser que el plan no le cubra el medicamento.

Probar otro medicamento primero

Este requisito lo anima a probar medicamentos menos costosos e igual de eficaces antes de que el plan cubra otros medicamentos. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan el mismo problema médico, puede ser que el plan le exija que pruebe primero el medicamento A. Si el medicamento A no le hace efecto, el plan entonces cubrirá el medicamento B. Este requisito de probar un medicamento diferente primero se llama “**tratamiento escalonado**”.

Límites en la cantidad

Para determinados medicamentos, limitamos la cantidad del medicamento que le podemos dar al limitar cuánto de ese medicamento puede recibir cada vez que surta su receta. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro tomar solo una pastilla al día de determinado medicamento, podríamos limitar la cobertura de su receta a no más de una pastilla al día.

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

La Lista de Medicamentos del plan incluye información sobre las restricciones descritas más arriba. Para averiguar si algunas de estas restricciones se aplica a un medicamento que usted toma o quiere tomar, revise la Lista de Medicamentos. Para la información más actualizada, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) o revise en nuestro sitio de Internet ([*insert URL*]).

**Si hay una restricción para su medicamento, eso significa generalmente que usted o su proveedor tendrán que dar pasos extra para que cubramos el medicamento.** Si hay una restricción en un medicamento que usted quiere tomar, debe comunicarse con Servicios para Miembros para saber lo que usted o su proveedor necesitarían hacer para recibir cobertura para el medicamento. Si usted quiere que condonemos la restricción en su caso, deberá seguir el proceso de decisión sobre la cobertura y pedirnos que hagamos una excepción. Puede ser que estemos o no estemos de acuerdo en anular la restricción en su caso. (Vea el Capítulo 7, Sección 5.2 para información sobre cómo pedir excepciones).

### SECCIÓN 5 ¿Qué pasa si uno de sus medicamentos no está cubierto de la forma que usted quisiera que estuviera cubierto?

#### Sección 5.1 Hay cosas que usted puede hacer si su medicamento no está cubierto de la forma que usted quisiera que estuviera cubierto

Esperamos que su cobertura de medicamentos le funcione bien. Pero podría haber un medicamento por receta que está tomando actualmente, o que usted y su proveedor piensan que usted debería tomar, que no está en nuestro formulario o está en nuestro formulario con restricciones. Por ejemplo:

* El medicamento no esté cubierto. O tal vez esté cubierta una versión genérica del medicamento, pero la versión del medicamento de marca que usted quiere tomar no está cubierta.
* El medicamento está cubierto, pero hay reglas extra o restricciones en la cobertura para ese medicamento. Como se explicó en la Sección 4, algunos de los medicamentos cubiertos por el plan tienen reglas extra para restringir su uso. *[Delete if plan does not have step therapy]* Por ejemplo puede ser que le exijan que usted pruebe otro medicamento primero para ver si trabaja antes de que le cubran el medicamento que usted quiere tomar. *[Delete sentence if plan does not have quantity limits]* O puede ser que haya límites en la cantidad del medicamento (número de píldoras, etc.) que se cubre durante un periodo de tiempo en particular. En algunos casos, puede ser que usted quiera que condonemos la restricción en su caso.
* [*Omit if plan’s formulary structure (e.g., no tiers) does not allow for tiering exceptions]*El medicamento está cubierto pero está en un nivel de costos compartidos que hace que sus costos compartidos sean más costosos de lo que usted cree que deben ser**.** El plan pone cada medicamento en uno de los *[insert number of tiers]* niveles diferentes de costos compartidos. Lo que usted paga por sus recetas depende en parte del nivel de costos compartidos en el que esté su medicamento.

**Hay cosas que usted puede hacer si su medicamento no está cubierto de la forma en que usted quisiera que estuvieran cubiertas.** [*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 usted tenga:

* Si su medicamento no está en la Lista de Medicamentos o si su medicamento está restringido, vaya a la Sección 5.2 para que sepa lo que debe 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 costos compartidos que hace que sus costos sean más elevados de lo que usted piensa que deben ser, vaya a la Sección 5.3 para que sepa lo que debe hacer.

#### Sección 5.2 ¿Qué puede hacer si su medicamento no está en la Lista de Medicamentos o si el medicamento está restringido de alguna forma?

Si su medicamento no está en la Lista de Medicamentos o está restringido, hay cosas que puede hacer:

* Puede ser que pueda recibir un suministro temporal de medicamentos (solo los miembros en ciertas situaciones pueden recibir un suministro temporal). Esto le dará a usted y a su proveedor tiempo para cambiarse a otro medicamento o para enviar una solicitud para que le cubran el medicamento.
* Puede cambiarse a otro medicamento.
* Puede solicitar una exención y pedirle al plan que cubra el medicamento o quite las restricciones del medicamento.

Usted podría ser elegible para recibir un suministro temporal

Bajo determinadas condiciones, el plan puede ofrecerle un suministro temporal del medicamento si su medicamento no está en la Lista de Medicamentos o si está restringido de alguna forma. Hacer esto le da tiempo para hablar con su proveedor sobre el cambio de cobertura y decidir qué hacer.

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

**1. El cambio a la cobertura de medicamentos debe ser uno de los siguientes tipos de cambios:**

* El medicamento que usted ha estado tomando **ya no está en la Lista de Medicamentos del plan**.
* -- o -- El medicamento que usted ha estado tomando está **ahora restringido de alguna forma** (La Sección 4 de este capítulo habla de estas restricciones).

**2. Usted debe encontrarse 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 aquellos miembros que son nuevos o que estaban en el plan el año pasado y no están en una instalación de cuidado a largo plazo (LTC):**

Nosotros cubriremos un suministro temporal de su medicamento **durante los primeros [escriba el periodo de tiempo (debe ser de al menos 90 días)] 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 estaba en el plan el año pasado**. Este suministro temporal será por un máximo de *[insert supply limit (must be at least a 30-day supply)]*. Si le dieron la receta por menos días, le permitiremos múltiples surtidos para ofrecerle hasta un máximo de *[insert supply limit (must be at least a 30-day supply)]* del medicamento. La receta debe ser surtida en una farmacia de la red.

* **Para aquellos miembros que son nuevos o que estaban en el plan el año pasado y residen en una institución de cuidado a largo plazo (LTC):**

Nosotros 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 nuevo y durante los primeros *[insert time period (must be at least 90 days*)] del año calendario si estaba en el plan el año pasado**. El suministro total será por 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 le dieron la receta por menos días, le permitiremos múltiples surtidos para ofrecerle hasta un máximo de *[(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 la instalación a largo plazo podría ofrecerle el medicamento en menores cantidades para evitar desperdiciarla.)

* **Para aquellos miembros que hayan estado en el plan durante más de *[insert time period (must be at least 90 days)]*** **y residen en una institución de cuidado a largo plazo (LTC) y necesitan un suministro inmediatamente:**

Nosotros cubriremos el suministro de un medicamento en particular por *[insert supply limit (must be at least a 31-day supply)]* o menos si su receta es por menos días. Esto es además del suministro de transición de cuidado a largo plazo antes mencionado.

* *[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 Miembros (los números de teléfono están impresos en al contraportada de este folleto).

Durante este tiempo en que usted está recibiendo un suministro temporal del medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se le acabe el suministro temporal. Usted o bien puede cambiarse a otro medicamento cubierto por el plan o pedirle al plan que haga una excepción en su caso y cubra el medicamento que está tomando. La sección a continuación habla más sobre estas opciones.

Puede cambiarse a otro medicamento

Empiece por hablar con su proveedor. Quizás haya otro medicamento cubierto por el plan que puede ser que le haga el mismo efecto. Usted puede llamar a Servicios para Miembros y pedirles la lista de medicamentos cubiertos que tratan el mismo problema médico. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que puede ser que le haga efecto. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este folleto).

Puede pedir una excepción

Usted y su proveedor pueden pedirle al plan que haga una excepción en su caso y cubra el medicamento en la forma en que usted quisiera que se cubriera. Si su proveedor dice que usted tiene razones médicas que justifican que nos pida una excepción, su proveedor puede ayudarlo a pedir una excepción de la regla. Por ejemplo, usted puede pedirle al plan que cubra el medicamento aunque no esté en la Lista de Medicamentos. 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 usted es un miembro del plan en estos momentos y un medicamento que usted está tomando será retirado del formulario o restringido de alguna manera para el año próximo, le permitiremos pedir una excepción del formulario por adelantado para el año próximo. Nosotros le comunicaremos cualquier cambio en la cobertura de su medicamento para el año próximo. Usted puede pedir una excepción antes del próximo año dentro de las 72 horas siguientes a la fecha en que recibamos su solicitud (o la declaración de respaldo de su proveedor). Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura antes de que el cambio entre en vigor.

Si usted y su proveedor quieren pedir una excepción, el Capítulo 7, Sección 5.4 dice lo que hay que hacer*.* Aquí se explican los procedimientos y fechas límites que ha determinado Medicare para garantizar que su solicitud se gestione de forma rápida y justa.

#### Sección 5.3 ¿Qué puede hacer si su medicamento está en un nivel de costos compartidos que usted piensa que es muy alto?

*[Plans with a formulary structure (e.g., no tiers) that does not allow for tiering exceptions, omit this sentence.]* Si su medicamento está en un nivel de costos compartidos muy alto, hay cosas que puede hacer:

Puede cambiarse a otro medicamento

Si su medicamento está en un nivel de costos compartidos que usted piensa que es muy alto, empiece por hablar con su proveedor. Tal vez haya un medicamento diferente en un nivel de costos compartidos más bajo que podría trabajarle igual de bien. Usted puede llamar a Servicios para Miembros y pedir la lista de los medicamentos cubiertos que tratan ese mismo problema médico. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que podría hacerle el mismo efecto. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este folleto.)

*[Plans with a formulary structure (e.g., no tiers) that does not allow for tiering exceptions, omit this section]* Usted puede pedir una excepción

Para los medicamentos en *[insert tier(s)]*, usted y su proveedor pueden pedirle al plan que haga una excepción en el nivel de costos compartidos del medicamento para que usted pague menos por él. Si su proveedor dice que usted tiene razones médicas que justifican que nos pida una excepción, su proveedor puede ayudarlo a pedir una excepción de la regla.

Si usted y su proveedor quieren pedir una excepción, el Capítulo 7, Sección 5.4 dice lo que hay que hacer*.* Aquí se explican los procedimientos y fechas límites que ha determinado Medicare para garantizar que su solicitud se gestione de forma rápida y justa.

[*Insert if applicable:* Los medicamentos de nuestro [*insert name of specialty tier*] no son elegibles para este tipo de excepción. Nosotros no reducimos la cantidad de costos compartidos para los medicamentos en este nivel.]

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

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

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos ocurren 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 quitar medicamentos de la Lista de Medicamentos**. Nuevos medicamentos están disponibles, incluidos medicamentos genéricos nuevos. Tal vez el gobierno ha dado su aprobación para un nuevo uso de un medicamento que ya existe. A veces, un medicamento es retirado del mercado y decidimos no cubrirlo. O puede ser que retiremos un medicamento de la lista porque se ha descubierto que no es eficaz.
* *[Plans that do not use tiers may omit]* **Pasar un medicamento a un nivel de costos compartidos más alto o más bajo.**
* **Agregar o quitar una restricción a la cobertura de un medicamento** (para más información sobre restricciones a la cobertura, vea la Sección 4 de este capítulo).
* **Reemplazar un medicamento de marca por un medicamento genérico.**

En casi todos los casos, tenemos que recibir la aprobación de Medicare para los cambios que hagamos en la Lista de Medicamentos del plan.

#### Sección 6.2 ¿Qué pasa si cambia la cobertura para un medicamento que usted está tomando?

¿Cómo usted puede averiguar si ha cambiado la cobertura de su medicamento?

Si hay un cambio en la cobertura de *un medicamento que usted está tomando*, el plan le enviará un aviso para que usted lo sepa. Normalmente, **se lo comunicaremos al menos con 60 días de antelación**.

De vez en cuando, un medicamento **es retirado del mercado de súbito** porque se ha descubierto que no es seguro o por otras razones. Si esto sucede, el plan inmediatamente quitará el medicamento de la Lista de Medicamentos. Nosotros le comunicaremos este cambio inmediatamente. Su proveedor también estará enterado de este cambio y puede colaborar con usted para encontrar otro medicamento para su problema.

¿Los cambios en la cobertura de su medicamento lo afectan inmediatamente?

Si alguno de los siguientes tipos de cambio afecta a un medicamento que usted esté tomando, el cambio no lo afectará hasta el 1 de enero del siguiente año si usted se queda en el plan:

* *[Plans that do not use tiers may omit]* Si pasamos su medicamento a un nivel más alto de costos compartidos.
* Si asignamos nuevas restricciones para el uso del medicamento.
* Si retiramos el medicamento que usted toma de la Lista de Medicamentos, pero no porque lo hayan retirado del mercado de súbito sino porque lo haya sustituido un medicamento de nueva generación.

Si tiene lugar alguno de estos cambios en relación con un medicamento que usted esté tomando, entonces el cambio no afectará su uso o lo que usted paga como parte de los costos hasta el 1 de enero del próximo año. Hasta esa fecha, probablemente usted no vea un aumento en sus pagos ni ninguna restricción al uso que usted le da al medicamento. No obstante, el 1 de enero del siguiente año los cambios lo afectarán.

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

* Si un **medicamento de marca que usted está tomando es reemplazado por un medicamento genérico,** el plan deberá enviarle un aviso al menos con 60 días de antelación o darle un resurtido para 60 días del medicamento de marca que usted está tomando en una farmacia de la red.
  + Durante este periodo de 60 días, usted deberá colaborar con su proveedor para cambiar al medicamento genérico o a otro medicamento que cubramos.
  + O usted y su proveedor pueden pedirle al plan que haga una excepción y le continúe cubriendo el medicamento de marca. Para información sobre cómo pedir una excepción, vea el Capítulo 7 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones relacionadas con la cobertura, apelaciones, quejas)).*
* Le reiteramos, si un medicamento es **retirado del mercado de súbito** porque se ha detectado que no es seguro o por otras razones, el plan inmediatamente lo retirará de su Lista de Medicamentos. Le comunicaremos este cambio.
  + Su proveedor también estará al corriente de este cambio y podrá colaborar con usted para encontrar otro medicamento para su problema médico.

### SECCIÓN 7 ¿Qué tipo de medicamento *no* está cubierto por el plan?

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

Esta sección habla de los tipos de medicamentos por receta que están “excluidos”. Esto significa que Medicare no paga por estos medicamentos.

Si usted adquiere medicamentos que estén excluidos, usted deberá pagar por ellos usted mismo. Nosotros no pagaremos por los medicamentos que están relacionados en esta sección [*insert if applicable:* (excepto ciertos medicamentos cubiertos bajo nuestra cobertura mejorada de medicamentos)]. La única excepción: Si después de una apelación se concluye que el medicamento solicitado es un medicamento que no está excluido bajo la Parte D y nosotros debíamos haberlo pagado o cubierto por su situación específica. (Para información sobre cómo apelar una decisión que hayamos tomado de no cubrir un medicamento, vaya al Capítulo 7, Sección 5.5 en este folleto.)

Aquí le mostramos tres reglas generales sobre los medicamentos que los planes de medicamentos de Medicare no cubren bajo la Parte D:

* Nuestra cobertura de medicamentos de la Parte D no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto por la Parte A o la Parte B de Medicare.
* Nuestro plan no puede cubrir un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
* Nuestro plan generalmente no puede cubrir un uso que no se indique en la etiqueta. “Un uso que no se indique en la etiqueta” es cualquier uso que se le dé al medicamento que no sea el indicado en la etiqueta del medicamento según ha sido aprobado por la Administración de Fármacos y Alimentos.
  + Generalmente, la cobertura para “un uso que no se indique en la etiqueta” está permitida cuando ese uso está justificado por determinados libros de referencia. Estos libros de referencia son el American Hospital Formulary Service Drug Information, el Sistema de Información DRUGDEX, para cáncer, la National Comprehensive Cancer Network and Clinical Pharmacology o sus sucesores. Si el uso no está justificado por ninguno de estos libros de referencia, entonces nuestro plan no puede cubrir el “uso que no se indique en la etiqueta”.

Además, por ley, estas categorías de medicamentos no están cubiertas por los planes de medicamentos de Medicare: [*Insert if applicable:* (Nuestro plan cubre determinados medicamentos relacionados a continuación a través de nuestra cobertura mejorada de medicamentos, por la cual puede ser que le cobremos una prima adicional. A continuación se ofrece más información.)]:

* Medicamentos sin receta (llamados también medicamentos por la libre)
* Medicamentos si se usan para promover la fertilidad
* Medicamentos si se usan para aliviar los síntomas de la tos o la gripe
* Medicamentos si se usan para propósitos cosméticos o para promover el crecimiento del cabello
* Vitaminas por receta y productos minerales, excepto las vitaminas prenatales y las preparaciones de fluoruro
* Medicamentos si se usan para el tratamiento de una disfunción sexual o eréctil, como Viagra, Cialis, Levitra y Caverject
* Medicamentos si se usan para tratar la anorexia, pérdida de peso o aumento de peso
* Medicamentos para pacientes externos para los cuales el fabricante exige que se adquieran pruebas afines o servicios de monitoreo exclusivamente del fabricante como condición de venta

[*Insert if applicable:* Ofrecemos cobertura adicional para algunos medicamentos por receta que normalmente no están cubiertos por un plan de medicamentos por receta de Medicare (cobertura mejorada de medicamentos). [*Insert details about the excluded drugs your plan does cover, including whether you place any limits on that coverage.]* La cantidad que usted paga cuando surte una receta para estos medicamentos no cuenta para que califique por la Etapa de Cobertura Catastrófica. (La Etapa de Cobertura Catastrófica se describe en el Capítulo 4, Sección 7 de este folleto.)]

[*Insert if plan offers coverage for any drugs excluded under Part D:* Además, si usted está **recibiendo “Ayuda Extra” de Medicare** para pagar por sus recetas, el programa de “Ayuda Extra” no pagará por los medicamentos que normalmente no estén cubiertos. (Refiérase a la Lista de Medicamentos del plan o llame a Servicios para Miembros para más información. Los números de teléfono para Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este folleto). No obstante, si usted tiene cobertura de medicamentos a través de Medicaid, el programa de Medicaid de su estado podría cubrir algunos medicamentos por receta que normalmente no están cubiertos por un plan de medicamentos de Medicare. Sírvase comunicarse con el programa de Medicaid de su estado para determinar qué cobertura de medicamento podría estar disponible para usted. (Puede encontrar números de teléfono e información de contacto para Medicaid en el Capítulo 2, Sección 6.)]

*[Insert if plan does not offer coverage for any drugs excluded under Part D:* **Si usted** **recibe “Ayuda Extra” para pagar por sus medicamentos**, el programa de Medicaid de su estado podría cubrir algunos medicamentos por receta que normalmente no están cubiertos por un plan de medicamentos de Medicaid. Sírvase comunicarse con el programa de Medicaid de su estado para determinar qué cobertura de medicamento podría estar disponible para usted. (Puede encontrar números de teléfono e información de contacto para Medicaid en el Capítulo 2, Sección 6.)]

### SECCIÓN 8 Muestre su tarjeta de membresía en el plan cuando surta una receta

#### Sección 8.1 Muestre su tarjeta de membresía

Para surtir una receta, muestre su tarjeta de membresía en el plan en la farmacia de la red que usted elija. Cuando usted muestre su tarjeta de membresía en el plan, la farmacia de la red automáticamente le facturará al plan por *nuestra* parte del costo de los medicamentos por receta cubiertos. Usted tendrá que pagarle a la farmacia *su* parte de los costos cuando usted recoja su medicamento.

#### Sección 8.2 ¿Qué pasa si no tiene su tarjeta de miembro con usted?

Si usted no tiene su tarjeta de miembro con usted cuando surte su receta, pídale al farmacéutico que llame al plan para obtener la información necesaria.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, **podría ser que tenga que pagar el costo completo de la receta cuando la recoja**. (Después puede **pedirnos que le reembolsemos** por nuestra parte. Ver el Capítulo 5, Sección 2.1 para información sobre cómo pedirle un reembolso al plan.)

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

#### Sección 9.1 ¿Qué pasa si usted está en un hospital o en una instalación de cuidado especializado por una estancia que esté cubierto por el Medicare Original?

Si lo **ingresan en un hospital** para una estadía cubierta por el Medicare Original, la Parte A deMedicare generalmente cubrirá el costo de sus medicamentos por receta durante su estadía. Una vez que se vaya del hospital, nuestro plan cubrirá sus medicamentos siempre y cuando los medicamentos cubran todas nuestras reglas para cobertura. Vea las partes anteriores de este capítulo que hablan sobre las reglas para obtener cobertura de medicamentos.

Si lo **ingresan en una instalación de enfermería especializada** para una estadía cubierta por el Medicare Original, la Parte A deMedicare generalmente cubrirá sus medicamentos por receta durante toda su estadía o parte de su estadía. Si todavía está en la instalación de enfermería especializada y la Parte A ya no está cubriendo sus medicamentos, nuestro plan cubrirá sus medicamentos siempre y cuando los medicamentos cubran todas nuestras reglas de cobertura. Vea las partes anteriores de este capítulo que hablan sobre las reglas para obtener cobertura de medicamentos.

**Tenga en cuenta que:** cuando usted entre, viva o se vaya de una instalación de enfermería especializada, tiene derecho a un Periodo Especial de Inscripción. Durante este periodo de tiempo, usted puede cambiarse de plan o cambiar su cobertura. (Capítulo 8, *Para terminar su membresía en el plan*, le dice cuándo puede irse de nuestro plan e inscribirse en otro plan de Medicare).

#### Sección 9.2 ¿Qué pasa si usted es residente de una instalación de cuidado a largo plazo (LTC)?

Generalmente, las instalaciones de cuidado a largo plazo (LTC) (como los asilos de ancianos) tienen su propia farmacia, o una farmacia que suministra medicamentos a todos sus residentes. Si usted es residente de una instalación de cuidado a largo plazo, podría adquirir sus medicamentos por receta a través de la farmacia de la instalación siempre y cuando sea parte de nuestra red.

Revise el *Directorio de Farmacias* para averiguar si la farmacia de su instalación de cuidado a largo plazo es parte de nuestra red. Si no es, o si usted necesita más información, sírvase comunicarse con Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

¿Qué pasa si usted es residente de una instalación de cuidado a largo plazo (LTC) y se convierte en un nuevo miembro del plan?

Si usted necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de Medicamentos, o está restringido de alguna forma, el plan cubrirá un **suministro temporal** de su medicamento durante los primeros *[insert time period (must be at least 90 days)]*de membresía. El suministro total será por 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 es para menos días. (Tenga en cuenta que la farmacia de cuidado a largo plazo podría proporcionarle el medicamento en cantidades más pequeñas para que no se desperdicien.) Si usted ha sido miembro del plan durante más de *[insert time period (must be at least 90 days)]* y necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de Medicamentos o si el plan tiene alguna restricción en la cobertura del medicamento, cubriremos un suministro para *[insert supply limit (must be at least a 31-day supply)*] o menos si su receta es para menos días.

Durante el tiempo en que usted está recibiendo su suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se le acabe el suministro temporal. Quizás hay otro medicamento cubierto por el plan que podría trabajar igual de bien en su caso. O usted y su proveedor podrían pedirle al plan que haga una excepción en su caso y le cubra el medicamento en la forma en que usted quisiera que estuviera cubierto. Si usted y su proveedor quieren pedir una excepción, el Capítulo 7, Sección 5.4le dice lo que debe hacer*.*

#### Sección 9.3 ¿Qué pasa si usted está tomando medicamentos cubiertos por el Medicare Original?

Su inscripción en el *[insert 2017 plan name]* no afecta su cobertura bajo la Parte A o la Parte B de Medicare. Si usted cumple con los requisitos de cobertura de Medicare, su medicamento de todas formas estará cubierto por la Parte A o la Parte B de Medicare, aunque esté inscrito en este plan. Además, si su medicamento va a estar cubierto por la Parte A o la Parte B de Medicare, nuestro plan no puede cubrirlo, aunque usted decida no inscribirse en la Parte A o la Parte B.

Puede ser que algunos medicamentos estén cubiertos por la Parte B de Medicare en algunas situaciones y a través de *[insert 2017 plan name]* en otras situaciones. Pero los medicamentos nunca están cubiertos tanto por la Parte B y nuestro plan al mismo tiempo. En general, su farmacista o su proveedor determinarán si le facturarán a la Parte B de Medicare o a *[insert 2017 plan name]* por el medicamento.

#### Sección 9.4 ¿Qué pasa si usted tiene una póliza de Medigap (Seguro Suplementario de Medicare) con cobertura de medicamentos por receta?

Si actualmente usted tiene una póliza de Medigap que incluya cobertura de medicamentos por receta, debe comunicarse con su aseguradora de Medigap y decirles que usted se ha inscrito en nuestro plan. Si usted decide mantener su actual póliza de Medigap, su aseguradora de Medigap retirará la porción de cobertura de medicamentos por receta de su póliza de Medigap y reducirá su prima.

Cada año su compañía de seguro de Medigap debe enviarle un aviso que diga si la cobertura del medicamento por receta es “válida” y las opciones de cobertura de medicamentos que usted tiene. (Si la cobertura de la póliza Medigap es “**válida**”, significa que se espera que pague, como promedio, al menos tanto como una cobertura de medicamentos por receta estándar de Medicare). Este aviso también le explicará cuánto se reducirá su prima si usted retira la parte de la cobertura de medicamentos por receta de su póliza Medigap. Si usted no recibió este aviso, o si no lo encuentra, comuníquese con su compañía de seguro de Medigap y pida otra copia.

#### Sección 9.5 ¿Qué pasa si usted también está recibiendo cobertura de medicamentos a través de un plan grupal de un empleador o de jubilados?

¿Usted (o su cónyuge) tiene actualmente otra cobertura de medicamentos por receta a través de un plan grupal de un empleador o de jubilados? Si es así, sírvase comunicarse con el **administrador de beneficios de ese grupo**. Él o ella pueden ayudarlo a determinar cómo su cobertura actual de medicamentos trabajará con nuestro plan.

En general, si usted actualmente está empleado, la cobertura de medicamentos por receta que usted tiene con nosotros será *secundaria* en relación con la cobertura de grupo del empleador o de jubilados. Eso significa que su cobertura de grupo pagaría primero.

Aviso especial sobre la ‘cobertura válida’:

Cada año su grupo de jubilados o de su empleador debe enviarle un aviso que diga si su cobertura de medicamentos por receta para el próximo año es “válida” y las opciones que usted tiene para la cobertura de medicamentos.

