

Anexo a la Evidencia de Cobertura 2020

Esta página reemplaza las páginas 26 y 27 de la *Evidencia de Cobertura 2020* de **Mutual of Omaha RxSM** (Plan de medicamentos recetados [Prescription Drug Plan, PDP]).

Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación acerca de sus medicamentos recetados de la Parte D

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

Método	Apelaciones para medicamentos recetados de la Parte D. Información de contacto
	Use esta información de contacto si necesita presentar una apelación debido a que se rechazó su revisión de cobertura, su solicitud de un medicamento restringido o su solicitud para reducir el monto de costos compartidos de un medicamento específico.
LLAME AL	1.844.374.7377 Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario de atención es de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m.
TTY (Teletipo)	1.800.716.3231 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas que tengan dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario de atención es de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m.
FAX	1.877.852.4070
ESCRIBA A	Mutual of Omaha Rx Attn: Express Scripts Medicare Appeals P.O. Box 66588 St. Louis, MO 63166-6588
SITIO WEB	MutualofOmahaRx.com



| **Plan Plus** | **Plan Value** |

Desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2020

Evidencia de Cobertura:

Su Cobertura de Medicamentos recetados de Medicare como Miembro de Mutual of Omaha RxSM (PDP)

Este folleto brinda los detalles acerca de su cobertura de medicamentos recetados de Medicare desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2020. Explica cómo obtener la cobertura de los medicamentos recetados que necesita.

Es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.

Este plan, Mutual of Omaha Rx, es ofrecido por Omaha Health Insurance Company (en California ofrecido por Omaha Life and Health Insurance Company). Cuando esta Evidencia de Cobertura dice “nosotros”, “nos”, o “nuestro”, hace referencia a Omaha Health Insurance Company (en California ofrecido por Omaha Life and Health Insurance Company). Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a Mutual of Omaha Rx.)

Comuníquese con nuestro número de Servicio al cliente al **1.855.864.6797** para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al **1.800.716.3231**). Nuestro horario de atención es las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1.855.864.6797** (TTY: **1.800.716.3231**).

Este documento está disponible en braille, en letra grande y en otros formatos para personas con discapacidades. Comuníquese con el Servicio al cliente si necesita información del plan en otro formato.

Los beneficios, la prima, el deducible o los copagos/el coseguro podrían modificarse el 1 de enero de 2021.

El formulario y/o la red de farmacias pueden cambiar en cualquier momento. Usted recibirá un aviso cuando sea necesario.

Evidencia de Cobertura 2020**Índice**

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

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro.....4

Explica qué significa tener un plan de medicamentos recetados de Medicare y cómo usar este folleto. Le informa acerca de los materiales que recibirá de nuestra parte, su prima del plan, la multa por inscripción tardía en la Parte D, su tarjeta de membresía del plan y cómo mantener su registro de membresía del plan actualizado.

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes23

Le informa cómo comunicarse con nuestro plan (Mutual of Omaha Rx) y con otras organizaciones, como Medicare, el Programa Estatal de Asistencia de Seguros de Salud (SHIP), la Organización de Mejoras de Calidad, el Seguro Social, Medicaid (el programa de seguro de salud estatal para personas con ingresos bajos), programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos recetados y la Junta de Jubilación para Ferrovianos.

Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan de sus medicamentos recetados de la Parte D..... 39

Explica las reglas que necesita seguir cuando obtiene sus medicamentos de la Parte D. Le informa cómo usar la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* del plan para conocer qué medicamentos están cubiertos. Le informa qué tipos de medicamentos *no* están cubiertos. Explica distintos tipos de restricciones que se aplican a la cobertura de determinados medicamentos. Explica dónde surtir sus recetas. Le informa acerca de los programas del plan para la seguridad de los medicamentos y la administración de los medicamentos.

Capítulo 4. Lo que debe pagar por sus medicamentos recetados de la Parte D ...65

Le informa acerca de las cuatro etapas de cobertura de medicamentos (*Etapa de Deducible, Período de Cobertura Inicial, Etapa de Falta de Cobertura, Etapa de Cobertura Catastrófica*) y cómo estas etapas afectan la forma en que paga por sus medicamentos. Explica los cinco niveles de costos compartidos para sus medicamentos de la Parte D y le informa lo que debe pagar por un medicamento en cada nivel de costos compartidos.

Capítulo 5. Cómo pedirnos que paguemos nuestra parte de los costos de los medicamentos cubiertos..... 96

Explica cuándo y cómo enviarnos una factura cuando desea solicitarnos que le devolvamos nuestra parte del costo de sus medicamentos cubiertos.

Índice

Capítulo 6. Sus derechos y responsabilidades 103

Explica los derechos y las responsabilidades que tiene como miembro de nuestro plan. Le explica qué puede hacer si piensa que no se están respetando sus derechos.

Capítulo 7. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)..... 112

Le informa qué hacer paso por paso si está teniendo problemas o inquietudes como miembro de nuestro plan.

- Explica cómo solicitar decisiones de cobertura y hacer apelaciones si tiene problemas para recibir los medicamentos recetados que piensa que están cubiertos por nuestro plan. Esto incluye solicitarnos que hagamos excepciones a las reglas o las restricciones adicionales a su cobertura.
- Explica cómo presentar quejas acerca de la calidad de la atención, los tiempos de espera, el Servicio al cliente y otras inquietudes.

Capítulo 8. Cómo finalizar su membresía en el plan 138

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

Capítulo 9. Avisos legales 148

Incluye avisos acerca de la ley vigente y la no discriminación.

Capítulo 10. Definiciones de palabras importantes..... 151

Explica los términos clave utilizados en este folleto.

Apéndice Números de teléfono y recursos importantes i

Incluye información de contacto para los Programas de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA, los Programas Estatales de Asistencia de Seguros de Salud, las Organizaciones de Mejoras de Calidad, las Oficinas Estatales de Medicaid y los Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica.

CAPÍTULO 1

Primeros pasos como miembro

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 1	Introducción	6
Sección 1.1	Usted está inscrito en Mutual of Omaha Rx, que es un plan de medicamentos recetados de Medicare	6
Sección 1.2	¿Sobre qué trata el folleto de la <i>Evidencia de Cobertura</i> ?	6
Sección 1.3	Información legal acerca de la <i>Evidencia de Cobertura</i>	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	Esta es el área de servicio del plan para Mutual of Omaha Rx.....	7
Sección 2.4	Ciudadano estadounidense o residencia legal.....	8
SECCIÓN 3	¿Qué otros materiales recibirá de nuestra parte?	8
Sección 3.1	Su tarjeta de membresía del plan: utilícela para obtener todos los medicamentos recetados.....	8
Sección 3.2	El <i>Directorio de Farmacias</i> : su guía para las farmacias de nuestra red.....	9
Sección 3.3	La <i>Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)</i> del plan	9
Sección 3.4	La <i>Explicación de Beneficios de la Parte D</i> (la “EOB de la Parte D”): informes con un resumen de los pagos realizados por sus medicamentos recetados de la Parte D.....	10
SECCIÓN 4	Su prima mensual de Mutual of Omaha Rx	11
Sección 4.1	¿Cuál es el monto de su prima del plan?.....	11
SECCIÓN 5	¿Tiene que pagar la “multa por inscripción tardía” en la Parte D?	12
Sección 5.1	¿Qué es la “multa por inscripción tardía” en la Parte D?	12
Sección 5.2	¿Cuál es el monto de la multa por inscripción tardía en la Parte D?	13
Sección 5.3	En algunas situaciones, puede inscribirse tarde y no tener que pagar la multa.....	14
Sección 5.4	¿Qué puede hacer si no está de acuerdo con su multa por inscripción tardía en la Parte D?	14
SECCIÓN 6	¿Debe pagar un monto adicional de la Parte D debido a sus ingresos?	15
Sección 6.1	¿Quién paga un monto adicional de la Parte D debido a sus ingresos?	15
Sección 6.2	¿Cuál es el monto adicional de la Parte D?.....	15
Sección 6.3	¿Qué puede hacer si no está de acuerdo con el pago de un monto adicional de la Parte D?	15
Sección 6.4	¿Qué sucede si no paga el monto adicional de la Parte D?.....	15

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 7	Más información sobre su prima mensual	16
Sección 7.1	Existen varias maneras en que puede pagar su prima del plan	16
Sección 7.2	¿Podemos cambiar su prima mensual del plan durante el año?	19
SECCIÓN 8	Mantenga su registro de membresía del plan actualizado.....	19
Sección 8.1	Cómo ayudarlo a asegurarse de que tenemos información precisa sobre usted	19
SECCIÓN 9	Protegemos la privacidad de su información de salud personal .	20
Sección 9.1	Nos aseguramos de que su información de salud esté protegida	20
SECCIÓN 10	Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan	20
Sección 10.1	¿Qué plan paga primero cuando tiene otro seguro?	20

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro**SECCIÓN 1 Introducción****Sección 1.1 Usted está inscrito en Mutual of Omaha Rx, que es un plan de medicamentos recetados de Medicare**

Usted está cubierto por Original Medicare respecto de su cobertura de atención médica y ha elegido obtener su cobertura de medicamentos recetados de Medicare mediante nuestro plan Mutual of Omaha Rx.

Existen distintos tipos de planes de Medicare. Mutual of Omaha Rx es un plan de medicamentos recetados (PDP) de Medicare. Como sucede con todos los planes de Medicare, este plan de medicamentos recetados de Medicare está aprobado por Medicare y es administrado por una compañía privada.

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

Este folleto de la *Evidencia de Cobertura* le explica cómo obtener la cobertura de medicamentos recetados de Medicare por medio de nuestro plan. Este folleto explica sus derechos y responsabilidades, qué está cubierto y qué paga usted como miembro del plan.

Las palabras “cobertura” y “medicamentos cubiertos” se refieren a la cobertura de medicamentos recetados que tiene a su disposición como miembro de Mutual of Omaha Rx.

Es importante que conozca cuáles son las reglas del plan y qué cobertura tiene a su disposición. Lo alentamos a que dedique un tiempo a revisar este folleto de *Evidencia de Cobertura*.

Si está confundido o tiene alguna inquietud o pregunta, comuníquese con el Servicio al cliente de nuestro plan (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Sección 1.3 Información legal acerca de 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 Mutual of Omaha Rx cubre su atención. Otras partes de este contrato incluyen su formulario de inscripción, la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* y cualquier aviso que reciba de nuestra parte acerca de cambios en su cobertura o en las condiciones que afectan su cobertura. A veces, estos avisos se denominan “cláusulas” o “enmiendas”.

El contrato es válido durante los meses en los que esté inscrito en Mutual of Omaha Rx entre el 1 de enero de 2020 y el 31 de diciembre de 2020.

Cada año calendario, Medicare nos permite hacer cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de Mutual of Omaha Rx después del 31 de diciembre de 2020. También podemos dejar de ofrecer el plan, u ofrecerlo en otra área de servicio, después del 31 de diciembre de 2020.

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

Medicare debe aprobar nuestro plan cada año

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar Mutual of Omaha Rx todos los años. Puede seguir recibiendo la cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan siempre y cuando sigamos ofreciendo el plan y Medicare renueve su 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 la membresía en nuestro plan siempre y cuando:

- Tenga la Parte A de Medicare o la Parte B de Medicare (o tenga tanto la Parte A como la Parte B) (la **Sección 2.2** le indica acerca de la Parte A y la Parte B de Medicare).
- Sea un ciudadano estadounidense o resida legalmente en los Estados Unidos.
- Viva en nuestra área de servicio geográfica (la **Sección 2.3** que está a continuación describe nuestra área de servicio).

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

Como se menciona en la **Sección 1.1** anteriormente, ha elegido obtener su cobertura de medicamentos recetados (a veces denominada la Parte D de Medicare) mediante nuestro plan. Nuestro plan ha firmado contrato con Medicare para proporcionarle la mayoría de estos beneficios de Medicare. Describimos la cobertura de medicamentos que recibe en virtud de su cobertura de la Parte D de Medicare en el **Capítulo 3**.

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

- Por lo general, la Parte A de Medicare ayuda a cubrir los servicios brindados por hospitales en el caso de servicios para pacientes internados, centros de enfermería especializada o agencias de atención médica domiciliaria.
- La Parte B de Medicare se utiliza para la mayoría de los demás servicios médicos (tales como los servicios de los médicos y otros servicios para pacientes ambulatorios) y determinados elementos (como los equipos médicos duraderos [DME] y los insumos).

Sección 2.3 Esta es el área de servicio del plan para Mutual of Omaha Rx

Si bien Medicare es un programa Federal, Mutual of Omaha Rx se encuentra disponible únicamente para personas que viven en nuestra área de servicio del plan. Para seguir siendo un miembro de nuestro plan, debe seguir viviendo en el área de servicio del plan. El área de servicio se describe a continuación.

Nuestra área de servicio incluye todos los estados (excepto New York) y el District of Columbia.

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

Ofrecemos cobertura en todos *los* estados y territorios que se indican anteriormente. Sin embargo, puede haber diferencias en los costos o de otro tipo entre los planes que ofrecemos en cada estado. Si se muda de un estado o un territorio a un estado o un territorio que sigue estando dentro de nuestra área de servicio, debe llamar al Servicio al cliente para actualizar su información. Si se muda a un territorio fuera de nuestra área de servicio, no puede seguir siendo miembro de nuestro plan. Llame al Servicio al cliente para saber si tenemos un plan en su territorio nuevo.

Si planea mudarse fuera del área de servicio, comuníquese con el Servicio al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). Cuando se mude, contará con un Período Especial de Inscripción que le permitirá inscribirse en un plan de salud o medicamentos de Medicare que esté disponible en su ubicación nueva.

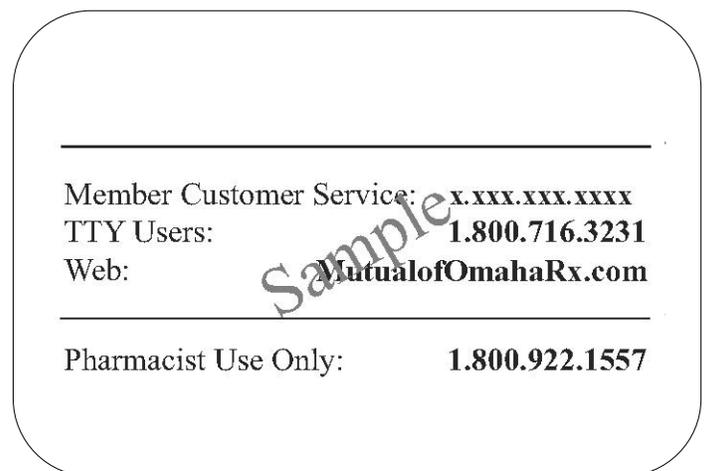
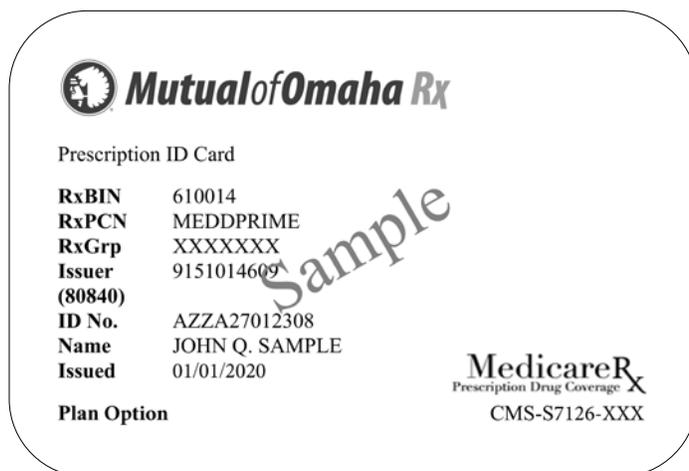
También es importante que se comunique con el Seguro Social si se muda o si cambia su dirección de correo. Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto del Seguro Social en la **Sección 5 del Capítulo 2**.

Sección 2.4 Ciudadano estadounidense o residencia legal

Un miembro de un plan de salud de Medicare debe ser ciudadano estadounidense o tener residencia legal en los Estados Unidos. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificará a Mutual of Omaha Rx si usted no es elegible para permanecer como miembro en estas condiciones. Mutual of Omaha Rx debe cancelar la inscripción si usted no cumple con este requisito.

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

Si bien es miembro de nuestro plan, debe utilizar la tarjeta de membresía de nuestro plan para los medicamentos recetados que obtiene en farmacias de la red. También debe mostrarle al proveedor su tarjeta de Medicaid, si corresponde. A continuación, se encuentra un ejemplo de tarjeta de membresía para mostrarle qué aspecto tendrá la suya:



Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

Lleve su tarjeta consigo en todo momento y recuerde mostrarla cuando obtenga medicamentos cubiertos. Si daña, pierde o le roban su tarjeta de membresía del plan, llame al Servicio al cliente de inmediato y le enviaremos una tarjeta nueva. (Los números de teléfono del Servicio al cliente están impresos en la contraportada de este folleto).

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

Sección 3.2 El Directorio de Farmacias: su 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 recetas cubiertas para los miembros de nuestro plan.

¿Por qué necesita saber acerca de las farmacias de la red?

Puede utilizar el *Directorio de Farmacias* para encontrar las farmacias de la red que desee usar. Hay cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. El directorio de farmacias actualizado aparece en nuestro sitio web **MutualofOmahaRx.com**. También puede llamar al Servicio al cliente para obtener la información actualizada de los proveedores o pedirnos que le enviemos un *Directorio de Farmacias* por correo postal. **Revise el Directorio de Farmacias de 2020 para saber qué farmacias se encuentran en nuestra red.**

El *Directorio de Farmacias* también le dirá cuáles de las farmacias de nuestra red tienen opciones de costos compartidos preferidos, que puede ser inferior a los costos compartidos estándares ofrecidos por las demás farmacias de la red para algunos medicamentos.

Si no tiene el *Directorio de Farmacias*, puede obtener una copia del Servicio al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). En cualquier momento, puede llamar al Servicio al cliente para obtener información actualizada acerca de los cambios en la red de farmacias. También puede encontrar esta información en nuestro sitio web en **MutualofOmahaRx.com**.

Sección 3.3 La Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario) del plan

El plan tiene una *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)*. Para abreviarlo, lo llamamos la “Lista de Medicamentos”. Le indica qué medicamentos recetados de la Parte D están cubiertos por Mutual of Omaha Rx. Los medicamentos de esta lista son seleccionados por el plan con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista debe cumplir con los requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la Lista de Medicamentos de Mutual of Omaha Rx.

La Lista de Medicamentos también indica si existen reglas que restringen la cobertura de sus medicamentos.

Le proporcionaremos una copia de la Lista de Medicamentos. Para obtener la información más completa y actual acerca de qué medicamentos están cubiertos, puede visitar el sitio web del plan

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

(**MutualofOmahaRx.com**) o llamar al Servicio al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

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

Cuando utilice los beneficios de medicamentos recetados de la Parte D, le enviaremos un informe resumido para ayudarlo a comprender y llevar el seguimiento de los pagos de sus medicamentos recetados de la Parte D. Este informe resumido se denomina la *Explicación de Beneficios de la Parte D* (o la “EOB de la Parte D”).

La *Explicación de Beneficios de la Parte D* le informa el monto total que usted o las personas que actúan en su nombre han gastado en sus medicamentos recetados de la Parte D y el monto total que hemos pagado por cada uno de sus medicamentos recetados de la Parte D durante el mes. **En el Capítulo 4** (*Lo que debe pagar por sus medicamentos recetados de la Parte D*), encontrará más información acerca de la *Explicación de Beneficios de la Parte D* y sobre cómo puede ayudarlo a llevar el seguimiento de su cobertura de medicamentos.

También tiene a su disposición un resumen de la *Explicación de Beneficios de la Parte D* a pedido. Para obtener una copia, comuníquese con el Servicio al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Además de recibir su *Explicación de Beneficios de la Parte D* por correo, puede tener acceso a una copia visitando nuestro sitio web: **MutualofOmahaRx.com**. Si lo prefiere, puede dejar de recibir los resúmenes por correo e **inscribirse para recibir un aviso por correo electrónico cuando su resumen esté disponible en línea**. Puede regresar a la copia impresa en cualquier momento. Para obtener más información, puede llamar al Servicio al cliente o visitar nuestro sitio web.

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro**SECCIÓN 4 Su prima mensual de Mutual of Omaha Rx****Sección 4.1 ¿Cuál es el monto de su prima del plan?**

Como miembro de nuestro plan, paga una prima mensual del plan. La siguiente tabla muestra el monto de la prima mensual del plan para cada región en que prestamos servicio. Además, debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare (a menos que la prima de la Parte B la pague en su nombre Medicaid u otro tercero).

Área de servicio	Plan Plus	Plan Value
Alabama	\$63.00	\$30.10
Alaska	\$57.60	\$26.80
Arizona	\$50.80	\$22.10
Arkansas	\$62.80	\$29.30
California	\$51.70	\$23.10
Colorado	\$52.50	\$23.30
Connecticut	\$49.30	\$24.10
Delaware	\$51.50	\$23.30
District of Columbia	\$51.50	\$23.30
Florida	\$55.80	\$25.80
Georgia	\$57.90	\$26.80
Hawaii	\$46.00	\$22.80
Idaho	\$56.70	\$23.90
Illinois	\$53.20	\$22.80
Indiana	\$52.90	\$23.50
Iowa	\$58.70	\$24.50
Kansas	\$53.50	\$22.10
Kentucky	\$52.90	\$23.50
Louisiana	\$63.90	\$30.90
Maine	\$54.20	\$23.30
Maryland	\$51.50	\$23.30
Massachusetts	\$49.30	\$24.10
Michigan	\$52.60	\$22.20
Minnesota	\$58.70	\$24.50
Mississippi	\$61.10	\$28.20

Área de servicio	Plan Plus	Plan Value
Missouri	\$61.20	\$26.30
Montana	\$58.70	\$24.50
Nebraska	\$58.70	\$24.50
Nevada	\$48.00	\$21.70
New Hampshire	\$54.20	\$23.30
New Jersey	\$56.80	\$24.90
New Mexico	\$54.60	\$25.80
North Carolina	\$56.40	\$24.00
North Dakota	\$58.70	\$24.50
Ohio	\$54.30	\$23.80
Oklahoma	\$59.60	\$27.30
Oregon	\$56.30	\$24.00
Pennsylvania	\$58.20	\$25.40
Rhode Island	\$49.30	\$24.10
South Carolina	\$59.10	\$28.30
South Dakota	\$58.70	\$24.50
Tennessee	\$63.00	\$30.10
Texas	\$52.10	\$22.70
Utah	\$56.70	\$23.90
Vermont	\$49.30	\$24.10
Virginia	\$55.80	\$25.80
Washington	\$56.30	\$24.00
West Virginia	\$58.20	\$25.40
Wisconsin	\$61.90	\$26.80
Wyoming	\$58.70	\$24.50

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

En algunas situaciones, es posible que su prima del plan sea menor

Existen programas que ayudan a las personas con recursos limitados a pagar sus medicamentos. Estos programas incluyen la “Ayuda Extra” y los Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica. En la **Sección 7 del Capítulo 2**, encontrará más información acerca de estos programas. Si reúne los requisitos, la inscripción en el programa puede reducir su prima mensual del plan.

Si *ya está inscrito* y recibe ayuda de uno de estos programas, es posible que la **información sobre las primas que aparece en esta Evidencia de Cobertura no se aplique a usted**. Le enviamos un anexo por separado denominado “Anexo de Evidencia de Cobertura para personas que reciben Ayuda Extra para pagar sus medicamentos recetados” (también denominado “Anexo sobre el Subsidio por Bajos Ingresos o Anexo LIS”), que le informa acerca de su cobertura de medicamentos. Si no tiene este material, llame al Servicio al cliente y solicite el “Anexo LIS”. (Los números de teléfono del Servicio al cliente están impresos en la contraportada de este folleto).