Si la cobertura del plan de grupo es “**válida**”, significa que el plan tiene una cobertura de medicamentos que se espera que pague, como promedio, al menos tanto como una cobertura de medicamentos por receta estándar de Medicare.

**Guarde estos avisos sobre la cobertura válida** porque podría necesitarlos después. Si usted se inscribe en un plan de Medicare que incluya cobertura de la Parte D, puede ser que necesite estos avisos para mostrar que ha tenido una cobertura válida. Si usted no recibió ningún aviso de su plan de grupo de empleador o jubilados sobre la cobertura válida, puede pedirle una copia al administrador de beneficios del grupo de empleador o jubilados, al empleador o al sindicato.

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

Los medicamentos nunca están cubiertos por el hospicio y nuestro plan al mismo tiempo. Si usted está inscrito en un hospicio de Medicare y necesita un medicamento para las náuseas, un laxante, un medicamento para el dolor o contra la ansiedad que no está cubierto por su hospicio porque no está relacionado con su enfermedad terminal o problemas relacionados, nuestro plan debe recibir notificación del profesional que receta el medicamento o el proveedor de su hospicio de que el medicamento no está relacionado antes de que nuestro plan pueda cubrir el medicamento. Para evitar demoras en la recepción de cualquier medicamento no relacionado que nuestro plan debería cubrir, puede solicitar al proveedor del hospicio o profesional que receta el medicamento que se asegure de que hemos recibido la notificación de que el medicamento no está relacionado antes de pedirle a una farmacia que surta su receta.

En el caso de que usted revoque la elección de su hospicio o sea dado de alta del mismo, nuestro plan debe cubrir todos sus medicamentos. Para evitar demoras en una farmacia cuando termina su beneficio de hospicio de Medicare, usted debe presentar documentación a la farmacia que verifique su revocación o alta. Vea las partes anteriores de esta sección que le informan sobre las reglas para obtener cobertura de medicamentos bajo la Parte D. El Capítulo 4 (Lo que usted paga por los medicamentos por receta de la Parte D) le proporciona más información sobre la cobertura de medicamentos y lo que usted paga.

### SECCIÓN 10 Programas sobre seguridad de los fármacos y manejo de medicamentos

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

Nosotros llevamos a cabo revisiones del uso del medicamento para nuestros miembros para ayudar a asegurarnos de que están recibiendo un cuidado seguro y adecuado. Estas revisiones son particularmente importantes para los miembros que tienen más de un proveedor que le receta medicamentos.

Hacemos la revisión cada vez que usted surte una receta. También revisamos nuestros archivos de manera regular. Durante estas revisiones, buscamos problemas potenciales como:

* Posibles errores con el medicamento
* Fármacos que podrían no ser necesarios porque usted está tomando otro medicamento para tratar el mismo problema médico
* Fármacos que podrían no ser seguros o adecuados debido a su edad o género
* Ciertas combinaciones de medicamentos podrían hacerle daño si se toman al mismo tiempo
* Recetas para medicamentos que tienen ingredientes a los que usted es alérgico
* Posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que usted está tomando

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

#### Sección 10.2 Programa de Control de la Terapia de Medicamentos (MTM) [*insert if plan has other medication management programs* “y otro”] [*insert if* *applicable* “s”] para ayudar a los miembros a manejar sus medicamentos

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

Tenemos un programa [*delete* “a” *and insert* “programs” *if plan has other medication management programs*] que puede ayudar a nuestros miembros con necesidades complejas de salud. Por ejemplo, algunos miembros tienen varios problemas, toman distintos medicamentos al mismo tiempo y tienen medicamentos de muy alto costo.

Ese programa es [*if applicable replace with* “Estos programas son voluntarios”] voluntario y gratis para los miembros. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrolló el programa [*insert if applicable* “los programas”] para nuestro uso. Este programa [*insert if applicable:* “Estos programas pueden”] puede ayudarnos a asegurarnos de que nuestros miembros obtienen los máximos beneficios de los medicamentos que toman. Nuestro [*if applicable replace* “Nuestro” with “Uno de los programas”] programa se llama programa de Control de la Terapia con Medicamentos (MTM). Algunos miembros que toman medicamentos para problemas médicos diferentes podrían ser elegibles para recibir servicios a través de un programa de MTM. Un farmacéutico u otro profesional de la salud le hará una revisión integral de todos sus medicamentos. Usted puede hablar sobre la mejor forma de tomar sus medicamentos, sus costos y cualquier problema o pregunta que tenga sobre sus medicamentos por y sin receta. Usted recibirá un resumen por escrito de esta discusión. El resumen tiene un plan de acción de medicamentos que recomienda lo que usted debe hacer para usar sus medicamentos de la mejor forma, con espacio para que usted tome notas o escriba alguna pregunta de seguimiento. También recibirá una lista personal de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que usted esté tomando y por qué los está tomando.

Es buena idea hacer la revisión de medicamentos antes de su visita anual de “Bienestar”, para que pueda hablar con su proveedor sobre su plan de acción y su lista de medicamentos. Traiga su plan de acción y su lista de medicamentos a su visita o siempre que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de cuidados médicos. También tenga con usted (por ejemplo, con su identificación) su lista de medicamentos en caso de que vaya a un hospital o sala de emergencias.

Si tenemos un programa que se ajuste a sus necesidades, automáticamente lo inscribiremos en el programa y le enviaremos la información. Si usted decide no participar, sírvase notificárnoslo y nosotros lo retiraremos del programa. Si tiene alguna pregunta sobre estos programas, sírvase comunicarse con Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

CAPÍTULO 4

Lo que usted paga   
por los medicamentos   
por receta de la Parte D

## Capítulo 4. Lo que usted paga por los medicamentos por receta de la Parte D

SECCIÓN 1 Introducción 70

Sección 1.1 Use este capítulo junto con otros materiales que explican su cobertura de medicamentos 70

Sección 1.2 Tipos de gastos directos de su bolsillo que usted podría tener que pagar por los medicamentos cubiertos 71

SECCIÓN 2 Lo que usted paga por un medicamento depende de en qué “etapa de pago del medicamento” usted esté cuando adquiera el medicamento 72

Sección 2.1 ¿Cuáles son las etapas de pago del medicamento para los miembros de *[insert 2017 plan name]*? 72

SECCIÓN 3 Nosotros le enviamos informes que explican los pagos por sus medicamentos y en cuál etapa de pago usted se encuentra 74

Sección 3.1 Nosotros le enviamos un informe mensual llamado “Explicación de beneficios de la Parte D” (la “EOB de la Parte D”) 74

Section 3.2 Ayúdenos a mantener actualizada la información sobre sus pagos de medicamentos 75

SECCIÓN 4 Durante la Etapa del Deducible, usted paga el costo completo de sus medicamentos *[insert drug tiers if applicable]* 76

Sección 4.1 Usted sigue en la Etapa del Deducible hasta que haya pagado $*[insert deductible amount]* por sus medicamentos *[insert drug tiers if applicable]* 76

SECCIÓN 5 Durante la Etapa Inicial de Cobertura, el plan paga su parte de los costos de sus medicamentos y usted paga su parte 77

Sección 5.1 Lo que usted paga por un medicamento depende del medicamento y del lugar donde vaya a que le surtan la receta 77

Sección 5.2 Una tabla que muestra sus costos para el suministro de *un mes* de un medicamento 78

Sección 5.3 Si su médico le receta suministros para menos de un mes completo, puede ser que usted no tenga que pagar el costo del suministro para el mes completo 79

Sección 5.4 Una tabla que muestra sus costos para un suministro del medicamento a *largo plazo* [*insert if applicable:* hasta] *[insert number of days]* días 80

Sección 5.5 Usted sigue en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que [*insert as applicable:* sus costos totales por los medicamentos alcancen los $[*insert 2017 initial coverage limit*] *OR* los costos directos de su bolsillo para el año alcancen $*[insert 2017 out-of-pocket threshold]*] 82

Sección 5.6 Cómo Medicare calcula los gastos directos de su bolsillo para los medicamentos por receta 83

SECCIÓN 6 Durante la Etapa de Brecha en la Cobertura, [*insert as appropriate*: usted recibe un descuento en los medicamentos de marca y no paga más del 58% de los costos de los medicamentos genéricos *OR* el plan ofrece alguna cobertura de medicamentos] 85

Sección 6.1 Usted sigue en la Etapa de Brecha en la Cobertura hasta que los gastos directos de su bolsillo alcancen $*[insert 2017 out-of-pocket threshold]* 85

Sección 6.2 Cómo Medicare calcula los gastos directos de su bolsillo en medicamentos por receta 86

SECCIÓN 7 Durante la Etapa de Cobertura Catastrófica, el plan paga la mayoría de los costos de sus medicamentos 89

Sección 7.1 Una vez que usted esté en la Etapa de Cobertura Catastrófica, estará en esta etapa durante el resto del año 89

SECCIÓN 8 Información sobre beneficios adicionales 89

Sección 8.1 Nuestro plan ofrece beneficios adicionales 89

SECCIÓN 9 Lo que usted paga por las vacunas cubiertas por la Parte D depende de cómo y dónde las adquiera 90

Sección 9.1 Nuestro plan puede tener una cobertura por separado para el medicamento en sí de la vacuna de la Parte D y por el costo de administrarle la vacuna 90

Sección 9.2 Es buena idea que nos llame al número de Servicios para Miembros antes de adquirir una vacuna 92

SECCIÓN 10 ¿Tiene que pagar la “penalidad por inscripción tardía” en la Parte D? 92

Sección 10.1 ¿Qué es la “penalidad por inscripción tardía” en la Parte D? 92

Sección 10.2 ¿Cuánto es la penalidad por inscripción tardía en la Parte D? 93

Sección 10.3 En algunas situaciones, usted se puede inscribir tarde y no tendrá que pagar una penalidad 94

Sección 10.4 ¿Qué puede hacer usted si no está de acuerdo con su penalidad por inscripción tardía? 94

SECCIÓN 11 ¿Tiene que pagar una cantidad adicional por la Parte D debido a sus ingresos? 95

Sección 11.1 ¿Quién paga una cantidad adicional por la Parte D debido a sus ingresos? 95

Sección 11.2 ¿Cuánto es la cantidad adicional por la Parte D? 96

Sección 11.3 ¿Qué puede hacer si no está de acuerdo con pagar una cantidad adicional por la Parte D? 97

Sección 11.4 ¿Qué sucede si usted no paga la cantidad adicional por la Parte D? 97

question markquestion mark. **¿Usted sabía que hay programas que ayudan a las personas a pagar por sus medicamentos?**

[*Insert as appropriate, depending on whether SPAPs are discussed in Chapter 2:* Hay programas para ayudar a las personas con recursos limitados a pagar por sus medicamentos. Entre estos están los Programas de “Ayuda Extra” y los de Asistencia Farmacéutica del Estado. *OR* El programa de “Ayuda Extra” ayuda a las personas con recursos limitados a pagar por sus medicamentos.] Para más información, vea el Capítulo 2, Sección 7.

**¿Actualmente usted está recibiendo ayuda para pagar por sus medicamentos?**

Si usted está en un programa que ayuda a pagar por sus medicamentos, **parte de la información de esta *Evidencia de Cobertura* sobre los costos por los medicamentos por receta de la Parte D** [*insert as applicable:* **podría no aplicarse** *OR* **se no aplica] a usted.** *[If not applicable, omit information about the LIS Rider.]* Nosotros [*insert as appropriate:* hemos incluido *OR* le enviamos] un suplemento por separado, llamado “Cláusula de Evidencia de Cobertura para personas que reciben ayuda extra para pagar por los medicamentos por receta” (conocido también como “Cláusula de subsidio para bajos ingresos” o la “Cláusula LIS”), que habla sobre su cobertura de medicamentos. Si usted no tiene este suplemento, sírvase llamar a Servicios para Miembros y pregunte por la “Cláusula LIS”. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este folleto).

### SECCIÓN 1 Introducción

#### Sección 1.1 Use este capítulo junto con otros materiales que explican su cobertura de medicamentos

Este capítulo se centra en lo que usted paga por los medicamentos por receta de la Parte D. Para mantener las cosas simples, usamos “medicamento” en este capítulo para referirnos a los medicamentos por 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 podrían estar cubiertos por nuestro plan si usted ha comprado cobertura de medicamentos suplementaria.]

Para entender la información de pago que le ofrecemos en este capítulo, usted debe saber los elementos básicos de qué medicamentos están cubiertos, dónde surtir sus recetas y qué reglas debe seguir cuando adquiera sus medicamentos por receta. Aquí están los materiales que explican estos elementos básicos:

* **La *Lista de Medicamentos Cubiertos* del plan *(Formulario).*** Para mantener las cosas simples, lo llamamos “Lista de Medicamentos”.
  + Esta Lista de Medicamentos le dice cuáles de sus medicamentos están cubiertos.
  + *[Plans that do not use tiers, omit]* También le dice en cuál de los *[insert number of tiers]* “niveles de costos compartidos” está el medicamento y si hay alguna restricción en la cobertura de su medicamento.
  + Si usted necesita una copia de la Lista de Medicamentos, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). También puede encontrar la Lista de Medicamentos en nuestro sitio de Internet en *[insert URL].* La Lista de Medicamentos del sitio de Internet siempre es la más actualizada.
* **Capítulo 3 de este folleto.** El Capítulo 3 le da detalles sobre su cobertura de medicamentos por receta, incluyendo las reglas que necesita seguir cuando adquiera sus medicamentos por receta. El Capítulo 3 también le dice qué tipo de medicamentos por receta no están cubiertos por nuestro plan.
* **El *Directorio de Farmacias* del plan*.*** En la mayoría de las situaciones usted deberá usar una farmacia de la red para adquirir sus medicamentos cubiertos (vea el Capítulo 3 para detalles). El *Directorio de las Farmacias* tiene una lista de farmacias de la red del plan*.* También le dice qué farmacias de nuestra red pueden darle un suministro a largo plazo de un medicamento (como surtirle una receta con un suministro para tres meses).

#### Sección 1.2 Tipos de gastos directos de su bolsillo que usted podría tener que pagar por los medicamentos cubiertos

Para comprender la información de pago que le damos en este capítulo, deberá conocer los tipos de gastos directos de su bolsillo que usted podría pagar por los servicios cubiertos. La cantidad que usted paga por un medicamento se llama “costo compartido” y hay tres formas en que pueden pedirle que pague.

* El **“deducible”** es la cantidad que usted tiene que pagar por los medicamentos antes de que nuestro plan empiece a pagar su parte.
* **“Copago”** significa que usted paga una cantidad fija cada vez que le surtan una receta.
* **“Coseguro”** significa que usted paga un porcentaje del costo total del medicamento cada vez que le surtan una receta.

### SECCIÓN 2 Lo que usted paga por un medicamento depende de en qué “etapa de pago del medicamento” usted esté cuando adquiera el medicamento

#### Sección 2.1 ¿Cuáles son las etapas de pago del medicamento para los miembros de *[insert 2017 plan name]*?

Como se muestra en la tabla a continuación, hay “etapas de pago del medicamento” para la cobertura de sus medicamentos bajo *[insert 2017 plan name]*. Lo que usted paga por el medicamento depende de en cuáles de estas etapas usted esté en el momento en que le surten o resurten su receta. *[Plans with no premium delete the following sentence]* Tenga presente que usted siempre es responsable por la prima mensual del plan independientemente de la etapa de pago del medicamento.

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

| **1ª Etapa**  *Etapa del deducible anual* | **2ª Etapa**  *Etapa de cobertura inicial* | **3ª Etapa**  *Etapa de brecha en la cobertura* | **4ª Etapa**  *Etapa de cobertura catastrófica* |
| --- | --- | --- | --- |
| [*If plan has a deductible for all tiers insert:* Usted comienza en esta etapa de pago cuando le surtan su primera receta del año.]  Durante esta etapa, **usted paga los costos totales** de sus medicamentos [*insert if applicable:* de marca *OR* *[tier name(s)]*].  Usted sigue 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 la cantidad de su deducible por *[insert if applicable:* los medicamentos de marca *OR* *[tier name(s)]*]).  (En la Sección 4 de este capítulo se ofrecen más detalles.)  [*Plans with no deductible replace the text above with:* Como el plan no tiene deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.] | [*Insert if plan has no deductible:* Usted comienza en esta etapa de pago cuando le surtan su primera receta del año.]  [*Insert if plan has no deductible or a deductible that applies to all drugs:* Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos y **usted paga su parte de los costos.]**  [*Insert if plan has a deductible that applies to some drugs:* Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos [*insert if applicable:* genéricos *OR* *[tier name(s)]*] **usted paga su parte de los costos.**  Cuando usted (u otras personas a nombre suyo) hayan llegado al deducible por los [*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.]  Usted sigue en esta etapa hasta que *[insert as applicable:* **“el costo total de los medicamentos”** (sus pagos más cualquier pago del plan a la Parte D) alcance los $*[insert 2017 initial coverage limit*]. *OR* sus **“gastos directos de su bolsillo”** (sus pagos) en lo que va de año alcancen los $ *[insert 2017 out-of-pocket threshold*].]  (En la Sección 5 de este capítulo se ofrecen más detalles). | [*Plans with no additional gap coverage insert:* Durante esta etapa, usted paga el 40% del precio de los medicamentos de marca más una parte del cargo por dispensación) y el 51% 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 51% of the costs, whichever is lower].* Para los medicamentos de marca, usted paga el 40% del precio (más una parte de los cargos por dispensación).]  *[Plans with some coverage in the gap: insert description of gap coverage using standard terminology.]*  Usted sigue en esta etapa hasta que **“los costos directos de su bolsillo”** (sus pagos) en lo que va de año alcancen un total de $ *[insert 2017 out-of-pocket threshold*]. Esta cantidad y las reglas para considerar los costos que cuentan para esta cantidad han sido enviados por Medicare.  (En la Sección 6 de este capítulo se ofrecen más detalles.)  [*Plans with no additional coverage gap replace the text above with:* Como no hay una brecha en la cobertura para el plan, esta etapa de pago no se aplica a usted.] | Durante esta etapa, **el plan pagará la mayoría del costo** de sus medicamentos por el resto del año calendario (hasta el 31 de diciembre de 2017).  (En la Sección 7 de este capítulo se ofrecen más detalles.) |

### SECCIÓN 3 Nosotros le enviamos informes que explican los pagos por sus medicamentos y en cuál etapa de pago usted se encuentra

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

Nuestro plan les da seguimiento a los costos de sus medicamentos por receta y a los pagos que used ha hecho cuando le surten o resurten sus recetas en la farmacia. Así podemos decirle cuando ha pasado de una etapa de pago de medicamentos a la próxima. En particular, hay dos tipos de costos a los que les damos seguimiento:

* Le damos seguimiento a cuánto usted ha pagado. Esto se llama gastos “**directos de su bolsillo**”.
* Le damos seguimiento a sus “**costos** **totales de los medicamentos**”. Esta es la cantidad que usted paga directo de su bolsillo o que otros pagan a nombre suyo más la cantidad pagada por el plan.

Nuestro plan preparará un informe por escrito llamado *Explicación de Beneficios de la Parte D* (a veces se le llama “EOB”) cuando le han surtido una o más recetas a través del plan durante el mes anterior. El informe incluye:

* **Información de ese mes**. Este informe le da los detalles del pago de las recetas que le han surtido durante el mes anterior. Muestra el costo total de los medicamentos, lo que pagó **el plan** y lo que ha pagado usted o han pagado otros a nombre suyo.
* **Totales para el año desde el 1o de enero.** Esto se llama información “en lo que va de año”. Le muestra el costo total de los medicamentos y el total de pagos por sus medicamentos desde que comenzó el año.

#### Section 3.2 Ayúdenos a mantener actualizada la información sobre sus pagos de medicamentos

Para darles seguimiento al costo de sus medicamentos y los pagos que usted hace por los medicamentos, usamos los archivos que obtenemos de la farmacia. Aquí le decimos cómo puede ayudarnos a mantener su información actualizada y correcta:

* **Muestre su tarjeta de miembro cuando le vayan a surtir una receta.** Para asegurarse de que sabemos sobre las recetas que le están surtiendo y lo que está pagando, muestre su tarjeta de miembro del plan cada vez que le surtan una receta.
* **Asegúrese de que tenemos la información que necesitamos.** Puede ser que haya ocasiones en que usted pague por medicamentos por receta y que no recibamos automáticamente la información que necesitamos para darles seguimiento a los costos directos de su bolsillo. Para ayudarnos a darles seguimiento a los costos directos de su bolsillo, usted puede darnos copias de los recibos de los medicamentos que usted ha comprado. (Si a usted le han facturado por un medicamento cubierto, puede pedirle al plan que pague por nuestra parte del costo. Para instrucciones sobre cómo hacer esto, vea el Capítulo 5, Sección 2 de este folleto.) Hay algunos tipos de situaciones en las que sería buena idea que usted nos enviara copias de los recibos de sus medicamentos para asegurarnos de que tenemos un récord completo de lo que usted ha pagado por sus medicamentos:
* Cuando usted compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o usando una tarjeta de descuento, que no es parte de los beneficios de nuestro plan.
* Cuando usted hizo un copago por medicamentos que ha recibido a través de un programa de asistencia al paciente ofrecido por el fabricante del medicamento.
* Siempre que compre medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red o en otras ocasiones en que haya pagado el precio completo de un medicamento cubierto bajo circunstancias especiales.
* **Envíenos información sobre los pagos que otros han hecho en su nombre.** Los pagos hechos por ciertas personas y organizaciones también cuentan para los gastos directos de su bolsillo y ayudan a calificar para la cobertura catastrófica. Por ejemplo, los pagos hechos por *[plans without an SPAP in their state delete next item]* un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica, un programa de ayuda para medicamentos contra el SIDA (ADAP), el Servicio de Salud para Indígenas y la mayoría de las caridades cuentan para los gastos directos de su bolsillo. Usted debe mantener un récord de estos pagos y enviárnoslos para que podamos darles seguimiento a sus gastos.
* **Revise el informe escrito que le enviamos.** Cuando usted reciba la *Explicación de Beneficios de la Parte D* (el “EOB”), revíselo y asegúrese de que la información está completa y correcta. Si piensa que falta algo en el informe, o si tiene alguna pregunta, sírvase llamarnos a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). *[Plans that allow members to manage this information on-line may describe that option here.]* Guarde estos informes, pues son un record importante de sus gastos en medicamentos.

### SECCIÓN 4 Durante la Etapa del Deducible, usted paga el costo completo de sus medicamentos *[insert drug tiers if applicable]*

#### Sección 4.1 Usted sigue 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 deducible para *[insert 2017 plan name].]*

[*Plans with no deductible replace Section 4.1 title with:* Usted no tiene que pagar un deducible por los medicamentos de la Parte D drugs.]

[*Plans with no deductible replace text below with*: No hay deducible para [*insert 2017 plan name*]. Usted comienza en la Etapa Inicial de Cobertura cuando surte su primera receta del año. Vea la Sección 5 para información sobre su cobertura durante la Etapa Inicial de Cobertura.]

La Etapa del Deducible es la primera etapa de pago de su cobertura de medicamentos. [*Plans with a deductible for all drug types/tiers, insert:* Esta etapa comienza cuando usted surte la primera receta del año.Cuando usted se encuentra en esta etapa de pago, **debe pagar el costo completo de sus medicamentos** hasta que alcance la cantidad del deducible del plan, la cual es $[*insert deductible amount*] para el 2017.] [*Plans with a deductible on only a subset of drugs, insert:* Usted pagará un deducible anual de $[*insert deductible amount*] por los medicamentos de [*insert applicable drug tiers*]. **Usted deberá pagar el costo completo de sus medicamentos de [*insert applicable drug tiers*]** hasta que alcance la cantidad del deducible del plan. Usted no tendrá que pagar ningún deducible por el resto de los medicamentos y comenzará a recibir cobertura inmediatamente.]

* Sus **“costos completos”** son generalmente más bajos que el precio completo total, pues nuestro plan ha negociado precios más bajos para la mayoría de los medicamentos.
* El **“deducible”** es la cantidad que usted tiene que pagar por sus medicamentos por receta de la Parte D antes de que el plan empiece a pagar su parte.

Una vez que usted ha pagado $[*insert deductible amount*] por sus medicamentos de *[insert drug tiers if applicable]*, sale de la Etapa del Deducible y pasa a la próxima etapa de pago, que es la Etapa Inicial de Cobertura.

### SECCIÓN 5 Durante la Etapa Inicial de Cobertura, el plan paga su parte de los costos de sus medicamentos y usted paga su parte

#### Sección 5.1 Lo que usted paga por un medicamento depende del medicamento y del lugar donde vaya a que le surtan la receta

Durante la Etapa de Cobertura Inicial, el plan paga su parte del costo de los medicamentos por receta cubiertos y usted paga su parte (su [*insert as applicable:* copago *OR* coseguro *OR* copago o coseguro]). Su parte de los costos variará en dependencia del medicamento y de dónde le surtan la receta.

El plan tiene [*insert number of tiers*] niveles de costos compartidos

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

Cada medicamento de la *Lista de Medicamentos* del plan se encuentra en uno de los [*insert number of tiers*] niveles de costos compartidos. En general, mientras mayor sea el número del nivel de costos compartidos, más tendrá que pagar usted por el medicamento:

* *[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 averiguar en qué nivel de costos compartidos se encuentra su medicamento, búsquelo en la *Lista de Medicamentos* del plan.

Sus opciones de farmacias

Lo que usted paga por un medicamento depende de si usted adquiere el medicamento en:

* *[Plans with retail network pharmacies that offer preferred cost-sharing, delete this bullet and use next two bullets instead.]* Una farmacia de venta al por menor que esté en la red de nuestro plan
* [*Plans with retail network pharmacies that offer preferred cost-sharing, insert:* Una farmacia de venta al por menor que pertenezca a la red y ofrezca costos compartidos estándar]
* *[Plans with retail network pharmacies that offer preferred cost-sharing, insert:* Una farmacia de venta al por menor que pertenezca a la red y ofrezca costos compartidos preferidos]
* Una farmacia que no esté en la red del plan
* *[Plans without mail-order service, delete this bullet.]* La farmacia de pedidos por correo del plan

Para más información sobre estas opciones de farmacias y cómo surtir sus medicamentos, vea 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, nosotros cubriremos sus recetas *solamente* si se surten en una de las farmacias de nuestro plan. Algunas de las farmacias de nuestra red también ofrecen costos compartidos preferidos. Usted puede ir a cualquier farmacia de la red que ofrezca costos compartidos preferidos o a otras farmacias de la red que ofrezcan costos compartidos estándar para adquirir sus medicamentos por receta cubiertos. Puede ser que tenga que pagar menos en las farmacias que tienen costos compartidos preferidos.]

#### Sección 5.2 Una tabla que muestra sus costos para el suministro de *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 Inicial de Cobertura, su parte de los costos de un medicamento cubierto serán o bien un copago o un coseguro.

* **“Copago”** significa que usted paga una cantidad fija cada vez que le surtan una receta.
* **“Coseguro”** significa que usted paga un porciento del total de los costos del medicamento cada vez que le surtan una receta.

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

* *[Plans without copayments, omit]* Si sus medicamentos cubiertos cuestan menos que el copago que aparece en la tabla, usted pagará el precio más bajo por el medicamento. Usted paga *o bien* el precio completo del medicamento *o* el copago, *lo que sea* *menor*.
* Solamente cubrimos las recetas surtidas en farmacias fuera de la red en situaciones limitadas. Vea el Capítulo 3, Sección 2.5 para información sobre cuándo cubriremos una receta surtida en una farmacia fuera de la red.

*[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: “Mail order is not available for drugs in [insert tier].”]*

Su parte de los costos cuando usted adquiere un suministro para *un mes* de un medicamento por receta cubierto por la Parte D:

| **Nivel** | **Costos compartidos estándar de ventas al por menor (en la red)**  (suministro para hasta *[insert number of days]*) | **Costos compartidos preferidos de ventas al por menor (en la red)**  (suministro para hasta *[insert number of days]*) | **Costos compartidos de pedidos por correo**  (suministro para hasta *[insert number of days]*) | **Costos compartidos de cuidados a largo plazo (LTC)**  (suministro para hasta *[insert number of days]*) | **Costos compartidos fuera de la red**  (La cobertura está limitada a ciertas situaciones; vea el capítulo 3 para más detalles.) (suministro para hasta *[insert number of days]*) |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Costos compartidos**  **Nivel 1**  (*[insert description, e.g., “generic drugs”]*) | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* |
| **Costos compartidos**  **Nivel 2**  (*[insert description]*) | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* |
| **Costos compartidos**  **Nivel 3**  (*[insert description]*) | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* |
| **Costos compartidos**  **Nivel 4**  (*[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 suministros para menos de un mes completo, puede ser que usted no tenga que pagar el costo del suministro para el mes completo

Generalmente, la cantidad que paga por un medicamento por receta cubre el suministro de un medicamento cubierto para el mes completo. No obstante, su médico puede recetarle un suministro de medicamentos para menos de un mes completo. Puede haber ocasiones en que es buena idea que usted le pida a su médico que le recete suministros de un medicamento para menos de un mes (por ejemplo, cuando está probando un medicamento por primera vez y que se sabe que tiene efectos secundarios graves). Si su médico le receta menos que el suministro de un mes completo, usted no tendrá que pagar por el suministro del mes completo para ciertos medicamentos.

La cantidad que usted paga cuando adquiere suministros para menos de un mes completo dependerá de si usted es responsable de pagar un coseguro (un porcentaje del costo total) o un copago (una cantidad fija).

* Si usted es responsable de pagar un coseguro, usted paga un *porcentaje* del costo total del medicamento. Usted paga el mismo porcentaje independientemente de si la receta es para suministros para un mes completo o para menos días. No obstante, como el costo completo del medicamento será menor si usted recibe suministros para menos de un mes, la *cantidad* que usted paga será menor.
* Si usted es responsable de hacer un copago por el medicamento, su copago estará basado en el número de días para los que usted adquirió el medicamento. Calcularemos la cantidad que usted paga por día por su medicamento (la “tasa diaria de costos compartidos”) y la multiplicaremos por el número de días para los que usted adquirió el medicamento.
  + *[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.]* Le ponemos un ejemplo: Digamos que el copago del medicamento por el suministro para un mes completo (suministro para 30 días) es de $30. Esto significa que la cantidad que usted paga por día por el medicamento es $1. Si usted adquiere un suministro del medicamento para 7 días, su pago será de $1 por día, multiplicado por 7 días, para un pago total de $7.

Los costos compartidos diarios le permiten asegurarse de que un medicamento trabaja bien antes de tener que pagar el suministro para un mes completo. Usted también puede pedirle a su médico que le recete, y a su farmacéutico que le dispense, una cantidad menor al suministro de un mes completo de un medicamento o medicamentos, si esto le ayuda a planificar mejor la fecha en que debe volver a surtir distintos medicamentos, de manera de que haga menos viajes a la farmacia. La cantidad que usted paga depende de los días de suministro que reciba.

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

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

Para algunos medicamentos, usted puede adquirir un suministro a largo plazo, (también llamado “suministro extendido”) cuando le surtan su receta. Un suministro a largo plazo es [*insert if applicable:* un suministro para hasta] *[insert number of days]* días. (Para detalles sobre dónde y cómo adquirir un suministro de un medicamento a largo plazo, vea el Capítulo 3, Sección 2.4.)

La tabla a continuación muestra lo que usted paga cuando adquiere un suministro del medicamento a largo plazo [*insert if applicable:* un suministro para hasta] *[insert number of days]* día.

* *[Plans without copayments, omit]* Tenga en cuenta que: Si sus medicamentos cubiertos cuestan menos que el copago que aparece en la tabla, usted pagará el precio más bajo por el medicamento. Usted paga *o bien* el precio completo del medicamento *o* el copago, *lo 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: “Mail order is not available for drugs in [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: “A long-term supply is not available for drugs in [insert tier].”]*

Su parte de los costos cuando usted adquiere un suministro a *largo plazo* de un medicamento por receta cubierto por la Parte D:

| **Nivel** | **Costos compartidos estándar de ventas al por menor (en la red)**  (suministro para hasta ([*insert if applicable:* suministro para hasta] *[insert number of days]* días) | **Costos compartidos preferidos de ventas al por menor (en la red)**  (suministro para hasta ([*insert if applicable:* suministro para hasta] *[insert number of days]* días) | **Costos compartidos para pedidos por correo** ([*insert if applicable:* suministro para hasta] *[insert number of days]* días) |
| --- | --- | --- | --- |
| **Costos compartidos Nivel 1**  ([*insert description*]) | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* |
| **Costos compartidos Nivel 2**  ([*insert description*]) | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* |
| **Costos compartidos Nivel 3**  ([*insert description*]) | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* |
| **Costos compartidos Nivel 4**  ([*insert description*]) | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* |

#### Sección 5.5 Usted sigue en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que [*insert as applicable:* sus costos totales por los medicamentos alcancen los $[*insert 2017 initial coverage limit*] *OR* los costos directos de su bolsillo para el año alcancen $*[insert 2017 out-of-pocket threshold]*]

Usted sigue en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que la cantidad total por los medicamentos por receta que usted ha surtido y resurtido alcance el **límite de** **$[*insert initial coverage limit*] para la Etapa de Cobertura Inicial**.

El costo total de sus medicamento está basado en la suma de lo que usted ha pagado y de lo que ha pagado cualquier plan de la Parte D:

* **Lo que usted ha pagado** por todos los medicamentos cubiertos que ha adquirido desde que hizo su primera compra del año. (Vea la Sección 6.2 para más información sobre cómo Medicare calcula los gastos directos de su bolsillo.) Estos gastos incluyen:
  + *[Plans without a deductible, omit]* Los $*[insert deductible amount*] que usted pagó cuando estaba en la Etapa del Deducible.
  + El total que usted pagó como parte del costo de sus medicamentos durante la Etapa de Cobertura Inicial.
* **Lo que ha pagado el plan** como parte de los costos por sus medicamentos durante la Etapa de Cobertura Inicial. (Si usted estaba inscrito en otro plan de la Parte D en algún momento durante el 2017, la cantidad que pagó ese plan durante la Etapa de Cobertura Inicial también cuenta para el total de sus gastos por medicamentos).

[*Plans with no additional coverage gap replace the text above with:* Usted sigue en la Etapa Inicial de Cobertura hasta que los gastos totales directos de su bolsillo alcancen los $*[insert 2017 out-of-pocket threshold*]. Medicare tiene reglas sobre lo que cuenta y lo que *no* cuenta como gastos directos de su bolsillo. (Vea la Sección 5.5 para información sobre cómo Medicare cuenta los gastos directos de su bolsillo.) Cuando usted alcance un límite directo de su bolsillo de $*[*insert 2017 out-of-pocket threshold], usted deja la Brecha de Cobertura Inicial y pasa a la Etapa de Cobertura Catastrófica.]

[*Insert if applicable:* Ofrecemos cobertura adicional para algunos medicamentos por receta que normalmente no están cubiertos por un Plan de Medicamentos por Receta de Medicare. Los pagos hechos por estos medicamentos no contarán para su *[insert if plan has a coverage gap:* límite de cobertura inicial o gastos totales directos de su bolsillo.] [*Insert only if plan pays for OTC drugs as part of its administrative costs:* Nosotros también ofrecemos medicamentos sin receta exclusivamente para su uso. Estos medicamentos sin receta se le ofrecen sin costo para usted.] Para averiguar qué medicamentos cubre nuestro plan, refiérase al formulario.]

La *Explicación de Beneficios* (EOB) que le enviamos lo ayudará a darle seguimiento a cuánto usted y el plan, así como cualquier tercero, han gastado en su nombre durante el año. Muchas personas no llegan al límite de [*insert as applicable:* $*[insert initial coverage limit]* *OR* $*[insert 2017 out-of-pocket threshold]*] en un año.

Le diremos si usted alcanza esta cantidad de [*insert as applicable:* $*[insert initial coverage limit] OR* $ *[insert 2017 out-of-pocket threshold]*]. Si usted llega a esta cantidad, pasará de la Etapa de Cobertura Inicial y entrará en la [*insert as applicable:* Etapa de Brecha en la Cobertura *OR* Etapa de Cobertura Catastrófica].

#### Sección 5.6 Cómo Medicare calcula los gastos directos de su bolsillo para los medicamentos por receta

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

Medicare tiene reglas sobre lo que cuenta y lo que *no* cuenta como gastos directos de su bolsillo. Cuando usted llega al límite de gastos de su bolsillo de $*[insert 2017 out-of-pocket threshold*], pasará de la Etapa de Cobertura Inicial a la Etapa de Cobertura Catastrófica.

Estas son las reglas de Medicare que tenemos que seguir cuando le demos seguimiento a los gastos por medicamentos directos de su bolsillo.

**Estos pagos están incluidos en los gastos directos de su bolsillo**

Cuando usted sume los gastos directos de su bolsillo, **puede incluir** los pagos mencionados a continuación (siempre y cuando sean parte de los medicamentos cubiertos de la Parte D y usted siga las reglas para la cobertura de medicamentos que se explican en el Capítulo 3 de este folleto):

* La cantidad que usted paga por los medicamentos cuando se encuentra en alguna de estas etapas de pago de medicamentos:
  + *[Plans without a deductible, omit]* La Etapa del Deducible.
  + La Etapa Inicial de Cobertura.
* Cualquier pago que haya hecho durante este año calendario como miembro de otro plan de medicamentos recetados de Medicare antes de inscribirse en nuestro plan.

Importa quien paga:

* Si usted hizo estos pagos **usted mismo**, están incluidos en los gastos directos de su bolsillo.
* Estos pagos están *también incluidos* si se han hecho en su nombre por parte de **ciertas personas u organizaciones.** Esto incluye pagos por sus medicamentos hechos por un amigo o familiar, por la mayoría de las caridades, por los programas de asistencia para medicamentos contra el SIDA, *[plans without an SPAP in their state delete next item]* por un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica que esté calificado por Medicare, o por el Servicio de Salud para Indígenas. Los pagos hechos por el Programa de “Ayuda Extra” de Medicare también están incluidos.
* Algunos de los pagos hechos por el Programa de Descuento para la Brecha en la Cobertura de Medicare están incluidos. La cantidad que paga el fabricante por sus medicamentos de marca está incluida. Pero la cantidad que paga el plan por los medicamentos genéricos no está incluida.

Pasar a la Etapa de Cobertura Catastrófica:

*When you (or those paying on your behalf) have spent a total of $[insert 2017 out-of-pocket threshold*] *in out-of-pocket costs within the calendar year, you will move from the Initial Coverage Stage to the Catastrophic Coverage Stage.*

**Estos pagos no están incluidos en los costos directos de su bolsillo**

Cuando usted sume los gastos directos de su bolsillo, **no podrá incluir** ninguno de los siguientes tipos de pagos por los medicamentos por receta:

* [*Plans with no premium, omit]* La cantidad que usted paga por su prima.
* Los medicamentos que usted compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
* Los medicamentos que no están cubiertos por nuestro plan.
* Los medicamentos que usted adquiere en una farmacia fuera de nuestra red que no cumpla 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 sean de la Parte D, incluidos medicamentos de receta cubiertos por la Parte A o la Parte B y otros medicamentos excluidos de la cobertura de Medicare.]

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

* Medicamentos de receta cubiertos por la Parte A o la Parte B.
* Los pagos que usted hace por los medicamentos cubiertos bajo nuestra cobertura adicional pero que normalmente no están cubiertos en un Plan de Medicamentos por Receta de Medicare.]
* [*Insert if applicable:* Los pagos que usted haga por los medicamentos de receta que normalmente no están cubiertos en un Plan de Medicamentos por Receta de Medicare.]
* Los pagos hechos por el plan por sus medicamentos de marca o genéricos mientras esté en la Brecha en la Cobertura.
* Los pagos por sus medicamentos que hayan sido hechos por planes de salud de grupo incluyendo planes de salud del empleador.
* Los pagos por sus medicamentos que hayan sido hechos por ciertos planes de seguro y programas de salud fundados por el gobierno como TRICARE y la Administración de Veteranos.
* Los pagos por sus medicamentos que hayan sido hechos por un tercero con una obligación legal de pagar los costos de las recetas (por ejemplo, Compensación por Accidentes de Trabajo).

*Recordatorio:*Si cualquier otra organización como las que se mencionan más arriba paga parte o todos los gastos directos de su bolsillo por los medicamentos, usted está obligado a decírselo a nuestro plan. Llame a Servicios para Miembros para comunicárnoslo (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

*¿Cómo puede llevar un registro del total de gastos directos de su bolsillo?*

* **Nosotros lo ayudaremos**. El reporte de la *Explicación de Beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D) que le enviamos incluye la cantidad actual de los gastos directos de su bolsillo (La Sección 3 de este capítulo habla de este informe). Cuando usted alcanza un total de $[*insert 2017 out-of-pocket threshold*] en gastos directos de su bolsillo para el año, este informe le dirá que usted ha pasado de la Etapa de Cobertura Inicial a la Etapa de Cobertura Catastrófica.
* **Asegúrese de que tenemos la información que necesitamos**. La Sección 3.2 habla de lo que usted puede hacer para asegurarse de que nuestros archivos de lo que usted ha gastado están completos y actualizados.]

### SECCIÓN 6 Durante la Etapa de Brecha en la Cobertura, [*insert as appropriate*: usted recibe un descuento en los medicamentos de marca y no paga más del 51% de los costos de los medicamentos genéricos *OR* el plan ofrece alguna cobertura de medicamentos]

#### Sección 6.1 Usted sigue en la Etapa de Brecha en la Cobertura hasta que los gastos directos de su bolsillo alcancen $*[insert 2017 out-of-pocket threshold]*

[*Plans with no coverage gap replace Section 6 title with:* No hay brecha en la cobertura para *[insert 2017 plan name].*]

[*Plans with no coverage gap replace Section 6.1 title with:* Usted no tiene una brecha en la cobertura para sus medicamentos de la Parte D.]

[*Plans with no coverage gap replace text below with*: No hay brecha en la cobertura para [*insert 2017 plan name*]. Una vez que usted sale de la Etapa de Cobertura Inicial, pasa a la Etapa de Cobertura Catastrófica. Vea la Sección 7 para información sobre su cobertura en la Etapa de Cobertura Catastrófica.]

*[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 de Brecha en la Cobertura, el Programa de Descuento para la Brecha en la Cobertura de Medicare le ofrece descuentos del fabricante en medicamentos de marca. Usted paga el 40% del precio negociado y una parte de la tarifa de dispensación para medicamentos de marca. Tanto la cantidad que usted paga y la cantidad que descuenta el fabricante cuentan para los gastos directos de su bolsillo como si usted los hubiera pagado y lo hace avanzar por la brecha en la cobertura.

Usted también recibirá algo de cobertura para medicamentos genéricos. Usted no paga más del 51% del costo por los medicamentos genéricos y el plan paga el resto. Para los medicamentos genéricos, la cantidad pagada por el plan (49%) no cuenta para los gastos directos de su bolsillo. Solo cuenta la cantidad que usted paga y es la que lo hace avanzar por la brecha en la cobertura.

Usted seguirá pagando el precio con descuento por los medicamentos de marca y no paga más del 51% del costo por los medicamentos genéricos hasta que los pagos anuales directos de su bolsillo alcancen la cantidad máxima que ha establecido Medicare. En el 2017, esa cantidad es $*[insert 2017 out-of-pocket threshold].*

Medicare tiene reglas sobre lo que cuenta y lo que *no* cuenta como gastos directos de su bolsillo. Cuando usted alcance un límite de gastos directos de su bolsillo de $*[insert 2017 out-of-pocket threshold]*, usted pasa de la Etapa de Brecha en la Cobertura a la Etapa de Cobertura Catastrófica.

#### Sección 6.2 Cómo Medicare calcula los gastos directos de su bolsillo en medicamentos por receta

*[Plans with no additional coverage gap: delete Section 6.2]*

Estas son las reglas de Medicare que debemos seguir cuando le damos seguimiento a sus gastos en medicamentos directos de su bolsillo.

**Estos pagos están incluidos en los gastos directos de su bolsillo**

*Cuando usted sume los gastos directos de su bolsillo,* ***puede incluir*** *los pagos mencionados a continuación (siempre y cuando sean parte de los medicamentos cubiertos de la Parte D y usted siga las reglas de cobertura de medicamentos que se explican en el Capítulo 3 de este folleto):*

* La cantidad que usted paga por los medicamentos cuando usted esté 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 de Brecha en la Cobertura.
* Cualquier pago que haya hecho durante este año calendario como miembro de un plan de medicamentos por receta antes de inscribirse en nuestro plan.

**Importa quién paga:**

* Si usted hizo estos pagos **usted mismo**, están incluidos en los gastos directos de su bolsillo.
* Estos pagos *también* están incluidos si se hacen a su nombre por **ciertas personas u organizaciones.** Esto incluye pagos por sus medicamentos hechos por un amigo o familiar, por la mayoría de las caridades, por los programas de asistencia para medicamentos contra el SIDA, *[plans without an SPAP in their state delete next item]* por un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica que esté calificado por Medicare, o por el Servicio de Salud para Indígenas. Los pagos hechos por el Programa de “Ayuda Extra” de Medicare también están incluidos.
* Algunos de los pagos hechos por el Programa de Descuento para la Brecha en la Cobertura de Medicare están incluidos. La cantidad que paga el fabricante por sus medicamentos de marca está incluida. Pero la cantidad que paga el plan por los medicamentos genéricos no está incluida.

**Pasar a la Etapa de Cobertura Catastrófica:**

Cuando usted (o aquellos que pagan en su nombre) haya pagado un total de $*[insert 2017 out-of-pocket threshold]* en gastos directos de su bolsillo dentro del año calendario, usted pasará de la [*insert as applicable:* Etapa de Cobertura Inicial *OR* Etapa de Brecha en la Cobertura] a la Etapa de Cobertura Catastrófica.

Estos pagos no están incluidos en los gastos directos de su bolsillo

Cuando usted sume los gastos directos de su bolsillo, usted **no puede incluir** ninguno de estos tipos de pagos por los medicamentos por receta:

* [*Plans with no premium, omit]* La cantidad que usted paga por su prima mensual.
* Los medicamentos que usted compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
* Los medicamentos que no están cubiertos por nuestro plan.
* Los medicamentos que usted adquiere en una farmacia fuera de la red que no cumple 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 son de la Parte D, incluidos medicamentos por receta cubiertos por la Parte A o la Parte B y otros medicamentos excluidos de la cobertura de Medicare.]

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

* Medicamentos por receta cubiertos por la Parte A o la Parte B.
* Los pagos que usted hace por sus medicamentos cubiertos bajo nuestra cobertura adicional pero que normalmente no están cubiertos en un Plan de Medicamentos por Recetas de Medicare.]
* [*Insert if applicable:* Los pagos que usted hace por medicamentos por receta que normalmente no están cubiertos en un Plan de Medicamentos por Recetas de Medicare.]
* Los pagos hechos por el plan por sus medicamentos de marca o genéricos mientras esté en la Brecha en la Cobertura.
* Los pagos por sus medicamentos que sean hechos por planes de salud grupales incluidos planes de salud del empleador.
* Los pagos por sus medicamentos que sean hechos por ciertos planes de seguros y programas de salud financiados por el gobierno como TRICARE y la Administración de Veteranos.
* Los pagos por sus medicamentos que sean hechos por terceros con una obligación legal de pagar los costos de las recetas (por ejemplo, Compensación por Accidentes de Trabajo).

*Recordatorio:*Si cualquier otra organización como las que se mencionan más arriba paga parte o todos los costos directos de su bolsillo por los medicamentos, usted está obligado a decírselo a nuestro plan. Llame a Servicios para Miembros para comunicárnoslo (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

*¿Cómo puede darle seguimiento al total de los gastos directos de su bolsillo?*

* **Nosotros lo ayudaremos.** El reporte de la *Explicación de Beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D) que le enviamos incluye la cantidad actual de los gastos directos de su bolsillo (La Sección 3 de este capítulo habla de este informe). Cuando usted alcanza un total de $*[insert 2017 out-of-pocket threshold]* en gastos directos de su bolsillo para el año, este informe le dirá que usted ha pasado de la [*insert as applicable:* Etapa de Cobertura Inicial *OR* Etapa de Brecha en la Cobertura]a la Etapa de Cobertura Catastrófica.
* **Asegúrese de que tenemos la información que necesitamos**. La Sección 3.2 habla de lo que usted puede hacer para asegurarse de que nuestros archivos de lo que usted ha gastado están completos y actualizados.]

### SECCIÓN 7 Durante la Etapa de Cobertura Catastrófica, el plan paga la mayoría de los costos de sus medicamentos

#### Sección 7.1 Una vez que usted esté en la Etapa de Cobertura Catastrófica, estará en esta etapa durante el resto del año

Usted califica para la Etapa de Cobertura Catastrófica cuando los gastos directos de su bolsillo han alcanzado el límite de $*[insert 2017 out-of-pocket threshold]* para el año calendario. Una vez que usted esté en la Etapa de Cobertura Catastrófica, estará en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.

Durante esta etapa, el plan pagará la mayoría de los costos de sus medicamentos.

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

*Option 1:*

* **Su parte** del costo de un medicamento cubierto será o bien un coseguro o un copago, la cantidad que sea *mayor*:
* – *ya sea* – un coseguro del 5% del costo del medicamento
* –*r* – $*[Insert 2017 catastrophic cost-sharing amount for generics/preferred multisource drugs*] para un medicamento genérico o un medicamento que se considera como genérico y $*[insert 2017 catastrophic cost-sharing amount for all other drugs*] por todos los demás medicamentos.
* **Nuestro plan paga el resto** del costo.

*Option 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 sobre 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 adquiera

#### Sección 9.1 Nuestro plan puede tener una cobertura por separado para el medicamento en sí de la vacuna de la Parte D y por el costo de administrarle la vacuna

Nuestro plan ofrece cobertura para un número de vacunas de la Parte D. Nuestra cobertura de vacunas tiene dos partes:

* La primera parte de la cobertura es el costo **del medicamento en sí de la vacuna**. La vacuna es un medicamento por receta.
* La segunda parte de la cobertura es por el costo de **administrarle la vacuna**. (Eso se conoce a veces como “administración” de la vacuna.)

¿Qué paga usted por una vacuna de la Parte D?

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

**1. Del tipo de vacuna** (contra qué lo han vacunado).

* + Algunas vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Usted puede encontrar estas vacunas en la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* del plan*.*
  + Otras vacunas son consideradas beneficios médicos y están cubiertas por el Medicare Original.

**2. Del lugar donde usted adquiere el medicamento de la vacuna.**

**3. De quién le pone la vacuna.**

Lo que usted paga en el momento en que adquiere la vacuna de la Parte D puede variar dependiendo de las circunstancias. Por ejemplo:

* Algunas veces cuando a usted le ponen la vacuna tiene que pagar el costo completo por el medicamento de la vacuna y porque le administren la vacuna. Usted puede pedirle a nuestro plan que le reembolse por la parte del costo que tenemos que pagar nosotros.
* En otras ocasiones, cuando usted adquiera el medicamento de la vacuna o cuando le administran la vacuna, pagará solo su parte de los costos.

Para mostrarle cómo funciona, hay tres formas comunes en las que usted podría adquirir una vacuna de la Parte D. [*Insert if applicable:* Recuerde que usted es responsable por todos los costos relacionados con las vacunas (incluyendo que se la administren) durante la [*insert as applicable:* Etapa del Deducible OR Etapa de Brecha en la Cobertura *OR* Etapa del Deducible y de Brecha en la Cobertura] de sus beneficios.]

*Situación 1:* Usted compra la vacuna de la Parte D en la farmacia y le administran la vacuna en la farmacia de la red. (Usted puede o no tener esta opción en dependencia de dónde viva. Algunos estados no les permiten a las farmacias administrar vacunas.)

* Usted tendrá que pagarle a la farmacia la cantidad de su [insert as appropriate: coseguro OR copago] por la vacuna y por el costo de administrarle la vacuna.
* Nuestro plan pagará el resto de los gastos.

*Situación 2:* A usted le ponen la vacuna de la Parte D en el consultorio de su médico.

* Cuando le pongan la vacuna, usted paga por el costo total de la vacuna y porque se la administren.
* Entonces puede pedirle a nuestro plan que pague su parte de los costos usando los procedimientos que se describen en el Capítulo 5 de este folleto (*Pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de los medicamentos cubiertos*)*.*
* Se le reembolsará por la cantidad que pagó menos su [*insert as appropriate:* coseguro *OR* copago] normal por la vacuna (incluyendo la administración) [*Insert the following only if an out-of-network differential is charged:* menos cualquier diferencia entre la cantidad que cobra el médico y lo que pagamos normalmente. (Si usted recibe “Ayuda Extra”, le reembolsaremos por esa diferencia.)]