En algunas situaciones, es posible que su prima del plan sea mayor

En algunas situaciones, es posible que su prima del plan sea mayor que el monto que se detalla anteriormente en la **Sección 4.1**. Algunos miembros están obligados a pagar una **multa por inscripción tardía** en la Parte D debido a que no se unieron a un plan de medicamentos de Medicare cuando se volvieron elegibles por primera vez o a que tuvieron un período continuo de 63 días o más sin cobertura de medicamentos recetados “acreditable”. (“Acreditable” significa que se espera que la cobertura de medicamentos pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare). En el caso de estos miembros, la multa por inscripción tardía en la Parte D se agrega a la prima mensual del plan. Su monto de la prima será la prima mensual del plan más el monto de su multa por inscripción tardía en la Parte D.

- Si debe pagar la multa por inscripción tardía en la Parte D, el costo de la multa por inscripción tardía depende de cuánto tiempo estuvo sin la Parte D o la cobertura acreditable de medicamentos recetados. En la **Sección 5 del Capítulo 1**, se explica la multa por inscripción tardía en la Parte D.
- Si tiene una multa por inscripción tardía en la Parte D y no la paga, es posible que se cancele su inscripción en el plan.

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

Sección 5.1 ¿Qué es la “multa por inscripción tardía” en la Parte D?
--

Nota: Si recibe “Ayuda Extra” de Medicare para pagar sus medicamentos recetados, no pagará una multa por inscripción tardía.

La multa por inscripción tardía es un monto que se agrega a su prima de la Parte D. Puede adeudar una multa por inscripción tardía en la Parte D si, en cualquier momento después de finalizado su período de inscripción inicial, se produce un período de 63 o más días consecutivos en los que no tuvo cobertura de medicamentos recetados de la Parte D o de otro tipo acreditable. La “cobertura de medicamentos recetados

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

acreditable” es una cobertura que cumple con los estándares mínimos de Medicare debido a que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare. El costo de la multa por inscripción tardía depende de cuánto tiempo estuvo sin la Parte D o la cobertura acreditable de medicamentos recetados. Tendrá que pagar esta multa mientras tenga la cobertura de la Parte D.

La multa por inscripción tardía en la Parte D se agrega a su prima mensual. Cuando se inscribe por primera vez en Mutual of Omaha Rx, le informamos el monto de la multa.

Su multa por inscripción tardía en la Parte D se considera parte de su prima del plan. Si no paga su multa por inscripción tardía en la Parte D, es posible que se cancele su inscripción en el plan por la falta de pago de su prima del plan.

Sección 5.2 ¿Cuál es el monto de la multa por inscripción tardía en la Parte D?

Medicare determina el monto de la multa. Funciona así:

- En primer lugar, cuente la cantidad de meses completos que retrasó su inscripción en un plan de medicamentos de Medicare después de ser elegible para inscribirse. O cuente la cantidad de meses completos en los que no tuvo una cobertura de medicamentos recetados acreditable, si la interrupción de la cobertura fue de 63 días o más. La multa es de un 1 % por cada mes que no tuvo cobertura acreditable. Por ejemplo, si pasa 14 meses sin cobertura, la multa será del 14 %.
- Luego, Medicare determina el monto de la prima mensual promedio para los planes de medicamentos de Medicare de todo el país del año anterior. Para 2020, esta prima promedio es de \$32.74.
- Para calcular su multa mensual, debe multiplicar el porcentaje de la multa y la prima mensual promedio y, luego, redondear ese monto a los 10 centavos más cercanos. En este ejemplo, el cálculo sería 14 % por \$32.74, que es igual a \$4.58. El monto redondeado es de \$4.60. Este monto se agrega **a la prima mensual en el caso de una persona con una multa por inscripción tardía en la Parte D.**

Existen tres cosas importantes a tener en cuenta acerca de esta multa mensual por inscripción tardía en la Parte D:

- En primer lugar, **la multa puede cambiar cada año**, debido a que la prima mensual promedio puede cambiar cada año. Si la prima promedio nacional (de acuerdo con lo determinado por Medicare) aumenta, su multa aumentará.
- En segundo lugar, **seguirá pagando una multa** todos los meses mientras esté inscrito en un plan que tenga beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare, incluso si cambia de plan.
- En tercer lugar, si tiene menos de 65 años y actualmente recibe beneficios de Medicare, la multa por inscripción tardía en la Parte D se restablecerá cuando cumpla 65. Después de los 65, su multa por inscripción tardía en la Parte D tendrá como base solo los meses en los que no tuvo cobertura después del Período de Inscripción Inicial en Medicare para personas de la tercera edad.

Sección 5.3 En algunas situaciones, puede inscribirse tarde y no tener que pagar la multa

Incluso si retrasó la inscripción en el plan que ofrece la cobertura de la Parte D de Medicare cuando fue elegible por primera vez, a veces no tiene que pagar la multa por inscripción tardía en la Parte D.

No tendrá que pagar una multa por inscripción tardía si se encuentra en cualquiera de las siguientes situaciones:

- Si ya tiene una cobertura de medicamentos recetados que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura de medicamentos recetados estándares de Medicare. Medicare denomina esto “**cobertura de medicamentos acreditable**”. **Tenga en cuenta lo siguiente:**
 - La cobertura acreditable puede incluir la cobertura de medicamentos de un empleador anterior o sindicato, de TRICARE o del Departamento de Asuntos de Veteranos. Su aseguradora o el departamento de Recursos Humanos le dirá cada año si su cobertura de medicamentos es una cobertura acreditable. Puede recibir esta información por carta o incluida en un boletín de noticias del plan. Guarde esta información porque es posible que la necesite si se une a un plan de medicamentos de Medicare más adelante.
 - **Tenga en cuenta lo siguiente:** Si recibe un “certificado de cobertura acreditable” cuando finaliza su cobertura de salud, esto no significa necesariamente que su cobertura de medicamentos recetados fuera acreditable. El aviso debe especificar que tenía una cobertura de medicamentos recetados “acreditable” que se esperaba que pagara, al menos, lo mismo que paga el plan de medicamentos recetados estándar de Medicare.
 - Las siguientes *no* son coberturas de medicamentos recetados acreditables: tarjetas de descuento para medicamentos recetados, clínicas gratuitas y sitios web de descuentos de medicamentos.
 - Para obtener más información sobre la cobertura acreditable, busque en su folleto *Medicare y Usted de 2020* o llame a Medicare al 1.800.MEDICARE (1.800.633.4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1.877.486.2048. Puede llamar a estos teléfonos de forma gratuita, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- Si no tenía una cobertura acreditable pero no la tuvo durante menos de 63 días consecutivos.
- Si recibe la “Ayuda Extra” de Medicare.

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

Si no está de acuerdo con su multa por inscripción tardía en la Parte D, usted o su representante pueden solicitar una revisión de la decisión acerca de su multa por inscripción tardía. Por lo general, debe solicitar esta revisión **en el plazo de 60 días** desde la fecha de la primera carta que recibió en la que se establecía que debía pagar una multa por inscripción tardía. Si estaba pagando una multa antes de inscribirse en nuestro plan, es posible que no tenga otra oportunidad de solicitar una revisión de esa multa por inscripción tardía. Llame al Servicio al cliente para conocer más acerca de cómo hacer esto (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

Importante: no deje de pagar su multa por inscripción tardía en la Parte D mientras espera una revisión de la decisión acerca de su multa por inscripción tardía. Si deja de pagar, es posible que se cancele su inscripción en el plan por la falta de pago de las primas del plan.

SECCIÓN 6 ¿Debe pagar un monto adicional de la Parte D debido a sus ingresos?

Sección 6.1 ¿Quién paga un monto adicional de la Parte D debido a sus ingresos?

La mayoría de las personas paga una prima mensual estándar de la Parte D. Sin embargo, algunas personas pagan un monto adicional debido a su ingreso anual. Si sus ingresos son de \$85,000 o más en el caso de una persona (o de personas casadas que realizan sus declaraciones por separado) o de \$170,000 o más en el caso de parejas casadas, deberá pagar un monto adicional directamente al gobierno por su cobertura de la Parte D de Medicare.

Si debe pagar un monto adicional, el Seguro Social, no su plan de Medicare, le enviará una carta para informarle cuál será el monto adicional y cómo debe pagarlo. El monto adicional se retendrá de su Seguro Social, Junta de Jubilación para Ferroviarios o del cheque de beneficios de la Oficina de Administración de Personal, sin importar lo que paga habitualmente por su prima del plan, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir el monto adicional adeudado. Si su cheque de beneficios no es suficiente para cubrir el monto adicional, recibirá una factura de Medicare. **Debe pagar el monto adicional al gobierno. No puede pagarse con la prima mensual del plan.**

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

Si sus ingresos brutos ajustados y modificados (Modified Adjusted Gross Income, MAGI) según aparecen en su declaración de impuestos del Servicio de Rentas Internas (Internal Revenue Service, IRS) superan determinado monto, pagará un monto adicional además de su prima mensual del plan. Para obtener más información sobre el monto adicional que puede tener que pagar en función de sus ingresos, visite <https://www.medicare.gov/part-d/costs/premiums/drug-plan-premiums.html>.

Sección 6.3 ¿Qué puede hacer si no está de acuerdo con el pago de un monto adicional de la Parte D?

Si usted no está de acuerdo con el pago de un monto adicional debido a sus ingresos, puede solicitar al Seguro Social que revise la decisión. Para conocer más acerca de cómo hacer esto, comuníquese con el Seguro Social llamando al 1.800.772.1213 (TTY 1.800.325.0778).

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

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

SECCIÓN 7 Más información sobre su prima mensual

Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare

Además de pagar la prima mensual del plan, numerosos miembros están obligados a pagar otras primas de Medicare. Algunos miembros del plan (aquellos que no son elegibles para la Parte A sin pago de prima) pagan una prima de la Parte A de Medicare. La mayoría de los miembros del plan pagan una prima de la Parte B de Medicare.

Si sus ingresos brutos ajustados y modificados según aparecen en su declaración de impuestos del Servicio de Rentas Internas (Internal Revenue Service, IRS) de hace 2 años superan determinado monto, pagará el monto de la prima estándar y un Monto de Ajuste Mensual por Ingresos (Income-Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA). El IRMAA es un cargo adicional que se agrega a su prima.

- **Si debe pagar el monto adicional y no lo hace, se cancelará su inscripción en el plan y perderá su cobertura de medicamentos recetados.**
- Si debe pagar un monto adicional, el Seguro Social, no su plan de Medicare, le enviará una carta para informarle cuál será el monto adicional.
- Para obtener más información acerca de las primas de la Parte D sobre la base de los ingresos, vaya a la **Sección 6 del Capítulo 1** de este folleto. También puede visitar el sitio <https://www.medicare.gov> en Internet o llamar al 1.800.MEDICARE (1.800.633.4227) durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1.877.486.2048 o puede llamar al Seguro Social al 1.800.772.1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1.800.325.0778.

Su copia de *Medicare y Usted de 2020* brinda información acerca de las primas de Medicare en la sección denominada “Costos de Medicare 2020”. Esto explica cómo las primas de la Parte B y la Parte D de Medicare difieren para las personas con distintos ingresos. Todas las personas con Medicare reciben una copia de *Medicare y Usted* cada año en otoño. Los nuevos inscritos en Medicare lo reciben en el plazo de un mes después de inscribirse. También puede descargar una copia de *Medicare y Usted de 2020* desde el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov>). O puede solicitar una copia impresa por teléfono 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 7.1 Existen varias maneras en que puede pagar su prima del plan
--

Existen cinco maneras en que puede pagar su prima del plan. Es posible que haya indicado su elección en el momento de la inscripción. Si no eligió una opción en el momento de la inscripción, se le facturará automática y directamente de forma mensual. Si desea cambiar su método de pago, comuníquese con el Servicio al cliente.

Si decide cambiar la manera en que paga su prima, puede tardar hasta 3 meses para que su nuevo método de pago entre en vigencia. Mientras procesamos su solicitud de un nuevo método de pago, usted es responsable de asegurarse de que su prima del plan se pague a tiempo.

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

Opción 1: Puede pagar mediante cheque

Puede decidir pagar su prima directamente a nuestro plan con un cheque. Los cheques deben hacerse a nombre del plan, no de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) o del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (Health and Human Services, HHS), y no deben enviarse a estas agencias. Recibirá una factura mensual de Mutual of Omaha Rx por sus primas. Los pagos deben enviarse por correo para que lleguen el primer día del mes a la siguiente dirección:

Omaha Health Insurance Company
P.O. Box 809453
Chicago, IL 60680-9453

Opción 2: Se le puede hacer una deducción automática de su cuenta bancaria o un cobro automático a su tarjeta de crédito

En lugar de pagar mediante cheque, se puede retirar su prima automáticamente de su cuenta bancaria o se le puede cobrar automática y directamente a su tarjeta de crédito. Las deducciones o los cobros automáticos se realizarán mensualmente, el primer día del mes o alrededor de ese día. Si desea pagar sus primas mediante cualquiera de estos métodos llame al Servicio al cliente.

Opción 3: Puede efectuar un pago único usando su tarjeta de crédito o débito

Puede efectuar un pago de primas único de cualquier monto usando su tarjeta de crédito o débito. Para obtener más información sobre el pago de primas único usando su tarjeta de crédito o débito comuníquese con el Servicio al cliente. El pago de primas debe efectuarse para el primer día de cada mes. Si usted y su cónyuge están inscritos en un plan de Mutual of Omaha Rx, deben efectuar pagos de primas por separado usando nuestra opción de pago único. Aún seguiremos enviándole por correo su factura de primas de forma mensual.

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

Opción 4: Se le puede retirar la prima del plan de su cheque mensual del Seguro Social

Se le puede retirar la prima del plan de su cheque mensual del Seguro Social. Comuníquese con el Servicio al cliente para obtener más información sobre cómo pagar su prima mensual del plan de esta manera. Nos complacerá ayudarlo a configurar esto. (Los números de teléfono del Servicio al cliente están impresos en la contraportada de este folleto).

Opción 5: Se le puede retirar la prima del plan de su cheque mensual de la Junta de Jubilación para Ferroviarios

Si reúne los requisitos de esta opción, se le puede retirar su prima del plan de su cheque mensual de la Junta de Jubilación para Ferroviarios. Para obtener más información, comuníquese con la Agencia de la Junta de Jubilación para Ferroviarios al 1.877.772.5772 o con nuestro Servicio al cliente. Nos complacerá ayudarlo a configurar esto.

Qué hacer si tiene problemas para pagar su prima del plan

Debemos recibir su prima del plan en nuestra oficina para el primer día de cada mes. Si no hemos recibido su prima para el primer día de cada mes, le enviaremos un aviso para informarle que su membresía del plan finalizará si no recibimos su pago de primas en el plazo de 2 meses calendario.

Si tiene problemas para pagar su prima a tiempo, comuníquese con el Servicio al cliente para ver si podemos enviarlo a programas que ayudarán con su prima del plan. (Los números de teléfono del Servicio al cliente están impresos en la contraportada de este folleto).

Si finalizamos su membresía debido a que no pagó sus primas, aún tendrá cobertura de salud en virtud de Original Medicare.

Si finalizamos su membresía en el plan debido a que no pagó sus primas y no tiene actualmente cobertura de medicamentos recetados, es posible que no pueda recibir la cobertura de la Parte D hasta el año siguiente si se inscribe en un plan nuevo durante el Período de Inscripción Anual. Durante el Período de Inscripción Anual, puede unirse a un plan de medicamentos recetados independiente o a un plan de salud que también brinde cobertura de medicamentos. (Si se queda sin cobertura de medicamentos “acreditable” durante más de 63 días, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D mientras tenga la cobertura de la Parte D).

En el momento en que finalicemos su membresía, es posible que aún nos deba primas que no ha pagado. Tenemos el derecho de solicitar el cobro de las primas que debe. En el futuro, si desea inscribirse nuevamente en nuestro plan (o en otro plan que ofrezcamos), deberá pagar el monto que debe antes de poder inscribirse.

Si piensa que hemos finalizado su membresía por error, tiene derecho a solicitarnos que reconsideremos esta decisión al presentar una queja. En la **Sección 7 del Capítulo 7** de este folleto se indica cómo presentar una queja. Si se presentó una circunstancia de emergencia que estuvo fuera de su control y le impidió pagar sus primas dentro de nuestro período de gracia, puede solicitarnos que reconsideremos esta decisión llamando al **1.855.864.6797**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1.800.716.3231**. Debe presentar su solicitud en un plazo de 60 días después de la fecha en que finaliza su membresía.

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro**Sección 7.2 ¿Podemos cambiar su prima mensual del plan durante el año?**

No. No tenemos permitido cambiar el monto que le cobramos por la prima mensual del plan durante el año. Si la prima mensual del plan cambia para el año próximo, le informaremos en septiembre y el cambio entrará en vigencia el 1 de enero.

Sin embargo, en algunos casos, la parte de la prima que debe pagar puede cambiar durante el año. Esto sucede si se vuelve elegible para el programa de “Ayuda Extra” o si pierde su elegibilidad para el programa de “Ayuda Extra” durante el año. Si un miembro reúne los requisitos para la “Ayuda Extra” con sus costos de medicamentos recetados, el programa de “Ayuda Extra” pagará una parte de la prima mensual del plan del miembro. El miembro que pierda su elegibilidad durante el año deberá comenzar a pagar su prima mensual completa. Puede encontrar más información acerca del programa de “Ayuda Extra” en la **Sección 7 del Capítulo 2.**

SECCIÓN 8 Mantenga su registro de membresía del plan actualizado**Sección 8.1 Cómo ayudarlo a asegurarse de que tenemos información precisa sobre usted**

Su registro de membresía tiene información de su formulario de inscripción, incluidos su dirección y su número de teléfono. Muestra su cobertura específica del plan.

Los farmacéuticos de la red del plan deben tener información correcta acerca de usted. **Estos proveedores de la red utilizan su registro de membresía para saber qué medicamentos están cubiertos y los montos de costos compartidos en su caso.** Debido a esto, es muy importante que nos ayude a mantener su información actualizada.

Infórmenos acerca de los siguientes cambios:

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono.
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos que tenga (como la cobertura de su empleador, del empleador de su cónyuge, la compensación de los trabajadores o Medicaid).
- Si tiene cualquier reclamo de responsabilidad, como los reclamos por un accidente de tránsito.
- Si ha sido admitido en un hogar de ancianos.
- Si cambia la persona designada por usted como parte responsable (como un cuidador).

Si cualquiera de esta información cambia, infórmenos llamando al Servicio al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

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

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

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

Esto es porque debemos coordinar cualquier otra cobertura que tenga con sus beneficios en virtud de nuestro plan. (Para obtener más información acerca de cómo funciona nuestra cobertura cuando tiene otro seguro, consulte la **Sección 10** de este capítulo).

Una vez por año, le enviaremos una carta en la que se detalla cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos que conozcamos. Lea esta información atentamente. Si es correcta, no debe hacer nada. Si la información es incorrecta o si usted tiene otra cobertura que no está detallada, llame al Servicio al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

SECCIÓN 9 Protegemos la privacidad de su información de salud personal

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

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de sus registros médicos y de su información de salud personal. Nosotros protegemos su información de salud personal de conformidad con estas leyes.

Para obtener más información acerca de cómo protegemos su información médica personal, vaya a la **Sección 1.3 del Capítulo 6** de este folleto.

SECCIÓN 10 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

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

Cuando tiene otro seguro (como la cobertura de salud grupal de su empleador), existen reglas determinadas por Medicare que deciden si nuestro plan o su otro seguro debe pagar primero. El seguro que paga primero se denomina “pagador primario” y paga hasta los límites de su cobertura. El que paga en segundo lugar, denominado “pagador secundario”, paga únicamente si existen costos no cubiertos por la cobertura primaria. Es posible que el pagador secundario no pague todos los costos no cubiertos.

Estas reglas se aplican para la cobertura del plan de salud grupal de empleadores o sindicatos:

- Si tiene cobertura de jubilado, Medicare paga primero.
- Si su cobertura del plan de salud grupal se basa en su empleo actual o en el empleo de un miembro de su familia, quién paga primero depende de la edad, la cantidad de las personas empleadas por su empleador y si tiene Medicare sobre la base de la edad, discapacidad o enfermedad renal en etapa terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD):
 - Si tiene menos de 65 años y es discapacitado, y usted o los miembros de su familia siguen trabajando, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 100 o más empleados o si, al menos, un empleador en un plan de empleadores múltiples tiene más de 100 empleados.

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

- Si tiene más de 65 años y usted o su cónyuge siguen trabajando, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 20 o más empleados o si, al menos, un empleador en un plan de empleadores múltiples tiene más de 20 empleados.
- Si usted tiene Medicare debido a una ESRD, su plan de salud grupal pagará primero durante los primeros 30 meses después de volverse elegible para Medicare.

Por lo general, estos tipos de cobertura pagan primero los servicios relacionados con cada tipo:

- Seguro de cobertura mínima (incluido el seguro de automóviles)
- Responsabilidad (incluido el seguro de automóviles)
- Beneficios para neumoconiosis
- Compensación de los trabajadores

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

Si tiene otro seguro, dígaselo a su médico, hospital y farmacia. Si tiene preguntas acerca de quién paga primero o si necesita actualizar la información de su otro seguro, llame al Servicio al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). Es posible que deba brindar su número de identificación de miembro del plan a las otras aseguradoras (luego de que hayan confirmado su identidad) para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

CAPÍTULO 2

*Números de teléfono y
recursos importantes*

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

SECCIÓN 1	Contactos de Mutual of Omaha Rx (cómo contactarnos, incluido cómo ubicar el Servicio al cliente en el plan).....	24
SECCIÓN 2	Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa Federal de Medicare).....	29
SECCIÓN 3	Programa Estatal de Asistencia de Seguros de Salud (ayuda, información y respuestas gratuitas a sus preguntas sobre Medicare)	30
SECCIÓN 4	Organización de Mejoras de Calidad (Medicare paga a esta organización para controlar la calidad de la atención destinada a las personas con Medicare).....	31
SECCIÓN 5	Seguro Social	31
SECCIÓN 6	Medicaid (un programa conjunto Federal y estatal que brinda ayuda con los costos médicos para algunas personas con ingresos y recursos limitados).....	32
SECCIÓN 7	Información acerca de los programas para ayudar a las personas a pagar por sus medicamentos recetados	33
SECCIÓN 8	Cómo comunicarse con la Junta de Jubilación para Ferroviarios	37
SECCIÓN 9	¿Tiene un “seguro grupal” u otro seguro de salud de un empleador?	37

SECCIÓN 1 Contactos de Mutual of Omaha Rx (cómo contactarnos, incluido cómo ubicar el Servicio al cliente en el plan)

Cómo ponerse en contacto con el Servicio al cliente de nuestro plan

Para obtener asistencia con los reclamos, la facturación o las preguntas sobre la tarjeta de miembro, llame o escriba al Servicio al cliente de Mutual of Omaha Rx. Nos complacerá ayudarlo.

Método	Servicio al cliente. Información de contacto
LLAME AL	1.855.864.6797 Las llamadas a este número son gratuitas. El Servicio al cliente está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. El Servicio al cliente también dispone de servicios gratuitos de intérprete para quienes no hablan inglés.
TTY (Teletipo)	1.800.716.3231 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas que tengan dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El Servicio al cliente está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
ESCRIBA A	Mutual of Omaha Rx P.O. Box 66535 St. Louis, MO 63166-6535
SITIO WEB	MutualofOmahaRx.com

Cómo comunicarse con nosotros cuando nos solicita una decisión de cobertura acerca de sus medicamentos recetados de la Parte D

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

Puede llamarnos si tiene preguntas acerca de nuestro proceso de decisión de cobertura.