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

* Usted tendrá que pagarle a la farmacia la cantidad de su [*insert as appropriate:* coseguro *OR* copago] por la vacuna en sí.
* Cuando su médico le ponga a vacuna, usted pagará el costo completo por este servicio. Entonces puede pedirle a nuestro plan que pague su parte de los costos usando los procedimientos que se describen en el Capítulo 5 de este folleto.
* Se le reembolsará por la cantidad que cobró el médico por administrarle la vacuna [*Insert the following only if an out-of-network differential is charged:* menos cualquier diferencia entre la cantidad que cobra el médico y lo que pagamos normalmente. (Si usted recibe “Ayuda Extra”, le reembolsaremos por esa diferencia.)]

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

#### Sección 9.2 Es buena idea que nos llame al número de Servicios para Miembros antes de adquirir una vacuna

Las reglas para cubrir las vacunas son complicadas. Nosotros estamos aquí para ayudarlo. Le recomendamos que siempre que esté pensando en ponerse una vacuna, llame primero a Servicios para Miembros. (Los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto.)

* Podemos decirle cómo nuestro plan cubre las vacunas y explicarle su parte de los costos.
* Podemos decirle cómo lograr que le cueste menos a usted usando los proveedores y las farmacias de nuestra red.
* Si usted no puede usar un proveedor y una farmacia de la red, podemos decirle lo que debe hacer para obtener el pago de nosotros por la parte de los costos que nos corresponde.

### SECCIÓN 10 ¿Tiene que pagar la “penalidad por inscripción tardía” en la Parte D?

#### Sección 10.1 ¿Qué es la “penalidad por inscripción tardía” en la Parte D?

**Aviso:** Si usted recibe la “Ayuda Extra” de Medicare para pagar por sus medicamentos por receta, no tendrá que pagar la penalidad por inscripción tardía.

La penalidad por inscripción tardía es una cantidad que se agrega a su prima de la Parte D. Puede ser que usted deba una penalidad por inscripción tardía si en algún momento después que se acaba el periodo inicial de inscripción usted, hay un periodo de 63 días o más seguidos en los que usted no tuvo Parte D u otra cobertura válida de medicamentos por receta. Una “cobertura válida de medicamentos por receta” es una cobertura que cumpla con los estándares mínimos de Medicare pues se espera que pague, como promedio, al menos tanto como la cobertura de medicamentos por receta estándar de Medicare. La cantidad de la penalidad depende de cuánto usted esperó para inscribirse en un plan de cobertura válida de medicamentos por receta después que terminó su periodo inicial de inscripción o cuántos meses calendario completos estuvo sin cobertura válida de medicamentos por receta. Usted tendrá que pagar esta penalidad por todo el tiempo que tenga cobertura de la Parte D.

La penalidad por inscripción tardía se agrega a su prima mensual. *[Plans that do not allow quarterly premium payments, omit the next sentence.]* (A los miembros que decidan pagar su prima cada tres meses se les agregará la penalidad a su prima cada tres meses.) Cuando se inscriba por primera vez en *[insert 2017 plan name],* le haremos saber la cantidad de la penalidad.

La penalidad por inscripción tardía se considera parte de la prima del plan. [*Insert the following text if the plan disenrolls for failure to pay premiums*: Si usted no paga su penalidad por inscripción tardía, podría dársele de baja por no pagar la prima del plan.]

[*Plans with no plan premium, replace the previous two paragraphs with the following language:* Cuando usted se inscriba por primera vez en el *[insert 2017 plan name],* le haremos saber la cantidad de la penalidad. La penalidad por inscripción tardía se considera la prima del plan. [*Insert the following text if the plan disenrolls for failure to pay premiums*: Si usted no paga su penalidad por inscripción tardía, podría dársele de baja del plan.]]

#### Sección 10.2 ¿Cuánto es la penalidad por inscripción tardía en la Parte D?

Medicare determina la cantidad de la penalidad. Así es como funciona:

* Primero cuenta el número de meses completos que usted dilató su inscripción en un plan de medicamentos de Medicare, cuando usted ya era elegible para inscribirse. O cuenta el número de meses completos que usted no tuvo una cobertura válida de medicamentos por receta, si la ruptura en la cobertura fue de 63 días o más. La penalidad es del 1% por cada mes que no recibió cobertura válida. Por ejemplo, si usted se pasa 14 meses sin cobertura, la penalidad será del 14%.
* Luego Medicare determina la cantidad de la prima promedio mensual para los planes de medicamentos de Medicare en el país para el año anterior. [*Insert EITHER:* Para 2017, esta cantidad de la prima promedio es $*[insert 2017 national base beneficiary premium]* *OR* Para 2016, esta cantidad de la prima promedio fue $[*insert 2016 national base beneficiary premium*]. Esta cantidad puede cambiar para el 2017.]
* Para calcular su penalidad mensual, usted multiplica el por ciento de la penalidad y la prima mensual promedio y luego lo redondea a los 10 centavos más cercanos. En el ejemplo que se muestra aquí sería 14% multiplicado por $*[insert base beneficiary premium]*, que es igual a $*[insert amount]*. Esto se redondea a $*[insert amount]*. Esta cantidad se añadiría a **la prima mensual para alguien con una penalidad por inscripción tardía**.

Hay tres cosas importantes que se deben señalar sobre esta penalidad por inscripción tardía:

* Primero, **la penalidad puede cambiar por año**, porque la prima mensual promedio puede cambiar por año. Si la prima promedio nacional (según lo determina Medicare) aumenta, su penalidad va a aumentar.
* Segundo, **usted seguirá pagando una penalidad** todos los meses siempre que esté inscrito en un plan que tenga beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare.
* Tercero, si usted es menor de 65 años y actualmente está recibiendo beneficios de Medicare, la penalidad por inscripción tardía se va a recalcular cuando usted cumpla 65 años. Después de los 65 años de edad, su penalidad por inscripción tardía se basará solamente en los meses que no tenga cobertura después de su periodo de inscripción inicial por llegar a la edad de Medicare.

#### Sección 10.3 En algunas situaciones, usted se puede inscribir tarde y no tendrá que pagar una penalidad

Incluso si usted se demora para inscribirse en un plan que ofrezca cobertura de la Parte D de Medicare cuando sea elegible por primera vez, a veces usted no tiene que pagar la penalidad por inscripción tardía.

**Usted no tendrá que pagar una penalidad por inscripción tardía si está en alguna de estas situaciones:**

* Si ya tiene una cobertura de medicamentos recetados que se espera que pague, como promedio, tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare. Medicare le llama a esto “**cobertura válida de medicamentos**”. Tenga en cuenta que:
  + La cobertura válida podría incluir cobertura de medicamentos de un antiguo empleador o sindicato, TRICARE o el Departamento de Asuntos de los Veteranos. Su compañía de seguros o su departamento de recursos humanos le dirá todos los años si su cobertura de medicamentos es una cobertura válida. Esta información se le puede enviar en una carta o se puede incluir en el boletín del plan. Guarde esta información, porque la puede necesitar si se inscribe más tarde en un plan de medicamentos de Medicare.
    - Tenga en cuenta que: Si usted recibe un “certificado de cobertura válida” cuando termina su cobertura de salud, puede ser que eso no signifique que su cobertura de medicamentos era válida. El aviso tiene que decir que usted tenía cobertura “válida” de medicamentos recetados que se esperaba que pagara tanto como un plan estándar de medicamentos recetados de Medicare.
  + Los siguientes *no* son coberturas válidas de medicamentos recetados: tarjetas de descuento de medicamentos recetados, clínicas gratuitas y sitios web de descuentos para medicamentos.
  + Para obtener información adicional sobre la cobertura válida, vea su manual *Medicare y Usted* *2017* o llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. Usted puede llamar a estos números de manera gratuita, las 24 horas, los 7 días de la semana.
* Si usted se encontraba sin cobertura válida, pero estuvo sin ella por menos de 63 días seguidos.
* Si usted recibe “Ayuda Extra” de Medicare.

#### Sección 10.4 ¿Qué puede hacer usted si no está de acuerdo con su penalidad por inscripción tardía?

Si no está de acuerdo con su penalidad por inscripción tardía, usted o su representante puede solicitar una revisión de la decisión sobre su penalidad por inscripción tardía. Por lo general, usted tiene que solicitar esta revisión **no más de 60 días** después de la fecha de la carta que reciba informándole que tiene que pagar una penalidad por inscripción tardía. Llame a Servicios para Miembros para conocer más sobre cómo hacerlo (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

[*Insert the following text if the plan disenrolls for failure to pay premiums*: **Importante:** No deje de pagar su penalidad por inscripción tardía mientras espere la revisión de la decisión sobre su penalidad por inscripción tardía. Si lo hace, podrían darle de baja por dejar de pagar las primas de su plan.]

### SECCIÓN 11 ¿Tiene que pagar una cantidad adicional por la Parte D debido a sus ingresos?

#### Sección 11.1 ¿Quién paga una cantidad adicional por la Parte D debido a sus ingresos?

La mayoría de las personas pagan una prima mensual estándar por la Parte D. Sin embargo, algunas personas pagan una cantidad adicional debido a sus ingresos anuales. Si sus ingresos son $*[insert amount]*o más para una persona (o personas casadas que hacen declaraciones separadas) o $*[insert amount]*o más para parejas casadas, usted tiene que pagar una cantidad adicional directamente al gobierno por su cobertura de la Parte D de Medicare.

Si usted tiene que pagar una cantidad adicional, el Seguro Social, no su plan de Medicare, le enviará una carta informándole cuál será esa cantidad adicional y cómo pagarla. La cantidad adicional se va a descontar de su cheque de beneficios de Seguro Social, Junta de Jubilación del Ferrocarril o la Oficina de Administración de Personal, independientemente de cómo usted pague normalmente la prima de su plan, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir la cantidad adicional que debe. Si su cheque de beneficios no es suficiente para cubrir la cantidad adicional que se debe, usted recibirá una factura de Medicare. **Usted tiene que pagarle la cantidad adicional al gobierno. No se puede pagar con la prima mensual de su plan.**

#### Sección 11.2 ¿Cuánto es la cantidad adicional por la Parte D?

Si su Ingreso Bruto Ajustado Modificado (MAGI) según se reporta en su declaración de impuestos del IRS está por encima de cierta cantidad, usted pagará una cantidad adicional además de su prima mensual del plan.

La siguiente tabla muestra la cantidad adicional basada en sus ingresos.

| **Si usted presenta una declaración de impuestos individual y su ingreso en** *[insert year]* **fue:** | **Si estaba casado pero presenta su declaración de impuestos por separado y su ingreso en** *[insert year]* **fue:** | **Si presenta una declaración de impuestos conjunta y su ingreso en** *[insert year]* **fue:** | **Este es el costo mensual de la cantidad adicional por la Parte D (que se debe pagar además de la prima de su plan)** |
| --- | --- | --- | --- |
| Igual a o menos de $*[insert amount]* | Igual a o menos de $*[insert amount]* | Igual a o menos de $*[insert amount]* | $0 |
| Mayor que$*[insert amount]* y menos que o igual a $*[insert amount]* |  | Mayor que$*[insert amount]* y menos que o igual a $ *[insert amount]* | *[Insert amount]* |
| Mayor que$*[insert amount]* y menos que o igual a $*[insert amount]* |  | Mayor que$*[insert amount]* y menos que o igual a $ *[insert amount]* | *[Insert amount]* |
| Mayor que$*[insert amount]* y menos que o igual a $*[insert amount]* | Mayor que $*[insert amount]* y menos que o igual a $*[insert amount]* | Mayor que $*[insert amount]* y menos que o igual a $*[insert amount]* | *[Insert amount]* |
| Mayor que $*[insert amount]* | Mayor que $*[insert amount]* | Mayor que $*[insert amount]* | *[Insert amount]* |

#### Sección 11.3 ¿Qué puede hacer si no está de acuerdo con pagar una cantidad adicional por la Parte D?

Si usted no está de acuerdo con pagar una cantidad adicional debido a sus ingresos, puede solicitarle al Seguro Social que revise la decisión. Para conocer más acerca de cómo hacerlo, comuníquese con el Seguro Social al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

#### Sección 11.4 ¿Qué sucede si usted no paga la cantidad adicional por la Parte D?

La cantidad adicional se le paga directamente al gobierno (no a su plan de Medicare) para su cobertura de la Parte D de Medicare. Si usted está obligado a pagar la cantidad adicional y no lo hace, se va a cancelar su inscripción en el plan y perderá la cobertura de medicamentos recetados.

CAPÍTULO 5

Pedirnos que paguemos nuestra parte de los costos por los medicamentos cubiertos

## Capítulo 5. Pedirnos que paguemos nuestra parte de los costos por los medicamentos cubiertos

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

Sección 1.1 Si usted paga su parte del costo de sus medicamentos cubiertos, puede pedirnos el pago 100

SECCIÓN 2 Cómo pedirnos un reembolso 101

Sección 2.1 Cómo y cuándo enviarnos su solicitud de pago 101

SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y le diremos sí o no 102

Sección 3.1 Verificaremos para ver si debemos cubrir el medicamento y cuánto le debemos 102

Sección 3.2 Si le decimos que no vamos a pagar todo o una parte del medicamento, usted puede apelar 103

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

Sección 4.1 En algunos casos, usted debe enviarnos copias de sus recibos para ayudarnos a mantener el control de los gastos directos de su bolsillo en costos de medicamentos 103

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

#### Sección 1.1 Si usted paga su parte del costo de sus medicamentos cubiertos, puede pedirnos el pago

A veces cuando usted recibe un medicamento recetado, puede ser que tenga que pagar el costo completo al momento. Otras veces, puede darse cuenta de que ha pagado más de lo que esperaba de acuerdo con las reglas de cobertura del plan. En cualquiera de esos casos, usted le puede pedir a nuestro plan que le devuelva el dinero (esa devolución que se le hace con frecuencia se conoce como “reembolso”).

Estos son ejemplos de situaciones en las que puede ser que usted tenga que pedirle un reembolso a nuestro plan. Todos estos ejemplos son tipos de decisiones relacionadas con la cobertura (para más información sobre las decisiones relacionadas con la cobertura, vaya al Capítulo 7 de este folleto).

**1. Cuando usted usa una farmacia fuera de la red para obtener su medicamento por receta**

Si usted va a una farmacia fuera de la red y trata de usar su tarjeta de membresía para obtener un medicamento por receta, puede ser que la farmacia no pueda presentarnos la reclamación directamente. Lo que sucede es que usted paga el costo completo del medicamento (nosotros solo cubrimos los medicamentos recetados que se obtienen en farmacias fuera de la red en alguna situaciones especiales. Vaya al Capítulo 3, Sección 2.5 para conocer más).

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

**2. Cuando usted paga el costo completo del medicamento por receta porque no ha llevado su tarjeta de membresía**

Si usted no tiene la tarjeta de membresía en el momento de pagar, le puede pedir a la farmacia que llame al plan o que busque su información de inscripción. Sin embargo, si la farmacia no puede obtener la información de inscripción que necesitan de inmediato, puede ser que usted tenga que pagar el costo completo del medicamento por receta.

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

**3. Cuando usted paga todo el costo de su medicamento por receta en otras situaciones**

Puede ser que usted pague el costo completo del medicamento por receta porque se entera de que el medicamento recetado no está cubierto por alguna razón.

* Por ejemplo, puede ser que el medicamento no esté en la *Lista de Medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan; o puede tener un requisito o restricción que usted desconocía o no cree que se debe aplicar a usted. Si decide obtener el medicamento de inmediato, puede ser que tenga que pagar el costo completo del mismo.
* Conserve su recibo y envíenos una copia cuando nos pida que le reembolsemos. En algunas situaciones, podríamos necesitar más información de su médico para poder reembolsarle nuestra parte del costo.

**4. Si usted está inscrito de manera retroactiva en nuestro plan.**

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

Si usted está inscrito de manera retroactiva en nuestro plan y paga de su bolsillo cualquiera de sus medicamentos después de la fecha de inscripción, puede pedirnos que le reembolsemos nuestra parte de los costos. Usted tendrá que enviarnos la documentación para que nos encarguemos del reembolso.

Llame a Servicios para Miembros para recibir información adicional sobre cómo pedirnos un reembolso y fechas límites para hacer la solicitud (Los números de teléfono de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este folleto).

*[Plans should insert additional circumstances under which they will accept a paper claim from an enrollee.]*

Todos los ejemplos anteriores son tipos de decisiones relacionadas con la cobertura. Esto significa que si le denegamos su solicitud de pago, usted puede apelar nuestra decisión. El Capítulo 7 de este folleto (*Qué hacer si tiene problemas o quejas (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*) contiene información sobre cómo hacer una apelación.

### SECCIÓN 2 Cómo pedirnos un reembolso

#### Sección 2.1 Cómo y cuándo enviarnos su solicitud de pago

Envíenos su solicitud de pago, junto con su recibo del pago realizado. Es buena idea hacer copia de sus recibos para sus archivos.

[*If the plan has developed a specific form for requesting payment, insert the following language:* Para cerciorarse de que nos está dando toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede completar nuestro formulario de reclamación para solicitar el pago.

* Usted no tiene que usar el formulario, pero esto nos ayudará a procesar más rápido la información.
* Puede descargar una copia de nuestro sitio web ([*insert URL*]) o llamar a Servicios para Miembros y solicitar un formulario (Los números de teléfono de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este folleto.)]

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 conocer los detalles, vaya al Capítulo 2, Sección 1 y busque la Sección llamada, *[plans may edit Section title as necessary]* A dónde enviar una solicitud que nos pida pagar nuestra parte del costo de un medicamento que usted haya recibido.]

[*Insert if applicable:* **Usted debe presentarnos su reclamación no más de [*insert timeframe*]** después de la fecha en que haya recibido el servicio, artículo o medicamento.]

Comuníquese con Servicios para Miembros si tiene alguna pregunta (los números de teléfonos están impresos en la contraportada de este folleto). Si no sabe lo que debía haber pagado, nosotros podemos ayudarlo. También puede llamar si quiere darnos más información sobre una solicitud de pago que ya nos haya enviado.

### SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y le diremos sí o no

#### Sección 3.1 Verificaremos para ver si debemos cubrir el medicamento y cuánto le debemos

Cuando recibimos su solicitud de pago, le diremos si necesitamos que nos dé alguna información adicional. De lo contrario, consideraremos su solicitud y tomaremos una decisión de cobertura.

* Si decidimos que el medicamento está cubierto y que usted siguió todas las reglas para obtener el medicamento, pagaremos nuestra parte del costo. Le enviaremos a usted su reembolso de nuestra parte del costo (El Capítulo 3 explica las reglas que debe seguir para que se cubran su medicamentos por receta de la Parte D). Le enviaremos el pago no más de 30 días después del recibo de su solicitud.
* Si decidimos que el medicamento *no* está cubierto o que usted *no* siguió todas las reglas, no pagaremos nuestra parte del costo. En lugar de esto, le enviaremos una carta donde explicaremos las razones por las que no le enviamos el pago que usted solicitó y sus derechos a apelar esa decisión.

#### Sección 3.2 Si le decimos que no vamos a pagar todo o una parte del medicamento, usted puede apelar

Si piensa que cometimos un error al denegarle su solicitud de pago o no está de acuerdo con la cantidad que le estamos pagando, usted puede apelar. Si hace una apelación, quiere decir que nos está pidiendo que cambiemos la decisión que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Para obtener detalles sobre cómo hacer esta apelación, vaya al Capítulo 7 de este folleto (*Qué hacer si tiene problemas o quejas (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas))*. La apelación es un proceso formal con procedimientos detallados e importantes fechas límites. Si presentar una apelación es algo nuevo para usted, le resultará útil comenzar a leer la Sección 4 del Capítulo 7. La Sección 4 es una Sección introductoria que explica el proceso de decisiones relacionadas con la cobertura y apelaciones y ofrece definiciones de términos como “apelación”. Después que haya leído la Sección 4, puede ir a la Sección 5.5 en el Capítulo 7 para ver una explicación paso por paso de cómo presentar una apelación.

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

#### Sección 4.1 En algunos casos, usted debe enviarnos copias de sus recibos para ayudarnos a mantener el control de los gastos directos de su bolsillo en costos de medicamentos

Estas son algunas situaciones en las que usted debe informarnos acerca de los pagos que haga por sus medicamentos. En estos casos, usted no nos está pidiendo un pago. En lugar de eso, nos está informando de sus pagos para que podamos calcular correctamente los gastos directos de su bolsillo. Esto puede ayudarlo a calificar más rápido para la fase de Cobertura Catastrófica.

Estas son dos situaciones en las que usted debe enviarnos copias de sus recibos para hacernos saber sobre los pagos que ha hecho por sus medicamentos:

**1. Cuando usted compra un medicamento por un precio más bajo que nuestro precio**

*[Plans with neither a coverage gap nor a deductible should delete this Section.]*

A veces cuando usted está en [*insert if applicable:* Etapa del Deducible *OR* Etapa de Brecha en la Cobertura *OR* Etapa del Deducible y Etapa de Brecha en la Cobertura] puede comprar su medicamento **en una farmacia de la red** por un precio menor que nuestro precio.

* Por ejemplo, una farmacia puede ofrecer un precio especial por el medicamento. O puede ser que usted tenga una tarjeta de descuento que está fuera de nuestro beneficio y ofrece un precio más bajo.
* A menos que apliquen condiciones especiales, usted tiene que usar una farmacia de la red en estas situaciones y su medicamento tiene que estar en nuestra Lista de Medicamentos.
* Conserve su recibo y envíenos una copia para que podamos tener el conteo de los gastos directos de su bolsillo con el fin de calificarlo para la fase de Cobertura.
* **Tenga en cuenta que:** Si usted está en Etapa del Deducible *OR* Etapa de Brecha en la Cobertura *OR* Etapa del Deducible y Etapa de Brecha en la Cobertura], nosotros [*insert as applicable:* no *OR* puede que no paguemos] pagaremos por ninguna parte de los costos de estos medicamentos. Pero enviar una copia del recibo nos permite calcular correctamente los gastos directos de su bolsillo y nos ayuda a calificarlo más rápido para la etapa de Cobertura Catastrófica.

**2. Cuando usted obtiene un medicamento a través de un programa de asistencia al paciente ofrecido por un fabricante de medicamentos**

Algunos miembros participan en un programa de asistencia al paciente ofrecido por un fabricante de medicamentos que está fuera de los beneficios del plan. Si usted recibe algún medicamento a través de un programa ofrecido por un fabricante de medicamentos, puede ser que haga un copago al programa de asistencia al paciente.

* Conserve su recibo y envíenos una copia para que tengamos un conteo de los gastos directos de su bolsillo con el fin de calificarlo para la fase de Cobertura Catastrófica.
* **Atención:** Debido a que usted está recibiendo su medicamento a través del programa de asistencia al paciente y no a través de los beneficios del plan, nosotros no pagaremos ninguna parte de los costos de estos medicamentos. Pero enviarnos una copia del recibo nos permite calcular correctamente los gastos directos de su bolsillo y podría ayudarnos a calificarlo más rápido para la fase de Cobertura Catastrófica.

Como usted no está solicitando un pago en los dos casos descritos anteriormente, estas situaciones no se consideran decisiones relacionadas con la cobertura. Por lo tanto, usted no puede apelar si no está de acuerdo con nuestra decisión.

CAPÍTULO 6

Sus derechos y responsabilidades

## Capítulo 6. Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1 Nuestro plan tiene que 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.]* Tenemos que proporcionar información en una manera adecuada para usted (en otros idiomas además de inglés, en Braille, en letras grandes o en otros formatos alternativos, etc.) 107

Sección 1.2 Tenemos que tratarlo con justicia y con respeto en todo momento 107

Sección 1.3 Tenemos que asegurarnos de que usted reciba acceso en el momento preciso a todos sus medicamentos cubiertos 108

Sección 1.4 Tenemos que proteger la privacidad de su información de salud personal 108

Sección 1.5 Tenemos que darle información sobre el plan, su red de farmacias y los medicamentos cubiertos 109

Sección 1.6 Tenemos que apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su atención médica 111

Sección 1.7 Usted tiene derecho a presentar quejas y a pedirnos que reconsideremos las decisiones que tomamos 112

Sección 1.8 ¿Qué puede hacer usted si cree que lo están tratando injustamente o que no se están respetando sus derechos? 112

Sección 1.9 Cómo recibir 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 tiene que 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.]* Tenemos que proporcionar información en una manera adecuada para usted (en otros idiomas además de inglés, en Braille, en letras grandes o en otros formatos alternativos, etc.)

*[Plans must insert a translation of Section 1.1 in all languages that meet the language threshold.]*

Para recibir información en una manera adecuada para usted, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Nuestro plan tiene personas e intérpretes de idiomas de servicio gratuito que están disponibles para responder a las preguntas de los miembros que no hablen inglés. *[If applicable, plans may insert information about the availability of written materials in languages other than English.]* Le podemos dar información en Braille, en letras grandes o en otros formatos alternativos si usted lo necesita. Si usted es elegible para Medicare por una discapacidad, estamos obligados a darle información sobre los beneficios del plan que sea accesible y apropiada para usted. Para obtener información de nosotros de una forma que sea adecuada para usted, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Si tiene algún problema para obtener información sobre su plan debido a dificultades relacionadas con el idioma o a una discapacidad, llame Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana, y dígales que usted quiere presentar una queja. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

#### Sección 1.2 Tenemos que tratarlo con justicia y con respeto en todo momento

Nuestro plan tiene que obedecer las leyes que lo protegen de la discriminación o el trato injusto. **Nosotros no discriminamos** por la raza de la persona, el origen étnico, la religión, el sexo, la edad, la discapacidad física o mental, el estatus de salud, la experiencia de reclamación, el historial médico, la información genética, las pruebas de que no sea asegurable ni la ubicación geográfica dentro del área de servicio.

Si desea más información o tiene preocupaciones acerca de discriminación o trato injusto, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) a su oficina local de Derechos Civiles.

Si usted tiene alguna discapacidad y necesita ayuda para tener acceso a la atención médica, llámenos a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). Si tiene alguna queja, como un problema con acceso a sillas de ruedas, Servicios para Miembros lo puede ayudar.

#### Sección 1.3 Tenemos que asegurarnos de que usted reciba acceso en el momento preciso a todos sus medicamentos cubiertos

Como miembro de nuestro plan, usted tiene derecho a obtener o resurtir sus medicamentos recetados en cualquiera de las farmacias de nuestra red. Si usted cree que no está recibiendo sus medicamentos de la Parte D dentro de un periodo de tiempo razonable, el Capítulo 7, Sección 7 de este folleto le dice lo que puede hacer (si le hemos denegado la cobertura de sus medicamentos recetados y usted no está de acuerdo con nuestra decisión, el Capítulo 7, Sección 4 le dice lo que puede hacer).