Método	Decisiones de cobertura para medicamentos recetados de la Parte D. Información de contacto
Revisiones de cobertura clínica inicial (también las solicitudes de autorización previa)	
Use esta información de contacto si necesita una decisión de cobertura para un medicamento que no está en el formulario.	
LLAME AL	1.844.374.7377 Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario de atención es las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY (Teletipo)	1.800.716.3231 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas que tengan dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario de atención es las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
FAX	1.877.251.5896
ESCRIBA A	Mutual of Omaha Rx Attn: Express Scripts Medicare Reviews P.O. Box 66571 St. Louis, MO 63166-6571
SITIO WEB	MutualofOmahaRx.com
Revisiones administrativas de cobertura	
Use esta información de contacto si necesita una decisión de cobertura acerca de una restricción sobre un medicamento específico o para solicitar un monto de costos compartidos menor.	
LLAME AL	1.800.413.1328 Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m., Hora del Centro.
TTY (Teletipo)	1.800.716.3231 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas que tengan dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m. Hora del Centro.
FAX	1.877.328.9660
ESCRIBA A	Mutual of Omaha Rx Attn: Express Scripts Medicare Administrative Department P.O. Box 66587 St. Louis, MO 63166-6587
SITIO WEB	MutualofOmahaRx.com

Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación acerca de sus medicamentos recetados de la Parte D

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

Método	Apelaciones para medicamentos recetados de la Parte D. Información de contacto
Apelaciones clínicas	
Use esta información de contacto si necesita presentar una apelación si se rechaza su revisión de cobertura.	
LLAME AL	1.844.374.7377 Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hora del Centro.
TTY (Teletipo)	1.800.716.3231 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas que tengan dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Hora del Centro.
FAX	1.877.852.4070
ESCRIBAA	Mutual of Omaha Rx Attn: Express Scripts Medicare Clinical Appeals P.O. Box 66588 St. Louis, MO 63166-6588
SITIO WEB	MutualofOmahaRx.com
Apelaciones administrativas	
Use esta información de contacto si necesita presentar una apelación debido a que se rechazó su solicitud de un medicamento restringido o de reducir el monto de costos compartidos de un medicamento específico.	
LLAME AL	1.800.413.1328 Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m. Hora del Centro.
TTY (Teletipo)	1.800.716.3231 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas que tengan dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m. Hora del Centro.
FAX	1.877.328.9660
ESCRIBAA	Mutual of Omaha Rx Attn: Express Scripts Medicare Administrative Department P.O. Box 66587 St. Louis, MO 63166-6587
SITIO WEB	MutualofOmahaRx.com

Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una queja acerca de sus medicamentos recetados de la Parte D

Puede presentar una queja acerca de nosotros o de una de las farmacias de nuestra red, como una queja sobre la calidad de su atención. Este tipo de queja no incluye las disputas relativas a la cobertura o al pago. (Si su problema se relaciona con la cobertura o el pago del plan, debe buscar en la sección anterior cómo presentar una apelación). Para obtener más información acerca de cómo presentar una queja sobre sus medicamentos recetados de la Parte D, consulte el **Capítulo 7** (*Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Método	Quejas sobre medicamentos recetados de la Parte D. Información de contacto
LLAME AL	1.855.864.6797 Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario de atención es las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY (Teletipo)	1.800.716.3231 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas que tengan dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario de atención es las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
FAX	1.614.907.8547
ESCRIBA A	Mutual of Omaha Rx Attn: Grievance Resolution Team P.O. Box 3610 Dublin, OH 43016-0307
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja acerca de Mutual of Omaha Rx directamente ante Medicare. Para presentar una queja por Internet ante Medicare, visite el sitio https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

A dónde enviar una solicitud para pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de un medicamento que ha recibido

El proceso de determinación de cobertura incluye la determinación de solicitudes que nos piden pagar nuestra parte de los costos de un medicamento que ha recibido. Para obtener más información acerca de las situaciones en las que puede necesitar solicitar el reembolso al plan o el pago de una factura recibida de un proveedor, consulte el **Capítulo 5** (*Cómo pedirnos que paguemos nuestra parte de los costos de medicamentos cubiertos*).

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

Método	Solicitudes de pago. Información de contacto
LLAME AL	1.855.864.6797 El Servicio al cliente está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Las llamadas a este número son gratuitas.
TTY (Teletipo)	1.800.716.3231 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas que tengan dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario de atención es las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
FAX	1.608.741.5483
ESCRIBA A	Mutual of Omaha Rx Attn: Medicare Part D P.O. Box 14718 Lexington, KY 40512-4718
SITIO WEB	MutualofOmahaRx.com

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

Medicare es el programa Federal de seguro de salud para personas de 65 años o más, algunos menores de 65 años con discapacidades, y personas que padecen enfermedad renal en etapa terminal (insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante de riñón).

La agencia Federal a cargo de Medicare son los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (a veces, denominados “CMS”). Esta agencia contrata los planes de medicamentos recetados de Medicare, como nuestro plan.

Método	Medicare. Información de contacto
LLAME AL	1.800.MEDICARE o 1.800.633.4227 Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY (Teletipo)	1.877.486.2048 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas que tengan dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.
SITIO WEB	https://www.medicare.gov

Método	Medicare. Información de contacto
	<p>Este es el sitio web gubernamental oficial de Medicare. Le brinda información actualizada acerca de Medicare y los problemas actuales de Medicare. También tiene información sobre hospitales, hogares de ancianos, médicos, agencias de atención médica domiciliaria y centros de diálisis. Incluye folletos que puede imprimir directamente desde su computadora. También puede encontrar los contactos de Medicare en su estado.</p> <p>El sitio web de Medicare también ofrece información detallada acerca de su elegibilidad para Medicare y las opciones de inscripción con las siguientes herramientas:</p> <ul style="list-style-type: none">• Herramienta de Elegibilidad de Medicare: Proporciona información sobre el estado de elegibilidad para Medicare.• Buscador de Planes de Medicare: Brinda información personalizada acerca de los planes de medicamentos recetados de Medicare, los planes de salud de Medicare y las pólizas Medigap (seguro suplementario de Medicare) disponibles en su área. Estas herramientas brindan una <i>estimación</i> de cuáles pueden ser sus costos directos de su bolsillo en distintos planes de Medicare. <p>También puede usar el sitio web para informarle a Medicare acerca de cualquier queja que pueda tener acerca de Mutual of Omaha Rx:</p> <ul style="list-style-type: none">• Informe a Medicare cuál es su queja: Puede presentar una queja acerca de Mutual of Omaha Rx directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, visite el sitio https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma en serio sus quejas y usará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa Medicare. <p>Si no tiene computadora, puede visitar este sitio web utilizando la computadora de la biblioteca o del centro local para personas de la tercera edad. O puede llamar a Medicare y decirle al personal qué información necesita. El personal encontrará la información en el sitio web, la imprimirá y se la enviará. (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).</p>

SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia de Seguros de Salud (ayuda, información y respuestas gratuitas a sus preguntas sobre Medicare)

El Programa Estatal de Asistencia de Seguros de Salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa gubernamental que cuenta con asesores capacitados en cada estado. Consulte la lista de SHIP, que se encuentra en el **Apéndice** de este folleto, para encontrar información de contacto acerca del SHIP de su estado.

El SHIP es independiente (no está relacionado con ninguna compañía de seguros ni plan de salud). Es un programa estatal que obtiene dinero del gobierno Federal para brindar asesoría de seguros de salud local gratuita a las personas con Medicare.

Los asesores de SHIP pueden ayudarlo con sus preguntas o problemas de Medicare. El personal puede ayudarlo a comprender sus derechos de Medicare, a presentar quejas respecto de la atención o el tratamiento médico, y a solucionar problemas relativos a las facturas de Medicare. Los asesores de SHIP también pueden ayudarlo a comprender sus opciones de planes de Medicare y responder preguntas sobre los cambios de plan.

SECCIÓN 4 Organización de Mejoras de Calidad (Medicare paga a esta organización para controlar la calidad de la atención destinada a las personas con Medicare)

Existe una Organización de Mejoras de Calidad que ofrece servicios a los beneficiarios de Medicare cada estado. Consulte la lista de Organizaciones de Mejoras de Calidad, que se encuentra en el **Apéndice** de este folleto, para encontrar información de contacto acerca de la organización de su estado.

La Organización de Mejoras de Calidad incluye un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica que reciben un pago del gobierno Federal. Medicare paga a esta organización para controlar y ayudar a mejorar la calidad de la atención destinada a las personas con Medicare. La Organización de Mejoras de Calidad es independiente. No está vinculada con nuestro plan.

Debe comunicarse con la Organización de Mejoras de Calidad si tiene alguna queja sobre la calidad de la atención que ha recibido. Por ejemplo, puede comunicarse con la Organización de Mejoras de Calidad si le administraron el medicamento incorrecto o si le administraron medicamentos que interactúan de manera negativa.

SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social es responsable de determinar la elegibilidad y de administrar la inscripción en Medicare. Los ciudadanos de los Estados Unidos y los residentes legales permanentes mayores de 65 años o que tengan una discapacidad o Enfermedad Renal en Etapa Final y que reúnan determinadas condiciones son elegibles para Medicare. Si ya está recibiendo cheques del Seguro Social, la inscripción en Medicare es automática. Si no está recibiendo cheques del Seguro Social, debe inscribirse en Medicare. El Seguro Social administra el proceso de inscripción en Medicare. Para inscribirse en Medicare, puede llamar al Seguro Social o visitar su oficina local del Seguro Social.

El Seguro Social también es responsable de determinar quién tiene que pagar un monto adicional por su cobertura de medicamentos de la Parte D debido a que tiene ingresos superiores. Si recibió una carta del Seguro Social en la que se indica que debe pagar el monto adicional y tiene alguna pregunta respecto del monto o si sus ingresos se redujeron debido a un acontecimiento que cambia la vida, puede llamar al Seguro Social para pedir una reconsideración.

Si se muda o cambia su dirección de correo, es importante que se comuniquen con el Seguro Social para informárselo.

Método	Seguro Social. Información de contacto
LLAME AL	1.800.772.1213 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 7 a. m. a 7 p. m., de lunes a viernes. Puede utilizar los servicios telefónicos automáticos del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunas operaciones durante las 24 horas del día.
TTY (Teletipo)	1.800.325.0778 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas que tengan dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 7 a. m. a 7 p. m., Hora del Este, de lunes a viernes.
SITIO WEB	https://www.ssa.gov/

SECCIÓN 6 Medicaid (un programa conjunto Federal y estatal que brinda ayuda con los costos médicos para algunas personas con ingresos y recursos limitados)

Medicaid es un programa conjunto Federal y estatal del gobierno que ayuda con los costos médicos a determinadas personas con ingresos y recursos limitados. Algunas personas que cuentan con Medicare también son elegibles para Medicaid.

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

- **Beneficiario que Reúne los Requisitos para Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare y otros costos compartidos (como los deducibles, el coseguro y los copagos). (Algunas personas con QMB también son elegibles para los beneficios completos de Medicaid [QMB+]).
- **Beneficiario Específico de Medicare de Bajos Ingresos (Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunas personas con SLMB también son elegibles para los beneficios completos de Medicaid [SLMB+]).
 - **Persona que Reúne los Requisitos (Qualified Individual, QI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B.
 - **Personas que Reúnen los Requisitos Discapacitadas y que Trabajan (Qualified Disabled & Working Individuals, QDWI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Para conocer más acerca de Medicaid y de sus programas, comuníquese con la agencia de Medicaid de su estado. La información de contacto de Medicaid se encuentra en el **Apéndice** de este folleto.

SECCIÓN 7 Información acerca de los programas para ayudar a las personas a pagar por sus medicamentos recetados

Programa de “Ayuda Extra” de Medicare

Medicare ofrece “Ayuda Extra” para pagar los costos de medicamentos recetados a personas que tienen ingresos y recursos limitados. Los recursos incluyen sus ahorros y acciones, pero no su vivienda ni su vehículo. Si califica, recibirá ayuda para pagar la prima mensual de cualquier plan de medicamentos de Medicare, el deducible anual y los copagos o el coseguro de la receta. Esta “Ayuda Extra” también cuenta para sus costos directos de su bolsillo.

Las personas con ingresos y recursos limitados pueden reunir los requisitos para la “Ayuda Extra”. Algunas personas reúnen los requisitos automáticamente para la “Ayuda Extra” y no necesitan solicitarla. Medicare envía por correo una carta a las personas que reúnen los requisitos automáticamente para la “Ayuda Extra”.

Es posible que pueda recibir “Ayuda Extra” para pagar las primas y los costos de sus medicamentos recetados. Para saber si reúne los requisitos para recibir la “Ayuda Extra”, llame a alguno de los siguientes números:

- 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 de la semana.
- A la Oficina del Seguro Social al 1.800.772.1213, de 7 a. m. a 7 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1.800.325.0778 (solicitudes).
- A su Oficina de Medicaid estatal (solicitudes). (Para obtener la información de contacto, consulte la **Sección 6** de este capítulo).

Si cree que reúne los requisitos para la “Ayuda Extra” y piensa que está pagando un monto de costos compartidos incorrecto al surtir su receta en una farmacia, nuestro plan ha establecido un proceso que le permite solicitar asistencia para obtener pruebas de su nivel de copago adecuado o, si ya tiene las pruebas, para entregárnoslas.

Es posible que el plan pueda aceptar las siguientes formas de Mejores Pruebas Disponibles (Best Available Evidence, BAE) para determinar si reúne los requisitos para la Ayuda Extra, según una de tres situaciones que se indican. Usted, su farmacéutico, su representante designado o una persona que actúe en su nombre pueden presentar las pruebas.

Si reúne los requisitos tanto para Medicare como para Medicaid (“elegibilidad doble”), es posible que podamos aceptar lo siguiente:

- Una copia de su tarjeta de Medicaid que incluya su nombre y una fecha de elegibilidad durante cualquier mes posterior a junio del año calendario anterior.
- Una copia de un documento estatal que confirme su condición activa de Medicaid durante cualquier mes posterior a junio del año calendario anterior.

- Una impresión del archivo electrónico de inscripción de su estado que muestre su condición activa de Medicaid durante cualquier mes posterior a junio del año calendario anterior.
- Una impresión de pantalla del sistema de Medicaid de su estado que muestre su condición activa de Medicaid durante cualquier mes posterior a junio del año calendario anterior.
- Cualquier otra documentación provista por su estado que muestre su condición activa de Medicaid durante cualquier mes posterior a junio del año calendario anterior.
- Una carta de la Administración del Seguro Social (Social Security Administration, SSA) en la que se demuestre que usted recibe Ingresos de Seguridad Complementarios (Supplemental Security Income, SSI).
- Una solicitud presentada por la persona que se considera elegible en la que confirma que el beneficiario es "...automáticamente elegible para la Ayuda Extra...".

Si no reúne los requisitos para Medicaid (no tiene "elegibilidad doble"), es posible que podamos aceptar lo siguiente:

- Usted, su farmacéutico, su defensor, su representante, un miembro de la familia u otra persona que actúe en su nombre pueden presentar una copia de la carta de concesión que recibió de la Administración del Seguro Social (SSA) en la que se manifieste que usted reúne los requisitos para la Ayuda Extra.

Si se encuentra en un centro de cuidado a largo plazo (LTC), es posible que podamos aceptar los siguientes elementos como pruebas de que reúne los requisitos para pagar \$0 para su beneficio de medicamentos:

- Un giro de parte del centro en el que se muestre el pago de un mes calendario completo a Medicaid durante cualquier mes posterior a junio del año calendario anterior.
- Una copia de un documento estatal que confirme el pago de un mes calendario completo a Medicaid en su nombre al centro que sea posterior a junio del año calendario anterior.
- Una impresión de pantalla del sistema de Medicaid estatal en la que se muestre su condición en el centro sobre la base de, al menos, una internación de un mes calendario completo a los fines de pago a Medicaid durante un mes posterior a junio del año calendario anterior.

Usted o su representante pueden enviar por fax o por correo las Mejores Pruebas Disponibles al siguiente número de fax o dirección:

Envíe un fax a: 1.855.756.8735

Dirección: Mutual of Omaha Rx (PDP)
P.O. Box 4558
Scranton, PA 18505

Cuando recibamos la evidencia que demuestre su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema a fin de que pueda pagar el copago correcto cuando surta su próxima receta en la farmacia. Si paga un copago de más, se lo reembolsaremos. Le reenviaremos un cheque por el monto que pagó de más o bien lo compensaremos en los copagos futuros. Si la farmacia no le ha cobrado un copago y tiene dicho copago como deuda suya, podemos realizar el pago directamente a la farmacia. Si un estado pagó en su nombre, realizamos el pago directamente al estado. Si tiene preguntas, comuníquese con el Servicio al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Programa de Descuentos durante la Etapa de Falta de Cobertura de Medicare

El Programa de Descuentos durante la Etapa de Falta de Cobertura de Medicare brinda descuentos del fabricante sobre medicamentos de marca a los miembros de la Parte D que han llegado a la Etapa de Falta de Cobertura y no reciben “Ayuda Extra”. Para los medicamentos de marca, el descuento del 70 % que proporcionan los fabricantes excluye cualquier tarifa por prescripción para los costos durante la Etapa de Falta de Cobertura. Los miembros pagan el 25 % del precio negociado y una porción de la tarifa por prescripción para los medicamentos de marca.

Si alcanza la Etapa de Falta de Cobertura, aplicaremos el descuento automáticamente cuando su farmacia le facture por su receta y en su *Explicación de Beneficios de la Parte D* (EOB) verá el descuento proporcionado. El monto que usted paga y el monto descontado por el fabricante se consideran para los costos directos de su bolsillo como si los hubiera pagado y hacen que avance en la Etapa de Falta de Cobertura. El monto pagado por el plan (5 %) no cuenta para los costos directos de su bolsillo.

También recibe algún tipo de cobertura para medicamentos genéricos. Si llega a la Etapa de Falta de Cobertura, el plan paga el 75 % del precio de los medicamentos genéricos y usted paga el 25 % restante del precio. En el caso de los medicamentos genéricos, el monto pagado por el plan (75 %) no cuenta para los costos directos de su bolsillo. Solo el monto que usted paga cuenta y lo traslada hacia la Etapa de Falta de Cobertura. Además, la tarifa por prescripción se incluye como parte del costo del medicamento.

Miembros del plan Value: El Programa de Descuentos durante la Etapa Falta de Cobertura de Medicare está disponible en todo el país. Debido a que el plan Mutual of Omaha Rx Value ofrece cobertura adicional durante la Etapa Falta de Cobertura, sus costos directos de su bolsillo, a veces, serán menores que los costos descritos aquí. Para obtener más información sobre su cobertura durante la Etapa Falta de Cobertura, consulte **la Sección 6 del Capítulo 4**.

Si tiene alguna pregunta acerca de la disponibilidad de descuentos para los medicamentos que está tomando o acerca del Programa de Descuentos durante la Etapa de Falta de Cobertura de Medicare en general, comuníquese con el Servicio al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

¿Qué sucede si tiene la cobertura de un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP)?

Si está inscrito en un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP) o en cualquier otro programa que brinde cobertura de medicamentos de la Parte D (que no sea el programa de “Ayuda Extra”), todavía puede recibir el descuento del 70 % sobre los medicamentos de marca cubiertos. Además, el plan paga el 5 % de los costos de los medicamentos de marca durante la Etapa de Falta de Cobertura. El descuento del 70 % y el 5 % pagado por el plan se aplican al precio del medicamento antes de la cobertura del SPAP o de cualquier otra cobertura.

¿Qué sucede si tiene la cobertura de un Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP)? ¿Qué es el Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP)?

El Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP) ayuda a las personas elegibles para el ADAP que viven con VIH/SIDA a tener acceso a medicamentos para el VIH que salvan vidas. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por ADAP reúnen los requisitos para obtener la asistencia con los costos compartidos de los medicamentos recetados. Consulte la

lista de ADAP, que se encuentra en el **Apéndice** de este folleto, para encontrar información de contacto acerca del ADAP de su estado. **Nota:** para ser elegible para el ADAP que opera en su estado, las personas deben reunir determinados criterios, como por ejemplo la prueba de residencia en el estado y de tener VIH, tener ingresos bajos de acuerdo con lo definido por el estado y la condición de persona no asegurada o con seguro insuficiente.

Si, actualmente, está inscrito en el ADAP, puede continuar brindándole asistencia de costos compartidos para medicamentos recetados de la Parte D de Medicare para los medicamentos del formulario de ADAP. A fin de estar seguro de que sigue recibiendo esta asistencia, notifique a cualquier funcionario de inscripción de ADAP acerca de cualquier cambio en el nombre o el número de póliza del plan de la Parte D de Medicare. La información de contacto se proporciona en el **Apéndice** de este folleto.

Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al ADAP de su estado. La información de contacto se proporciona en el **Apéndice** de este folleto.

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

No. Si recibe “Ayuda Extra”, ya tiene cobertura para los costos de sus medicamentos recetados durante la Etapa de Falta de Cobertura.

¿Qué sucede si no obtiene un descuento y piensa que debería haberlo recibido?

Si piensa que ha llegado a la Etapa de Falta de Cobertura y no recibió un descuento cuando pagó por su medicamento de marca, debe revisar su próximo aviso de *Explicación de Beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D). Si el descuento no aparece en su *Explicación de Beneficios de la Parte D*, debe comunicarse con nosotros para asegurarse de que los registros de sus recetas estén correctos y actualizados. Si no estamos de acuerdo con que le adeudamos un descuento, puede apelar. Puede obtener ayuda para presentar una apelación mediante el Programa Estatal de Asistencia de Seguros de Salud (SHIP) (los números de teléfono aparecen en el **Apéndice** de este folleto) 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.

Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica

Muchos estados cuentan con Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica que ayudan a algunas personas a pagar sus medicamentos recetados según su necesidad financiera, edad, afección médica o discapacidad. Cada estado tiene reglas distintas para brindar cobertura de medicamentos a sus miembros.

Consulte la lista de Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica (SPAP), que se encuentra en el **Apéndice** de este folleto, para encontrar información de contacto acerca del SPAP de su estado, si corresponde.

SECCIÓN 8 Cómo comunicarse con la Junta de Jubilación para Ferroviarios

La Junta de Jubilación para Ferroviarios es una agencia Federal independiente que administra programas de beneficios integrales para los trabajadores ferroviarios del país y para sus familias. Si tiene preguntas respecto de sus beneficios de la Junta de Jubilación para Ferroviarios, comuníquese con la agencia.

Si recibe Medicare a través de la Junta de Jubilación para Ferroviarios, es importante que le informe si se muda o cambia su dirección de correo.

Método	Junta de Jubilación para Ferroviarios. Información de contacto
LLAME AL	1.877.772.5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Si presiona “0”, puede hablar con un representante de la Junta de Jubilación para Ferroviarios (RRB) de 9 a. m. a 3:30 p. m., los lunes, martes, jueves y viernes, y de 9 a. m. a 12 p. m. los miércoles. Si presiona “1”, puede acceder a la línea de ayuda automatizada de la RRB y a la información grabada las 24 horas del día, incluidos los fines de semana y feriados.
TTY (Teletipo)	1.312.751.4701 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas que tengan dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número <i>no</i> son gratuitas.
SITIO WEB	https://secure.rrb.gov/

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

Si usted (o su cónyuge) recibe beneficios de su empleador o grupo de jubilados (o del de su cónyuge) como parte de este plan, puede llamar al administrador de beneficios del sindicato/empleador o al Servicio al cliente si tiene alguna pregunta. Puede preguntar sobre los beneficios de salud, las primas o el período de inscripción de su empleador o grupo de jubilados (o del de su cónyuge). (Los números de teléfono del Servicio al cliente están impresos en la contraportada de este folleto). También puede llamar al 1.800.MEDICARE (1.800.633.4227; TTY: 1.877.486.2048) para hacer preguntas relacionadas con su cobertura de Medicare en virtud de este plan.

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

CAPÍTULO 3

Cómo utilizar la cobertura del plan de sus medicamentos recetados de la Parte D

Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan de sus medicamentos recetados de la Parte D

SECCIÓN 1	Introducción	41
Sección 1.1	Este capítulo describe su cobertura de los medicamentos de la Parte D	41
Sección 1.2	Reglas básicas para la cobertura de medicamentos de la Parte D del plan.....	41
SECCIÓN 2	Surta su receta en una farmacia de la red o mediante el servicio de pedido por correo del plan	42
Sección 2.1	Para surtir su receta, utilice una farmacia de la red	42
Sección 2.2	Cómo encontrar farmacias de la red	42
Sección 2.3	Cómo usar los servicios de pedido por correo del plan	43
Sección 2.4	¿Cómo puede obtener un suministro a largo plazo de un medicamento?.....	45
Sección 2.5	¿Cuándo puede utilizar una farmacia que no esté dentro de la red del plan? .	46
SECCIÓN 3	Sus medicamentos deben estar en la “Lista de Medicamentos” del plan	47
Sección 3.1	La “Lista de Medicamentos” le informa qué medicamentos de la Parte D están cubiertos.....	47
Sección 3.2	Existen cinco “niveles de costos compartidos” para los medicamentos de la Lista de Medicamentos.....	48
Sección 3.3	¿Cómo puede saber si un medicamento específico está en la Lista de Medicamentos?.....	49
SECCIÓN 4	Existen restricciones de cobertura para algunos medicamentos	49
Sección 4.1	¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?	49
Sección 4.2	¿Qué tipos de restricciones existen?	50
Sección 4.3	¿Se aplica alguna de estas restricciones a sus medicamentos?	50
SECCIÓN 5	¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la forma en que desearía que lo estuviera?	51
Sección 5.1	Existen cosas que puede hacer en caso de que su medicamento no esté cubierto de la forma en que desearía	51
Sección 5.2	¿Qué puede hacer si su medicamento no está en la Lista de Medicamentos o tiene restricciones de algún tipo?.....	51
Sección 5.3	¿Qué puede hacer si su medicamento se encuentra en un nivel de costos compartidos que cree que es demasiado alto?	53
SECCIÓN 6	¿Qué sucede si cambia su cobertura para uno de sus medicamentos?	54
Sección 6.1	La Lista de Medicamentos puede cambiar durante el año	54
Sección 6.2	¿Qué sucede si cambia su cobertura para uno de los medicamentos que está tomando?.....	55

SECCIÓN 7	¿Qué tipos de medicamentos <i>no</i> están cubiertos por el plan?	56
Sección 7.1	Tipos de medicamentos que no cubrimos.....	56
SECCIÓN 8	Muestre su tarjeta de membresía del plan cuando surta una receta.....	58
Sección 8.1	Muestre su tarjeta de membresía.....	58
Sección 8.2	¿Qué sucede si no tiene su tarjeta de membresía con usted?	58
SECCIÓN 9	Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales	58
Sección 9.1	¿Qué sucede si está en el hospital o en un centro de enfermería especializada para una internación cubierta por Original Medicare?	58
Sección 9.2	¿Qué sucede si es residente en un centro de cuidado a largo plazo (LTC)?... ..	59
Sección 9.3	¿Qué sucede si está tomando medicamentos cubiertos por Original Medicare?	59
Sección 9.4	¿Qué sucede si tiene una póliza de Medigap (seguro suplementario de Medicare) con cobertura de medicamentos recetados?.....	60
Sección 9.5	¿Qué sucede si también recibe cobertura de medicamentos del plan de un empleador o un grupo de jubilados?	60
Sección 9.6	¿Qué sucede si está en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare?	61
SECCIÓN 10	Programas sobre la seguridad de los medicamentos y el manejo de los medicamentos	61
Sección 10.1	Programas que ayudan a los miembros a usar los medicamentos de manera segura.....	61
Sección 10.2	Programa de Manejo de Medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar sus medicamentos opioides de manera segura	62
Sección 10.3	Programa de Manejo de la Terapia de Medicamentos (MTM) para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos	62

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

Existen programas que ayudan a las personas con recursos limitados a pagar sus medicamentos. Estos programas incluyen la “Ayuda Extra” y los Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica. Para obtener más información, consulte la **Sección 7 del Capítulo 2**.

¿Está recibiendo ayuda actualmente para pagar sus medicamentos?

Si se encuentra en un programa que ayuda a pagar sus medicamentos, **es posible que determinada información de esta Evidencia de Cobertura acerca de los costos de los medicamentos recetados de la Parte D no se aplique a usted**. Le enviamos un anexo por separado denominado “Anexo de Evidencia de Cobertura para personas que reciben Ayuda Extra para pagar sus medicamentos recetados” (también denominado “Anexo sobre el Subsidio por Bajos Ingresos” o “Anexo LIS”), que le informa acerca de su cobertura de medicamentos. Si no tiene este material, llame al Servicio al cliente y solicite el “Anexo LIS”. (Los números de teléfono del Servicio al cliente están impresos en la contraportada de este folleto).

SECCIÓN 1 Introducción**Sección 1.1 Este capítulo describe su cobertura de los medicamentos de la Parte D**

En este capítulo, **se explican las reglas para utilizar su cobertura de medicamentos de la Parte D**. En el próximo capítulo, se informa lo que debe pagar por los medicamentos de la Parte D (**Capítulo 4, Lo que debe pagar por sus medicamentos recetados de la Parte D**).

Además de su cobertura de medicamentos de la Parte D que recibe por medio de nuestro plan, Original Medicare (la Parte A y la Parte B de Medicare) también cubre algunos medicamentos:

- La Parte A de Medicare cubre los medicamentos que recibe durante las internaciones hospitalarias o las estadias en un centro de enfermería especializada cubiertas por Medicare.
- La Parte B de Medicare también ofrece beneficios para algunos medicamentos. Los medicamentos de la Parte B incluyen determinados medicamentos para la quimioterapia, algunas inyecciones de medicamento que recibe durante una consulta y los medicamentos que recibe en un centro de diálisis.

Los dos ejemplos de medicamentos descritos anteriormente están cubiertos por Original Medicare. (Para conocer más acerca de esta cobertura, consulte su folleto *Medicare y Usted*). Sus medicamentos recetados de la Parte D están cubiertos en virtud de nuestro plan.

Sección 1.2 Reglas básicas para la cobertura de medicamentos de la Parte D del plan

Por lo general, el plan cubrirá sus medicamentos siempre y cuando siga estas reglas básicas:

- Debe tener un proveedor (un médico, dentista u otro recetador) que prescriba su receta.

Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan de sus medicamentos recetados de la Parte D

- Su recetador debe aceptar Medicare o presentar la documentación que demuestre que está calificado para emitir recetas ante el CMS o su reclamo de la Parte D será rechazado. Debe consultar a sus recetadores la próxima vez que los llame o los visite para saber si reúnen esta condición. De no ser así, tenga en cuenta que lleva tiempo que su recetador presente la documentación necesaria para su procesamiento.
- Por lo general, debe usar una farmacia de la red para surtir su receta. (Consulte la **Sección 2**, *Surta su receta en una farmacia de la red o mediante el servicio de pedido por correo del plan*).
- Su medicamento debe estar en la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* (para abreviarlo, lo llamamos “Lista de Medicamentos”). (Consulte la **Sección 3**, *Sus medicamentos deben estar en la “Lista de Medicamentos” del plan*).
- Su medicamento debe utilizarse para una indicación médicamente aceptada. Una “indicación médicamente aceptada” es un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o que está respaldado por determinados libros de referencia. (Consulte la **Sección 3** para obtener más información acerca de una indicación médicamente aceptada).

SECCIÓN 2 Surta su receta en una farmacia de la red o mediante el servicio de pedido por correo del plan

Sección 2.1 Para surtir su receta, utilice una farmacia de la red

En la mayoría de los casos, las recetas están cubiertas *únicamente* si se surten en las farmacias de la red del plan. (Consulte la **Sección 2.5** para obtener información acerca de cuándo podemos cubrir las recetas surtidas en farmacias fuera de la red).

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

Nuestra red incluye farmacias que ofrecen costos compartidos estándares y farmacias que ofrecen costos compartidos preferidos. Puede ir a ambos tipos de farmacias de la red para recibir sus medicamentos recetados cubiertos. Sus costos compartidos pueden ser inferiores en las farmacias con costos compartidos preferidos.

Sección 2.2 Cómo encontrar farmacias de la red

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

Para encontrar una farmacia de la red, puede buscar en su *Directorio de Farmacias*, visitar nuestro sitio web (**MutualofOmahaRx.com**) o llamar al Servicio al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Puede acudir a cualquiera de nuestras farmacias de la red. Sin embargo, los costos pueden ser incluso inferiores para sus medicamentos cubiertos si utiliza una farmacia de la red que ofrece costos compartidos preferidos en comparación con una farmacia de la red que ofrece costos compartidos estándares.

Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan de sus medicamentos recetados de la Parte D

El *Directorio de Farmacias* le dirá cuáles de las farmacias de la red ofrecen costos compartidos preferidos. Puede conocer más acerca de cómo sus costos directos de su bolsillo podrían ser diferentes para distintos medicamentos si se comunica con nosotros. Si cambia de una farmacia de la red a otra y necesita el resurtido de un medicamento que ha estado tomando, puede pedir que un proveedor le emita una nueva receta o puede solicitar que se transfiera su receta a la nueva farmacia de la red.

¿Qué sucede si la farmacia que ha estado utilizando abandona la red?

Si la farmacia que ha estado utilizando abandona la red del plan, deberá encontrar una nueva farmacia que figure en la red. O si la farmacia que ha estado utilizando sigue dentro de la red, pero ya no ofrece las opciones de costos compartidos preferidos, puede cambiarse a una farmacia distinta. Para encontrar una farmacia de la red que esté en su área, puede recibir ayuda del Servicio al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) o utilice el *Directorio de Farmacias*. También puede encontrar información en nuestro sitio web en **MutualofOmahaRx.com**.

¿Qué sucede si necesita una farmacia especializada?

A veces, las recetas deben surtirse en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen las siguientes:

- Farmacias que suministran medicamentos para la terapia de infusión en el hogar.
- Farmacias que suministran medicamentos para un centro de cuidado a largo plazo (LTC). Por lo general, un centro de cuidado a largo plazo (LTC) (como un hogar de ancianos) tiene su propia farmacia. Si se encuentra en un centro de LTC, debemos garantizar que pueda recibir continuamente sus beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias de LTC, que es, generalmente, la farmacia que utiliza el centro de LTC. Si tiene alguna dificultad para acceder a sus beneficios de la Parte D en un centro de LTC, comuníquese con el Servicio al cliente.
- Farmacias que prestan servicio al Servicio de Salud Indígena para el Programa de Salud Indígena/Tribal/Urbano (no disponible en Puerto Rico). Salvo en emergencias, solo los Nativos de los Estados Unidos y Alaska tienen acceso a estas farmacias de nuestra red.
- Farmacias que dispensan medicamentos restringidos por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) a algunas ubicaciones, o que requieren manejo especial, coordinación de proveedores o educación respecto de su uso. (**Nota:** esta situación rara vez se produce).

Para ubicar una farmacia especializada, busque en su *Directorio de Farmacias* o llame al Servicio al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Sección 2.3	Cómo usar los servicios de pedido por correo del plan
--------------------	--

Para determinados tipos de medicamentos, puede usar los servicios de pedido por correo de la red del plan. Por lo general, los medicamentos proporcionados a través del pedido por correo son medicamentos que usted toma regularmente, por una afección médica crónica o de largo plazo. Los medicamentos disponibles mediante el servicio de pedido por correo de nuestro plan están marcados como **medicamentos “de pedido por correo”** en nuestra Lista de Medicamentos.

Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan de sus medicamentos recetados de la Parte D

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

Para obtener formularios de pedido e información acerca de cómo surtir sus recetas por correo desde nuestra farmacia de entrega a domicilio en red (Express Scripts PharmacySM), visite nuestro sitio web en **MutualofOmahaRx.com** o llame al Servicio al cliente a los números que aparecen en la contraportada de este folleto.

Por lo general, recibirá el pedido solicitado a una farmacia de pedido por correo en no más de 10 días. Sin embargo, puede haber factores que provoquen que un pedido solicitado a una farmacia de pedido por correo se retrase. Asegúrese de tener, como mínimo, un suministro de 14 días de medicamento a mano. Si no tiene lo suficiente, pídale a su médico una segunda receta para un suministro de 30 días y súrtala en una farmacia minorista de la red mientras espera que el suministro de pedido por correo llegue. Si se retrasa el envío de su pedido por correo, llame al Servicio al cliente a los números que aparecen en la contraportada de este folleto. Intentaremos garantizar que tenga su medicamento cuando lo necesite.

Recetas nuevas que la farmacia reciba directamente del consultorio de su médico.

La farmacia surtirá y entregará automáticamente las recetas nuevas que reciba de proveedores de atención médica, sin consultar con usted, si ocurre cualquiera de las siguientes situaciones:

- Utilizó sus servicios de pedido por correo de este plan anteriormente.
- Se inscribe en la entrega automática de todas las recetas nuevas recibidas directamente de los proveedores de atención médica. Puede solicitar la entrega automática de todas las recetas nuevas ahora o en cualquier momento al aprobar su primera receta por correo. Después de que use por primera vez los servicios de pedido por correo de este plan, los pedidos recibidos de los proveedores de atención médica en su nombre no requerirán su aprobación.

Si recibe automáticamente por correo una receta que no necesita y nadie se comunicó con usted para saber si la necesitaba antes de enviársela, es posible que sea elegible para un reembolso.

Si utilizó el pedido por correo anteriormente y no quiere que la farmacia surta y envíe automáticamente cada receta nueva, comuníquese con nosotros llamando al Servicio al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Si nunca utilizó nuestro servicio de entrega de pedidos por correo o decide interrumpir los surtidos automáticos de recetas nuevas, la farmacia se comunicará con usted cada vez que reciba una receta nueva de un proveedor de atención médica para saber si quiere que le surtan y envíen el medicamento de inmediato. Esto le dará la oportunidad de asegurarse de que la farmacia le está enviando el medicamento correcto (lo que incluye concentración, cantidad y forma) y, de ser necesario, permitirle cancelar o retrasar el pedido antes de que se le facture y se le envíe. Es importante que responda cada vez que la farmacia se comunique con usted para informarle qué hacer con la receta nueva y evitar cualquier retraso en el envío.

Para excluirse de las entregas automáticas de recetas nuevas recibidas directamente del consultorio de su proveedor de atención médica, comuníquese con nosotros llamando al Servicio al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Resurtidos para recetas de pedido por correo. Para resurtir sus medicamentos, tiene la opción de registrarse en un programa de resurtido automático. En virtud de este programa, comenzaremos a procesar su próximo surtido automáticamente cuando nuestros registros muestren que se le está por acabar el

Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan de sus medicamentos recetados de la Parte D

medicamento. La farmacia se comunicará con usted antes de enviar cada resurtido para asegurarse de que necesita más medicamento, y usted puede cancelar los resurtidos programados si tiene suficiente medicamento o si su medicamento ha cambiado. Si decide no utilizar el programa de resurtido automático, comuníquese con su farmacia 14 días antes de la fecha en la que cree que se le acabarán los medicamentos que tiene a mano, para asegurarse de recibir su próximo pedido a tiempo.

Para excluirse del programa que prepara automáticamente los resurtidos de pedido por correo, comuníquese con nosotros llamando al Servicio al cliente.

A fin de que la farmacia pueda comunicarse con usted para confirmar el pedido antes de enviarlo, asegúrese de informarle las mejores maneras de comunicarse con usted llamando al Servicio al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Sección 2.4	¿Cómo puede obtener un suministro a largo plazo de un medicamento?
--------------------	---

Cuando obtiene un suministro a largo plazo de medicamentos, es posible que sus costos compartidos sean inferiores. El plan ofrece dos maneras de obtener un suministro a largo plazo (también llamado “suministro prolongado”) de medicamentos de “mantenimiento” que figuran en la Lista de Medicamentos de nuestro plan. (Los medicamentos de mantenimiento son medicamentos que debe tomar regularmente para tratar una afección médica crónica o a largo plazo). Puede pedir este suministro a través del pedido por correo (consulte la **Sección 2.3**) o puede ir a alguna farmacia minorista.

1. **Algunas farmacias minoristas** de nuestra red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Es posible que algunas de estas farmacias minoristas acuerden aceptar los montos más bajos de costos compartidos para un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Es posible que otras farmacias minoristas no acuerden aceptar los montos más bajos de costos compartidos para un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. En este caso, usted será responsable de abonar la diferencia de precio. Su *Directorio de Farmacias* le indica qué farmacias de nuestra red pueden proporcionarle un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar al Servicio al cliente para obtener más información (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).
2. Para determinados tipos de medicamentos, puede usar los **servicios de pedido por correo de la red del plan**. Los medicamentos disponibles mediante el servicio de pedido por correo de nuestro plan están marcados como **medicamentos “MO”** ([Mail Order] pedido por correo) en nuestra Lista de Medicamentos. El servicio de pedido por correo de nuestro plan le permite pedir un suministro de hasta 90 días. Consulte la **Sección 2.3** para obtener más información acerca de cómo utilizar nuestros servicios de pedido por correo.

Sección 2.5 ¿Cuándo puede utilizar una farmacia que no esté dentro de la red del plan?**Su receta puede estar cubierta en determinadas situaciones**

Generalmente, cubrimos medicamentos surtidos en una farmacia fuera de la red *únicamente* cuando usted no puede utilizar una farmacia de la red. Si no puede usar una farmacia de la red, estas son algunas circunstancias en las que cubriríamos recetas surtidas en una farmacia fuera de la red:

- **En una emergencia médica.** Cubriremos recetas que sean surtidas en una farmacia fuera de la red si estas están relacionadas con la atención por una emergencia médica o atención de urgencia. Por ejemplo, cubriremos las recetas surtidas en una farmacia fuera de la red ubicada en un departamento de emergencia, una clínica de proveedores, un centro de cirugía ambulatoria o de otro tipo de atención ambulatoria. O cubriremos las recetas si fue evacuado o desplazado de su residencia debido a un desastre o una emergencia de salud declarados por el estado o el gobierno Federal.
- **Cuando viaja fuera del área de servicio de nuestro plan.** Si toma un medicamento recetado regularmente y tiene un viaje planificado, asegúrese de controlar su suministro de medicamento antes de viajar. De ser posible, lleve todos los medicamentos que necesitará. Es posible que pueda pedir sus medicamentos recetados con anticipación mediante nuestro servicio de farmacia de pedido por correo. Si viaja dentro de los Estados Unidos y debe surtir una receta porque se enferma, se queda sin medicamentos cubiertos o los pierde, cubriremos las recetas que se surtan en una farmacia fuera de la red si sigue todas las demás reglas de cobertura. Antes de surtir su receta en una farmacia fuera de la red, llame al Servicio al cliente a los números que aparecen en la contraportada para saber si existe una farmacia de la red en el área a la que viaja. Si no hay farmacias de la red en esa área, es posible que el Servicio al cliente pueda hacer arreglos para que usted reciba sus recetas en una farmacia fuera de la red. No podemos pagar por ninguna receta que se surta en farmacias fuera de los Estados Unidos, incluso en una emergencia médica.
- **Si no puede obtener un medicamento cubierto de manera oportuna.** En algunos casos, es posible que no pueda obtener un medicamento cubierto de manera oportuna dentro de nuestra área de servicio. Si no hay una farmacia de la red a una distancia razonable que brinde servicios durante las 24 horas, cubriremos su receta en una farmacia fuera de la red.
- **Si una farmacia de la red no tiene existencias de un medicamento cubierto.** Es posible que no siempre haya existencias de algunos medicamentos recetados cubiertos (incluidos los medicamentos huérfanos u otros medicamentos especializados) en una farmacia minorista de la red que sea accesible o mediante nuestro servicio de farmacia de pedido por correo. Cubriremos las recetas surtidas en una farmacia fuera de la red en estas circunstancias.
- **Si obtiene una vacuna cubierta de un médico.** Si debe obtener la vacuna de su médico, el reclamo se considerará una transacción fuera de la red. Para obtener más información sobre las vacunas, consulte la **Sección 8 del Capítulo 4**.

Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan de sus medicamentos recetados de la Parte D

En estas situaciones, **consulte primero al Servicio al cliente** para saber si existe una farmacia de la red cercana. (Los números de teléfono del Servicio al cliente están impresos en la contraportada de este folleto). Es posible que deba pagar la diferencia entre lo que paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia en la red.

¿Cómo puede solicitarle un reembolso al plan?

Si debe utilizar una farmacia fuera de la red, generalmente deberá pagar el costo completo (en lugar de la parte habitual del costo) al momento de surtir su receta. Puede solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte del costo. (En la **Sección 2.1 del Capítulo 5** se explica cómo solicitar al plan que le pague).

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

Sección 3.1	La “Lista de Medicamentos” le informa qué medicamentos de la Parte D están cubiertos
--------------------	---

El plan tiene una “*Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)*”. En esta *Evidencia de Cobertura*, para abreviarla, la llamamos “**Lista de Medicamentos**”.

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

Los medicamentos que figuran en la Lista de Medicamentos son solo los que están cubiertos por la Parte D de Medicare (anteriormente en este capítulo, la **Sección 1.1** explica sobre los medicamentos de la Parte D).

Por lo general, cubriremos un medicamento de la Lista de Medicamentos del plan siempre y cuando siga las demás reglas de cobertura que se explican en este capítulo y el uso del medicamento sea una indicación médicamente aceptada. Una “indicación médicamente aceptada” es un uso del medicamento que *o bien*:

- Está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos. (Es decir, la Administración de Alimentos y Medicamentos ha aprobado el medicamento para el diagnóstico o la afección para los que el médico se lo receta).
- -- *O* -- está respaldado por determinados libros de referencia. (Estos libros de referencia son el American Hospital Formulary Service Drug Information; el Sistema de Información DRUGDEX; y para el cáncer, la Red Nacional Integral contra el Cáncer y la Farmacología Clínica, o sus sucesores).

La Lista de Medicamentos incluye tanto medicamentos de marca como genéricos

Un medicamento genérico es un medicamento recetado que tiene los mismos principios activos que el medicamento de marca. Por lo general, funciona tan bien como el medicamento de marca y, habitualmente, cuesta menos. Existen sustitutos de medicamentos genéricos disponibles para muchos medicamentos de marca.

¿Qué no está en la Lista de Medicamentos?

El plan no cubre todos los medicamentos recetados.

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

Sección 3.2	Existen cinco “niveles de costos compartidos” para los medicamentos de la Lista de Medicamentos
--------------------	--

Cada medicamento de la Lista de Medicamentos del plan se encuentra en uno de cinco niveles de costos compartidos. En general, mientras mayor sea el nivel de costos compartidos, mayor es su costo del medicamento:

Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	Este nivel incluye los medicamentos genéricos que se recetan habitualmente. Use los medicamentos del Nivel 1 para pagar los copagos más bajos.
Nivel 2: Medicamentos genéricos	Este nivel incluye los medicamentos genéricos. Use los medicamentos del Nivel 2 para mantener sus copagos bajos.
Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos	Este nivel incluye medicamentos de marca preferidos y medicamentos genéricos. Los medicamentos en este nivel generalmente tendrán copagos más bajos que los medicamentos no preferidos.
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	Este nivel incluye medicamentos de marca no preferidos y medicamentos genéricos. Podría haber alternativas de menor costo para usted. Pregúntele a su médico si cambiarse a un medicamento genérico de menor costo o de marca preferido puede ser adecuado para usted. Los medicamentos de este nivel se limitan a un suministro de hasta 30 días ya sea de su farmacia minorista local de la red o de nuestro servicio de entrega a domicilio de la red.
Nivel 5: Medicamentos especializados	Este nivel incluye medicamentos de marca y genéricos de costo muy alto. Para obtener más información sobre los medicamentos incluidos en este nivel, puede comunicarse con un farmacéutico en los números que se encuentran en la portada y contraportada de este documento. Los medicamentos de este nivel se limitan a un suministro de hasta 30 días ya sea de su farmacia minorista local de la red o de nuestro servicio de entrega a domicilio de la red.

Para saber en qué nivel de costos compartidos se encuentra su medicamento, búsquelo en la Lista de Medicamentos del plan.

Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan de sus medicamentos recetados de la Parte D

El monto que paga por los medicamentos en cada nivel de costos compartidos se muestra en el **Capítulo 4** (*Lo que debe pagar por sus medicamentos recetados de la Parte D*).

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

Existen tres maneras de saber esto:

1. Verifique la Lista de Medicamentos más reciente que proporcionamos electrónicamente.
2. Visite el sitio web del plan (**MutualofOmahaRx.com**). La Lista de Medicamentos en el sitio web siempre es la más actual.
3. Llame al Servicio al cliente para saber si un medicamento en particular está en la Lista de Medicamentos del plan o para solicitar una copia de la lista. (Los números de teléfono del Servicio al cliente están impresos en la contraportada de este folleto).