#### Sección 1.4 Tenemos que proteger la privacidad de su información de salud personal

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de sus archivos médicos y la información de su salud personal. Nosotros protegemos su información de salud personal según estipulan estas leyes.

* Su “información de salud personal” incluye la información personal que nos dio cuando se inscribió en este plan, así como sus archivos médicos y otra información médica y de salud.
* Las leyes que protegen su privacidad le otorgan los derechos relacionados con recibir información y controlar cómo se usa su información de salud. Le entregamos un aviso por escrito llamado “Aviso de Prácticas de Privacidad”, que le habla de dichos derechos y le explica cómo protegemos la privacidad de su información de salud.

**¿Cómo protegemos la privacidad de su información de salud?**

* Nos cercioramos de que las personas no autorizadas no vean ni cambien sus récords.
* En la mayoría de las situaciones, si le damos su información de salud a alguien que no le está ofreciendo atención médica ni pagando por su atención, *estamos obligados a obtener primero su permiso por escrito.* El permiso por escrito lo puede dar usted o alguien a quien usted le haya otorgado poderes legales para que tome decisiones por usted.
* Hay ciertas excepciones que no requieren que obtengamos primero su permiso por escrito. Estas excepciones están permitidas o son estipuladas por la ley.
  + Por ejemplo, estamos obligados a dar acceso a la información de salud a las agencias del gobierno que verifican la calidad de la atención médica.
  + Debido a que usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, estamos obligados a darle a Medicare su información de salud, incluyendo la información sobre sus medicamentos recetados de la Parte D. Si Medicare publica su información para investigación o para otros usos, esto se hará de acuerdo con los estatutos y regulaciones federales.

Usted puede ver la información en sus récords y conocer cómo se ha compartido con otros

Usted tiene el derecho de ver sus archivos médicos que tenga el plan, y a recibir una copia de sus récords. Nosotros estamos autorizados a cobrarle por hacer copias. Usted también tiene el derecho de pedirnos que añadamos información o hagamos correcciones a sus récords médicos. Si usted nos pide que lo hagamos, colaboraremos con su proveedor de cuidados de salud para decidir si los cambios se deben hacer.

Usted tiene derecho a saber cómo se ha compartido su información médica con otros para cualquier propósito que no sea de rutina.

Si usted tiene preguntas o preocupaciones sobre la privacidad de su información de salud personal, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

*[****Note:*** *Plans may insert custom privacy practices.]*

#### Sección 1.5 Tenemos que darle información sobre el plan, su red de farmacias y los 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 2017 plan name]*, usted tiene derecho a que le demos varios tipos de información (como se explicó anteriormente en la Sección 1.1, usted tiene derecho a que le demos información en una manera que sea adecuada para usted. Esto incluye recibir la información en otros idiomas que no sean el inglés, y en letras grandes y otros formatos alternativos).

Si usted quiere alguno de los siguientes tipos de información, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto):

* **Información sobre nuestro plan**. Esto incluye, por ejemplo, información acerca de la condición económica del plan. También incluye información acerca del número de apelaciones que han hecho los miembros y las evaluaciones de desempeño del plan, incluido cómo lo han evaluado los miembros del plan y comparaciones con otros planes de medicamentos por receta de Medicare.
* **Información sobre nuestra red de farmacias.** 
  + Por ejemplo, usted tiene derecho a que le demos información sobre las farmacias en nuestra red.
  + Para obtener una lista de farmacias en la red del plan, vea la *[insert name of pharmacy directory].*
  + Para obtener información más detallada sobre nuestras farmacias, puede llamar a Servicios para Miembros, (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) o visitar nuestro sitio web en*[insert URL].*
* **Información sobre su cobertura y las reglas que debe seguir cuando use nuestra cobertura.** 
  + Para obtener los detalles en su cobertura de medicamentos por receta de la Parte D, vea los Capítulos 3 y 4 de este folleto, y además la *Lista de Medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan*.* Estos Capítulos, junto con la *Lista de Medicamentos cubiertos (Formulario)*, le informan qué medicamentos están cubiertos y le explican las reglas que debe seguir y las restricciones de su cobertura para ciertos medicamentos.
  + Si tiene preguntas sobre las reglas o restricciones, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).
* **Información sobre por qué algo no está cubierto y lo que usted puede hacer.**
  + Si un medicamento de la Parte D no está cubierto para usted, o si su cobertura está restringida de alguna manera, usted puede pedir una explicación por escrito. Usted tiene derecho a esta explicación incluso si recibió su medicamento de una farmacia fuera de la red.
  + Si usted no está contento o está en desacuerdo con una decisión que tomemos sobre qué medicamento de la Parte D está cubierto para usted, tiene derecho a pedirnos que cambiemos la decisión. Usted puede pedirnos que cambiemos la decisión mediante una apelación. Para obtener detalles sobre qué hacer si algo no está cubierto para usted de la manera que usted pensaba que debería estar, vea el Capítulo 7 de este folleto. Ese capítulo le ofrece detalles de cómo apelar si usted quiere que cambiemos nuestra decisión (el Capítulo 7 también le informa cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención médica, los tiempos de espera y otras preocupaciones).
  + Si quiere pedirle a nuestro plan que pague su parte del costo de un medicamento por receta de la Parte D, vea el Capítulo 5 de este folleto.

#### Sección 1.6 Tenemos que apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su atención médica

Usted tiene derecho a dar instrucciones acerca de lo que se debe hacer si usted no es capaz de tomar decisiones médicas por sí 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 son capaces de tomar decisiones relacionadas con su atención médica debido a accidentes o enfermedades graves. Usted tiene derecho a decir qué desea que hagamos si usted se encuentra en esa situación. Esto significa que, *si usted lo desea*, usted puede:

* Llenar un formulario escrito para darle a **alguien la autoridad legal para tomar decisiones médicas por usted** en caso de que usted perdiera la capacidad de tomar decisiones por sí mismo.
* **Darles instrucciones por escrito a sus médicos** acerca de cómo quiere que afronten su atención médica si usted pierde la capacidad de tomar decisiones por sí mismo.

Los documentos legales que usted puede usar para dar sus instrucciones por adelantado en estas situaciones se conocen como “**instrucciones anticipadas**”. Hay varios tipos de instrucciones anticipadas y diferentes nombres para ellas. Los documentos llamados “**testamento vital**” y “**poder notarial para atención médica**” son ejemplos de instrucciones anticipadas.

Si usted quiere usar una “instrucción anticipada” para dar sus instrucciones, esto es lo que debe hacer:

* **Obtenga el formulario.** Si usted quiere tener una instrucción anticipada, puede obtener un formulario de su abogado, un trabajador social o una tienda de artículos de oficina. A veces puede recibir formularios de instrucciones anticipadas de las organizaciones que les dan información a las personas sobre Medicare. [*Insert if applicable:* Usted también puede comunicarse con Servicios para Miembros para pedir los formularios (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).]
* **Llene el formulario y fírmelo.** Independientemente del lugar donde obtenga este formulario, tenga presente que es un documento legal. Debe considerar recurrir a la ayuda de un abogado para preparar el documento.
* **Entregue copias a las personas apropiadas.** Usted debe darle una copia del formulario a su médico y a la persona que usted nombra en el formulario para que tome las decisiones por usted cuando usted no pueda. Puede darles copias también a sus amigos o familiares cercanos. Asegúrese de tener una copia en su casa.

Si usted sabe con antelación que va a ser hospitalizado, y usted ha firmado una instrucción anticipada, **llévese una copia al hospital**.

* Si lo ingresan en un hospital, le preguntarán si usted ha firmado instrucciones anticipadas y si las trajo.
* Si usted no ha firmado un formulario de instrucciones anticipadas, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntará si quiere firmar uno.

**Recuerde que usted tiene la opción de llenar o no unas instrucciones anticipadas** (esto incluye si quiere firmarlas cuanto esté en un hospital). La ley estipula que nadie lo puede discriminar o negarle atención médica basado en el hecho de si usted ha firmado o no unas instrucciones anticipadas.

¿Qué sucede si no se siguen sus instrucciones?

Si usted firmó instrucciones anticipadas y piensa que su médico o el hospital no siguieron las instrucciones, 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 a pedirnos que reconsideremos las decisiones que tomamos

Si tiene algún problema o preocupación con los servicios o atención cubiertos, el Capítulo 7 de este folleto le dice qué hacer. Este capítulo le da detalles acerca de cómo lidiar con todos los tipos de problemas y quejas. Lo que usted debe hacer en relación con un problema o preocupación depende de la situación. Puede ser que tenga que pedirle al plan que tome una decisión relacionada con la cobertura para usted, que tenga que hacernos una apelación para que cambiemos una decisión relacionada con la cobertura o que tenga que presentar una queja. Cualquier cosa que haga –pedir una decisión relacionada con la cobertura, apelar o presentar una queja – **nosotros estamos obligados a tratarlo con justicia.**

Usted tiene derecho a recibir un resumen de la información sobre las apelaciones y quejas que otros miembros hayan presentado contra nuestro plan en el pasado. Para obtener esta información, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

#### Sección 1.8 ¿Qué puede hacer usted si cree que lo están tratando injustamente o que no se están respetando sus derechos?

Si es acerca de una discriminación, llame a la Oficina de Derechos Civiles

Si usted cree que lo han tratado injustamente o que no se han respetado sus derechos debido a su raza, discapacidad, religión, sexo, salud, origen étnico, credo (creencias), edad u origen nacional, debe llamar a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697, o llamar a su oficina local de Derechos Civiles.

¿Se trata de otra cosa?

Si usted cree que lo han tratado injustamente o que sus derechos no han sido respetados, *y* no se trata de discriminación, puede recibir ayuda para lidiar con el problema que tenga:

* Puede llamar a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).
* Puede **llamar al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico**. Para obtener más detalles sobre esta organización y cómo comunicarse con ella, vaya al Capítulo 2, Sección 3.
* O **puede llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

#### Sección 1.9 Cómo recibir más información sobre sus derechos

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

* Puede llamar a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).
* Puede **llamar al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico**. Para obtener detalles sobre esta organización y cómo comunicarse con ella, vaya al Capítulo 2, Sección 3.
* Puede comunicarse con **Medicare**.
  + Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación “Sus derechos y protecciones en Medicare” (La publicación está disponible en: <http://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534.pdf>.)
  + O puede llamar a 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

#### Sección 2.1 ¿Cuáles son sus responsabilidades?

A continuación se relacionan algunas cosas que necesita hacer como miembro del plan. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). Estamos aquí para ayudarlo.

* ***Familiarícese con sus medicamentos cubiertos y las reglas que tiene que seguir para recibir estos medicamentos cubiertos.*** *Use este folleto de* Evidencia de Cobertura *para conocer qué está cubierto para usted y cuáles son las reglas que necesita seguir para obtener sus medicamentos cubiertos.* 
  + Los Capítulos 3 y 4 le ofrecen detalles sobre su cobertura para los medicamentos por receta de la Parte D.
* ***Si usted tiene alguna otra cobertura de medicamentos recetados además de nuestro plan, está obligado a decírnoslo.*** *Sírvase llamar a Servicios para Miembros para informarnos (los números de* teléfono están impresos en la contraportada *de este folleto).* 
  + Estamos obligados a seguir las reglas establecidas por Medicare para asegurarnos de que usted está usando toda su cobertura en combinación cuando obtiene sus medicamentos cubiertos de nuestro plan. Esto se conoce como “**coordinación de beneficios**” porque está relacionado con la coordinación de los beneficios de medicamentos que usted recibe de nuestro plan con cualquier otro beneficio de medicamentos que usted tenga disponible. Nosotros lo ayudaremos a coordinar sus beneficios (Para obtener más información sobre la coordinación de beneficios, vaya al Capítulo 1, Sección 7.)
* ***Dígale a su médico y a su farmacéutico que usted está inscrito en nuestro plan.*** *Muestre su tarjeta de miembro en nuestro plan cada vez que reciba medicamentos recetados de la Parte D.*
* ***Ayude a sus médicos y otros proveedores dándoles información, haciéndoles preguntas y continuando con el proceso de su atención médica.***
  + Para ayudar a los médicos y a otros proveedores de salud a darle la mejor atención, aprenda todo lo que pueda sobre sus problemas de salud y deles la información que necesitan sobre usted y sobre su salud. Siga los planes y las instrucciones de tratamiento que usted y sus médicos hayan acordado.
  + Cerciórese de que sus médicos conozcan todos los medicamentos que usted está tomando, incluyendo los medicamentos no recetados, las vitaminas y suplementos.
  + Si tiene alguna pregunta, no deje de preguntar. Sus médicos y otros proveedores de atención médica deben explicarle las cosas de modo que usted las pueda entender. Si usted hace una pregunta y no entiende la respuesta que le dan, vuelva a preguntar.
* ***Pague lo que deba.*** *Como miembro del plan, usted es responsable de los siguientes pagos:*
  + [*Insert if applicable:* Usted tiene que pagar las primas de su plan para seguir siendo miembro del plan.]
  + Para la mayoría de los medicamentos cubiertos por el plan, usted tiene que pagar su parte de los costos cuando recibe el medicamento. Esto será un [*insert as appropriate:* copago (una cantidad fija) *O* coseguro (un por ciento del costo total)] El Capítulo 4 le dice lo que usted tiene que pagar por sus medicamentos recetados de la Parte D.
  + Si usted recibe cualquier medicamento que no esté cubierto por nuestro plan o por otro seguro que usted pueda tener, tiene que pagar el costo completo.
    - Si usted no está de acuerdo con nuestra decisión de negar la cobertura de un medicamento, puede apelar. Vaya al Capítulo 7 de este folleto para obtener información sobre cómo apelar.

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

* + Si tiene que pagar una penalidad por inscripción tardía, tiene que pagar la penalidad para seguir siendo miembro del plan.
  + Si tiene que pagar la cantidad adicional de la Parte D debido a su ingreso anual, tiene que pagarle la cantidad adicional directamente al gobierno para seguir siendo miembro del plan.
* ***Díganos si se muda.*** *Si usted se va a mudar, es importante que nos informe enseguida. Llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).*
  + **Si usted se muda *fuera* del área de servicios de nuestro plan, no puede seguir siendo miembro de nuestro plan** (el Capítulo 1 habla sobre nuestra área de servicios). Podemos ayudarlo a determinar si se está mudando fuera de nuestra área de servicios. Si está saliendo de nuestra área de servicios, tendrá un Periodo Especial de Inscripción durante el cual se puede inscribir en un plan de Medicare disponible en su nueva área. Le podemos decir si tenemos un plan en su nueva área.
  + **Si usted se muda *dentro* de nuestra área de servicios, de todos modos tenemos que saberlo** para mantener actualizado sus récords de miembro y saber cómo comunicarnos con usted.
  + Si usted se muda, es importante que le informe al Seguro Social (o la Junta de Retiro Ferroviario). Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto de estas organizaciones en el Capítulo 2.
* ***Llame a Servicios para Miembros para recibir ayuda si tiene alguna pregunta o preocupación.*** *También escuchamos cualquier sugerencia que pueda tener para mejorar nuestro plan.*
  + Los números de teléfonos y los horarios de llamadas de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este folleto.
  + Para obtener más información sobre comunicarse con nosotros, incluida nuestra dirección postal, vea el Capítulo 2.

CAPÍTULO 7

Qué hacer si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

## Capítulo 7. Qué hacer si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

ANTECEDENTES 119

SECCIÓN 1 Introducción 119

Sección 1.1 Qué hacer si tiene algún problema o preocupación 119

Sección 1.2 ¿Y los términos legales? 119

SECCIÓN 2 Usted puede recibir ayuda de organizaciones del gobierno que no están vinculadas con nosotros 120

Sección 2.1 Dónde obtener más información y asistencia personalizada 120

SECCIÓN 3 Para lidiar con su problema. ¿Qué proceso debe seguir? 121

Sección 3.1 ¿Debe usar el proceso para las decisiones relacionadas con la cobertura y las apelaciones? ¿O debe usar el proceso para presentar quejas? 121

DECISIONES RELACIONADAS CON LA COBERTURA Y APELACIONES 122

SECCIÓN 4 Guía para los aspectos básicos relacionados con la cobertura y las apelaciones 122

Sección 4.1 Solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: visión general 122

Sección 4.2 Cómo recibir ayuda cuando está solicitando una decisión de cobertura o presentando una apelación 123

SECCIÓN 5 Sus medicamentos por receta de la Parte D: Cómo solicitar una decisión relacionada con la cobertura o presentar una apelación 124

Sección 5.1 Esta Sección le dice qué hacer si tiene problemas para recibir un medicamento de la Parte D o quiere que le paguemos un medicamento de la Parte D. 124

Sección 5.2 ¿Qué es una excepción? 126

Sección 5.3 Aspectos importantes sobre pedir excepciones 128

Sección 5.4 Paso a paso: Cómo pedir una decisión de cobertura, incluida una excepción 129

Sección 5.5 Paso por paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 (cómo pedir una revisión de una decisión de cobertura tomada por nuestro plan) 133

Sección 5.6 Paso por paso: Cómo presentar una apelación del Nivel 2 136

SECCIÓN 6 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más adelante 138

Sección 6.1 Niveles de Apelación 3, 4 y 5 para las apelaciones de medicamentos de la Parte D 138

CÓMO PRESENTAR QUEJAS 140

SECCIÓN 7 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención médica, los tiempos de espera, el servicio al consumidor y otras preocupaciones 140

Sección 7.1 ¿De qué tipo de problemas se encarga el proceso de quejas? 140

Sección 7.2 El nombre formal de “presentar una queja” es “presentar una querella” 142

Sección 7.3 Paso a paso: Presentar una queja 143

Sección 7.4 Usted también puede presentar quejas sobre la calidad de la Organización para Mejoras de la Calidad 144

Sección 7.5 Usted también puede presentarle su queja a Medicare 144

*[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 Qué hacer si tiene algún problema o preocupación

Este Capítulo explica dos tipos de procesos para lidiar con los problemas y preocupaciones:

* Para algunos tipos de problemas, usted tiene que usar el **proceso para decisiones relacionadas con la cobertura y apelaciones**.
* Para otros tipos de problemas, usted tiene que usar el **proceso para presentar quejas**.

Estos dos procesos han sido aprobados por Medicare. Para asegurar que sus problemas se traten de resolver de manera justa y rápida, cada proceso tiene un conjunto de reglas, procedimientos y fechas límites que usted y nosotros tenemos que acatar.

¿Qué proceso usará usted? Depende del tipo de problema que tenga. La guía en la Sección 3 lo ayudará a identificar el proceso que debe usar.

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

Hay términos legales para algunas de las reglas, procedimientos y tipos de fechas límites que se explican en este Capítulo. Muchos de estos términos son desconocidos para la mayoría de las personas y pueden ser difíciles de comprender.

Para simplificar las cosas, este Capítulo explica las reglas y procedimientos legales usando palabras más simples en lugar de los términos legales. Por ejemplo, este capítulo generalmente dice “presentar una queja” en lugar de “presentar una querella”, “decisión relacionada con la cobertura” en lugar de “determinación relacionada con la cobertura” y “Organización de Revisión Independiente” en lugar de “Entidad de Revisión Independiente”. También se usan tan pocas abreviaturas como sea posible.

Sin embargo, puede ser útil – y a veces muy importante– que usted conozca los términos legales para la situación en que se encuentre. Conocer qué términos usar lo ayudará a comunicarse con más claridad y precisión cuando lidie con su problema y a recibir la ayuda o la información correcta para su situación. Para ayudarlo a conocer qué términos usar, incluimos los términos legales cuando damos los detalles para lidiar con tipos específicos de situaciones.

### SECCIÓN 2 Usted puede recibir ayuda de organizaciones del gobierno que no están vinculadas con nosotros

#### Sección 2.1 Dónde obtener más información y asistencia personalizada

A veces puede ser confuso comenzar o seguir el proceso de lidiar con un problema. Esto puede ser particularmente cierto si usted no se siente bien o no tiene mucha energía. En otras ocasiones, usted puede no tener el conocimiento necesario para dar el próximo paso.

Recibir ayuda de una organización independiente del gobierno

Nosotros siempre estamos disponibles para ayudarlo. Pero en algunas situaciones es posible que también quiera ayuda o guía de alguien que no esté vinculado con nosotros. Siempre puede comunicarse con su **Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP)**. Este programa del gobierno tiene consejeros capacitados en todos los estados. El programa no está vinculado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los consejeros de este programa lo pueden ayudar a comprender qué proceso debe usar para ocuparse del problema que tenga. Ellos también pueden responder a sus preguntas, darle más información y ofrecerle guía acerca de lo que debe hacer.

Los servicios de los consejeros de SHIP son gratuitos. *[Plans providing SHIP contact information in an exhibit may revise the following sentence to direct members to it.]* Encontrará los números de teléfono en Capítulo 2, Sección 3 de este folleto.

También puede recibir ayuda e información de Medicare

Para obtener más información y ayuda para ocuparse de su problema, también puede comunicarse con Medicare. Estas son dos maneras de obtener información directamente de Medicare:

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

### SECCIÓN 3 Para lidiar con su problema. ¿Qué proceso debe seguir?

#### Sección 3.1 ¿Debe usar el proceso para las decisiones relacionadas con la cobertura y las apelaciones? ¿O debe usar el proceso para presentar quejas?

Si usted tiene algún problema o preocupación, solo necesita leer las partes de este Capítulo que se aplican a su situación. La siguiente guía lo ayudará.

Para determinar qué parte de este Capítulo lo ayudará con su problema o preocupación específicos, **COMIENCE AQUÍ**

¿Su problema o preocupación es acerca de sus beneficios o cobertura?

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

**Sí**.Mi problema es sobre los beneficios o la cobertura.

Vaya a la próxima Sección de este Capítulo, **Sección 4, “Guía para las decisiones básicas relacionadas con la cobertura y apelaciones”**

**No.** Mi problema no es sobre los beneficios y coberturas.

Pase a la **Sección 7** al final de este Capítulo: **“Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al consumidor y otras preocupaciones”.**

DECISIONES RELACIONADAS CON LA COBERTURA Y APELACIONES

### SECCIÓN 4 Guía para los aspectos básicos relacionados con la cobertura y las apelaciones

#### Sección 4.1 Solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: visión general

El proceso para las decisiones relacionadas con la cobertura y apelaciones enfrenta problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura de medicamentos recetados, incluidos los problemas relacionados con los pagos. Este es el proceso que usted usa para cuestiones tales como si un medicamento está cubierto o no y la manera en que el medicamento está cubierto.

Solicitar decisiones relacionadas con la cobertura

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

Tomamos una decisión de cobertura para usted cada vez que decidimos lo que está cubierto en su caso y cuánto vamos a pagar. En algunos casos, podríamos decidir que un medicamento no está cubierto o ha dejado de estar cubierto para usted por Medicare. Si usted no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura y usted no está satisfecho con ella, puede “apelar” la decisión. Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos y cambiemos la decisión de cobertura que hayamos tomado.

Cuando usted presenta una apelación por primera vez, esto se llama Apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que hayamos tomado para verificar si seguimos todas las reglas de manera adecuada. Se ocupan de su apelación diferentes revisores que los que tomaron la decisión adversa original. Cuando hayamos completado la revisión, le comunicaremos nuestra decisión. En determinadas circunstancias, que analizaremos más adelante, usted puede solicitar una “decisión de cobertura rápida” o acelerada, o una apelación rápida de una decisión de cobertura.

Si denegamos toda o parte de su Apelación de Nivel 1, usted puede solicitar una apelación de Nivel 2. La Apelación de Nivel 2 la lleva a cabo una organización independiente que no está vinculada con nosotros. Si usted no está satisfecho con la decisión de la Apelación de Nivel 2, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación.

#### Sección 4.2 Cómo recibir ayuda cuando está solicitando una decisión de cobertura o presentando una apelación

¿Le gustaría recibir ayuda? Estos son algunos recursos que podría usar si decidiera solicitar cualquier tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

* Usted **puede llamarnos a Servicios para Miembros** (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).
* Para **recibir ayuda gratuita de una organización independiente** que no esté vinculada con nuestro plan, comuníquese con su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (vea la Sección 2 de este Capítulo).
* **Su médico u otra persona que le recete medicamentos puede hacer la solicitud por usted.** Para los medicamentos por receta de la Parte D, su médico u otra persona que le recete medicamentospuede solicitar una decisión de cobertura o una Apelación de Nivel 1 o Nivel 2 en nombre suyo. Para solicitar cualquier apelación después del Nivel 2, su médico u otra persona que le recete medicamentos tiene que estar designado como su representante.
* **Usted puede pedirle a alguien que se desempeñe en nombre suyo.** Si usted quiere, puede nombrar a otra persona para que se desempeñe como su “representante” para solicitar una decisión de cobertura o hacer una apelación.
  + Puede haber alguien que ya esté autorizado legalmente como su representante en conformidad con la ley estatal.
  + Si usted quiere que un amigo, un familiar, su médico u otra persona que le recete medicamentos sea su representante, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) y pida el formulario “Nombramiento de un representante”. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en <http://www.cms.hhs.gov/cmsforms/downloads/cms1696.pdf> [*plans may also insert:* o en nuestro sitio web en [*insert website or link to form*]].) Este formulario le da autorización a la persona a desempeñarse en nombre suyo y lo tienen que firmar usted y la persona que usted quiere que se desempeñe en su nombre. Usted tiene que darnos una copia del formulario firmado.
* **Usted también tiene derecho a contratar un abogado para que se desempeñe en nombre suyo.** Puede comunicarse con su abogado o puede obtener el nombre de un abogado de su asociación de abogados local o de otro servicio de referencias. También hay grupos que le darán servicios jurídicos gratuitos si usted califica. Sin embargo, **usted no está obligado a contratar un abogado** para solicitar ningún tipo de decisión relacionada con la cobertura o apelar una decisión.

### SECCIÓN 5 Sus medicamentos por receta de la Parte D: Cómo solicitar una decisión relacionada con la cobertura o presentar una apelación

question markquestion mark **¿Ha leído la Sección 4 de este Capítulo (*Guía para los aspectos “básicos” de las decisiones relacionadas con la cobertura y apelaciones*)? Si no la ha leído, debe hacerlo antes de comenzar esta Sección.**

#### Sección 5.1 Esta Sección le dice qué hacer si tiene problemas para recibir un medicamento de la Parte D o quiere que le paguemos un medicamento de la Parte D.

Sus beneficios como miembro de nuestro plan incluyen la cobertura de muchos medicamentos recetados. Refiérase a la *Lista de Medicamentos cubiertos (Formulario)* de nuestro plan. Para que esté cubierto, un medicamento tiene que usarse para una indicación médicamente aceptada (Una “indicación médicamente aceptada” es un uso del medicamento que esté aprobado por la Administración de Fármacos y Alimentos o tenga el aval de cierto libro de referencia. Vea el Capítulo 3, Sección 3 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada).