SECCIÓN 4 Existen restricciones de cobertura para algunos medicamentos

Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?

En el caso de algunos medicamentos recetados, existen reglas especiales que limitan cómo y cuándo los cubre el plan. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrolló estas reglas para ayudar a nuestros miembros a usar los medicamentos de las maneras más efectivas. Estas reglas especiales ayudan a controlar los costos generales de los medicamentos, lo que hace que su cobertura de medicamentos sea más asequible.

Por lo general, nuestras reglas lo alientan a obtener un medicamento que funcione para su afección médica y que sea seguro y eficaz. Cada vez que un medicamento seguro de menor precio funcione médicamente tan bien como uno de mayor costo, las reglas del plan están diseñadas para alentarlo a usted y a su proveedor a usar la opción más barata. También debemos cumplir con las reglas y reglamentaciones de Medicare en torno a la cobertura de medicamentos y los costos compartidos.

Si existe una restricción para su medicamento, por lo general esto significa que usted o su proveedor deberán tomar medidas adicionales para que podamos cubrir el medicamento. Si desea que lo eximamos de esta restricción, deberá utilizar el proceso de decisión de cobertura y solicitarnos que hagamos una excepción. Podremos eximirlo de la restricción o no eximirlo. (Consulte la **Sección 5.2 del Capítulo 7** para obtener información acerca de cómo solicitar excepciones).

Recuerde que, a veces, un medicamento puede aparecer más de una vez en la Lista de Medicamentos. Esto es porque pueden aplicarse distintas restricciones o montos de costos compartidos sobre la base de factores tales como la concentración, la cantidad o la fórmula del medicamento recetado por su proveedor de atención médica (por ejemplo, 10 mg en comparación con 100 mg; una toma por día en comparación con dos tomas por día; comprimidos en comparación con líquido).

Sección 4.2 ¿Qué tipos de restricciones existen?

Nuestro plan utiliza distintos tipos de restricciones para ayudar a nuestros miembros a usar los medicamentos de las maneras más efectivas. Las siguientes secciones le brindan más información acerca de los tipos de restricciones que utilizamos para determinados medicamentos.

Restricción de medicamentos de marca cuando existe una versión genérica

Por lo general, un medicamento “genérico” funciona tan bien como un medicamento de marca y, habitualmente, cuesta menos. **En la mayoría de los casos, cuando hay disponible una versión genérica de un medicamento de marca, las farmacias de nuestra red le proveerán la versión genérica.** Por lo general, no cubriremos el medicamento de marca cuando exista una versión genérica disponible. Sin embargo, si su proveedor nos ha informado el motivo médico por el que ni el medicamento genérico ni otros medicamentos cubiertos que tratan la misma afección funcionarán en su caso, cubriremos el medicamento de marca. (Es posible que su parte del costo sea mayor en el caso de un medicamento de marca que para un medicamento genérico).

Obtención de la aprobación por adelantado del plan

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

Prueba de un medicamento distinto en primer lugar

Este requisito lo alienta a probar medicamentos menos costosos pero igualmente eficaces antes de que el plan cubra otro medicamento. Por ejemplo, si el Medicamento A y el Medicamento B tratan la misma afección médica, es posible que el plan le solicite que pruebe el Medicamento A en primer lugar. Si el Medicamento A no funciona en su caso, el plan cubrirá el Medicamento B. Este requisito de probar un medicamento distinto en primer lugar se denomina “**terapia escalonada**”.

Límites en la cantidad

En el caso de determinados medicamentos, limitamos la cantidad del medicamento que puede recibir al limitar la cantidad de medicamento que puede obtener cada vez que surte su receta. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro tomar solo una píldora por día de un determinado medicamento, limitaremos la cobertura de su medicamento a únicamente una píldora por día.

Sección 4.3 ¿Se aplica alguna de estas restricciones a sus medicamentos?

La Lista de Medicamentos del plan incluye información acerca de las restricciones descritas anteriormente. Para saber si alguna de estas restricciones se aplica a un medicamento que toma o que desea tomar, consulte la Lista de Medicamentos. Para obtener la información más actualizada, llame al Servicio al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) o consulte nuestro sitio web (MutualofOmahaRx.com).

Si existe una restricción para su medicamento, por lo general esto significa que usted o su proveedor deberán tomar medidas adicionales para que podamos cubrir el medicamento. Si existe una restricción sobre el medicamento que desea tomar, debe comunicarse con el Servicio al cliente para saber qué debe hacer usted o su proveedor para obtener la cobertura del medicamento. Si desea que lo eximamos de esta restricción, deberá utilizar el proceso de decisión de cobertura y solicitarnos que hagamos una excepción. Podremos eximirlo de la restricción o no eximirlo. (Consulte la **Sección 5.2 del Capítulo 7** para obtener información acerca de cómo solicitar excepciones).

SECCIÓN 5 ¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la forma en que desearía que lo estuviera?

Sección 5.1 Existen cosas que puede hacer en caso de que su medicamento no esté cubierto de la forma en que desearía

Esperamos que su cobertura de medicamentos funcione bien para usted. Pero es posible que haya un medicamento recetado que esté tomando actualmente o uno que su proveedor piensa que debería tomar, que no figure en nuestro formulario o que esté pero con restricciones. Por ejemplo:

- Es posible que el medicamento no esté cubierto. O quizás, hay una versión genérica del medicamento cubierta, pero la versión de marca que desea tomar no está cubierta.
- El medicamento está cubierto, pero existen reglas o restricciones adicionales sobre la cobertura para ese medicamento. Como se explica en la **Sección 4**, algunos de los medicamentos cubiertos por el plan tienen reglas adicionales que limitan su uso. Por ejemplo, es posible que se le solicite usar un medicamento distinto en primer lugar para saber si funciona antes de cubrir el medicamento que usted desea tomar. O es posible que se apliquen límites sobre la cantidad de medicamento (cantidad de píldoras, etc.) cubierto durante un período en particular. En algunos casos, es posible que nos solicite eximirlo de una restricción.
- El medicamento está cubierto, pero se encuentra en un nivel de costos compartidos que hace que sus costos compartidos sean más elevados que los que esperaba pagar. El plan coloca cada medicamento cubierto en uno de cinco niveles de costos compartidos diferentes. El monto que paga por su receta depende, en parte, de en qué nivel de costos compartidos se encuentra el medicamento.

Existen cosas que puede hacer en caso de que su medicamento no esté cubierto de la forma en que desearía que lo estuviera. Sus opciones dependen del tipo de problema que tenga:

- Si su medicamento no está en la Lista de Medicamentos o tiene restricciones, vaya a la **Sección 5.2** para conocer qué puede hacer.
- Si su medicamento se encuentra en un nivel de costos compartidos que hace que su costo sea más elevado que el que esperaba pagar, vaya a la **Sección 5.3** para conocer qué puede hacer.

Sección 5.2 ¿Qué puede hacer si su medicamento no está en la Lista de Medicamentos o tiene restricciones de algún tipo?

Si su medicamento no está en la Lista de Medicamentos o tiene restricciones, esto es lo que puede hacer:

Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan de sus medicamentos recetados de la Parte D

- Puede obtener un suministro temporal del medicamento (solo los miembros en determinadas situaciones pueden obtener un suministro temporal). Esto les dará a usted y a su proveedor tiempo para cambiar a otro medicamento o para presentar una solicitud para que le cubran el medicamento.
- Puede cambiar a otro medicamento.
- Puede solicitar una excepción y pedirle al plan que cubra el medicamento o que elimine las restricciones del medicamento.

Puede obtener un suministro temporal

En determinadas circunstancias, el plan puede ofrecerle un suministro temporal de un medicamento cuando su medicamento no está en la Lista de Medicamentos o cuando tiene algún tipo de restricción. Hacer esto le da tiempo para hablar con su proveedor acerca del cambio de la cobertura y para determinar qué hacer.

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

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

- El medicamento que ha estado tomando **ya no está en la Lista de Medicamentos del plan.**
- -- O -- el medicamento que ha estado tomando **ahora tiene algún tipo de restricción** (la **Sección 4** de este capítulo ofrece información acerca de las restricciones).

2. Debe estar en una de las situaciones que se describen a continuación:

- **En el caso de aquellos miembros que son nuevos o que estuvieron en el plan el año pasado:**

Cubriremos un suministro temporal de su medicamento **durante los primeros 90 días de su membresía en el plan si es un miembro nuevo y durante los primeros 90 días del año calendario si estuvo en el plan el año pasado.** Este suministro temporal será de 30 días como máximo. Si su receta está prescrita para menos días, le permitiremos hacer varios resurtidos para proporcionarle hasta un máximo de 30 días de su medicamento. La receta debe surtirse en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que es posible que la farmacia de cuidado a largo plazo le proporcione el medicamento en una cantidad menor por vez para evitar el desperdicio).

- **En el caso de aquellos miembros que hayan sido miembros del plan durante más de 90 días y que residen en un centro de cuidados a largo plazo (LTC) y necesiten un suministro de inmediato:**

Cubriremos un suministro de 31 días de un medicamento en particular o menos si su receta está prescrita para menos días. Esto es adicional a la situación de suministro temporal anterior.

- **Otros casos en los que cubriremos un suministro de transición temporal de 30 días (o menos si tiene una receta emitida para menos días) incluyen:**

- Si sale de un centro de cuidado a largo plazo (LTC).
- Si le dan el alta en un hospital.
- Si sale de un centro de enfermería especializada.
- Si cancela cuidados paliativos.
- Si le dan el alta en un hospital psiquiátrico con un régimen de medicamentos altamente individualizado.

Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan de sus medicamentos recetados de la Parte D

- Si ingresa a un centro de cuidado a largo plazo (LTC), cubriremos un suministro de transición de 31 días.

Para solicitar un suministro temporal, llame al Servicio al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Durante el tiempo que esté recibiendo un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando su suministro temporal se agote. Puede cambiar a un medicamento diferente cubierto por el plan o solicitarle al plan que haga una excepción en su caso y que cubra el medicamento actual. Las secciones que se encuentran a continuación brindan más información acerca de estas opciones.

Puede cambiar a otro medicamento

Comience hablando con su proveedor. Quizá exista un medicamento diferente que esté cubierto por el plan y que sea igual de beneficioso para usted. Puede llamar al Servicio al cliente para solicitar una lista de los medicamentos cubiertos que se utilizan para tratar la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que pueda ser beneficioso para usted. (Los números de teléfono del Servicio al cliente están impresos en la contraportada de este folleto).

Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitar al plan que haga una excepción para su caso y que cubra el medicamento de la forma en que desearía que estuviera cubierto. Si su proveedor le dice que tiene motivos médicos que justifiquen solicitarnos una excepción, su proveedor puede ayudarlo a solicitar una excepción a la regla. Por ejemplo, usted puede solicitar al plan que cubra un medicamento, aunque no esté en la Lista de Medicamentos del plan. O puede solicitarle al plan que haga una excepción y que cubra el medicamento sin restricciones.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, en la **Sección 5.4 del Capítulo 7** encontrará información sobre qué hacer. Allí se explican los procedimientos y plazos que ha establecido Medicare para asegurarse de que su solicitud sea administrada de manera oportuna y justa.

Sección 5.3	¿Qué puede hacer si su medicamento se encuentra en un nivel de costos compartidos que cree que es demasiado alto?
--------------------	--

Si su medicamento se encuentra en un nivel de costos compartidos que cree que es demasiado alto, esto es lo que puede hacer:

Puede cambiar a otro medicamento

Si su medicamento se encuentra en un nivel de costos compartidos que cree que es demasiado alto, comience hablando con su proveedor. Quizá exista un medicamento diferente que esté en un nivel de costos compartidos más bajo y que sea igual de beneficioso para usted. Puede llamar al Servicio al cliente para solicitar una lista de los medicamentos cubiertos que se utilizan para tratar la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que pueda ser

Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan de sus medicamentos recetados de la Parte D

beneficioso para usted. (Los números de teléfono del Servicio al cliente están impresos en la contraportada de este folleto).

Puede solicitar una excepción

Si usted y su proveedor pueden solicitar al plan que haga una excepción en el nivel de costos compartidos para el medicamento de modo que usted pague menos por este. Si su proveedor le dice que tiene motivos médicos que justifiquen solicitarnos una excepción, su proveedor puede ayudarlo a solicitar una excepción a la regla.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, en la **Sección 5.4 del Capítulo 7** encontrará información sobre qué hacer. Allí se explican los procedimientos y plazos que ha establecido Medicare para asegurarse de que su solicitud sea administrada de manera oportuna y justa.

Los medicamentos en nuestro Nivel de especializados (Nivel 5) no son elegibles para este tipo de excepción. No reducimos el monto de costos compartidos de los medicamentos de este nivel.

SECCIÓN 6 ¿Qué sucede 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 de la cobertura de medicamentos sucede al comienzo de cada año (1 de enero). Sin embargo, durante el año, es posible que el plan haga cambios a la Lista de Medicamentos. Por ejemplo, el plan puede hacer lo siguiente:

- **Agregar o eliminar medicamentos de la Lista de Medicamentos.** Existen medicamentos nuevos que se ponen a su disposición, como nuevos medicamentos genéricos. Tal vez, el gobierno ha brindado su aprobación para un uso nuevo de un medicamento existente. A veces, un medicamento se retira del mercado y decidimos no cubrirlo. O podemos eliminar un medicamento de la lista porque se descubrió que no es eficaz.
- **Trasladar un medicamento a un nivel de costos compartidos más alto o más bajo.**
- **Agregar o eliminar una restricción sobre la cobertura de un medicamento** (para obtener más información acerca de las restricciones a la cobertura, consulte la **Sección 4** de este capítulo).
- **Reemplazar un medicamento de marca por un medicamento genérico.**

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

Sección 6.2 ¿Qué sucede si cambia su cobertura para uno de los medicamentos que está tomando?**Información sobre cambios a la cobertura de medicamentos**

Cuando se producen cambios en la Lista de Medicamentos durante el año, publicamos información en nuestro sitio web sobre dichos cambios. Actualizaremos nuestra Lista de Medicamentos en línea regularmente para incluir cualquier cambio que haya ocurrido después de la última actualización.

A continuación, le indicamos los tiempos en que recibiría un aviso directo si se realizan cambios en un medicamento que está tomando. También puede llamar al Servicio al cliente para obtener más información (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

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

Cambios que pueden afectarlo este año: En los casos a continuación, se verá afectado por los cambios en la cobertura durante el año actual:

- **Un nuevo medicamento genérico reemplaza un medicamento de marca en la Lista de Medicamentos (o cambiamos el nivel de costos compartidos o se agregan nuevas restricciones al medicamento de marca)**
 - Es posible que eliminemos inmediatamente un medicamento de marca de nuestra Lista de Medicamentos si vamos a sustituirlo por una versión genérica del mismo medicamento con aprobación reciente que aparecerá en el mismo nivel de costos compartidos o en un nivel inferior y con iguales restricciones, o menos. Asimismo, cuando agreguemos el nuevo medicamento genérico, es posible que decidamos mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de Medicamentos, pero que inmediatamente lo cambiemos a un nivel de costos compartidos más alto o que agreguemos nuevas restricciones.
 - Es posible que no le informemos con anticipación antes de hacer ese cambio, incluso si actualmente toma el medicamento de marca.
 - Usted o su recetador pueden solicitarle al plan que haga una excepción y que siga cubriendo el medicamento de marca en su caso. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el **Capítulo 7** (*Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).
 - Si toma el medicamento de marca en el momento en que realizamos el cambio, le brindaremos información sobre los cambios específicos que hayamos realizado. Esto también incluirá información sobre los pasos que puede seguir para solicitar una excepción para cubrir el medicamento de marca. Es posible que no reciba este aviso antes de realizar el cambio.
- **Medicamentos inseguros y otros medicamentos en la Lista de Medicamentos que se retiran del mercado**
 - Cada tanto, un medicamento se retira del mercado repentinamente debido a que se descubre que es inseguro o por otros motivos. Si esto sucede, eliminaremos inmediatamente el medicamento de la Lista de Medicamentos. Si toma ese medicamento, le informaremos este cambio de inmediato.

Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan de sus medicamentos recetados de la Parte D

- Su recetador también sabrá sobre este cambio y puede trabajar con usted para encontrar otro medicamento que trate su afección.
- **Otros cambios a los medicamentos en la Lista de Medicamentos**
 - Es posible que hagamos otros cambios una vez que el año haya comenzado y que afecten los medicamentos que está tomando. Por ejemplo, es posible que agreguemos un medicamento genérico que no es nuevo en el mercado para sustituir un medicamento de marca o cambiar el nivel de costos compartidos o agregar nuevas restricciones al medicamento de marca. También podríamos hacer cambios basados en las advertencias de recuadro de la FDA o nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare. Debemos notificarle con al menos 30 días de anticipación o darle un aviso sobre el cambio y un surtido de 30 días del medicamento que está tomando mediante una farmacia de la red.
 - Después de recibir el aviso sobre el cambio, debe trabajar con su recetador para cambiar a un medicamento diferente que cubrimos.
 - O usted o su recetador pueden solicitarnos que hagamos una excepción y seguimos cubriendo el medicamento por usted. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el **Capítulo 7** (*Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Cambios en los medicamentos incluidos en la Lista de Medicamentos que no afectarán a las personas que actualmente toman el medicamento: Para los cambios en la Lista de Medicamentos que no se describen anteriormente, si actualmente está tomando el medicamento, los siguientes tipos de cambios no lo afectarán hasta el 1 de enero del próximo año si permanece en el plan:

- Si trasladamos su medicamento a un nivel de costos compartidos más alto.
- Si ponemos una restricción nueva sobre su uso del medicamento.
- Si eliminamos su medicamento de la Lista de Medicamentos.

Si ocurre alguno de estos cambios para un medicamento que está tomando (pero no debido a un retiro del mercado, un medicamento genérico que reemplace un medicamento de marca u otro cambio mencionado en las secciones anteriores), entonces el cambio no afectará su uso ni lo que paga como su parte del costo hasta el 1 de enero del próximo año. Hasta esa fecha, probablemente no vea ningún aumento en sus pagos ni ninguna restricción adicional a su uso del medicamento. Este año no recibirá un aviso directo sobre cambios que no le afecten. Sin embargo, el 1 de enero del próximo año, los cambios lo afectarán, y es importante consultar la Lista de Medicamentos del año nuevo para ver si hay cambios en los medicamentos.

SECCIÓN 7 ¿Qué tipos de medicamentos *no* están cubiertos por el plan?**Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos**

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

Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan de sus medicamentos recetados de la Parte D

Si recibe medicamentos que están excluidos, debe pagar por ellos usted mismo. No pagaremos por los medicamentos que figuran en esta sección. La única excepción: Si luego de una apelación, se descubre que el medicamento solicitado es un medicamento no excluido en virtud de la Parte D y que deberíamos haberlo pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información acerca de cómo apelar una decisión que hemos tomado de no cubrir un medicamento, vaya a la **Sección 5.5 del Capítulo 7** de este folleto).

Estas son las tres reglas generales acerca de los medicamentos que los planes de medicamentos de Medicare no cubrirán en virtud de la Parte D:

- La cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto en virtud de la Parte A o la Parte B de Medicare.
- Nuestro plan no puede cubrir un medicamento adquirido fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Habitualmente, nuestro plan no puede cubrir el uso no habitual. El “uso no habitual” es cualquier uso del medicamento que no sea el indicado en la etiqueta del medicamento, según lo aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos.
 - Por lo general, la cobertura para el “uso no habitual” se permite únicamente cuando el uso está respaldado por determinados libros de referencia. Estos libros de referencia son el American Hospital Formulary Service Drug Information, el Sistema de información DRUGDEX, para el cáncer, la Red nacional integral contra el cáncer y la farmacología clínica, o sus sucesores. Si el uso no está respaldado por ninguno de estos libros de referencia, nuestro plan no puede cubrir dicho “uso no habitual”.

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

- Medicamentos sin receta (también llamados de venta libre).
- Medicamentos utilizados para estimular la fertilidad.
- Medicamentos utilizados para alivio sintomático de la tos o los resfríos.
- Medicamentos utilizados con fines cosméticos o para estimular el crecimiento del cabello.
- Productos de minerales y vitaminas recetados, excepto las vitaminas prenatales y las preparaciones de fluoruro.
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la anorexia, la pérdida de peso o el aumento de peso.
- Medicamentos para pacientes ambulatorios para los que el fabricante busca exigir que se adquieran exclusivamente de ese fabricante algunas pruebas o servicios de control relacionados, como condición de venta.

Si recibe “Ayuda Extra” para pagar por sus medicamentos, es posible que su programa estatal de Medicaid cubra algunos medicamentos recetados que habitualmente no están cubiertos por un plan de medicamentos de Medicare. Comuníquese con su programa estatal de Medicaid para determinar qué

cobertura de medicamentos puede tener a su disposición. (Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto de Medicaid en el **Apéndice** de este folleto).

SECCIÓN 8 Muestre su tarjeta de membresía del plan cuando surta una receta

Sección 8.1 Muestre su tarjeta de membresía
--

Para surtir su receta, debe mostrar su tarjeta de membresía del plan en la farmacia de la red que elija. Cuando muestre su tarjeta de membresía del plan, la farmacia de la red nos facturará automáticamente *nuestra* parte del costo del medicamento recetado cubierto. Deberá pagarle a la farmacia *su* parte del costo cuando vaya a retirar su receta.

Sección 8.2 ¿Qué sucede si no tiene su tarjeta de membresía con usted?

Si no tiene su tarjeta de membresía del plan con usted cuando surte una receta, pídale a la farmacia que llame al plan para obtener la información necesaria.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, **es posible que deba pagar el costo completo de la receta cuando vaya a retirarla.** (Luego, puede **solicitar** que le reembolsemos nuestra parte del costo. Consulte la **Sección 2.1 del Capítulo 5** para obtener información sobre cómo pedirle un reembolso al plan).

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

Sección 9.1 ¿Qué sucede si está en el hospital o en un centro de enfermería especializada para una internación cubierta por Original Medicare?

Si **ingresa a un hospital** para una internación cubierta por Original Medicare, por lo general, la Parte A de Medicare cubrirá el costo de sus medicamentos recetados durante su internación. Una vez que abandone el hospital, nuestro plan cubrirá sus medicamentos siempre y cuando los medicamentos cumplan con todas nuestras reglas de cobertura. Consulte las secciones anteriores de este capítulo que brindan información acerca de las reglas para obtener cobertura de medicamentos.

Si **ingresa a un centro de enfermería especializada** para una internación cubierta por Original Medicare, por lo general, la Parte A de Medicare cubrirá sus medicamentos recetados durante toda o parte de su internación. Si aún está en el centro de enfermería especializada y la Parte A ya no cubre sus medicamentos, nuestro plan cubrirá sus medicamentos siempre y cuando cumplan con todas nuestras reglas de cobertura. Consulte las secciones anteriores de este capítulo que brindan información acerca de las reglas para obtener cobertura de medicamentos.

Tenga en cuenta lo siguiente: Cuando ingresa, vive o abandona un centro de enfermería especializada, tiene derecho a un Período Especial de Inscripción. Durante este período de tiempo, puede

cambiar de plan o cambiar su cobertura. (En el **Capítulo 8, *Cómo finalizar su membresía en el plan***, encontrará información sobre cuándo puede abandonar nuestro plan y unirse a otro plan de Medicare).

Sección 9.2	¿Qué sucede si es residente en un centro de cuidado a largo plazo (LTC)?
--------------------	---

Por lo general, un centro de cuidado a largo plazo (LTC), como un hogar de ancianos, tiene su propia farmacia o una farmacia que suministra medicamentos a todos sus residentes. Si es residente de un centro de cuidado a largo plazo (LTC), es posible que reciba sus medicamentos recetados por medio de la farmacia del centro siempre y cuando sea parte de nuestra red.

Consulte nuestro *Directorio de Farmacias* para saber si la farmacia de su centro de cuidado a largo plazo (LTC) es parte de nuestra red. Si no lo es o si necesita más información, comuníquese con el Servicio al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

¿Qué sucede si es residente en un centro de cuidado a largo plazo (LTC) y se convierte en un miembro nuevo del plan?