* **Esta sección es solo acerca de sus medicamentos de la Parte D.** Con el fin de simplificar, generalmente decimos “medicamento” en el resto de esta Sección, en lugar de repetir todas las veces “medicamento por receta cubierto para paciente ambulatorio” o “medicamento de la Parte D”.
* Para obtener detalles sobre lo que queremos decir con medicamentos de la Parte D, la *Lista de Medicamentos cubiertos (Formulario)*, reglas y restricciones de cobertura e información sobre el costo, vea el Capítulo 3 (*Usar la cobertura del plan para sus medicamentos por receta de la Parte D*)y el Capítulo 4(*Lo que usted paga por sus medicamentos por receta de la Parte D*)*.*

Decisiones y apelaciones de la cobertura de la Parte D

Como se analizó en la Sección 4 de este Capítulo, una decisión relacionada con la cobertura es una decisión que tomamos acerca de sus beneficios y cobertura o acerca de la cantidad que pagaremos por sus medicamentos.

| **Términos legales** |
| --- |
| Una decisión inicial de cobertura sobre sus medicamentos de la Parte D se conoce como **“determinación de cobertura”.** |

Estos son algunos ejemplos de decisión relacionada con la cobertura que usted nos pide sobre sus medicamentos de la Parte D:

* Usted nos pide que hagamos una excepción, incluyendo:
  + Nos pide que cubramos un medicamento de la Parte D que no está en la *Lista de Medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan
  + Nos pida una exención de la restricción de la cobertura del plan de un medicamento (como los límites de la cantidad del medicamento que usted puede recibir)
  + *[Plans with a formulary structure (e.g., no tiers) that does not allow for tiering exceptions: omit this bullet.]*Nos pide pagar una cantidad menor del costo compartido por un medicamento cubierto no preferido
* Nos pregunta si un medicamento está cubierto para usted y si usted satisface cualquier regla de cobertura aplicable (por ejemplo, cuando su medicamento está en la *Lista de Medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan pero le exigimos que obtenga nuestra aprobación antes de cubrírselo).
  + *Atención:* Si su farmacia le dice que le puede dar el medicamento de su receta tal y como está escrito, usted recibirá un aviso escrito donde se le explicará cómo comunicarse con nosotros para pedir una decisión relacionada con la cobertura.
* Usted nos pide que paguemos por un medicamento por receta que ya usted compró. Esto es una solicitud de decisión de cobertura sobre el pago.

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

Esta Sección le dice cómo pedir una decisión relacionada con la cobertura y cómo pedir una apelación. Use la siguiente tabla como ayuda para 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 hace:** |
| --- | --- |
| ¿Necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de Medicamentos o necesita una exención a una regla o restricción sobre un medicamento cubierto? | 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 usted cumple con todas las reglas y restricciones del plan (como recibir una aprobación con antelación) para el medicamento que necesita? | Puede pedirnos una decisión de cobertura.  Pase a la **Sección 5.4** de este Capítulo. |
| ¿Quiere que le paguemos por un medicamento que ya usted recibió y pagó? | Puede pedirnos un reembolso. (Este es un tipo de decisión de cobertura.)  Pase a la **Sección 5.4** de este Capítulo. |
| ¿Ya le dijimos que no vamos a cubrir o pagar un medicamento de la manera que usted quiere que se cubra o se pague? | Puede presentar una apelación (Esto significa que usted nos pide que reconsideremos la decisión)  Pase a la **Sección 5.5** de este Capítulo. |

#### Sección 5.2 ¿Qué es una excepción?

Si un medicamento no está cubierto de la manera en que usted quisiera, puede pedirnos que hagamos una “excepción”. Una excepción es un tipo de decisión relacionada con la cobertura. Similar a otros tipos de decisiones de coberturas, si denegamos su solicitud de excepción, usted puede apelar nuestra decisión.

Cuando usted pide una excepción, su médico u otra persona que le receta medicamentos tendrán que explicar las razones médicas por las cuales usted necesita que se apruebe la excepción. Entonces nosotros consideraremos su solicitud. Estos son [*insert as applicable:* dos *O* tres] ejemplos de exenciones que usted o su médico o alguna otra persona que le receta medicamentos puede pedirnos que hagamos:

1. **Cubrir para usted un medicamento de la Parte D que no esté en nuestra *Lista de Medicamentos cubiertos (Formulario)*** (La llamamos “Lista de Medicamentos” para abreviar.)

| **Términos legales** |
| --- |
| Pedir cobertura de un medicamento que no esté en la Lista de Medicamentos se conoce a veces como solicitar una **“excepción del formulario”.** |

* Si estamos de acuerdo en hacer una excepción y cubrir un medicamento que no esté en la Lista de Medicamentos, usted deberá pagar la cantidad del costo compartido que aplique a [*insert as appropriate:* todos nuestros medicamentos O medicamentos en *[insert exceptions tier]OR drugs in [insert exceptions tier] for brand name drugs or [insert exceptions tier] for generic drugs].* Usted no puede pedirnos una excepción a la cantidad del copago o coseguro que le exigimos que pague por el medicamento.

1. **Eliminar una restricción en nuestra cobertura de un medicamento cubierto**. Hay reglas o restricciones adicionales que aplican a ciertos medicamentos en nuestra *Lista de Medicamentos cubiertos)* (para más información, vaya al Capítulo 3).

| **Términos legales** |
| --- |
| Solicitar que se elimine una restricción en la cobertura de un medicamento a veces se conoce como solicitar una **“excepción del formulario”.** |

* Las reglas o restricciones adicionales de cobertura para ciertos medicamentos incluyen:
  + *[Omit if plan does not use generic substitution] Exigir que se use la versión genérica de* un medicamento en lugar del medicamento de marca.
  + *[Omit if plan does not use prior authorization] Obtener la aprobación del plan con antelación* antes de que estemos de acuerdo con cubrirle el medicamento (esto se conoce a veces como “autorización previa”).
  + *[Omit if plan does not use Paso therapy] Exigir que se pruebe primero otro medicamento* antes de que estemos de acuerdo con cubrir el medicamento que usted está pidiendo (esto a veces se conoce como “terapia escalonada”).
  + *[Omit if plan does not use quantity limits] Límites de cantidad*. Para algunos medicamentos, hay restricciones sobre la cantidad del medicamento que usted puede recibir.
* Si estamos de acuerdo con hacer una excepción y anular una restricción para usted, usted puede pedir una excepción de la cantidad de copago o coseguro que le exigimos 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 más bajo de costo compartido.** Cada uno de los medicamentos en nuestra Lista de Medicamentos está en uno de los *[insert number of tiers]* niveles de costos compartidos. En general, mientras menor sea el número del nivel de costos compartidos, menor será la cantidad que usted paga como la parte que le corresponde del costo del medicamento.

| **Términos legales** |
| --- |
| Pedir que se pague un precio más bajo por un medicamento cubierto no preferido se conoce a veces como **“excepción de nivel”.** |

* Si su medicamento está en [*insert name of non-preferred/highest cost-sharing tier subject to the tiering exceptions process*]usted puede pedirnos que lo cubramos a la cantidad de costos compartidos que corresponda a los medicamentos en [*insert name of preferred/lowest cost-sharing tier subject to the tiering exceptions process]*. Esto reduciría su parte en el costo del medicamento.
* *[Plans with more than one tier subject to the tiering exceptions process may repeat the bullet above for each tier.]*
* [*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:* Usted no puede pedirnos que cambiemos el nivel de costos compartidos para ningún medicamento en [*insert tier number and name of tier designated as the high-cost/unique drug tier*].]

#### Sección 5.3 Aspectos importantes sobre pedir excepciones

**Su médico tiene que decirnos las razones médicas**

Su médico u otra persona que le recete medicamentos tiene que darnos una declaración donde se expliquen las razones médicas por las que se pide una excepción. Para que la decisión sea más rápida, incluya esta información médica de su médico o de otra persona que le recete el medicamento cuando solicite la excepción.

Por lo general, nuestra Lista de Medicamentos incluye más de un medicamento para el tratamiento de una enfermedad específica. Estas posibilidades diferentes se conocen como medicamentos “alternativos”. Si un medicamento alternativo fuera tan eficaz como el medicamento que usted solicita y no le causaría más efectos secundarios o problemas de salud, por lo general nosotros *no* aprobaríamos su solicitud de exención.

Podemos aprobar o no aprobar su solicitud

* Si aprobamos su solicitud de excepción, por lo general nuestra aprobación es válida hasta el final del año del plan. Esto es cierto siempre que su médico continúe recetándole el medicamento a usted y el medicamento sigue siendo seguro y eficaz para el tratamiento de su enfermedad.
* Si denegamos su solicitud de excepción, usted puede pedir una revisión de nuestra decisión mediante una apelación. La Sección 5.5 le dice cómo presentar una apelación si le decimos que no.

La siguiente Sección le dice cómo pedir una decisión de cobertura, incluida una excepción.

#### Sección 5.4 Paso a paso: Cómo pedir una decisión de cobertura, incluida una excepción

Paso 1: Usted nos pide que tomemos una decisión de cobertura sobre el medicamento(s) no pagado que necesita. Si su salud requiere una respuesta rápida, tiene que pedirnos que tomemos una “decisión rápida de cobertura”. Usted no puede pedirnos una decisión rápida de cobertura si nos está pidiendo un reembolso por un medicamento que ya ha comprado.

Qué debe hacer

* **Solicitar el tipo de decisión de cobertura que desea.** Comience por llamarnos, escribirnos o enviarnos un fax para hacer su solicitud. Usted, su representante o su médico (u otra persona que le recete medicamentos) puede hacerlo. Usted también pude tener acceso al proceso de decisión de cobertura a través de nuestro sitio web. Para ver los detalles, vaya al Capítulo 2, Sección 1 y busque la Sección *[plans may edit Section title as necessary]* *Cómo comunicarse con nosotros cuando solicita una decisión de cobertura sobre sus medicamentos por receta de la Parte D.* O si usted está pidiendo un reembolso por un medicamento, vaya a la Sección *[plans may edit Section title as necessary]* *A dónde enviar una solicitud que nos pida pagar nuestra parte del costo de un medicamento que usted ha recibido.*
* **Usted o su médico o alguien que se desempeñe en su nombre** puede pedir una decisión de cobertura. La sección 4 de este Capítulo le dice cómo puede darle permiso por escrito a alguien para que se desempeñe como su representante. Usted también puede tener un abogado para que se desempeñe en su nombre.
* **Si usted quiere que le demos un reembolso por un medicamento,** comience leyendo el Capítulo 5 de este folleto: *Cómo pedirnos que paguemos nuestra parte de los costos de los medicamentos cubiertos.* El Capítulo 5 describe las situaciones en las que usted pueda necesitar pedir un reembolso. También le dice cómo enviarnos la documentación que le pedimos para pagarle nuestra parte del costo de un medicamento que ya usted haya pagado.
* **Si usted solicita una excepción, proporcione la “declaración acompañante”.**  Su médico u otra persona que le recete medicamentos tiene que darnos las razones médicas para la excepción del medicamento que usted está solicitando (le llamamos “declaración acompañante”). Su médico u otra persona que le recete medicamentos puede enviarnos la declaración por fax o por correo. O su médico u otra persona que le recete medicamentos puede decírnoslo por teléfono y luego enviarnos un fax o por correo una declaración escrita si es necesario. Vea las Secciones 5.2 y 5.3 para más información sobre las solicitudes de excepción.
* **Tenemos que aceptar cualquier solicitud por escrito,** incluso una solicitud enviada en el formulario de Solicitud de Determinación de Cobertura de CMS [*insert if applicable:* o en el formulario de nuestro plan], que [*insert if applicable:* está *OR* están] disponible 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 le demos una “decisión rápida de cobertura”

| **Términos legales** |
| --- |
| Una “decisión rápida de cobertura” se conoce como **“determinación acelerada de cobertura”.** |

* Cuando le damos nuestra decisión, usamos las fechas límites “estándar” a menos que hayamos acordado usar las fechas límites “rápidas”. Una decisión estándar de cobertura significa que le daremos una respuesta no más de 72 horas después de recibir la declaración de su médico. Una decisión rápida de cobertura significa que responderemos no más de 24 horas después de recibir la declaración de su médico.
* **Para recibir una decisión rápida de cobertura, usted tiene que cumplir dos requisitos:**
  + Usted puede recibir una decisión rápida de cobertura *solamente* si está pidiendo un *medicamento que aún no ha recibido* (no puede recibir una decisión rápida de cobertura si está pidiendo que paguemos un medicamento que ya compró).
  + Puede recibir una decisión rápida de cobertura *solamente* si usar las fechas límites estándar podría *provocar daños graves a su salud o dañar su capacidad de funcionar.*
* **Si su médico u otra persona que le recete medicamentos nos dice que su salud necesita una “decisión rápida de cobertura”, automáticamente estaremos de acuerdo en darle una decisión rápida de cobertura.**
* Si usted pide una decisión rápida de cobertura por sí mismo (sin el apoyo de su médico u otra persona que le recete medicamentos), nosotros decidiremos si su salud requiere que le demos una decisión rápida de cobertura.
  + Si decidimos que su problema médico no cumple con los requisitos para una decisión rápida de cobertura, le enviaremos una carta que lo diga (y entonces usaremos las fechas límites estándar).
  + Esta carta le dirá que si su médico u otra persona que le recete medicamentos le pide la decisión rápida de cobertura, nosotros le daremos automáticamente una decisión rápida de cobertura.
  + La carta también le dirá cómo usted puede presentar una queja sobre la decisión de darle una decisión estándar de cobertura en lugar de la decisión rápida de cobertura que usted haya solicitado. Le dice cómo presentar una queja “rápida”, lo cual significa que usted recibirá una respuesta no más de 24 hora después de recibir la queja (el proceso de presentar una queja es diferente al proceso para la decisión de coberturas y apelaciones. Para más información sobre el proceso de presentar quejas, vea la Sección 7 de este Capítulo.)

Paso 2: Consideramos su solicitud y le damos una respuesta.

Fechas límites para una decisión “rápida” de cobertura

* Si estamos usando fechas límites rápidas, le tenemos que dar nuestra respuesta **no más de 24 horas después**.
  + Por lo general, esto significa no más de 24 horas después de recibir su solicitud. Si usted está pidiendo una excepción, le daremos su respuesta no más de 24 horas después de recibir la declaración de su médico que acompaña su solicitud. Le daremos una respuesta antes si su estado de salud lo requiere.
  + Si no cumplimos con esta fecha límite, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde será analizada por una organización independiente. Más adelante en esta Sección hablaremos de esta organización que hará el análisis y explicaremos lo que sucede en un Nivel 2 de apelación.
* **Si nuestra respuesta es sí a una parte o a todo lo que usted solicita,** tenemos que ofrecerle la cobertura que hemos acordado no más de 24 horas después de recibir su solicitud o la declaración de su médico que acompaña su solicitud.
* **Si nuestra respuesta es no a una parte o a todo lo que usted solicita,** le enviaremos una declaración escrita que le explique por qué hemos dicho que no. También le diremos cómo apelar.

Fechas límites para una decisión “estándar” de cobertura sobre un medicamento que usted no ha recibido todavía

* Si estamos usando las fechas límites estándar, tenemos que darle una respuesta **no más de 72 horas después.**
  + Por lo general, esto significa no más de 72 horas después de recibir su solicitud. Si usted está pidiendo una excepción, le daremos su respuesta no más de 72 horas después de recibir la declaración de su médico que acompaña su solicitud. Le daremos una respuesta antes si su estado de salud lo requiere.
  + Si no cumplimos con esta fecha límite, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde será analizada por una organización independiente. Más adelante en esta Sección hablaremos de esta organización que hará el análisis y explicaremos lo que sucede en un Nivel 2 de apelación.
* **Si nuestra respuesta es sí a una parte o a todo lo que usted solicita –** 
  + Si aprobamos su solicitud de cobertura, tenemos que **ofrecerle la cobertura** que hemos acordado **no más de 72 horas después** de recibir su solicitud o la declaración de su médico que acompaña su solicitud.
* **Si nuestra respuesta es no a una parte o a todo lo que usted solicita,** le enviaremos una declaración escrita que le explique por qué hemos dicho que no. También le diremos cómo apelar.

Fechas límites para una decisión “estándar” de cobertura sobre un medicamento que usted ha comprado ya

* Tenemos que darle una respuesta **no más de 14 días calendario** después de recibir su solicitud.
  + Si no cumplimos con esta fecha límite, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde será analizada por una organización independiente. Más adelante en esta Sección hablaremos de esta organización que hará el análisis y explicaremos lo que sucede en un Nivel 2 de apelación
* **Si nuestra respuesta es sí a una parte o a todo lo que usted solicita,** tenemos que ofrecerle la cobertura que hemos acordado no más de 14 días después de recibir su solicitud.
* **Si nuestra respuesta es no a una parte o a todo lo que usted solicita,** le enviaremos una declaración escrita que le explique por qué hemos dicho que no. También le diremos cómo apelar.

Paso 3: Si denegamos su solicitud de cobertura, usted decide si quiere presentar una apelación.

* Si le decimos que no, usted tiene derecho a solicitar una apelación. Solicitar una apelación significa pedirnos que reconsideremos –y posiblemente cambiemos– la decisión que hemos tomado.

#### Sección 5.5 Paso por 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 conoce como **“redeterminación”.** |

Paso 1: Usted se comunica con nosotros y presenta su apelación de Nivel 1. Si el estado de su salud requiere una respuesta rápida, usted tiene que pedir una “apelación rápida”.

Qué debe hacer

* **Para comenzar su apelación, usted (o su representante o su médico u otra persona que le recete medicamentos) tiene que comunicarse con nosotros.**
  + Para obtener detalles de cómo comunicarse con nosotros por teléfono, por fax o por correo, o en nuestro sitio web, para cualquier propósito relacionado con su apelación, vaya al Capítulo 2, Sección 1, y busque la Sección llamada, *[plans may edit Section title as necessary] Cómo comunicarse con nosotros cuando esté presentando una apelación sobre sus medicamentos por receta de la Parte D.*
* **Si usted está solicitando una apelación estándar, presente su apelación enviando una solicitud escrita.** [*If the plan accepts oral requests for standard appeals, insert:* También puede pedir una apelación llamándonos por teléfono al número que se muestra en el Capítulo 2, *Section* 1 *[plans may edit Section title as necessary]* (*How to contact our plan when you are making an appeal about your Part D prescription drugs*).]
* **Si está solicitando una apelación rápida, puede presentar su solicitud por escrito o puede llamarnos por teléfono al número que se muestra en el Capítulo 2, Sección 1** *[plans may edit Section title as necessary]* (Cómo comunicarse con nosotros cuando esté presentando una apelación sobre sus medicamentos por receta de la Parte D).
* **Tenemos que aceptar cualquier solicitud por escrito,** incluso una solicitud enviada en el formulario de Solicitud de Determinación de Cobertura de CMS 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.*]
* **Usted tiene que presentar su solicitud de apelación no más de 60 días calendarios después** de la fecha que aparece en el aviso escrito que le enviamos para informarle nuestra respuesta a su solicitud de una decisión de cobertura. Si usted no cumple con esa fecha límite y tiene una razón de peso para no haberla cumplido, podríamos darle más tiempo para que presente su solicitud. Algunos ejemplos de razones para no cumplir con la fecha límite pueden incluir que usted haya tenido una enfermedad grave que le haya impedido comunicarse con nosotros, o que nosotros le hayamos dado información incompleta o incorrecta sobre la fecha límite para solicitar la apelación.
* **Usted puede pedir una copia de la información en su apelación y añadir más información.**
  + Usted tiene derecho a pedirnos una copia de la información relacionada con su apelación. [*If a fee is charged, insert:* Estamos autorizados a cobrarle por copiar y enviarle esta información.]
  + Si lo desea, usted y su médico u otra persona que le recete medicamentos puede darnos información adicional para apoyar su apelación.

Si su estado de salud lo requiere, pida una “apelación rápida”

| **Términos legales** |
| --- |
| Una “apelación rápida” también se conoce como **“redeterminación acelerada”.** |

* Si usted está apelando una decisión que tomamos sobre un medicamento que todavía no ha recibido, usted y su médico u otra persona que le recete medicamentos deberán decidir si necesitan una “apelación rápida”.
* Los requisitos para recibir una “apelación rápida” son los mismos que para recibir una “decisión rápida de cobertura” en la Sección 5.4 de este Capítulo.

Paso 2: Nosotros consideramos su apelación y le damos una respuesta.

* Cuando revisamos su apelación, volvemos a analizar con atención toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificamos si estamos siguiendo todas las reglas cuando le decimos que no a su solicitud. Podemos comunicarnos con su médico u otra persona que le recete medicamentos para obtener más información.

Fechas límites para una apelación “rápida”

* Si estamos usando las fechas límites rápidas, tenemos que darle nuestra respuesta **no más de 72 horas después de recibir su apelación**. Le daremos una respuesta antes si su estado de salud lo requiere.
  + Si no le damos una respuesta dentro de 72 horas, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde será analizada por una organización independiente (Más adelante en esta Sección hablaremos de esta organización que hará el análisis y explicaremos lo que sucede en un Nivel 2 de apelación).
* **Si nuestra respuesta es sí a una parte o a todo lo que usted solicita,** tenemos que ofrecerle la cobertura que hemos acordado no más de 72 horas después de recibir su apelación.
* **Si nuestra respuesta es no a una parte o a todo lo que usted solicita,** le enviaremos una declaración escrita que le explique por qué hemos dicho que no y cómo apelar nuestra decisión.

Fechas límites para una apelación “estándar”

* Si estamos usando las fechas límites estándar, tenemos que darle nuestra respuesta **no más de 7 días calendarios** después de recibir su apelación. Le daremos nuestra decisión antes si usted no ha recibido el medicamento todavía y su estado de salud requiere que lo hagamos así. Si usted cree que su estado de salud lo requiere, puede solicitar una apelación “rápida”.
  + Si no le damos una decisión no más de 7 calendarios después, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde será analizada por una organización independiente. Más adelante en esta Sección hablaremos de esta organización que hará el análisis y explicaremos lo que sucede en un Nivel 2 de apelación.
* **Si nuestra respuesta es sí a una parte o a todo lo que usted solicitó –** 
  + Si aprobamos su solicitud de cobertura, tenemos que **proporcionarle la cobertura** que hemos acordado tan pronto como lo requiera su salud, pero **no después de 7 días calendarios** después de que hayamos recibido su apelación.
  + Si aprobamos su solicitud de pagarle por un medicamento que ya usted ha comprado, estamos obligados a **enviarle el pago no más de 30 días calendarios** después de recibir su solicitud de apelación.
* **Si nuestra respuesta es no a una parte o a todo lo que usted solicita,** le enviaremos una declaración escrita que le explique por qué hemos dicho que no y cómo apelar nuestra decisión.

Paso 3: Si le decimos que no a su apelación, usted decide si quiere continuar con el proceso de apelación y presentar *otra* apelación.

* Si le decimos que no a su apelación, entonces usted decide si acepta esta decisión o continúa presentando otra apelación.
* Si usted decide presentar otra apelación, esto significa que su apelación pasará al Nivel 2 del proceso de apelaciones (vea a continuación).

#### Sección 5.6 Paso por paso: Cómo presentar una apelación del Nivel 2

Si le decimos que no a su apelación, entonces usted decide si acepta esta decisión o continúa presentando otra apelación. Si decide pasar a una apelación del Nivel 2, la **Organización Independiente de Revisión** analiza la decisión que hemos tomado cuando le dijimos que no a su primera apelación. Esta organización decide si la decisión que tomamos se tiene que cambiar.

| **Términos legales** |
| --- |
| El nombre formal de la “Organización Independiente de Revisión” es **“Entidad Independiente de Revisión”.** A veces la llamamos **“IRE”.** |

Paso 1: Para presentar una Apelación de Nivel 2, usted (or su representante o su médico u otra persona que le recete medicamentos) tiene que comunicarse con la Organización de Revisión Independiente y pedirle que revise su caso.

* Si le decimos que no a su Apelación de Nivel 1, el aviso escrito que le enviamos incluirá **instrucciones sobre cómo presentar una Apelación de Nivel 2** a la Organización de Revisión Independiente. Estas instrucciones le dirán quién puede presentar esta apelación de Nivel 2, qué fechas límites tiene que seguir y cómo ponerse en contacto con la organización de revisión.
* Cuando usted presenta una apelación a la Organización de Revisión Independiente, le enviaremos a esta organización la información que tenemos sobre su apelación. Esta información se conoce como “expediente de caso”. **Usted tiene derecho a pedirnos una copia de su expediente de caso**. [*If a fee is charged, insert:* Estamos autorizados a cobrarle por copiar y enviarle esta información.]
* Usted tiene derecho a darle a la Organización de Revisión Independiente información adicional para acompañar su apelación.

Paso 2: La Organización de Revisión Independiente hace una revisión de su apelación y le da una respuesta.

* **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente contratada por Medicare**. Esta organización no está vinculada con nosotros y no es una agencia del gobierno. Esta organización es una compañía seleccionada por Medicare para que revise nuestras decisiones sobre sus beneficios de la Parte D con nosotros.
* Las personas encargadas de la revisión en la Organización de Revisión Independiente analizarán con atención toda la información relacionada con su apelación. La organización le dirá su decisión por escrito y le explicará las razones.

Fechas límites para una “apelación rápida” en Nivel 2

* Si su estado de salud lo requiere, pídale a la Organización de Revisión Independiente una “apelación rápida”.
* Si la organización de revisión está de acuerdo con darle una “apelación rápida”, la organización de revisión tiene que darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **no más de 72 horas** después de que reciba su solicitud de apelación.
* **Si la organización de Revisión Independiente dice que sí a todo o parte de lo que usted solicitó,** tenemos que proporcionarle la cobertura del medicamento que fue aprobada por la organización de revisión **no más de 24 horas** después de recibir la decisión de la organización de revisión.

Fechas límites para la “apelación estándar” al Nivel 2

* Si usted tiene una apelación estándar al Nivel 2, la organización de revisión tiene que darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **no más de 7 días calendarios** después que reciba su apelación.
* **Si la organización de Revisión Independiente dice que sí a todo o parte de lo que usted solicitó –** 
  + Si la organización de Revisión Independiente aprueba una solicitud de cobertura, tenemos que **proporcionar la cobertura del medicamento** que se haya aprobado por la organización de revisión **no más de 72 horas** después de recibir la decisión de la organización de revisión.
  + Si la organización de Revisión Independiente aprueba una solicitud de pagarle por un medicamento que ya usted ha comprado, estamos obligados a **enviarle el pago no más de 30 días calendarios** después de recibir la decisión de la organización de revisión.
* ¿Qué sucede si la organización de revisión le dice que no a su apelación?

Si la organización le dice que no a su apelación, esto significa que la organización está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud (Esto se conoce como “ratificar la decisión”. También se conoce como “denegar su apelación”.)

Si la organización de Revisión Independiente “ratifica la decisión”, usted tiene derecho a una apelación de Nivel 3. Sin embargo, para presentar otra apelación de Nivel 3, el valor en dólares de la cobertura del medicamento que usted está solicitando tiene que cumplir con una cantidad mínima. Si el valor en dólares de la cobertura del medicamento que usted está solicitando es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación y la decisión al Nivel 2 es definitiva. El aviso que usted recibirá de la organización de Revisión Independiente le dirá el valor en dólares que tiene que estar en litigio para continuar con el proceso de apelación.

**Paso 3: Si el valor en dólares de la cobertura que usted está solicitando cumple con los requisitos, usted decide si quiere seguir apelando o no.**

* Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelación).
* Si su Apelación de Nivel 2 es denegada y usted cumple con los requisitos para continuar con el proceso de apelación, tiene que decidir si quiere seguir al Nivel 3 y presentar una tercera apelación. Si decide presentar una tercera apelación, los detalles de cómo hacerlo se encuentran en el aviso por escrito que usted recibió después de la segunda apelación.
* Un juez de derecho administrativo se encarga de la Apelación de Nivel 3. La Sección 6 en este Capítulo le habla más sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

### SECCIÓN 6 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más adelante

#### Sección 6.1 Niveles de Apelación 3, 4 y 5 para las apelaciones de medicamentos de la Parte D

Esta Sección puede ser apropiada para usted si ha presentado una Apelación de Nivel 1 y de Nivel 2, y ambas apelaciones le han sido denegadas.

Si el valor del medicamento por el que usted está apelando cumple con cierta cantidad en dólares, es posible que usted pueda continuar hacia niveles adicionales de apelación. Si la cantidad en dólares es menor, usted no puede continuar apelando. La respuesta por escrito que usted recibe después de su Apelación de Nivel 2 le explica con quién comunicarse y qué debe hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

Para la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los tres últimos niveles de apelaciones funcionan más bien de la misma manera. Aquí le decimos quién se encarga de revisar su apelación en cada uno de estos niveles.

**Apelación de 3 Nivel Un juez que trabaja para el gobierno federal** revisará su apelación y le dará su respuesta. Este juez se conoce como “juez de derecho administrativo”.

* **Si la respuesta es sí, el proceso de apelaciones finaliza**. Lo que usted pidió en su apelación ha sido aprobado. Nosotros tenemos que **autorizar o proporcionar la cobertura del medicamento** que ha sido aprobado por el juez de derecho administrativo **no más de 72 horas (24 horas para las apelaciones aceleradas) después o realizar el pago no más de 30 días calendario después** de recibir la decisión.
* **Si el juez de derecho administrativo dice que no a su apelación, el proceso de apelaciones *podría haber terminado* o *no***.
  + Si usted decide aceptar esta decisión que deniega la apelación, el proceso de apelaciones ha finalizado.
  + Si usted no quiere aceptar la decisión, puede continuar al próximo nivel del proceso de revisiones. Si el juez de derecho administrativo dice que no a su apelación, el aviso que usted recibirá le dirá qué debe hacer si quiere continuar con la 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 la respuesta es sí, el proceso de apelaciones finaliza**. Lo que usted pidió en su apelación ha sido aprobado. Nosotros tenemos que **autorizar o proporcionar la cobertura del medicamento** que ha sido aprobado por el juez de derecho administrativo **no más de 72 horas (24 horas para las apelaciones aceleradas) después o realizar el pago no más de 30 días calendario después** de recibir la decisión.
* **Si el juez de derecho administrativo dice que no a su apelación, el proceso de apelaciones *podría haber terminado* o *no***.
  + Si usted decide aceptar esta decisión que deniega la apelación, el proceso de apelaciones ha finalizado.
  + Si usted no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda continuar al próximo nivel del proceso de revisiones. Si el Consejo de apelaciones dice que no a su apelación o deniega su solicitud de apelación, el aviso que usted recibirá le dirá si las regulaciones le permiten seguir a la Apelación de Nivel 5. Si las regulaciones le permiten seguir, el aviso por escrito también le dirá con quién comunicarse y qué debe hacer si decide continuar con su apelación.

**Apelación de Nivel 5** Un juez en el **Tribunal de distrito federal** va a revisar su apelación.

* Este es el último paso del proceso de apelaciones.

CÓMO PRESENTAR QUEJAS

### SECCIÓN 7 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención médica, los tiempos de espera, el servicio al consumidor y otras preocupaciones

question markquestion mark. **Si su problema es acerca de decisiones relacionadas con los beneficios, la cobertura o los pagos, entonces esta sección *no es para usted*. En lugar de eso, usted debe seguir el proceso para la decisión de cobertura y apelaciones. Vaya a la Sección 4 de este Capítulo.**

#### Sección 7.1 ¿De qué tipo de problemas se encarga el proceso de quejas?

Esta sección explica cómo seguir el proceso para presentar quejas. El proceso de quejas se usa para ciertos tipos de problemas *solamente.* Esto incluye los problemas relacionados con la calidad de la atención médica, los tiempos de espera y el servicio al consumidor que usted recibe. Estos son algunos ejemplos de los tipos de problemas de los que se ocupa el proceso de quejas.

Si usted tiene alguno de estos problemas, puede “presentar una queja”

| Queja | Ejemplo |
| --- | --- |
| **Calidad de su atención médica** | * ¿Está descontento con la calidad de los servicios que ha recibido? |
| **Respeto a su privacidad** | * ¿Cree que alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información sobre usted que le parece que debe ser confidencial? |
| **Falta de respeto, mal servicio al consumidor, otros comportamientos negativos** | * ¿Alguien lo ha tratado mal o le ha faltado el respeto? * ¿Está descontento con la manera en que los Servicios para Miembros lo ha tratado? * ¿Siente que lo están instando a que abandone el plan? |
| **Tiempo de espera** | * ¿Los farmacéuticos lo han hecho esperar demasiado tiempo? ¿O lo han hecho esperar demasiado nuestros Servicios para Miembros o algún otro empleado del plan?   + Entre los ejemplos se incluye esperar demasiado tiempo por teléfono o cuando se recibe una receta. |
| **Limpieza** | * ¿Está descontento con la limpieza o las condiciones de una farmacia? |
| **Información que usted recibe de nosotros** | * ¿Cree que no le hemos dado un aviso que le debíamos haber dado? * ¿Cree que una información por escrito que le hemos dado es difícil de comprender? |
| **Cumplimiento del tiempo** (Estos tipos de quejas están relacionados con *el cumplimiento del tiempo* de nuestras acciones con respecto a la decisión de coberturas y apelaciones) | El proceso de solicitar una decisión de cobertura y presentar apelaciones se explica en las Secciones 4-6 de este Capítulo. Si usted está solicitando una decisión o presentando una apelación, siga ese proceso, no el proceso de quejas.  Sin embargo, si ya usted nos pidió una decisión de cobertura o presentó una apelación y cree que no le estamos respondiendo lo suficientemente rápido, también puede presentar una queja sobre nuestra lentitud. Estos son algunos ejemplos:   * Si nos pidió que le diéramos una “decisión rápida de cobertura” o una “apelación rápida” y le dijimos que no lo haremos, puede presentar una queja. * Si usted cree que no estamos cumpliendo las fechas límites para darle una decisión de cobertura o responder una apelación que usted haya hecho, puede presentar una queja. * Cuando se revisa una decisión de cobertura que hemos tomado y nos dicen que debemos cubrir o reembolsar el costo de ciertos medicamentos, hay que aplicar las fechas límites. Si usted cree que no estamos cumpliendo esas fechas límites, puede presentar una queja. * Cuando no le damos una decisión a tiempo, estamos obligados a enviar su caso a la organización de Revisión Independiente. Si no lo hacemos antes de la fecha límite establecida, usted puede presentar una queja. |

#### Sección 7.2 El nombre formal de “presentar una queja” es “presentar una querella”

| **Términos legales** |
| --- |
| * Lo que esta sección llama una **“queja”** también se conoce como una **“querella”.** * Otro término para **“presentar una queja”** es **“presentar una querella”.**   Otra manera de decir “**seguir el proceso para las quejas”** es “**seguir el proceso para presentar una querella”.** |

#### Sección 7.3 Paso a paso: Presentar una queja

Paso 1: Comuníquese con nosotros de inmediato, ya sea por teléfono o por escrito.

* **Por lo general, el primer paso es llamar a Servicios para Miembros.** Si hay algo más que usted debe hacer, los Servicios para Miembros se lo dirán. *[Insert phone number, TTY, and days and hours of operation.]*
* **Si usted no quiere llamar (o llamó pero no quedó satisfecho), puede poner su queja por escrito y enviárnosla.** Si usted pone su queja por escrito, le responderemos a su queja 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.]*
* **Ya sea por teléfono o por escrito, usted debe comunicarse con los Servicios para Miembros de inmediato.** La queja tiene que presentarse no más de 60 días calendario después de que usted tenga el problema sobre el que se quiere quejar.
* **Si usted está presentando una queja porque le negaron su solicitud de una “decisión rápida de cobertura” o una “apelación rápida”, automáticamente le daremos una queja “rápida”.** Si usted tiene una queja “rápida”, eso significa que le daremos su **respuesta no más de 24 horas después**.

| **Términos legales** |
| --- |
| Lo que esta sección llama **“queja rápida”** también se conoce como **“querella acelerada”.** |

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

* **Si es posible, le daremos una respuesta inmediatamente.** Si usted nos llama para presentarnos una queja, puede ser que podamos darle una respuesta durante esa misma llamada telefónica. Si su problema médico exige que le respondamos con rapidez, así lo haremos.
* **La mayoría de las quejas se responden en un plazo de 30 días calendario.** Si necesitamos más información, y el retraso es por su propio beneficio o si usted pide más tiempo, podría tomarnos 14 días calendarios más (un total de 44 días calendario) para contestar su queja. Si decidimos tardar días adicionales, se lo haremos saber por escrito.
* **Si no estamos de acuerdo** con alguna parte o con toda su queja o no nos consideramos responsables por el problema del que usted se está quejando, se lo comunicaremos. Nuestra respuesta incluirá las razones de nuestra respuesta. Estamos obligados a responder si estamos de acuerdo o no con su queja.

#### Sección 7.4 Usted también puede presentar quejas sobre la calidad de la Organización para Mejoras de la Calidad

Usted puede presentarnos su queja sobre la calidad del cuidado que recibe usando el proceso de pasos que se resume más arriba.

Si su queja es sobre la *calidad el cuidado*, tiene también dos opciones extra:

* **Puede presentar la queja a la Organización para Mejoras de la Calidad**. Si usted lo prefiere, puede presentar su queja sobre la calidad del cuidado directamente a esta organización (*sin* presentarnos la queja a nosotros).
  + La Organización para Mejoras de la Calidad es un grupo de médicos y otros expertos de la salud practicantes pagados por el gobierno federal para revisar y mejorar el cuidado que reciben los pacientes de Medicare.
  + Para encontrar el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para Mejoras de la Calidad de su estado, busque en el Capítulo 2, Sección 4, de este manual. Si usted presenta una queja ante esta organización, colaboraremos con ellos para resolver su queja.
* **O usted puede presentar su queja a los dos al mismo tiempo**. Si lo desea, puede presentarnos su queja sobre la calidad del cuidado a nosotros y también a la Organización para Mejoras de la Calidad.

#### Sección 7.5 Usted también puede presentarle su queja a Medicare

Usted puede enviar una queja sobre *[insert 2017 plan name]* directamente a Medicare. Para enviar una queja a Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare se toma sus quejas muy seriamente y usaremos esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare.

Si usted tiene alguna otra opinión o preocupación, o si considera que el plan no se está ocupando de su problema, sírvase llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 8

Para poner fin a su   
membresía en el plan

## Capítulo 8. Para poner fin a su membresía en el plan

SECCIÓN 1 Introducción 147

Sección 1.1 Este capítulo se centra en cómo poner fin a su membresía en nuestro plan 147

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede poner fin a su membresía en nuestro plan? 147

Sección 2.1 Generalmente, usted puede poner fin a su membresía durante el Periodo de Inscripción Anual 147

Sección 2.2 En determinadas situaciones, usted puede poner fin a su membresía durante el Periodo Especial de Inscripción 149

Sección 2.3 ¿Dónde puedo obtener más información sobre cuándo usted puede poner fin a su membresía? 150

SECCIÓN 3 ¿Cómo usted puede poner fin a su membresía en nuestro plan? 151

Sección 3.1 Generalmente, usted puede poner fin a su membresía inscribiéndose en otro plan 151

SECCIÓN 4 Hasta que termine su membresía, usted deberá seguir obteniendo sus medicamentos a través de nuestro plan 153

Sección 4.1 Hasta que termine su membresía, usted seguirá siendo miembro de nuestro plan 153

SECCIÓN 5 *[Insert 2017 plan name]* deberá poner fin a su membresía en el plan en determinadas situaciones 153

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos poner fin a su membresía en el plan? 153

Sección 5.2 Nosotrosno podemos pedirle que se vaya del plan por ninguna razón relacionada con su salud 154

Sección 5.3 Usted tiene derecho a presentar una queja si le ponemos fin a su membresía en nuestro plan 155

### SECCIÓN 1 Introducción

#### Sección 1.1 Este capítulo se centra en cómo poner fin a su membresía en nuestro plan

Poner fin a su membresía en *[insert 2017 plan name]* podría ser **voluntario** (por su propia decisión) o **involuntario** (no por su propia decisión):

* Usted puede irse de nuestro plan porque ha decidido que *quiere* irse.
  + Hay solamente algunos momentos durante el año, o determinadas situaciones, en los que usted puede poner fin voluntariamente a su membresía en nuestro plan. La Sección 2 le dice *cuándo* puede poner fin a su membresía en nuestro plan.
  + El proceso para poner fin voluntariamente a su membresía varía en dependencia del tipo de cobertura nueva que esté eligiendo. La Sección 3 le dice *cómo* poner fin a su membresía en cada situación.
* También hay situaciones limitadas en las que usted no decide irse del plan, pero nos vemos obligados a poner fin a su membresía. La Sección 5 habla de las situaciones en que nos vemos obligados a poner fin a su membresía.

Si usted se va de nuestro plan, deberá continuar recibiendo los medicamentos por receta de la Parte D a través de nuestro plan hasta que termine su membresía.

### SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede poner fin a su membresía en nuestro plan?

Usted puede poner fin a su membresía en nuestro plan solo durante ciertos momentos del año, conocidos como periodos de inscripción. Todos los miembros tienen la oportunidad de irse del plan durante el Periodo de Inscripción Anual. En determinadas situaciones, también podría ser elegible para irse del plan en otros momentos del año.

#### Sección 2.1 Generalmente, usted puede poner fin a su membresía durante el Periodo de Inscripción Anual

Usted puede poner fin a su membresíadurante el **Periodo de Inscripción Anual** (conocido también como el “Periodo Anual de Elección Coordinada”). Este es el momento en que debe revisar su cobertura de salud y de medicamentos y tomar una decisión sobre su cobertura para el año siguiente.

* **¿Cuándo es el Periodo de Inscripción Anual?** Desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre.
* **¿A qué tipo de plan puede cambiarse durante el Periodo de Inscripción Anual?** Durante este periodo, usted puede revisar su cobertura actual de salud y de medicamentos. Usted puede decidir quedarse con su cobertura actual o hacerle cambios para el año siguiente. Si usted decide cambiarse a un nuevo plan, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
  + Otro plan de medicamentos por receta de Medicare.
  + Medicare Original *sin* un plan de medicamentos por receta de Medicare por separado.
* **Si usted recibe “Ayuda Extra” de Medicare para pagar por sus medicamentos por receta:** Si no se inscribe en un plan de medicamentos por receta de Medicare por separado, Medicare podría inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya decido no participar en la inscripción automática.
  + *– o –* Un plan de salud de Medicare. Un plan de salud de Medicare es un plan ofrecido por una compañía privada que tiene contrato con Medicare para brindar todos los beneficios de la Parte A de Medicare (hospital) y la Parte B (médicos). Algunos planes de salud de Medicare también incluyen la cobertura de medicamentos por receta de la Parte D.
    - Si usted se inscribe en la mayoría de los planes de salud de Medicare, se le dará de baja de *[insert 2017 plan name]* cuando comience la cobertura de su nuevo plan. Sin embargo, si usted usa un plan privado de pago por servicio, sin la cobertura de medicamentos de la Parte D, un plan de Cuenta de Ahorros Médicos de Medicare o un Plan de costo de Medicare, puede inscribirse en ese plan y quedarse con *[insert 2017 plan name]* para la cobertura de medicamentos. Si usted no quiere quedarse con nuestro plan, puede inscribirse en otro plan de medicamentos por receta de Medicare o dejar la cobertura de medicamentos por receta de Medicare.

**Aviso:** Si usted se da de baja de la cobertura de medicamentos por receta de Medicare y no tiene una cobertura de medicamentos por receta válida, puede ser que tenga que pagar una penalidad por inscripción tardía si después se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare. (Una cobertura “válida” significa que se espera que la cobertura pague, como promedio, al menos tanto como la cobertura de medicamentos por receta estándar de Medicare.) [*insert if applicable:* Vea el Capítulo 4, Sección 10, para más información sobre la penalidad por inscripción tardía.]

* **¿Cuándo terminará su membresía?** Su membresía terminará cuando comience la nueva cobertura de su plan el 1 de enero.

#### Sección 2.2 En determinadas situaciones, usted puede poner fin a su membresía durante el Periodo Especial de Inscripción

En determinadas situaciones, los miembros de *[insert 2017 plan name]* podrían ser elegibles para poner fin a su membresía en otros momentos el año. Esto se conoce como **Periodo Especial de Inscripción**.

* **¿Quién es elegible para el Periodo Especial de Inscripción?** Si cualquiera de las situaciones siguientes se aplica a usted, es elegible para poner fin a su membresía durante el Periodo de Inscripción Inicial. Estos son solo ejemplos, para la lista completa puede comunicarse con el plan, llamar a Medicare o visitar el sitio de Medicare (<http://www.medicare.gov>):
  + Si se ha mudado fuera del área de servicio del plan.
  + *[Revise bullet to use state-specific name, if applicable]* Si tiene Medicaid.
  + Si usted es elegible para la “Ayuda Extra” para pagar por sus medicamentos por receta de Medicare.
  + Si violamos nuestro contrato con usted.
  + Si está recibiendo cuidado en una institución, como un asilo para ancianos o un hospital de cuidado a largo plazo (LTC).
  + [*Plans in* *states with PACE, insert:* Si usted se inscribe en el Programa de Cuidado Total de Salud para Ancianos (PACE). [*National or multi-state plans when there is variability in the availability of PACE insert:* PACE no está disponible en todos los estados. Si quiere saber si PACE está disponible en su estado, comuníquese con los Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).]]
* **¿Cuándo son los Periodos de Inscripción Especial?** Los periodos de inscripción varían dependiendo de su situación.
* **¿Qué puede hacer usted?** Para averiguar si es elegible para un Periodo Especial de Inscripción, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si usted es elegible para poner fin a su membresía por una situación especial, puede decidir cambiar tanto su cobertura de salud de Medicare como su cobertura de medicamentos por receta. Esto significa que usted puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
  + Otro plan de medicamentos por receta de Medicare.
  + Medicare Original *sin* un plan de medicamentos por receta de Medicare.
* **Si usted recibe “Ayuda Extra” de Medicare para pagar por sus medicamentos por receta:** Si no se inscribe en un plan de medicamentos por receta de Medicare por separado, Medicare podría inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya decido no participar en la inscripción automática.
  + – *o –* Un plan de salud de Medicare. Un plan de salud de Medicare es un plan ofrecido por una compañía privada que tiene contrato con Medicare para brindar todos los beneficios de la Parte A de Medicare (hospital) y la Parte B (médicos). Algunos planes de salud de Medicare también incluyen la cobertura de medicamentos por receta de la Parte D.
    - Si usted se inscribe en la mayoría de los planes de salud de Medicare, se le dará de baja de *[insert 2017 plan name]* cuando comience la cobertura de su nuevo plan. Sin embargo, si usted usa un plan privado de pago por servicio, sin la cobertura de medicamentos de la Parte D, un plan de Cuenta de Ahorros Médicos de Medicare o un Plan de costo de Medicare, puede inscribirse en ese plan y quedarse con *[insert 2017 plan name]* para la cobertura de medicamentos. Si usted no quiere quedarse con nuestro plan, puede inscribirse en otro plan de medicamentos por receta de Medicare o dejar la cobertura de medicamentos por receta de Medicare.
  + **Aviso:** Si usted se da de baja de la cobertura de medicamentos por receta de Medicare y no tiene una cobertura de medicamentos por receta válida, puede ser que tenga que pagar una penalidad por inscripción tardía si después se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare. (Una cobertura “válida” significa que se espera que la cobertura pague, como promedio, al menos tanto como la cobertura de medicamentos por receta estándar de Medicare.) [*insert if applicable:* Vea el Capítulo 4, Sección 10, para más información sobre la penalidad por inscripción tardía.].
* **¿Cuándo terminará su membresía?** Generalmente su membresía terminará el primer día del mes después que recibamos su solicitud de cambiar de plan.

#### Sección 2.3 ¿Dónde puedo obtener más información sobre cuándo usted puede poner fin a su membresía?

Si usted tiene alguna pregunta o desea más información sobre cuándo puede poner fin a su membresía:

* Puede llamar a **Servicios para Miembros** (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).
* Puede encontrar más información en el manual ***Medicare y Usted 2017***.
  + Todas las personas con Medicare reciben una copia de *Medicare y Usted* cada otoño. Quienes sean nuevos en Medicare lo reciben dentro del mes siguiente a la fecha en que se inscribieron.
  + Usted también puede descargar una copia del sitio web de Medicare (<http://www.medicare.gov>). O puede pedir una copia impresa llamando a Medicare al número siguiente.
* Usted puede comunicarse con **Medicare** llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

### SECCIÓN 3 ¿Cómo usted puede poner fin a su membresía en nuestro plan?

#### Sección 3.1 Generalmente, usted puede poner fin a su membresía inscribiéndose en otro plan

Generalmente, para poner fin a su membresía en nuestro plan, sencillamente debe inscribirse en otro plan de Medicare durante uno de los periodos de inscripción (ver la Sección 2 de este capítulo para obtener información sobre el periodo de inscripción). Sin embargo, hay dos circunstancias en las que tendremos que poner fin a su membresía de un modo diferente:

* Si usted quiere cambiar de nuestro plan al Medicare Original *sin* un plan de medicamentos por receta de Medicare, deberá pedir que le demos de baja de nuestro plan.
* If usted se inscribe en un plan privado de pago por servicio sin cobertura de medicamentos por receta, un plan de Cuenta de Ahorros Médicos de Medicare o un Plan de costo de Medicare, puede inscribirse en ese plan y quedarse con *[insert 2017 plan name]* para la cobertura de medicamentos. Si usted no quiere quedarse con nuestro plan, puede inscribirse en otro plan de medicamentos por receta de Medicare o pedir que le den de baja de nuestro plan.

Si usted se encuentra en alguna de estas dos situaciones y quiere irse de nuestro plan, hay dos formas en que puede pedir que le den de baja:

* Puede hacernos una solicitud por escrito. Comuníquese con Servicios para Miembros si necesita mas información sobre cómo hacerlo (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).
* *-- o --* Puede comunicarse con Medicareal 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

**Aviso:** Si usted se da de baja de la cobertura de medicamentos por receta de Medicare y no tiene una cobertura de medicamentos por receta válida, puede ser que tenga que pagar una penalidad por inscripción tardía si después se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare. (Una cobertura “válida” significa que se espera que la cobertura pague, como promedio, al menos tanto como la cobertura de medicamentos por receta estándar de Medicare.) Vea el Capítulo 4, Sección 10, para más información sobre la penalidad por inscripción tardía.

La tabla a continuación explica cómo debe ponerle fin a la membresía en nuestro plan.

| Si quiere cambiarse de nuestro plan a: | Esto es lo que debe hacer: |
| --- | --- |
| * Otro plan de medicamentos por receta de Medicare. | * Inscribirse en un nuevo plan de medicamentos por receta de Medicare.   Se le dará de baja automáticamente de *[insert 2017 plan name]* cuando empiece la cobertura de su nuevo plan. |
| * Un plan de salud de Medicare. | * Inscribirse en el plan de salud de Medicare. Con la mayoría de los planes de salud de Medicare, se le dará de baja automáticamente de *[insert 2017 plan name]* cuando comience la cobertura de su nuevo plan.   Sin embargo, si usted usa un plan privado de pago por servicio, sin la cobertura de medicamentos de la Parte D, un plan de Cuenta de Ahorros Médicos de Medicare o un Plan de costo de Medicare, puede inscribirse en ese plan y quedarse con *[insert 2017 plan name]* para la cobertura de medicamentos. Si usted no quiere quedarse con nuestro plan, deberá o *bien* inscribirse en otro plan de medicamentos por receta de Medicare o pedirnos que le demos de baja. Para pedir que le demos de baja, deberá enviarnos una solicitud por escrito (comuníquese con Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) si necesita más información sobre cómo hacerlo) o comuníquese con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). |
| * El Medicare Original *sin* un plan de medicamentos por receta de Medicare por separado.   **Aviso:** Si usted se da de baja de la cobertura de medicamentos por receta de Medicare y no tiene una cobertura de medicamentos por receta válida, puede ser que tenga que pagar una penalidad por inscripción tardía si después se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare. Vea el Capítulo 4, Sección 10, para más información sobre la penalidad por inscripción tardía. | * **Envíenos una solicitud por escrito para que le demos de baja.** Comuníquese con Servicios para Miembros si necesita más información sobre cómo hacerlo (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). * También puede comunicarse con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). |

### SECCIÓN 4 Hasta que termine su membresía, usted deberá seguir obteniendo sus medicamentos a través de nuestro plan

#### Sección 4.1 Hasta que termine su membresía, usted seguirá siendo miembro de nuestro plan

Si usted se va del plan *[insert 2017 plan name]*, puede ser que pase un tiempo antes de que termine su membresía y entre en vigor su nueva cobertura de Medicare. (Vea la Sección 2 para información sobre cuándo comienza su nueva cobertura.) Durante este tiempo deberá seguir obteniendo sus medicamentos por receta a través de nuestro plan.