Si necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de Medicamentos o que tiene algún tipo de restricción, el plan cubrirá un **suministro temporal** de su medicamento durante los primeros 90 días de su membresía. El suministro total será de 31 días como máximo o menos si su receta está prescrita para menos días. (Tenga en cuenta que es posible que la farmacia de cuidado a largo plazo le proporcione el medicamento en una cantidad menor por vez para evitar el desperdicio). Si ha sido miembro del plan durante más de 90 días y necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de Medicamentos o si el plan tiene alguna restricción sobre la cobertura del medicamento, cubriremos un suministro de 31 días o menos si su receta está prescrita para menos días.

Durante el tiempo que esté recibiendo un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando su suministro temporal se agote. Quizá exista un medicamento diferente que esté cubierto por el plan y que sea igual de beneficioso para usted. O usted y su proveedor pueden solicitar al plan que haga una excepción para su caso y que cubra el medicamento de la forma en que desearía que estuviera cubierto. Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, en la **Sección 5.4 del Capítulo 7** encontrará información sobre qué hacer.

Sección 9.3	¿Qué sucede si está tomando medicamentos cubiertos por Original Medicare?
--------------------	--

Su inscripción en Mutual of Omaha Rx no afecta su cobertura de medicamentos cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare. Si reúne los requisitos de cobertura de Medicare, su medicamento seguirá estando cubierto por la Parte A o la Parte B de Medicare, incluso si está inscrito en este plan. Además, si su medicamento estuviese cubierto por Medicare Parte A o Parte B, nuestro plan no puede cubrirlo, incluso si usted decide no inscribirse en la Parte A o Parte B.

Es posible que algunos medicamentos estén cubiertos por la Parte B de Medicare en algunas situaciones y a través de Mutual of Omaha Rx en otras. Pero los medicamentos nunca están cubiertos por la Parte B y por nuestro plan al mismo tiempo. En general, su farmacéutico o proveedor determinará si debe facturarle a la Parte B de Medicare o a Mutual of Omaha Rx por el medicamento.

Sección 9.4 ¿Qué sucede si tiene una póliza de Medigap (seguro suplementario de Medicare) con cobertura de medicamentos recetados?

Si, actualmente, tiene una póliza de Medigap que incluye la cobertura de medicamentos recetados, debe comunicarse con el emisor de su póliza de Medigap y decirle que se ha inscrito en nuestro plan. Si decide mantener su póliza de Medigap actual, el emisor de dicha póliza de Medigap eliminará la sección de cobertura de medicamentos recetados de su póliza de Medigap y bajará la prima.

Cada año, su compañía de seguro de Medigap debe enviarle un aviso en el que se le informe si su cobertura de medicamentos recetados es “acreditable” y las opciones que tiene para su cobertura de medicamentos. (Si la cobertura de la póliza de Medigap es “**acreditable**”, esto significa que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura de medicamentos recetados estándares de Medicare). El aviso también le informará cuánto se disminuiría su prima si elimina la parte de cobertura de medicamentos recetados de su póliza de Medigap. Si no recibió este aviso o si no puede encontrarlo, comuníquese con su compañía de seguro de Medigap y solicite otra copia.

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

¿Tiene actualmente otra cobertura de medicamentos recetados a través de su empleador o grupo de jubilados (o del de su cónyuge)? Si es así, comuníquese con **el administrador de beneficios de ese grupo**. Este puede ayudarle a determinar cómo funcionará su cobertura de medicamentos recetados actual con nuestro plan.

En general, si actualmente está empleado, la cobertura de medicamentos recetados que recibe de nosotros será *secundaria* a la cobertura de su empleador o grupo de jubilados. Eso significa que su cobertura grupal pagaría primero.

Nota especial sobre la “cobertura acreditable”:

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

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

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

Sección 9.6 ¿Qué sucede si está en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare?

Los medicamentos nunca están cubiertos por el centro de cuidados paliativos y por nuestro plan al mismo tiempo. Si está inscrito en un centro de cuidados paliativos de Medicare y necesita un medicamento para las náuseas, un laxante, un analgésico o un medicamento para la ansiedad que no está cubierto por su centro de cuidados paliativos debido a que no está relacionado con su afección terminal y sus afecciones relacionadas, nuestro plan debe recibir una notificación del recetador o del proveedor de su centro de cuidados paliativos que diga que el medicamento no está relacionado antes de que nuestro plan pueda cubrirlo. Para evitar retrasos en la recepción de cualquier medicamento no relacionado que debería estar cubierto por nuestro plan, puede solicitarle al proveedor o al recetador de su centro de cuidados paliativos que se asegure de que recibimos la notificación de que el medicamento no está relacionado antes de pedirle a la farmacia que surta su receta.

En caso de que revoque su elección del centro de cuidados paliativos o que reciba el alta, nuestro plan debería cubrir todos sus medicamentos. Para evitar cualquier retraso en una farmacia cuando finaliza el beneficio de centro de cuidados paliativos de Medicare, debe brindar documentación a la farmacia para verificar su revocación o su alta. Consulte las partes anteriores de esta sección, donde se indican las reglas para recibir la cobertura de medicamentos en virtud de la Parte D. En el **Capítulo 4** (*Qué paga por sus medicamentos recetados de la Parte D*), encontrará más información acerca de la cobertura de medicamentos y sobre qué debe pagar.

SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad de los medicamentos y el manejo de los medicamentos

Sección 10.1 Programas que ayudan a los miembros a usar los medicamentos de manera segura

Realizamos revisiones sobre el uso de medicamentos para nuestros miembros para ayudarlos a asegurarse de que están recibiendo una atención segura y adecuada. Estas revisiones son particularmente importantes para los miembros que tienen más de un proveedor que emite las recetas de sus medicamentos.

Hacemos una revisión cada vez que surte una receta. También revisamos nuestros registros regularmente. Durante estas revisiones, buscamos posibles problemas, como los siguientes:

- Posibles errores en el medicamento.
- Medicamentos que pueden no ser necesarios porque está tomando otro medicamento para tratar la misma afección médica.
- Medicamentos que pueden no ser seguros o adecuados debido a su edad o sexo.
- Determinadas combinaciones de medicamentos que pueden hacerle daño si los toma al mismo tiempo.
- Recetas prescritas para medicamentos que tienen ingredientes a los que es alérgico.
- Posibles errores en la cantidad (la dosis) de un medicamento que está tomando.

- Cantidades inseguras de analgésicos opioides

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

Sección 10.2	Programa de Manejo de Medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar sus medicamentos opioides de manera segura
---------------------	--

Tenemos un programa que puede ayudar a garantizar que nuestros miembros usen con seguridad sus medicamentos opioides recetados u otros medicamentos que con frecuencia se abusan. Este programa se llama Programa de Manejo de Medicamentos (DMP). Si usa medicamentos opioides que obtiene de varios médicos o farmacias, podemos hablar con sus médicos para asegurarnos de que su uso sea apropiado y médicamente necesario. Al trabajar con sus médicos, si decidimos que usted está en riesgo de mal uso o abuso de sus opioides o medicamentos con benzodiazepinas, podemos limitar cómo puede obtener esos medicamentos. Las limitaciones pueden ser:

- Requerirle que obtenga todas sus recetas de medicamentos opioides y/o benzodiazepinas de una misma farmacia.
- Requerirle que obtenga todas sus recetas de medicamentos opioides y/o benzodiazepinas de un mismo médico.
- Limitar la cantidad de medicamentos opioides y/o benzodiazepinas que cubriremos para usted

Si decidimos que una o más de estas limitaciones se aplican a usted, le enviaremos una carta por adelantado. La carta tendrá información que explica los términos de las limitaciones que creemos que deberían aplicarse a usted. También tendrá la oportunidad de decirnos qué médicos o farmacias prefiere utilizar. Si cree que cometimos un error o si está en desacuerdo con nuestra determinación de que está en riesgo de abuso de medicamentos recetados o la limitación, usted y su recetador tienen derecho a solicitar una apelación. Consulte el **Capítulo 7** para obtener información sobre cómo solicitar una apelación.

El Programa de Manejo de Medicamentos DMP puede no aplicarse a usted si padece determinadas afecciones médicas, como cáncer, o si está recibiendo atención para pacientes terminales, cuidados paliativos o de etapa final de la vida o vive en un centro de cuidado a largo plazo (LTC).

Sección 10.3	Programa de Manejo de la Terapia de Medicamentos (MTM) para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos
---------------------	---

Tenemos un programa que puede ayudar a los miembros que tienen necesidades complejas de salud. Por ejemplo, algunos miembros tienen muchas afecciones médicas, toman distintos medicamentos al mismo tiempo y tienen altos costos de medicamentos.

Este programa es voluntario y gratuito para los miembros. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrolló este programa para nosotros. Este programa puede ayudar a garantizar que nuestros miembros obtengan el mayor beneficio de los medicamentos que toman. Nuestro programa se llama programa de Manejo de la Terapia de Medicamentos (Medication Therapy Management, MTM). Es posible que algunos miembros que toman medicamentos para distintas afecciones médicas puedan recibir servicios mediante el programa MTM. Un farmacéutico u otro profesional de la salud le darán una revisión completa de todos

Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan de sus medicamentos recetados de la Parte D

sus medicamentos. Puede hablar sobre la mejor manera de tomar sus medicamentos, sus costos y sobre cualquier problema o pregunta que tenga acerca de su receta y otros medicamentos de venta libre. Obtendrá un resumen por escrito de esta conversación. El resumen tiene un plan de acción de medicamentos que le recomienda qué puede hacer para usar sus medicamentos de la manera más efectiva y tiene espacio para que usted tome notas o escriba cualquier pregunta de seguimiento. También recibirá una lista de medicamentos personal que incluirá todos los medicamentos que está tomando y por qué los toma.

Es una buena idea hacer una revisión de medicamentos antes de su visita “de control” anual, de manera que pueda hablar con su médico acerca de su plan de acción y su lista de medicamentos. Lleve su plan de acción y su lista de medicamentos a su consulta o en cualquier momento que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. Además, tenga su lista de medicamentos consigo (por ejemplo, con su identificación) en caso de que deba ir al hospital o a la sala de emergencias.

Si tenemos un programa que se ajusta a sus necesidades, lo inscribiremos automáticamente en él y le enviaremos la información necesaria. Si decide no participar, infórmenos esto y lo eliminaremos del programa. Si tiene alguna pregunta acerca de estos programas, comuníquese con el Servicio al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

CAPÍTULO 4

*Lo que debe pagar por sus
medicamentos recetados de la Parte D*

Capítulo 4. Lo que debe pagar por sus medicamentos recetados de la Parte D

SECCIÓN 1	Introducción	67
Sección 1.1	Utilice este capítulo junto con los otros materiales donde se explica su cobertura de medicamentos.....	67
Sección 1.2	Tipos de costos directos de su bolsillo que puede tener que pagar por medicamentos cubiertos	68
SECCIÓN 2	Lo que paga por un medicamento depende de la “Etapa de pago de medicamentos” en la que se encuentra cuando obtiene el medicamento.....	68
Sección 2.1	¿Cuáles son las etapas de pago de medicamentos para los miembros de Mutual of Omaha Rx?	68
SECCIÓN 3	Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y en qué etapa de pago se encuentra	70
Sección 3.1	Le enviamos un informe mensual denominado la “ <i>Explicación de Beneficios de la Parte D</i> ” (la “EOB de la Parte D”).....	70
Sección 3.2	Ayúdenos a mantener información actualizada sobre sus pagos de medicamentos.....	70
SECCIÓN 4	Durante la Etapa de Deducible, usted paga lo siguiente: • <i>Plan Plus</i>: el costo completo de sus medicamentos • <i>Plan Value</i>: el costo completo de sus medicamentos de los Niveles 3, 4 y 5.....	71
Sección 4.1	Permanece en la Etapa de Deducible hasta que haya pagado lo siguiente: • <i>Plan Plus</i> : \$435 por sus medicamentos • <i>Plan Value</i> : \$435 por sus medicamentos de los Niveles 3, 4 y 5.....	71
SECCIÓN 5	Durante la Etapa de Cobertura Inicial, el plan paga su parte de los costos de medicamentos y usted paga la suya.....	72
Sección 5.1	Lo que paga por un medicamento depende del medicamento y de dónde surte la receta	72
Sección 5.2	Una tabla que muestra sus costos de un suministro para <i>1 mes</i> de un medicamento	74
Sección 5.3	Si su médico le receta un suministro para menos de un mes, es posible que no deba pagar el costo del suministro para todo el mes.....	81
Sección 5.4	Una tabla que muestra sus costos de un suministro <i>a largo plazo</i> (de hasta 90 días) de un medicamento	81
Sección 5.5	Permanece en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que sus costos totales de medicamentos durante el año lleguen a los \$4,020.....	88

Capítulo 4. Lo que debe pagar por sus medicamentos recetados de la Parte D

SECCIÓN 6	Durante la Etapa de Falta de Cobertura:	
	• <i>Plus plan</i> : recibe un descuento sobre los medicamentos de marca y no paga más del 25 % de los costos de los medicamentos genéricos	
	• <i>Value plan</i> : el plan proporciona algún tipo de cobertura de medicamentos.	89
Sección 6.1	Usted permanece en la Etapa de Falta de Cobertura hasta que sus costos directos de su bolsillo alcancen los \$6,350.....	89
Sección 6.2	Cómo calcula Medicare sus costos directos de su bolsillo para los medicamentos recetados.....	90
SECCIÓN 7	Durante la Etapa de Cobertura Catastrófica, el plan paga la mayoría del costo de sus medicamentos	92
Sección 7.1	Cuando llegue a la Etapa de Cobertura Catastrófica, permanecerá en esta etapa durante el resto del año	92
SECCIÓN 8	Lo que debe pagar por sus vacunas cubiertas por la Parte D depende de cómo y dónde las obtiene	92
Sección 8.1	Es posible que nuestro plan tenga una cobertura diferente para el medicamento de la vacuna de la Parte D y para el costo de administración de la vacuna	92
Sección 8.2	Es posible que deba llamarnos al Servicio al cliente antes de recibir una vacuna	94

Capítulo 4. Lo que debe pagar por sus medicamentos recetados de la Parte D**¿Sabía que hay programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos?**

Existen programas que ayudan a las personas con recursos limitados a pagar sus medicamentos. Estos programas incluyen la “Ayuda Extra” y los Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica. Para obtener más información, consulte la **Sección 7 del Capítulo 2**.

¿Está recibiendo ayuda actualmente para pagar sus medicamentos?

Si se encuentra en un programa que ayuda a pagar sus medicamentos, **es posible que determinada información de esta Evidencia de Cobertura acerca de los costos de los medicamentos recetados de la Parte D no se aplique a usted**. Le enviamos un anexo por separado denominado “Anexo de Evidencia de Cobertura para personas que reciben Ayuda Extra para pagar sus medicamentos recetados” (también denominada “Anexo sobre el Subsidio por Bajos Ingresos o Anexo LIS”), que le informa acerca del costo de los medicamentos cubiertos. Si no tiene este material, llame al Servicio al cliente y solicite el “Anexo LIS”. (Los números de teléfono del Servicio al cliente están impresos en la contraportada de este folleto).

SECCIÓN 1 Introducción**Sección 1.1 Utilice este capítulo junto con los otros materiales donde se explica su cobertura de medicamentos**

Este capítulo se centra en lo que debe pagar por sus medicamentos recetados de la Parte D. En pocas palabras, usamos “medicamento” en este capítulo en referencia a los medicamentos recetados de la Parte D. Como se explicó 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 por ley de la cobertura de Medicare.

Para comprender la información de pago que le brindamos en este capítulo, debe conocer la información básica acerca de qué medicamentos están cubiertos, dónde surtir sus recetas y qué reglas seguir cuando recibe sus medicamentos cubiertos. Los siguientes son los materiales que explican esta información básica:

- **La Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario) del plan.** Para facilitar las cosas, la llamamos “Lista de Medicamentos”.
 - Esta Lista de Medicamentos le informa qué medicamentos están cubiertos en su caso.
 - También indica a cuál de los cinco “niveles de costos compartidos” pertenece el medicamento y si hay restricciones en su cobertura para el medicamento.
 - Si necesita una copia de la Lista de Medicamentos, llame al Servicio al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). También puede encontrar la Lista de Medicamentos en nuestro sitio web en **MutualofOmahaRx.com**. La Lista de Medicamentos en el sitio web siempre es la más actual.
- **El Capítulo 3 de este folleto.** El **Capítulo 3** proporciona detalles acerca de su cobertura de medicamentos recetados, incluidas las reglas que debe seguir cuando obtiene sus medicamentos cubiertos. En el **Capítulo 3** también encontrará datos sobre qué tipos de medicamentos recetados no están cubiertos por nuestro plan.

Capítulo 4. Lo que debe pagar por sus medicamentos recetados de la Parte D

- **El Directorio de Farmacias del plan.** En la mayoría de las situaciones, debe usar una farmacia de la red para obtener sus medicamentos cubiertos (consulte el **Capítulo 3** para obtener más detalles). El *Directorio de Farmacias* tiene una lista de farmacias que están en la red del plan. También le informa qué farmacias en nuestra red pueden brindarle un suministro a largo plazo de un medicamento (como surtir una receta para un suministro de 3 meses).

Sección 1.2 Tipos de costos directos de su bolsillo que puede tener que pagar por medicamentos cubiertos

Para comprender la información de pago que le brindamos en este capítulo, debe conocer los tipos de costos directos de su bolsillo que es posible que deba pagar por sus servicios cubiertos. El monto que paga por un medicamento se denomina “costos compartidos” y existen tres formas en las que puede pedírsele que pague.

- El “**deducible**” es el monto que paga por los medicamentos antes de que nuestro plan comience a pagar su parte.
- “**Copago**” significa que paga un monto fijo cada vez que surte una receta.
- “**Coseguro**” significa que paga un porcentaje del costo total del medicamento cada vez que surte una receta.

SECCIÓN 2 Lo que paga por un medicamento depende de la “Etapa de pago de medicamentos” en la que se encuentra cuando obtiene el medicamento

Sección 2.1 ¿Cuáles son las etapas de pago de medicamentos para los miembros de Mutual of Omaha Rx?

Como se muestra en la tabla a continuación, existen “etapas de pago de medicamentos” para su cobertura de medicamentos recetados en virtud de Mutual of Omaha Rx. Cuánto paga por un medicamento depende de la etapa en la que esté al momento de surtir o resurtir una receta. Recuerde que siempre es responsable de pagar la prima mensual del plan, sin importar la Etapa de pago de medicamentos.

Capítulo 4. Lo que debe pagar por sus medicamentos recetados de la Parte D

Etapa 1 <i>Etapa de Deducible Anual</i>	Etapa 2 <i>Etapa de Cobertura Inicial</i>	Etapa 3 <i>Etapa de Falta de Cobertura</i>	Etapa 4 <i>Etapa de Cobertura Catastrófica</i>
<p><u>Plan Plus</u> Usted comienza en esta Etapa de pago cuando obtiene medicamentos recetados por primera vez en el año.</p> <p>Durante esta etapa, usted paga el costo completo de sus medicamentos.</p> <p>Permanece en esta etapa hasta haber pagado \$435 por sus medicamentos (\$435 es el monto de su deducible).</p> <p><u>Plan Value</u> Durante esta etapa, usted paga el costo completo de sus medicamentos de los Niveles 3, 4 y 5.</p> <p>Permanece en esta etapa hasta haber pagado \$435 por sus medicamentos de los Niveles 3, 4 y 5 (\$435 es el monto de su deducible de los Niveles 3, 4 y 5).</p> <p>(Encontrará detalles en la Sección 4 de este capítulo).</p>	<p><u>Plan Plus</u> Durante esta etapa, el plan paga la parte del costo que le corresponde por sus medicamentos y usted paga su parte del costo.</p> <p>Permanece en esta etapa hasta que sus “costos totales de los medicamentos” del año a la fecha (los pagos hechos por usted más cualquier pago por parte del plan de sus medicamentos de la Parte D) lleguen a los \$4,020.</p> <p><u>Plan Value</u> Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos de los Niveles 1 y 2, y usted paga su parte del costo.</p> <p>Después de que usted (u otras personas que actúan en su nombre) haya llegado al deducible de sus medicamentos de los Niveles 3, 4 y 5, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos de los Niveles 3, 4 y 5, y usted paga la suya.</p> <p>Permanece en esta etapa hasta que sus “costos totales de los medicamentos” del año a la fecha (los pagos hechos por usted más cualquier pago por parte del plan de sus medicamentos de la Parte D) lleguen a los \$4,020.</p> <p>(Encontrará detalles en la Sección 5 de este capítulo).</p>	<p><u>Plan Plus</u> Durante esta etapa, usted paga el 25 % del precio de los medicamentos de marca (más una porción de la tarifa por prescripción) y el 25 % del precio de los medicamentos genéricos.</p> <p>Permanece en esta etapa hasta que los “costos directos de su bolsillo” del año a la fecha (sus pagos) lleguen a un total de \$6,350. Este monto y las reglas para considerar los costos para este monto han sido determinados por Medicare.</p> <p><u>Plan Value:</u> Para los medicamentos de los Niveles 1 y 2, usted paga la misma cantidad que en la Etapa de Cobertura Inicial. Para los medicamentos genéricos restantes, usted paga el 25 % del precio. Para los medicamentos de marca, usted paga el 25 % del precio (más una porción de la tarifa por prescripción).</p> <p>Permanece en esta etapa hasta que sus “costos directos de su bolsillo” del año a la fecha (sus pagos) lleguen a un total de \$6,350. Este monto y las reglas para considerar los costos para este monto han sido determinados por Medicare.</p> <p>(Encontrará detalles en la Sección 6 de este capítulo).</p>	<p><u>Planes Plus y Value</u> 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 2020).</p> <p>(Encontrará detalles en la Sección 7 de este capítulo).</p>

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

Sección 3.1 Le enviamos un informe mensual denominado la “<i>Explicación de Beneficios de la Parte D</i>” (la “EOB de la Parte D”)
--

Nuestro plan lleva un seguimiento de los costos de sus medicamentos recetados y de los pagos que ha hecho cuando surtió o resurtió sus recetas en la farmacia. De esta manera, podemos decirle exactamente cuándo ha pasado de una Etapa de pago de medicamentos a la próxima. En particular, existen dos tipos de costos de los que realizamos un seguimiento:

- Llevamos el seguimiento de cuánto ha pagado. Esto se denomina sus costos “**directos de su bolsillo**”.
- Llevamos el seguimiento de sus “**costos totales de medicamentos**”. Este es el monto de bolsillo que paga usted o que otras personas pagan en su nombre, más el monto pagado por el plan.

Nuestro plan preparará un informe por escrito denominado *Explicación de Beneficios de la Parte D* (a veces, se la llama la “EOB”), cuando haya surtido una o más recetas por medio del plan durante el mes anterior. Incluye lo siguiente:

- **Información de ese mes.** Este informe brinda los detalles de pago acerca de las recetas que surtió durante el mes anterior. Muestra los costos totales de medicamentos, lo que pagó el plan, y lo que usted y las personas en su nombre pagaron.
- **Costos totales del año desde el 1 de enero.** Esto se denomina la información “hasta la fecha”. Muestra los costos totales de medicamentos y los pagos totales por sus medicamentos desde que comenzó el año.