* **Usted deberá continuar usando nuestras farmacias de la red para que le surtan sus recetas hasta que termine su membresía en nuestro plan.** Generalmente, sus medicamentos por receta solo estarán cubiertos si se dispensan en una farmacia de la red [*insert if applicable:* incluidas nuestras farmacias de pedido por correo.]

### SECCIÓN 5 *[Insert 2017 plan name]* deberá poner fin a su membresía en el plan en determinadas situaciones

#### Sección 5.1 ¿Cuándo debemos poner fin a su membresía en el plan?

***[Insert 2017 plan name]* deberá poner fin a su membresía en el plan si sucede una de las siguientes cosas:**

* Si no está inscrito de manera continua en la Parte A o B de Medicare (o en ambas).
* Si se muda fuera del área de servicio.
* Si está fuera de nuestra área de servicio durante más de12 meses.
  + Si usted se muda o hace un viaje largo, debe llamar a Servicios para Miembros para averiguar si el lugar a donde se está mudando o está viajando se encuentra en el área del plan. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este folleto.)
* Si lo encarcelan (va a prisión).
* Si no es ciudadano de EE. UU. o no está presente legalmente en Estados Unidos
* Si usted miente u oculta información sobre otro seguro que usted tenga y que ofrezca cobertura de medicamentos por receta.
* [*Omit if not applicable]* Si usted intencionalmente nos da información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos obligarlo a irse de nuestro plan por esta razón a menos que primero obtengamos permiso de Medicare).
* [*Omit bullet and sub-bullet if not applicable]* Si continuamente usted se comporta de una manera perturbadora y que nos haga difícil brindarle atención médica a usted y a otros miembros de nuestro plan. (No podemos obligarlo a irse de nuestro plan por esta razón a menos que primero obtengamos permiso de Medicare.)
* [*Omit bullet and sub-bullet if not applicable]* Si usted deja que otra persona use su tarjeta de miembro para adquirir medicamentos por receta. (No podemos obligarlo a irse de nuestro plan por esta razón a menos que primero obtengamos permiso de Medicare.)
  + Si ponemos fin a su membresía por esta razón, Medicare puede hacer 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 usted no paga las primas del plan durante *[insert length of grace period, which cannot be less than 2 calendar months].*
  + Debemos notificarle por escrito que usted tiene *[insert length of grace period, which cannot be less than 2 calendar months]* para pagar la prima del plan antes de que pongamos fin a su membresía.
* Si tiene que pagar la cantidad extra de la Parte D debido a sus ingresos y no la paga, Medicare le dará de baja de nuestro plan y usted perderá la cobertura de medicamentos por receta.

¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene alguna pregunta o quisiera obtener más información sobre cuándo podemos ponerle fin a su membresía:

* Puede llamar a **Servicios para Miembros** para más información (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

#### Sección 5.2 Nosotrosno podemos pedirle que se vaya del plan por ninguna razón relacionada con su salud

*[Insert 2017 plan name]* no tiene permitido pedirle que se vaya del plan por ninguna razón relacionada con su salud.

¿Qué debe hacer si esto sucede?

Si usted piensa que le han pedido que se vaya del plan por razones de 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 las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

#### Sección 5.3 Usted tiene derecho a presentar una queja si le ponemos fin a su membresía en nuestro plan

Si le ponemos fin a su membresía en nuestro plan, debemos decirle por escrito las razones que tenemos para hacerlo. También tenemos que explicarle cómo puede presentar una reclamación o una queja sobre nuestra decisión de poner fin a su membresía en nuestro plan. También puede mirar en el Capítulo 7, Sección 7 para obtener información sobre cómo presentar una queja.

Capítulo 9

Avisos legales

## Capítulo 9. Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre las leyes vigentes 158

SECCIÓN 2 Aviso de no discriminación 158

SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos subrogados del Pagador Secundario a Medicare 158

*[****Note:*** *You may include other legal notices, such as a notice of member non-liability or a notice about third-party liability. These notices may only be added if they conform to Medicare laws and regulations.]*

### SECCIÓN 1 Aviso sobre las leyes vigentes

Hay muchas leyes que se aplican a esta *Evidencia de Cobertura* y algunas disposiciones adicionales también podrían aplicarse porque lo exige la ley. Esto podría afectar sus derechos y responsabilidades incluso si las leyes no están incluidas o 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 regulaciones creadas bajo la Ley del Seguro Social por los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid o CMS. Además, podrían aplicarse otras leyes federales y bajo determinadas circunstancias, las leyes del estado donde usted vive.

### SECCIÓN 2 Aviso de no discriminación

Nosotros no discriminamos por razones de raza, discapacidad, religión, sexo, salud, etnia, credo, edad u origen de una persona. Todas las organizaciones que ofrecen planes de medicamentos por receta de Medicare, como nuestro plan, deberán obedecer 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 la Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, todas las otras leyes que se aplican a las organizaciones que reciben fondos federales y cualquier otra ley y reglas que se aplican por cualquier otra razón.

### SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos subrogados del Pagador Secundario a Medicare

Nosotros tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los medicamentos por receta médica cubiertos por Medicare para los que Medicare no es el pagador primario. De acuerdo con las regulaciones de CMS 42 CFR secciones 422.108 y 423.462, *[insert 2017 plan name]*, como patrocinador de un plan de medicamentos por receta de Medicare, ejercerá los mismos derechos de recuperación que ejerce el Secretario bajo las regulaciones de CMS en las subpartes B a la D de la parte 411 de 42 CFR y las reglas establecidas en esta sección sustituirán cualquier ley estatal.

*[****Note:*** *You may include other legal notices, such as a notice of member non-liability or a notice about third-party liability. 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 “Member Services” to “Customer Service”) affect glossary terms, plans should re-label the term and alphabetize it within the glossary.]*

**Apelación** – La apelación es algo que usted hace si no está de acuerdo con nuestra decisión de denegarle una solicitud de cobertura de medicamentos por receta o pago por medicamentos que ya está recibiendo. Por ejemplo, puede pedir una apelación si no pagamos por un medicamento que piensa que usted debe recibir. El Capítulo 7 explica las apelaciones, incluido el proceso de hacer una apelación.

**Periodo de Inscripción Anual –** Un momento determinado cada otoño cuando los miembros pueden cambiar sus planes de salud o de medicamentos o cambiarse al Medicare Original. El Periodo de Inscripción Anual va del 15 de octubre al 7 de diciembre.

**Medicamento de marca**– Un medicamento por receta que se elabora y se vende por la compañía farmacéutica que originalmente investigó y desarrolló el medicamento. Los medicamentos de marca tienen la fórmula con el mismo ingrediente activo que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otros fabricantes de medicamentos y generalmente no están disponibles hasta que la patente del medicamento por receta haya caducado.

**Etapa de Cobertura Catastrófica** – La etapa de Beneficio de medicamentos de la Parte D en la que usted hace un copago o coseguro bajo por los medicamentos después que usted u otras partes calificadas a nombre suyo hayan gastado $*[insert 2017 out-of-pocket threshold]* en medicamentos cubiertos durante el año cubierto.

**Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS)** – La agencia federal que administra Medicare. El Capítulo 2 explica cómo comunicarse con los CMS.

**Coseguro** – Una cantidad que puede ser que tenga que pagar como su parte de los costos por medicamentos por receta [*insert if applicable:* después que usted paga por el deducible]. El coseguro es generalmente un porcentaje (por ejemplo, 20%).

**Queja** – El nombre formal para “hacer una queja” es “presentar una querella”. La queja es el proceso usado *únicamente* para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempo de espera y el servicio al cliente que usted recibe. Vea también "

**Copago** – Una cantidad que puede ser que tenga que pagar como su parte de los costos por un medicamento por receta. El copago es una cantidad determinada en vez de un porcentaje. Por ejemplo, usted podría tener que pagar $10 o $20 por un medicamento por receta.

**Costos compartidos**– Los costos compartidos se refieren a las cantidades que tienen que pagar los miembros cuando reciben los medicamentos. [*Insert if plan has a premium:* (Esto es además de la prima mensual del plan.)] Los costos compartidos incluyen cualquier combinación de los tres tipos siguientes de pagos: (1) cualquier cantidad por deducible que puede imponer un plan antes de que los medicamentos estén cubiertos; (2) el “copago” fijo que requiera un plan cuando se recibe un medicamento específico; o (3) la cantidad de “coseguro”, un porcentaje de la cantidad total pagada por un medicamento, que un plan requiere cuando se recibe un medicamento específico. Puede ser que se aplique una “tasa de costos compartidos diarios” cuando su médico le recete suministros de medicamentos para menos de un mes completo para determinados medicamentos y tendrá que hacer un copago.

*[Delete if plan does not use tiers]* **Nivel de costos compartidos**– Cada medicamento de la lista de medicamentos cubiertos está en uno de los *[insert number of tiers]* niveles de costos compartidos. En general, mientras más alto sea el nivel de costos compartidos, más alto será lo que usted tendrá que pagar por el medicamento.

**Determinación relacionada con la cobertura** **–** Una decisión sobre si un medicamento que le han recetado está cubierto por el plan y la cantidad que usted debe pagar por la receta, si es el caso. En general, si usted lleva sus recetas a una farmacia y la farmacia le dice que su receta no está cubierta por su plan, eso no es una determinación de cobertura. Usted debe llamar o escribir al plan para pedirle una decisión formal sobre la cobertura. Las determinaciones relacionadas con la cobertura son llamadas “decisiones relacionadas con la cobertura” en este folleto. El Capítulo 7 explica cómo pedirnos una decisión de cobertura.

**Medicamentos cubiertos**– El término que usamos para referirnos a todos los medicamentos por receta recetados por nuestro plan.

**Cobertura válida de medicamentos por receta** – Cobertura de medicamentos por receta (por ejemplo, a través de un empleador o sindicato) que se espera que pague, como promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos por receta de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura cuando son elegibles para Medicare generalmente pueden seguir con esa cobertura sin pagar una penalidad, si deciden inscribirse en una cobertura de medicamentos por receta de Medicare.

**Tasa diaria de costos compartidos**– Una “tasa diaria de costos compartidos” podría aplicarse cuando su médico le receta un suministro por menos de un mes completo de ciertos medicamentos y tiene que hacer un copago. Una tasa diaria de costos compartidos es el copago dividido por el número de días del suministro del mes. Por ejemplo: Si su copago por el suministro del medicamento para un mes es de $30, y el suministro para un mes de su plan es 30 días, entonces su “tasa diaria de costos compartidos” es $1 por día. Esto significa que usted paga $1 por el suministro de cada día cuando surta su receta.

**Deducible** – La cantidad que debe pagar por las recetas antes de que nuestro plan comience a pagar.

**Darse de baja** o **dar de baja**– El proceso de poner fin a su membresía en nuestro plan. El dar de baja puede ser voluntario (por su propia decisión) o involuntario (no por su propia decisión).

**Cargo de dispensación –** Un cargo que se cobra cada vez que se dispensa un medicamento cubierto para pagar por el costo de surtir una receta. El cargo de dispensación cubre costos como el tiempo que le toma al farmacéutico preparar y empacar la receta.

**Emergencia** – Una emergencia médicaes cuando usted o cualquier otra personalegaprudente con un conocimiento promedio de salud y medicina cree que usted tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar que pierda la vida, que pierda una extremidad o que pierda la función de esa extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, dolor intenso o un problema médico que se está empeorando rápidamente.

**Evidencia de Cobertura (EOC) y Divulgación de Información**– Este documento, junto con el formulario de inscripción y cualquier otro documento adjunto, cláusulas u otra cobertura opcional seleccionada, que explique su cobertura, lo que tenemos que hacer, sus derechos y lo que usted tiene que hacer como miembro del 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 del formulario), o recibir un medicamento no preferido a un nivel de costos compartidos más (una excepción del nivel). Usted también puede solicitar una excepción si el patrocinador del plan exige que usted pruebe primero otro medicamento antes de recibir el que usted está solicitando o el plan limita la cantidad de la dosis del medicamento que usted está solicitando (una excepción del formulario).

**Ayuda Extra** – Un programa de Medicare para ayudar a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar por los costos del programa de medicamentos por receta de Medicare, como las primas, el deducible y el coseguro.

**Medicamento genérico** – Un medicamento genérico aprobado por la Administración de Fármacos y Alimentos (FDA) por tener el/los mismo(s) ingrediente(s) activo(s) que el medicamento de marca. Generalmente, los medicamentos “genéricos” trabajan igual que el medicamento de marca y generalmente cuestan menos.

**Querella** – Un tipo de queja que usted presenta sobre nosotros o sobre una de las farmacias de nuestra red, incluidas quejas relacionadas con la calidad del cuidado. Este tipo de queja no incluye disputas sobre la cobertura o los pagos.

**Cantidad de ajuste mensual por ingresos (IRMAA)** – Si sus ingresos están por encima de cierto límite, usted pagará una cantidad por ajuste mensual por ingresos además de la prima del plan. Por ejemplo, las personas con ingresos mayores de $*[insert amount]* y las parejas casadas con ingresos mayores de $*[insert amount]* deberán pagar una prima más alta de la Parte B de Medicare (seguro médico) y de la cobertura de medicamentos por receta de Medicare. Esta cantidad adicional se conoce como ajuste mensual por ingresos. Menos del 5% de las personas con Medicare se verán afectadas, por lo que la mayoría de las personas no tendrán una prima más alta.

**Límite de la cobertura inicial** – El límite máximo de cobertura durante la Etapa de Cobertura Inicial.

**Etapa de Cobertura Inicial** – Esta es la etapa antes de que el [*insert as applicable:* costo total de los medicamentos incluidas las cantidades que usted ha pagado y lo que su plan ha pagado a nombre suyo OR los gastos directos de su bolsillo] para el año haya alcanzado *[insert as applicable: [insert 2017 initial coverage limit] OR [insert 2017 out-of-pocket threshold]].*

**Periodo de Inscripción Inicial –** Cuando usted es elegible por primera vez para Medicare, el periodo de tiempo en que puede inscribirse para la Parte A y la Parte B de Medicare. Por ejemplo, si usted es elegible para Medicare cuando cumple 65, su Periodo de Inscripción Inicial es el periodo de 7 meses que comienza 3 meses antes de que usted cumpla 65 años, incluye el mes en que usted cumple 65 y termina 3 meses después del mes en que usted cumple 65.

**Penalidad por Inscripción Tardía** – Una cantidad que se agrega a su prima mensual por la cobertura de medicamentos de Medicare si está sin cobertura válida (una cobertura que se espera que pague, como promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos por receta de Medicare) por un periodo continuo de 63 días o más. Usted paga esta cantidad más alta siempre que tenga un plan de medicamentos de Medicare. Hay algunas excepciones. Por ejemplo, si usted recibe “Ayuda Extra” de Medicare para pagar por los costos de sus medicamentos por receta, la regla de la penalidad por inscripción tardía no se aplica a usted. Si usted recibe “Ayuda Extra”, no paga la penalidad por inscripción tardía.

**Lista de medicamentos cubiertos (Formulario o “Lista de medicamentos”)** – Una lista de los medicamentos por receta cubiertos por el plan. Los medicamentos de esta lista son seleccionados por el plan con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La lista incluye tanto medicamentos de marca como medicamentos genéricos.

**Subsidio por bajos ingresos** **(LIS)** – Vea “Ayuda Extra”.

**Medicaid (o Asistencia Médica) –** Un programa conjunto entre el estado y el gobierno federal que ayuda con los gastos médicos a algunas personas con bajos ingresos y recursos limitados. Los programas de Medicaid varían de un estado a otro, pero la mayoría de los gastos médicos están cubiertos si usted califica tanto para Medicare como para Medicaid. Vea el Capítulo 2, Sección 6 para información sobre cómo comunicarse con Medicaid en su estado.

**Indicación médicamente aceptada –** Un uso de un medicamento que o bien esté aprobado por la Administración de Fármacos y Alimentos o apoyado por ciertos libros de referencia. Vea el Capítulo 3, Sección 3 para más información sobre la indicación médicamente aceptada.

**Medicare** – El programa de salud federal para personas de 65 años de edad o más, algunas personas menores de 65 con ciertas discapacidades y personas con Enfermedad Renal Terminal (generalmente con insuficiencia renal permanente que necesitan diálisis o trasplante de riñón). Las personas con Medicare pueden recibir su cobertura de salud a través del Medicare Original [*insert only if there is a cost plan in your service area: ,* un Plan de costo de Medicare,] [*insert only if there is a PACE plan in your state:* un plan PACE,] o un Plan Medicare Advantage.

**Plan Medicare Advantage (MA)** – Algunas veces conocido como Parte C de Medicare. Un plan ofrecido por compañías privadas que tienen contratos con Medicare para ofrecerle todos los beneficios de la Parte A y de la Parte B de Medicare. Un Plan Medicare Advantage puede ser un HMO, PPO, un plan privado de pago por servicio (PFFS) o un plan de Cuenta de Ahorro de Medicare (MSA). Si usted está inscrito en un Plan Medicare Advantage, los servicios de Medicare están cubiertos a través del plan, y no son pagados por el Medicare Original. En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D de Medicare (cobertura de medicamentos por receta). Estos planes son conocidos como **Planes Medicare Advantage con Cobertura de medicamentos por receta.** Todo el que tenga las Partes A y B de Medicare es elegible para inscribirse en cualquier plan de salud de Medicare que se ofrezca en su área, excepto las personas que tengan Enfermedad Renal Terminal (a menos que apliquen ciertas excepciones).

[*Insert cost plan definition only if you are a Medicare Cost Plan or there is one in your service area:* **Plan de costo de****Medicare** – Un Plan de costo de Medicare es un plan operado por una Organización de Mantenimiento de la Salud (HMO) o Plan Médico Competitivo (CMP) de acuerdo con un contrato de reembolso de costos bajo la sección 1876(h) de la Ley.]

**Programa de descuento para la brecha en la cobertura de Medicare**– Un programa que ofrece descuentos en la mayoría de los medicamentos de marca cubiertos por la Parte D a quienes están inscritos en la Parte D y han alcanzado la Etapa de Brecha en la Cobertura y que todavía no están recibiendo la “Ayuda Extra”. Los descuentos están basados 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 –** Los servicios cubiertos por las Partes A y B de Medicare.

**Plan de Salud de Medicare** – Un plan de salud de Medicare es ofrecido por una compañía privada que tiene contrato con Medicare para ofrecer beneficios de la Parte A y la Parte B a las personas con Medicare que se inscriben en el plan. Este término incluye todos los Planes Medicare Advantage, los Planes de costo de Medicare, Programas de Demostraciones/Piloto y Programas de cuidado integral para ancianos (PACE).

**Cobertura de medicamentos por receta de Medicare (Parte D de Medicare)** – Un seguro para ayudar a pagar por los medicamentos por receta para pacientes ambulatorios, vacunas, biológicos y algunos suministros que no están cubiertos por las Partes A o B de Medicare.

**Póliza “Medigap” (Seguro Suplementario a Medicare)** – Suplemento a Medicare vendido por compañías de seguro privadas para llenar las brechas en el Medicare Original. Las pólizas de Medigap solo trabajan con el Medicare Original. (Un Plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap.)

**Miembro (Miembro de nuestro Plan o “Miembro del Plan”)** – Una persona con Medicare que es elegible 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 nuestro planresponsable por responder a sus preguntas sobre su membresía, beneficios, querellas y apelaciones. Ver el Capítulo 2 para información sobre cómo comunicarse con los Servicios para Miembros.

**Farmacia de la red** –Una farmacia de la red es una farmacia donde los miembros de nuestro plan pueden recibir los beneficios de sus medicamentos por receta. Nosotros las llamamos “farmacias de la red” porque tienen contrato con nuestro plan. En la mayoría de los casos, sus recetas están cubiertas solamente si se surten en nuestras farmacias de la red.

**Medicare Original** (“Medicare Tradicional” o “Pago por servicio” de Medicare) – El Medicare Original es ofrecido por el gobierno, y no por un plan de salud privado como los Planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos por receta. Bajo el Medicare Original, los servicios de Medicare están cubiertos al pagar a los médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica cantidades establecidas por el Congreso. Usted puede ver a cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención médica que acepte Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga su parte de la cantidad aprobada por Medicare y usted paga su parte. El Medicare Original tiene dos partes: la Parte A (seguro de hospital) y la Parte B (seguro médico) y está disponible en todos los Estados Unidos.

**Farmacia fuera de la red –** Una farmacia que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. Como se explica en esta Evidencia de Cobertura, la mayoría de los medicamentos que usted adquiere en farmacias fuera de nuestra red no están cubiertas por nuestro plan a menos que apliquen ciertas condiciones.

**Costos directos de su bolsillo** – Vea la definición de “costos compartidos” más arriba. El requisito de costos compartidos que tiene el miembro, quien debe pagar una parte de los medicamentos recibidos también se conoce como el requisito de costos “directos de su bolsillo” del miembro.

[*Insert PACE plan definition only if there is a PACE plan in your state:* **un plan****PACE** – Un plan PACE (Programa de Cuidado Total de Salud para Ancianos) combina servicios médicos, sociales y de cuidado a largo plazo (LTC) para personas frágiles para ayudarlas a seguir siendo independientes y a vivir en sus comunidades (en vez de mudarse a un asilo para ancianos) por todo el tiempo que sea posible, mientras reciben el cuidado de calidad que necesitan. Las personas inscritas en los planes PACE reciben tanto sus beneficios de Medicare como de Medicaid a través del plan. [*National or multi-state plans when there is variability in the availability of PACE insert:* PACE no está disponible en todos los estados. Si quiere saber si PACE está disponible en su estado, sírvase comunicarse con los Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).]]

**Parte C – Ver Plan “Medicare Advantage (MA)”.**

**Parte D** – El programa voluntario de Beneficios de medicamentos por receta de Medicare. (Para una referencia más fácil, nos referiremos al programa de beneficios de medicamentos como la Parte D.)

**Medicamentos de la Parte D** – Los medicamentos que pueden cubrirse bajo la Parte D. Puede ser que ofrezcamos o no todos los medicamentos de la Parte D. (Vea el formulario para la lista específica de medicamentos cubiertos). Ciertas categorías de medicamentos fueron específicamente excluidas de ser cubiertas como medicamentos de la Parte D por el Congreso.

[*Include this definition only if Part D plan has pharmacies that offer preferred cost-sharing in addition to those offering standard cost-sharing*

**Costos compartidos preferidos**– Costos compartidos preferidos significa costos compartidos más bajos para determinados medicamentos cubiertos por la Parte D en ciertas farmacias de la red.]

**Prima** – El pago periódico a Medicare, una compañía de seguro o plan de salud por la cobertura de salud o de medicamentos por receta.

**Autorización previa** – Aprobación por adelantado para obtener ciertos medicamentos que podrían o no estar en nuestro formulario. *[Plans may delete applicable sentences if it does not require prior authorization for any drugs.]* Algunos medicamentos están cubiertos solo si nosotros le damos a su médico u otro proveedor de la red una “autorización previa”. Los medicamentos cubiertos que necesitan un autorización previa están marcados en el formulario.

**Organización para Mejoras de la Calidad (QIO)** – Un grupo de médicos y otros expertos en atención médica practicantes pagados por el gobierno federal para revisar y mejorar el cuidado que se les da a los pacientes de Medicare. Vea el Capítulo 2, Sección 4 para información sobre cómo comunicarse con la QIO de su estado.

**Límites en la cantidad** –Una herramienta de control diseñada para limitar el uso de medicamentos seleccionados por razones de calidad, seguridad o uso. Los límites pueden ser de la cantidad del medicamento que cubrimos por receta o por un periodo determinado de tiempo.

**Área de servicio**– Un área geográfica en la que el plan de medicamentos por receta acepta miembros si limita la membresía en dependencia del lugar donde viven las personas. El plan puede darle de baja permanentemente si usted se muda fuera del área de servicio del plan.

**Periodo Especial de Inscripción –** Un tiempo determinado durante el que los miembros pueden cambiar sus planes de salud o de medicamentos o regresar al Medicare Original. Entre las circunstancias en las que usted puede ser elegible para un Periodo Especial de Inscripción están: si se muda fuera del área de servicio, si está recibiendo “Ayuda Extra” para los costos de los medicamentos por receta, si se muda a un asilo para ancianos o si violamos 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*

**Costos compartidos estándar***–* Los costos compartidos estándar son los costos compartidos que no son los costos compartidos preferidos ofrecidos en una farmacia de la red*.*]

**Terapia escalonada** – Una herramienta de utilización que exige que usted primero pruebe otro medicamento para tratar su problema médico antes de que le cubramos el medicamento que su médico le recetó en un principio.

**Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI)** **–** Un beneficio mensual pagado por el Seguro Social a las personas con ingresos y recursos limitados que están discapacitadas, ciegas o que tengan 65 años o más. Los beneficios del SSI no son los mismos 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.]*

*[Insert 2017 plan name]* Servicios para Miembros

| Método | Servicios para Miembros – Información de contacto |
| --- | --- |
| **LLAMAR** | [*Insert phone number(s)*]  Las llamadas a este número son gratis. [*Insert days and hours of operation, including information on the use of alternative technologies.*]  Los Servicios para Miembros también ofrecen servicios gratis de intérprete de idiomas disponibles para quienes no hablan inglés. |
| **TTY** | [*Insert number*]  *[Insert if plan uses a direct TTY number:* Para llamar a este número se necesita un equipo de teléfono especial y es solo para personas que tengan problemas para oír o para hablar.]  Las llamadas a este número son [*insert if applicable:* *no son*] gratis. [*Insert days and hours of operation.*] |
| **FAX** | *[Optional:* *insert fax number*] |
| **ESCRIBIR** | [*Insert address*]  *[****Note****: plans may add email addresses here.]* |
| **SITIO DE INTERNET** | [*Insert URL*] |

[*Insert state-specific SHIP name*] *[If the SHIP’s name does not include the name of the state, add:* (*[insert state name]* SHIP)]

[*Insert state-specific SHIP name*] es un programa del estado que recibe dinero del gobierno federal para darle asesoría gratis y local sobre los seguros médicos a las personas con 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 |
| --- | --- |
| **LLAMAR** | [*Insert phone number(s)*] |
| **TTY** | [*Insert number, if available. Or delete this row.*]  *[Insert if the SHIP uses a direct TTY number:* Para llamar a este número se necesita un equipo de teléfono especial y es solo para personas que tengan problemas para oír o para hablar.] |
| **ESCRIBIR** | [*Insert address*] |
| **SITIO DE INTERNET** | [*Insert URL*] |