Sección 3.2 Ayúdenos a mantener información actualizada sobre sus pagos de medicamentos

Para llevar el seguimiento de sus costos de medicamentos y de los pagos que realiza por dichos medicamentos, usamos los registros que obtenemos de las farmacias. Esta es la forma en que puede ayudarnos a mantener su información correcta y actualizada:

- **Muestre su tarjeta de membresía cuando surta una receta.** Para asegurarse de que sepamos qué recetas está surtiendo y qué monto está pagando, muestre su tarjeta de membresía del plan cada vez que surta una receta.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** Existen ocasiones en las que es posible que deba pagar por medicamentos recetados si no recibimos la información necesaria para llevar el seguimiento de sus costos directos de su bolsillo. Para ayudarnos a llevar el seguimiento de sus costos directos de su bolsillo, puede entregarnos copias de los recibos de medicamentos que haya comprado. (Si se le factura por un medicamento cubierto, puede solicitarle al plan que pague su parte del costo. Para obtener instrucciones sobre cómo hacer esto, consulte la **Sección 2 del Capítulo 5** de este folleto). A continuación, presentamos algunos tipos de situaciones en las que

Capítulo 4. Lo que debe pagar por sus medicamentos recetados de la Parte D

puede entregarnos copias de los recibos de sus medicamentos para garantizar que tengamos registros completos de lo que ha gastado en sus medicamentos:

- Cuando adquiere un medicamento cubierto en una farmacia de la red con un precio especial o utilizando una tarjeta de descuento que no forma parte del beneficio de nuestro plan.
 - Cuando realizó un copago por medicamentos proporcionados en virtud de un programa de asistencia al paciente patrocinado por el fabricante.
 - Toda ocasión en la que haya adquirido medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red u otras ocasiones en las que haya pagado el precio completo de un medicamento cubierto en circunstancias especiales.
- **Envíenos la información sobre los pagos que hicieron otras personas en su nombre.** Los pagos hechos por determinadas personas y organizaciones también se consideran para sus costos directos de su bolsillo y lo ayudan a reunir los requisitos para la Cobertura Catastrófica. Por ejemplo, los pagos realizados por un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica, un Programa de Asistencia de Medicamentos contra el SIDA (ADAP), el Servicio de Salud Indígena y la mayoría de las organizaciones de caridad se consideran para sus costos directos de su bolsillo. Debe mantener un registro de estos pagos y enviárnoslo para que podamos llevar el seguimiento de sus costos.
 - **Controle el informe por escrito que nos envió.** Cuando reciba una *Explicación de Beneficios de la Parte D* (una EOB) por correo, léala para asegurarse de que la información que contiene esté completa y correcta. Si piensa que faltan datos en el informe o si tiene cualquier pregunta, llame al Servicio al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). Además, puede acceder a una copia si visita nuestro sitio web, **MutualofOmahaRx.com**. Si lo prefiere, puede dejar de recibir los resúmenes por correo e **inscribirse para recibir un aviso por correo electrónico cuando su resumen esté disponible en línea**. Puede regresar a la copia impresa en cualquier momento. Para obtener más información, puede llamar al Servicio al cliente o visitar nuestro sitio web. Asegúrese de guardar estos informes. Son un registro importante de sus gastos de medicamentos.

SECCIÓN 4 Durante la Etapa de Deducible, usted paga lo siguiente:

- **Plan Plus:** el costo completo de sus medicamentos
- **Plan Value:** el costo completo de sus medicamentos de los Niveles 3, 4 y 5

<p>Sección 4.1</p>	<p>Permanece en la Etapa de Deducible hasta que haya pagado lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Plan Plus: \$435 por sus medicamentos • Plan Value: \$435 por sus medicamentos de los Niveles 3, 4 y 5
---------------------------	--

La Etapa de Deducible es la primera etapa de pago de su cobertura de medicamentos.

Para el **plan Plus**, esta etapa de pago comienza cuando surte su primera receta en el año. Cuando se encuentra en esta etapa de pago, **debe pagar el costo completo de sus medicamentos** hasta llegar al monto de deducible del plan, que es de \$435 para el 2020.

Para el **plan Value**, usted pagará un deducible anual de \$435 en los medicamentos de los Niveles 3, 4 y 5. **Usted debe pagar el costo completo de sus medicamentos de los Niveles 3, 4 y 5** hasta llegar al monto

Capítulo 4. Lo que debe pagar por sus medicamentos recetados de la Parte D

de deducible del plan. En cuanto a todos los demás medicamentos, no tendrá que pagar ningún deducible y comenzará a recibir cobertura de inmediato.

- Su “**costo completo**” generalmente es menor que el precio completo normal del medicamento, debido a que nuestro plan ha negociado costos más baratos para la mayoría de los medicamentos.
- El “**deducible**” es el monto que paga por los medicamentos recetados de la Parte D antes de que el plan comience a pagar su parte.

Para el **plan Plus**, luego de que haya pagado \$435 por sus medicamentos, abandona la Etapa de Deducible y pasa a la siguiente etapa de pago de medicamentos, que es la Etapa de Cobertura Inicial.

Para el **plan Value**, luego de que haya pagado \$435 por sus medicamentos de los Niveles 3, 4 y 5, abandona la Etapa de Deducible y pasa a la siguiente etapa de pago de medicamentos, que es la Etapa de Cobertura Inicial.

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

Sección 5.1	Lo que paga por un medicamento depende del medicamento y de dónde surte la receta
--------------------	--

Durante la Etapa de Cobertura Inicial, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos recetados cubiertos y usted paga la suya (el monto de copago o de coseguro). Su parte del costo variará según el medicamento y dónde surta su receta.

Capítulo 4. Lo que debe pagar por sus medicamentos recetados de la Parte D**El plan tiene cinco niveles de costos compartidos**

Cada medicamento de la Lista de Medicamentos del plan se encuentra en uno de cinco niveles de costos compartidos. En general, mientras mayor sea el número de nivel de costos compartidos, mayor es su costo del medicamento:

Nivel	Descripción
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	Este nivel incluye los medicamentos genéricos que se recetan habitualmente. Use los medicamentos del Nivel 1 para pagar los copagos más bajos.
Nivel 2: Medicamentos genéricos	Este nivel incluye los medicamentos genéricos. Use los medicamentos del Nivel 2 para mantener sus copagos bajos.
Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos	Este nivel incluye medicamentos de marca preferidos y medicamentos genéricos. Los medicamentos en este nivel generalmente tendrán copagos más bajos que los medicamentos no preferidos.
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	Este nivel incluye medicamentos de marca no preferidos y medicamentos genéricos. Podría haber alternativas de menor costo para usted. Pregúntele a su médico si cambiarse a un medicamento genérico de menor costo o de marca preferido puede ser adecuado para usted. Los medicamentos de este nivel se limitan a un suministro de hasta 30 días ya sea de su farmacia minorista local de la red o de nuestro servicio de entrega a domicilio de la red.
Nivel 5: Medicamentos especializados	Este nivel incluye medicamentos de marca y genéricos de costo muy alto. Para obtener más información sobre los medicamentos incluidos en este nivel, puede comunicarse con un farmacéutico en los números que se encuentran en la portada y contraportada de este documento. Los medicamentos de este nivel se limitan a un suministro de hasta 30 días ya sea de su farmacia minorista local de la red o de nuestro servicio de entrega a domicilio de la red.

Para saber en qué nivel de costos compartidos se encuentra su medicamento, búsquelo en la Lista de Medicamentos del plan.

Sus opciones de farmacia

Lo que paga por un medicamento depende de si obtiene el medicamento en uno de los siguientes lugares:

- Una farmacia minorista de la red que ofrece costos compartidos estándares.
- Una farmacia minorista de la red que ofrece costos compartidos preferidos.
- Una farmacia que no forma parte de la red de nuestro plan.
- Una farmacia de pedido por correo del plan.

Capítulo 4. Lo que debe pagar por sus medicamentos recetados de la Parte D

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

Por lo general, cubriremos sus recetas *únicamente* si se surten en una de nuestras farmacias de la red. Algunas de nuestras farmacias de la red también ofrecen costos compartidos preferidos. Puede acudir a las farmacias de la red que ofrecen costos compartidos preferidos o a otras farmacias de la red que ofrecen costos compartidos estándares para recibir sus medicamentos recetados cubiertos. Sus costos pueden ser inferiores en las farmacias con costos compartidos preferidos.

Sección 5.2	Una tabla que muestra sus costos de un suministro para 1 mes de un medicamento
--------------------	---

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

- “**Copago**” significa que paga un monto fijo cada vez que surte una receta.
- “**Coseguro**” significa que paga un porcentaje del costo total del medicamento cada vez que surte una receta.

Como se muestra en la tabla a continuación, el monto del copago o coseguro también depende del nivel en que se encuentre su medicamento. **Tenga en cuenta lo siguiente:**

- Si su medicamento cubierto cuesta menos que el monto de copago detallado en el cuadro, pagará el precio inferior por el medicamento. Usted paga *o bien* el precio completo del medicamento *o* el monto de copago, *el monto que sea menor*.
- Cubrimos recetas surtidas en farmacias fuera de la red solo en situaciones limitadas. Consulte la **Sección 2.5 del Capítulo 3** para obtener información acerca de cuándo cubrimos una receta surtida en una farmacia fuera de la red.

Capítulo 4. Lo que debe pagar por sus medicamentos recetados de la Parte D**Plan Plus**

Su parte del costo cuando obtiene un suministro para 1 mes de un medicamento recetado cubierto de la Parte D:

Nivel	Costos compartidos de minorista estándar (en la red) (suministro de hasta 30 días)	Costos compartidos de minorista preferido (en la red) (suministro de hasta 30 días)	Costos compartidos de farmacia de pedido por correo (suministro de hasta 30 días)	Costos compartidos de cuidado a largo plazo (LTC) (suministro de hasta 31 días)	Costos compartidos fuera de la red (La cobertura se limita a determinadas situaciones; consulte el Capítulo 3 para obtener detalles). (suministro de hasta 30 días)
Costos Compartidos Nivel 1 (Medicamentos genéricos preferidos)	Copago de \$8	Copago de \$0	El pedido por correo no está disponible para medicamentos del Nivel 1	Copago de \$8	Copago de \$8
Costos Compartidos Nivel 2 (Medicamentos genéricos)	Copago de \$11 a \$18	Copago de \$5 a \$12	El pedido por correo no está disponible para medicamentos del Nivel 2	Copago de \$11 a \$18	Copago de \$11 a \$18
Algunos montos de costos compartidos varían por estado. Consulte la Tabla A en las páginas 76 a 77 para conocer los copagos en su estado.					
Costos Compartidos Nivel 3 (Medicamentos de marca preferidos)	Copago de \$45 a \$47	Copago de \$40 a \$42	El pedido por correo no está disponible para medicamentos del Nivel 3	Copago de \$45 a \$47	Copago de \$45 a \$47
Algunos montos de costos compartidos varían por estado. Consulte la Tabla A en las páginas 76 a 77 para conocer los copagos en su estado.					
Costos Compartidos Nivel 4 (Medicamentos no preferidos)	Coseguro del 50 %	Coseguro del 48 %	Coseguro del 48 %	Coseguro del 50 %	Coseguro del 50 %
Costos Compartidos Nivel 5 (Medicamentos especializados)	Coseguro del 25 %	Coseguro del 25 %	Coseguro del 25 %	Coseguro del 25 %	Coseguro del 25 %

Capítulo 4. Lo que debe pagar por sus medicamentos recetados de la Parte D

**Tabla A: Plan Plus costos compartidos del suministro para
1 mes por estado para los medicamentos cubiertos de los Niveles 2 y 3**

La siguiente tabla muestra su parte del costo cuando obtiene un suministro para 1 mes de medicamentos recetados cubiertos de la Parte D del Nivel 2 (medicamentos genéricos) y del Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos). **Nota:** los medicamentos de los Niveles 2 y 3 *no* están disponibles para un suministro para 1 mes por correo.

Estado	Montos de costos compartidos para: – Minorista estándar (en la red) – Cuidado a largo plazo (LTC) – Fuera de la red		Montos de costos compartidos para: – Minorista preferida (en la red) – Pedido por correo	
	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 2	Nivel 3
	Alabama	Copago de \$14	Copago de \$47	Copago de \$8
Alaska	Copago de \$12	Copago de \$47	Copago de \$6	Copago de \$42
Arizona	Copago de \$17	Copago de \$47	Copago de \$11	Copago de \$42
Arkansas	Copago de \$11	Copago de \$45	Copago de \$5	Copago de \$40
California	Copago de \$16	Copago de \$47	Copago de \$10	Copago de \$42
Colorado	Copago de \$16	Copago de \$47	Copago de \$10	Copago de \$42
Connecticut	Copago de \$18	Copago de \$47	Copago de \$12	Copago de \$42
Delaware	Copago de \$15	Copago de \$47	Copago de \$9	Copago de \$42
Dist. of Columbia	Copago de \$15	Copago de \$47	Copago de \$9	Copago de \$42
Florida	Copago de \$16	Copago de \$47	Copago de \$10	Copago de \$42
Georgia	Copago de \$15	Copago de \$47	Copago de \$9	Copago de \$42
Hawaii	Copago de \$18	Copago de \$47	Copago de \$12	Copago de \$42
Idaho	Copago de \$12	Copago de \$47	Copago de \$6	Copago de \$42
Illinois	Copago de \$15	Copago de \$47	Copago de \$9	Copago de \$42
Indiana	Copago de \$14	Copago de \$47	Copago de \$8	Copago de \$42
Iowa	Copago de \$11	Copago de \$47	Copago de \$5	Copago de \$42
Kansas	Copago de \$12	Copago de \$47	Copago de \$6	Copago de \$42
Kentucky	Copago de \$14	Copago de \$47	Copago de \$8	Copago de \$42
Louisiana	Copago de \$13	Copago de \$47	Copago de \$7	Copago de \$42
Maine	Copago de \$14	Copago de \$47	Copago de \$8	Copago de \$42
Maryland	Copago de \$15	Copago de \$47	Copago de \$9	Copago de \$42
Massachusetts	Copago de \$18	Copago de \$47	Copago de \$12	Copago de \$42
Michigan	Copago de \$14	Copago de \$47	Copago de \$8	Copago de \$42
Minnesota	Copago de \$11	Copago de \$47	Copago de \$5	Copago de \$42
Mississippi	Copago de \$12	Copago de \$47	Copago de \$6	Copago de \$42
Missouri	Copago de \$12	Copago de \$47	Copago de \$6	Copago de \$42

Capítulo 4. Lo que debe pagar por sus medicamentos recetados de la Parte D**Tabla A: Plan Plus, continuación. Costos compartidos del suministro para 1 mes por estado para los medicamentos cubiertos de los Niveles 2 y 3**

La siguiente tabla muestra su parte del costo cuando obtiene un suministro para 1 mes de medicamentos recetados cubiertos de la Parte D del Nivel 2 (medicamentos genéricos) y del Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos). **Nota:** los medicamentos de los Niveles 2 y 3 *no* están disponibles para un suministro para 1 mes por correo.

Estado	Montos de costos compartidos para: – Minorista estándar (en la red) – Cuidado a largo plazo (LTC) – Fuera de la red		Montos de costos compartidos para: – Minorista preferida (en la red) – Pedido por correo	
	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 2	Nivel 3
Montana	Copago de \$11	Copago de \$47	Copago de \$5	Copago de \$42
Nebraska	Copago de \$11	Copago de \$47	Copago de \$5	Copago de \$42
Nevada	Copago de \$15	Copago de \$47	Copago de \$9	Copago de \$42
New Hampshire	Copago de \$14	Copago de \$47	Copago de \$8	Copago de \$42
New Jersey	Copago de \$17	Copago de \$47	Copago de \$11	Copago de \$42
New Mexico	Copago de \$14	Copago de \$47	Copago de \$8	Copago de \$42
North Carolina	Copago de \$14	Copago de \$47	Copago de \$8	Copago de \$42
North Dakota	Copago de \$11	Copago de \$47	Copago de \$5	Copago de \$42
Ohio	Copago de \$16	Copago de \$47	Copago de \$10	Copago de \$42
Oklahoma	Copago de \$12	Copago de \$47	Copago de \$6	Copago de \$42
Oregon	Copago de \$12	Copago de \$47	Copago de \$6	Copago de \$42
Pennsylvania	Copago de \$15	Copago de \$47	Copago de \$9	Copago de \$42
Rhode Island	Copago de \$18	Copago de \$47	Copago de \$12	Copago de \$42
South Carolina	Copago de \$17	Copago de \$47	Copago de \$11	Copago de \$42
South Dakota	Copago de \$11	Copago de \$47	Copago de \$5	Copago de \$42
Tennessee	Copago de \$14	Copago de \$47	Copago de \$8	Copago de \$42
Texas	Copago de \$16	Copago de \$47	Copago de \$10	Copago de \$42
Utah	Copago de \$12	Copago de \$47	Copago de \$6	Copago de \$42
Vermont	Copago de \$18	Copago de \$47	Copago de \$12	Copago de \$42
Virginia	Copago de \$16	Copago de \$47	Copago de \$10	Copago de \$42
Washington	Copago de \$12	Copago de \$47	Copago de \$6	Copago de \$42
West Virginia	Copago de \$15	Copago de \$47	Copago de \$9	Copago de \$42
Wisconsin	Copago de \$11	Copago de \$47	Copago de \$5	Copago de \$42
Wyoming	Copago de \$11	Copago de \$47	Copago de \$5	Copago de \$42

Capítulo 4. Lo que debe pagar por sus medicamentos recetados de la Parte D**Plan Value**

Su parte del costo cuando obtiene un suministro para 1 mes de un medicamento recetado cubierto de la Parte D:

Nivel	Costos compartidos de minorista estándar (en la red) (suministro de hasta 30 días)	Costos compartidos de minorista preferida (en la red) (suministro de hasta 30 días)	Costos compartidos de farmacia de pedido por correo (suministro de hasta 30 días)	Costos compartidos de cuidado a largo plazo (LTC) (suministro de hasta 31 días)	Costos compartidos fuera de la red (La cobertura se limita a determinadas situaciones; consulte el Capítulo 3 para obtener detalles). (suministro de hasta 30 días)
Costos Compartidos Nivel 1 (Medicamentos genéricos preferidos)	Copago de \$10	Copago de \$0	El pedido por correo no está disponible para medicamentos del Nivel 1	Copago de \$10	Copago de \$10
Costos Compartidos Nivel 2 (Medicamentos genéricos)	Copago de \$15	Copago de \$2	El pedido por correo no está disponible para medicamentos del Nivel 2	Copago de \$15	Copago de \$15
Costos Compartidos Nivel 3 (Medicamentos de marca preferidos)	Copago de \$30 a \$34	Copago de \$25 a \$29	El pedido por correo no está disponible para medicamentos del Nivel 3	Copago de \$30 a \$34	Copago de \$30 a \$34
Algunos montos de costos compartidos varían por estado. Consulte la Tabla B en las páginas 79 a 80 para conocer el coseguro en su estado.					
Costos Compartidos Nivel 4 (Medicamentos no preferidos)	Coseguro del 41 % al 50 %	Coseguro del 39 % al 48 %	Coseguro del 39 % al 48 %	Coseguro del 41 % al 50 %	Coseguro del 41 % al 50 %
Algunos montos de costos compartidos varían por estado. Consulte la Tabla B en las páginas 79 a 80 para conocer el coseguro en su estado.					
Costos Compartidos Nivel 5 (Medicamentos especializados)	Coseguro del 25 %	Coseguro del 25 %	Coseguro del 25 %	Coseguro del 25 %	Coseguro del 25 %

Capítulo 4. Lo que debe pagar por sus medicamentos recetados de la Parte D

**Tabla B: Plan Value costos compartidos del suministro para
1 mes por estado para los medicamentos cubiertos del Nivel 3 y 4**

La siguiente tabla muestra su parte del costo cuando obtiene un suministro para 1 mes de medicamentos recetados cubiertos de la Parte D del Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos) y del Nivel 4 (medicamentos no preferidos). **Nota:** Los medicamentos del Nivel 3 no están disponibles para un suministro para 1 mes por correo.

Estado	Montos de costos compartidos para: – Minorista estándar (en la red) – Cuidado a largo plazo (LTC) – Fuera de la red		Montos de costos compartidos para: – Minorista preferida (en la red) – Pedido por correo (Solo Nivel 4)	
	Nivel 3	Nivel 4	Nivel 3	Nivel 4
Alabama	Copago de \$30	Coseguro del 48 %	Copago de \$25	Coseguro del 46 %
Alaska	Copago de \$30	Coseguro del 43 %	Copago de \$25	Coseguro del 41 %
Arizona	Copago de \$34	Coseguro del 50 %	Copago de \$29	Coseguro del 48 %
Arkansas	Copago de \$30	Coseguro del 41 %	Copago de \$25	Coseguro del 39 %
California	Copago de \$30	Coseguro del 48 %	Copago de \$25	Coseguro del 46 %
Colorado	Copago de \$32	Coseguro del 50 %	Copago de \$27	Coseguro del 48 %
Connecticut	Copago de \$30	Coseguro del 50 %	Copago de \$25	Coseguro del 48 %
Delaware	Copago de \$30	Coseguro del 49 %	Copago de \$25	Coseguro del 47 %
Dist. of Columbia	Copago de \$30	Coseguro del 49 %	Copago de \$25	Coseguro del 47 %
Florida	Copago de \$30	Coseguro del 50 %	Copago de \$25	Coseguro del 48 %
Georgia	Copago de \$30	Coseguro del 49 %	Copago de \$25	Coseguro del 47 %
Hawaii	Copago de \$30	Coseguro del 50 %	Copago de \$25	Coseguro del 48 %
Idaho	Copago de \$30	Coseguro del 46 %	Copago de \$25	Coseguro del 44 %
Illinois	Copago de \$30	Coseguro del 50 %	Copago de \$25	Coseguro del 48 %
Indiana	Copago de \$30	Coseguro del 49 %	Copago de \$25	Coseguro del 47 %
Iowa	Copago de \$30	Coseguro del 43 %	Copago de \$25	Coseguro del 41 %
Kansas	Copago de \$30	Coseguro del 48 %	Copago de \$25	Coseguro del 46 %
Kentucky	Copago de \$30	Coseguro del 49 %	Copago de \$25	Coseguro del 47 %
Louisiana	Copago de \$30	Coseguro del 45 %	Copago de \$25	Coseguro del 43 %
Maine	Copago de \$30	Coseguro del 47 %	Copago de \$25	Coseguro del 45 %
Maryland	Copago de \$30	Coseguro del 49 %	Copago de \$25	Coseguro del 47 %
Massachusetts	Copago de \$30	Coseguro del 50 %	Copago de \$25	Coseguro del 48 %
Michigan	Copago de \$30	Coseguro del 46 %	Copago de \$25	Coseguro del 44 %
Minnesota	Copago de \$30	Coseguro del 43 %	Copago de \$25	Coseguro del 41 %
Mississippi	Copago de \$30	Coseguro del 46 %	Copago de \$25	Coseguro del 44 %
Missouri	Copago de \$30	Coseguro del 45 %	Copago de \$25	Coseguro del 43 %

Capítulo 4. Lo que debe pagar por sus medicamentos recetados de la Parte D

Tabla B: Plan Value, continuación. Costos compartidos del suministro para 1 mes por estado para los medicamentos cubiertos del Nivel 3 y 4

La siguiente tabla muestra su parte del costo cuando obtiene un suministro para 1 mes de medicamentos recetados cubiertos de la Parte D del Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos) y del Nivel 4 (medicamentos no preferidos). **Nota:** Los medicamentos del Nivel 3 no están disponibles para un suministro para 1 mes por correo.

Estado	Montos de costos compartidos para: – Minorista estándar (en la red) – Cuidado a largo plazo (LTC) – Fuera de la red		Montos de costos compartidos para: – Minorista preferida (en la red) – Pedido por correo (Solo Nivel 4)	
	Nivel 3	Nivel 4	Nivel 3	Nivel 4
Montana	Copago de \$30	Coseguro del 43 %	Copago de \$25	Coseguro del 41 %
Nebraska	Copago de \$30	Coseguro del 43 %	Copago de \$25	Coseguro del 41 %
Nevada	Copago de \$30	Coseguro del 50 %	Copago de \$25	Coseguro del 48 %
New Hampshire	Copago de \$30	Coseguro del 47 %	Copago de \$25	Coseguro del 45 %
New Jersey	Copago de \$33	Coseguro del 50 %	Copago de \$28	Coseguro del 48 %
New Mexico	Copago de \$30	Coseguro del 44 %	Copago de \$25	Coseguro del 42 %
North Carolina	Copago de \$30	Coseguro del 49 %	Copago de \$25	Coseguro del 47 %
North Dakota	Copago de \$30	Coseguro del 43 %	Copago de \$25	Coseguro del 41 %
Ohio	Copago de \$32	Coseguro del 50 %	Copago de \$27	Coseguro del 48 %
Oklahoma	Copago de \$30	Coseguro del 45 %	Copago de \$25	Coseguro del 43 %
Oregon	Copago de \$30	Coseguro del 45 %	Copago de \$25	Coseguro del 43 %
Pennsylvania	Copago de \$30	Coseguro del 50 %	Copago de \$25	Coseguro del 48 %
Rhode Island	Copago de \$30	Coseguro del 50 %	Copago de \$25	Coseguro del 48 %
South Carolina	Copago de \$32	Coseguro del 50 %	Copago de \$27	Coseguro del 48 %
South Dakota	Copago de \$30	Coseguro del 43 %	Copago de \$25	Coseguro del 41 %
Tennessee	Copago de \$30	Coseguro del 48 %	Copago de \$25	Coseguro del 46 %
Texas	Copago de \$31	Coseguro del 50 %	Copago de \$26	Coseguro del 48 %
Utah	Copago de \$30	Coseguro del 46 %	Copago de \$25	Coseguro del 44 %
Vermont	Copago de \$30	Coseguro del 50 %	Copago de \$25	Coseguro del 48 %
Virginia	Copago de \$32	Coseguro del 50 %	Copago de \$27	Coseguro del 48 %
Washington	Copago de \$30	Coseguro del 45 %	Copago de \$25	Coseguro del 43 %
West Virginia	Copago de \$30	Coseguro del 50 %	Copago de \$25	Coseguro del 48 %
Wisconsin	Copago de \$30	Coseguro del 44 %	Copago de \$25	Coseguro del 42 %
Wyoming	Copago de \$30	Coseguro del 43 %	Copago de \$25	Coseguro del 41 %

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

Habitualmente, el monto que paga por un medicamento recetado cubre el suministro para un mes completo de un medicamento cubierto. Sin embargo, su médico puede recetar un suministro para menos de un mes de medicamentos. Es posible que haya ocasiones en las que quiera pedirle a su médico un suministro para menos de un mes de un medicamento (por ejemplo, cuando prueba un medicamento que se conoce que tiene efectos secundarios graves por primera vez). Si su médico le receta un suministro para menos de un mes, no tendrá que pagar por el suministro para todo el mes de determinados medicamentos.

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

- Si es responsable de pagar un coseguro, usted paga un *porcentaje* del costo total del medicamento. Usted paga el mismo porcentaje sin importar si la receta es para el suministro de un mes completo o para menos días. Sin embargo, debido a que el costo total del medicamento será inferior si obtiene un suministro para menos de un mes, el *monto* que pagará será inferior.
- Si es responsable de pagar un copago por el medicamento, su copago tendrá como base la cantidad de días de medicamento que reciba. Calcularemos el monto que pagará día por día de su medicamento (la “tarifa de costos compartidos diaria”) y lo multiplicará por la cantidad de días de medicamento que reciba.
 - A continuación, presentamos un ejemplo: Supongamos que el copago de su medicamento para un suministro de un mes completo (un suministro de 30 días) es de \$30. Esto significa que el monto que pagará por día por su medicamento es de \$1. Si recibe un suministro de 7 días de medicamento, su pago será de \$1 por día multiplicado por 7 días, lo que resulta en un total de \$7.

Los costos compartidos diarios le permiten asegurarse de que un medicamento le resulta beneficioso antes de tener que pagar el suministro de un mes completo. También puede solicitarle a su médico que le recete, y a su farmacéutico que le surta, un suministro para menos de un mes de uno o más medicamentos si esto lo ayuda a planificar mejor las fechas de resurtido de las distintas recetas para que vaya menos veces a la farmacia. El monto que pague dependerá del suministro que reciba.

Sección 5.4 Una tabla que muestra sus costos de un suministro a largo plazo (de hasta 90 días) de un medicamento

En el caso de algunos medicamentos, puede obtener un suministro a largo plazo (también llamado “suministro prolongado”) cuando surte su receta. Un suministro a largo plazo es de hasta 90 días. (Para obtener detalles acerca de dónde y cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento, consulte la **Sección 2.4 del Capítulo 3**).

La siguiente tabla muestra lo que paga cuando obtiene un suministro a largo plazo (de hasta 90 días) de un medicamento.

Capítulo 4. Lo que debe pagar por sus medicamentos recetados de la Parte D

- **Tenga en cuenta lo siguiente:** Si su medicamento cubierto cuesta menos que el monto de copago detallado en el cuadro, pagará el precio inferior por el medicamento. Usted paga *o bien* el precio completo del medicamento *o* el monto de copago, *el monto que sea menor*.

Plan Plus

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

Nivel	Costos compartidos de minorista estándar (en la red) (suministro de hasta 90 días)	Costos compartidos de minorista preferida (en la red) (suministro de hasta 90 días)	Costos compartidos de farmacia de pedido por correo (suministro de hasta 90 días)
Costos Compartidos Nivel 1 (Medicamentos genéricos preferidos)	Copago de \$24	Copago de \$0	Copago de \$0
Costos Compartidos Nivel 2 (Medicamentos genéricos)	Copago de \$33 a \$54	Copago de \$15 a \$36	Copago de \$15 a \$36
Algunos montos de costos compartidos varían por estado. Consulte la Tabla C en las páginas 83 a 84 para conocer el copago en su estado.			
Costos Compartidos Nivel 3 (Medicamentos de marca preferidos)	Copago de \$135 a \$141	Copago de \$120 a \$126	Copago de \$120 a \$126
Algunos montos de costos compartidos varían por estado. Consulte la Tabla C en las páginas 83 a 84 para conocer el copago en su estado.			
Costos Compartidos Nivel 4 (Medicamentos no preferidos)	El suministro a largo plazo no está disponible para medicamentos del Nivel 4.		
Costos Compartidos Nivel 5 (Medicamentos especializados)	El suministro a largo plazo no está disponible para medicamentos del Nivel 5.		

Capítulo 4. Lo que debe pagar por sus medicamentos recetados de la Parte D

**Tabla C: Plan Plus costos compartidos del suministro para
3 meses por estado para los medicamentos cubiertos del Nivel 2 y 3**

La siguiente tabla muestra su parte del costo cuando obtiene un suministro para 3 meses de medicamentos recetados cubiertos de la Parte D del Nivel 2 (medicamentos genéricos) y del Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos).

Estado	Montos de costos compartidos para: – Minorista estándar (en la red) – Cuidado a largo plazo (LTC) – Fuera de la red		Montos de costos compartidos para: – Minorista preferida (en la red) – Pedido por correo	
	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 2	Nivel 3
	Alabama	Copago de \$42	Copago de \$141	Copago de \$24
Alaska	Copago de \$36	Copago de \$141	Copago de \$18	Copago de \$126
Arizona	Copago de \$51	Copago de \$141	Copago de \$33	Copago de \$126
Arkansas	Copago de \$33	Copago de \$135	Copago de \$15	Copago de \$120
California	Copago de \$48	Copago de \$141	Copago de \$30	Copago de \$126
Colorado	Copago de \$48	Copago de \$141	Copago de \$30	Copago de \$126
Connecticut	Copago de \$54	Copago de \$141	Copago de \$36	Copago de \$126
Delaware	Copago de \$45	Copago de \$141	Copago de \$27	Copago de \$126
District of Columbia	Copago de \$45	Copago de \$141	Copago de \$27	Copago de \$126
Florida	Copago de \$48	Copago de \$141	Copago de \$30	Copago de \$126
Georgia	Copago de \$45	Copago de \$141	Copago de \$27	Copago de \$126
Hawaii	Copago de \$54	Copago de \$141	Copago de \$36	Copago de \$126
Idaho	Copago de \$36	Copago de \$141	Copago de \$18	Copago de \$126
Illinois	Copago de \$45	Copago de \$141	Copago de \$27	Copago de \$126
Indiana	Copago de \$42	Copago de \$141	Copago de \$24	Copago de \$126
Iowa	Copago de \$33	Copago de \$141	Copago de \$15	Copago de \$126
Kansas	Copago de \$36	Copago de \$141	Copago de \$18	Copago de \$126
Kentucky	Copago de \$42	Copago de \$141	Copago de \$24	Copago de \$126
Louisiana	Copago de \$39	Copago de \$141	Copago de \$21	Copago de \$126
Maine	Copago de \$42	Copago de \$141	Copago de \$24	Copago de \$126
Maryland	Copago de \$45	Copago de \$141	Copago de \$27	Copago de \$126
Massachusetts	Copago de \$54	Copago de \$141	Copago de \$36	Copago de \$126
Michigan	Copago de \$42	Copago de \$141	Copago de \$24	Copago de \$126
Minnesota	Copago de \$33	Copago de \$141	Copago de \$15	Copago de \$126
Mississippi	Copago de \$36	Copago de \$141	Copago de \$18	Copago de \$126
Missouri	Copago de \$36	Copago de \$141	Copago de \$18	Copago de \$126

Capítulo 4. Lo que debe pagar por sus medicamentos recetados de la Parte D**Tabla C: Plan Plus, continuación. Costos compartidos del suministro para 3 meses por estado para los medicamentos cubiertos del Nivel 2 y 3**

La siguiente tabla muestra su parte del costo cuando obtiene un suministro para 3 meses de medicamentos recetados cubiertos de la Parte D del Nivel 2 (medicamentos genéricos) y del Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos).

Estado	Montos de costos compartidos para: – Minorista estándar (en la red) – Cuidado a largo plazo (LTC) – Fuera de la red		Montos de costos compartidos para: – Minorista preferida (en la red) – Pedido por correo	
	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 2	Nivel 3
Montana	Copago de \$33	Copago de \$141	Copago de \$15	Copago de \$126
Nebraska	Copago de \$33	Copago de \$141	Copago de \$15	Copago de \$126
Nevada	Copago de \$45	Copago de \$141	Copago de \$27	Copago de \$126
New Hampshire	Copago de \$42	Copago de \$141	Copago de \$24	Copago de \$126
New Jersey	Copago de \$51	Copago de \$141	Copago de \$33	Copago de \$126
New Mexico	Copago de \$42	Copago de \$141	Copago de \$24	Copago de \$126
North Carolina	Copago de \$42	Copago de \$141	Copago de \$24	Copago de \$126
North Dakota	Copago de \$33	Copago de \$141	Copago de \$15	Copago de \$126
Ohio	Copago de \$48	Copago de \$141	Copago de \$30	Copago de \$126
Oklahoma	Copago de \$36	Copago de \$141	Copago de \$18	Copago de \$126
Oregon	Copago de \$36	Copago de \$141	Copago de \$18	Copago de \$126
Pennsylvania	Copago de \$45	Copago de \$141	Copago de \$27	Copago de \$126
Rhode Island	Copago de \$54	Copago de \$141	Copago de \$36	Copago de \$126
South Carolina	Copago de \$51	Copago de \$141	Copago de \$33	Copago de \$126
South Dakota	Copago de \$33	Copago de \$141	Copago de \$15	Copago de \$126
Tennessee	Copago de \$42	Copago de \$141	Copago de \$24	Copago de \$126
Texas	Copago de \$48	Copago de \$141	Copago de \$30	Copago de \$126
Utah	Copago de \$36	Copago de \$141	Copago de \$18	Copago de \$126
Vermont	Copago de \$54	Copago de \$141	Copago de \$36	Copago de \$126
Virginia	Copago de \$48	Copago de \$141	Copago de \$30	Copago de \$126
Washington	Copago de \$36	Copago de \$141	Copago de \$18	Copago de \$126
West Virginia	Copago de \$45	Copago de \$141	Copago de \$27	Copago de \$126
Wisconsin	Copago de \$33	Copago de \$141	Copago de \$15	Copago de \$126
Wyoming	Copago de \$33	Copago de \$141	Copago de \$15	Copago de \$126

Capítulo 4. Lo que debe pagar por sus medicamentos recetados de la Parte D**Plan Value**

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

Nivel	Costos compartidos de minorista estándar (en la red) (suministro de hasta 90 días)	Costos compartidos de minorista preferida (en la red) (suministro de hasta 90 días)	Costos compartidos de farmacia de pedido por correo (suministro de hasta 90 días)
Costos Compartidos Nivel 1 (Medicamentos genéricos preferidos)	Copago de \$30	Copago de \$0	Copago de \$0
Costos Compartidos Nivel 2 (Medicamentos genéricos)	Copago de \$45	Copago de \$6	Copago de \$6
Costos Compartidos Nivel 3 (Medicamentos de marca preferidos)	Copago de \$90 a \$102	Copago de \$75 a \$87	Copago de \$75 a \$87
Algunos montos de costos compartidos varían por estado. Consulte la Tabla D en las páginas 86 a 87 para conocer el copago en su estado.			
Costos Compartidos Nivel 4 (Medicamentos no preferidos)	El suministro a largo plazo no está disponible para medicamentos del Nivel 4.		
Costos Compartidos Nivel 5 (Medicamentos especializados)	El suministro a largo plazo no está disponible para medicamentos del Nivel 5.		

Capítulo 4. Lo que debe pagar por sus medicamentos recetados de la Parte D

**Tabla D: Plan Plus costos compartidos del suministro para
3 meses por estado para los medicamentos cubiertos del Nivel 3**

La siguiente tabla muestra su parte del costo cuando obtiene un suministro para 3 meses de un medicamento recetado cubierto de la Parte D del Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos).

Estado	Montos de costos compartidos para: – Minorista estándar (en la red) – Cuidado a largo plazo (LTC) – Fuera de la red	Montos de costos compartidos para: – Minorista preferida (en la red) – Pedido por correo
	Nivel 3	Nivel 3
Alabama	Copago de \$90	Copago de \$75
Alaska	Copago de \$90	Copago de \$75
Arizona	Copago de \$102	Copago de \$87
Arkansas	Copago de \$90	Copago de \$75
California	Copago de \$90	Copago de \$75
Colorado	Copago de \$96	Copago de \$81
Connecticut	Copago de \$90	Copago de \$75
Delaware	Copago de \$90	Copago de \$75
Dist. of Columbia	Copago de \$90	Copago de \$75
Florida	Copago de \$90	Copago de \$75
Georgia	Copago de \$90	Copago de \$75
Hawaii	Copago de \$90	Copago de \$75
Idaho	Copago de \$90	Copago de \$75
Illinois	Copago de \$90	Copago de \$75
Indiana	Copago de \$90	Copago de \$75
Iowa	Copago de \$90	Copago de \$75
Kansas	Copago de \$90	Copago de \$75
Kentucky	Copago de \$90	Copago de \$75
Louisiana	Copago de \$90	Copago de \$75
Maine	Copago de \$90	Copago de \$75
Maryland	Copago de \$90	Copago de \$75
Massachusetts	Copago de \$90	Copago de \$75
Michigan	Copago de \$90	Copago de \$75
Minnesota	Copago de \$90	Copago de \$75
Mississippi	Copago de \$90	Copago de \$75
Missouri	Copago de \$90	Copago de \$75

Capítulo 4. Lo que debe pagar por sus medicamentos recetados de la Parte D**Tabla D: Plan Plus, continuación. Costos compartidos del suministro para 3 meses por estado para los medicamentos cubiertos del Nivel 3**

La siguiente tabla muestra su parte del costo cuando obtiene un suministro para 3 meses de un medicamento recetado cubierto de la Parte D del Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos).

Estado	Montos de costos compartidos para: – Minorista estándar (en la red) – Cuidado a largo plazo (LTC) – Fuera de la red	Montos de costos compartidos para: – Minorista preferida (en la red) – Pedido por correo
	Nivel 3	Nivel 3
Montana	Copago de \$90	Copago de \$75
Nebraska	Copago de \$90	Copago de \$75
Nevada	Copago de \$90	Copago de \$75
New Hampshire	Copago de \$90	Copago de \$75
New Jersey	Copago de \$99	Copago de \$84
New Mexico	Copago de \$90	Copago de \$75
North Carolina	Copago de \$90	Copago de \$75
North Dakota	Copago de \$90	Copago de \$75
Ohio	Copago de \$96	Copago de \$81
Oklahoma	Copago de \$90	Copago de \$75
Oregon	Copago de \$90	Copago de \$75
Pennsylvania	Copago de \$90	Copago de \$75
Rhode Island	Copago de \$90	Copago de \$75
South Carolina	Copago de \$96	Copago de \$81
South Dakota	Copago de \$90	Copago de \$75
Tennessee	Copago de \$90	Copago de \$75
Texas	Copago de \$93	Copago de \$78
Utah	Copago de \$90	Copago de \$75
Vermont	Copago de \$90	Copago de \$75
Virginia	Copago de \$96	Copago de \$81
Washington	Copago de \$90	Copago de \$75
West Virginia	Copago de \$90	Copago de \$75
Wisconsin	Copago de \$90	Copago de \$75
Wyoming	Copago de \$90	Copago de \$75

Capítulo 4. Lo que debe pagar por sus medicamentos recetados de la Parte D**Sección 5.5 Permanece en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que sus costos totales de medicamentos durante el año lleguen a los \$4,020**

Usted permanece en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que el monto total de los medicamentos recetados que haya surtido y resurtido alcance **el límite de \$4,020 de la Etapa de Cobertura Inicial**.

Su costo total de medicamentos tiene como base la suma entre lo que haya pagado usted y lo que haya pagado cualquier plan de la Parte D:

- **Lo que usted ha pagado** por todos los medicamentos cubiertos que recibió desde que comenzó con la primera compra de medicamento del año. (Consulte la **Sección 6.2** para obtener más información acerca de cómo Medicare calcula los costos directos de su bolsillo). Esto incluye lo siguiente:
 - **Plan Plus:** los \$435 que pagó cuando estaba en la Etapa de Deducible.
 - **Plan Value:** los \$435 que pagó cuando estaba en la Etapa de Deducible para los medicamentos de los Niveles 3, 4 y 5.
 - El costo total que pagó como su parte del costo de sus medicamentos durante la Etapa de Cobertura Inicial.
- **Lo que pagó el plan** como su parte del costo de sus medicamentos durante la Etapa de Cobertura Inicial. (Si se inscribió en otro plan de la Parte D durante cualquier momento en 2020, el monto que pagó el plan durante la Etapa de Cobertura Inicial también se considera para sus costos totales de medicamentos).

La *Explicación de Beneficios* (EOB) que le enviamos lo ayudará a llevar el seguimiento de lo que usted y el plan, así como cualquier tercero, han gastado en su nombre durante el año. Muchas personas no alcanzan el límite de \$4,020 en un año.

Le informaremos si alcanza este monto de \$4,020. Si llega a este monto, abandonará la Etapa de Cobertura Inicial y pasará a la Etapa de Falta de Cobertura.

SECCIÓN 6 Durante la Etapa de Falta de Cobertura:

- ***Plus plan:*** recibe un descuento sobre los medicamentos de marca y no paga más del 25 % de los costos de los medicamentos genéricos
- ***Value plan:*** el plan proporciona algún tipo de cobertura de medicamentos.

Sección 6.1	Usted permanece en la Etapa de Falta de Cobertura hasta que sus costos directos de su bolsillo alcancen los \$6,350
--------------------	--

Cuando se encuentra en la Etapa de Falta de Cobertura, el Programa de Descuentos durante la Etapa de Falta de Cobertura de Medicare brinda descuentos de fabricante sobre medicamentos de marca. Usted paga el 25 % del precio negociado y una porción de la tarifa por prescripción para los medicamentos de marca. El monto que usted paga y el monto descontado por el fabricante se consideran para los costos directos de su bolsillo como si los hubiera pagado y hacen que avance en la Etapa de Falta de Cobertura.

Plan Plus:

También recibe algún tipo de cobertura para medicamentos genéricos. Usted no paga más del 25 % del costo de los medicamentos genéricos y el plan paga el resto. En el caso de los medicamentos genéricos, el monto pagado por el plan (75 %) no cuenta para sus costos directos de su bolsillo. Solo el monto que usted paga cuenta y lo traslada hacia la Etapa de Falta de Cobertura.

Usted sigue pagando el precio con descuento para los medicamentos de marca y no más del 25 % del costo de los medicamentos genéricos hasta que sus pagos directos de su bolsillo anuales lleguen a un monto máximo que Medicare ha establecido. En 2020, ese monto es de \$6,350.

Plan Value:

Ofrecemos cobertura adicional durante la etapa de Falta de cobertura para medicamentos en los Niveles 1 y 2, y usted no paga más del 25 % del costo por los medicamentos genéricos restantes. El plan paga el resto. Pagará lo siguiente por un suministro de 30 días de medicamentos de Niveles 1 y 2 en una farmacia de la red:

- \$0 por medicamentos de Nivel 1 en una farmacia con costo compartido preferido o \$10 en una farmacia con costo compartido estándar
- \$2 por medicamentos de Nivel 2 en una farmacia con costo compartido preferido o \$15 en una farmacia con costo compartido estándar

En el caso de los medicamentos genéricos, el monto pagado por el plan no se considera para sus costos directos de su bolsillo. Solo el monto que usted paga cuenta y lo traslada hacia la Etapa Falta de Cobertura.

Usted sigue pagando el precio con descuento para los medicamentos de marca y no más de los montos indicados anteriormente por los medicamentos genéricos hasta que sus pagos directos de su bolsillo anuales lleguen a un monto máximo que Medicare ha establecido. En 2020, ese monto es de \$6,350.

Capítulo 4. Lo que debe pagar por sus medicamentos recetados de la Parte D

Medicare tiene reglas respecto de qué cuenta y qué *no* cuenta como los costos directos de su bolsillo. Cuando llega a un límite de costos directos de su bolsillo de \$6,350, abandona la Etapa de Falta de Cobertura y pasa a la Etapa de Cobertura Catastrófica.

Sección 6.2	Cómo calcula Medicare sus costos directos de su bolsillo para los medicamentos recetados
--------------------	---

Estas son las reglas de Medicare que debemos seguir cuando llevamos el seguimiento de los costos directos de su bolsillo para sus medicamentos.

Estos pagos se incluyen en sus costos directos de su bolsillo

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

- El monto que paga por los medicamentos cuando está en cualquiera de las siguientes etapas de pago de medicamentos:
 - La Etapa de Deducible
 - La Etapa de Cobertura Inicial
 - La Etapa de Falta de Cobertura
- Cualquier pago que haya realizado durante este año calendario como miembro de otro plan de medicamentos recetados de Medicare antes de unirse a nuestro plan.

Lo que importa es quién paga:

- Si **usted** hace estos pagos, se incluyen en los costos directos de su bolsillo.
- Estos pagos también *se incluyen* si son realizados en su nombre por **determinadas personas u organizaciones**. Esto incluye los pagos de sus medicamentos hechos por un amigo o un pariente, la mayoría de las organizaciones de caridad, los Programas de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA, un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica calificado por Medicare o el Servicio de Salud Indígena. Los pagos realizados por el Programa de “Ayuda Extra” de Medicare también están incluidos.
- Algunos de los pagos realizados por el Programa de Descuentos durante la Etapa de Falta de Cobertura de Medicare también están incluidos. El monto que paga el fabricante por sus medicamentos de marca está incluido. Pero el monto que paga el plan por sus medicamentos genéricos no está incluido.

Capítulo 4. Lo que debe pagar por sus medicamentos recetados de la Parte D

- **Cómo pasar a la Etapa de Cobertura Catastrófica:**

Cuando usted (o las personas que pagan en su nombre) han gastado un total de \$6,350 en costos directos de su bolsillo dentro del año calendario, pasará de la Etapa de Falta de Cobertura a la Etapa de Cobertura Catastrófica.

Estos pagos no se incluyen en sus costos directos de su bolsillo

Al sumar sus costos directos de su bolsillo, **no se le permite incluir** ninguno de estos tipos de pagos para medicamentos recetados:

- Monto que paga por su prima mensual.
- Medicamentos adquiridos fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Medicamentos no cubiertos por nuestro plan.
- Medicamentos que obtiene en una farmacia fuera de la red y que no cumplen con los requisitos del plan para la cobertura fuera de la red.
- Los medicamentos que no son de la Parte D, como los medicamentos recetados cubiertos por la Parte A o la Parte B y otros medicamentos excluidos de la cobertura de Medicare.
- Pagos realizados por el plan para sus medicamentos de marca o genéricos mientras se encontraba en la Etapa de Falta de Cobertura.
- Pagos de sus medicamentos realizados por planes de salud grupal, incluidos los planes de salud del empleador.
- Pagos de sus medicamentos realizados por determinados planes de seguro y programas de salud financiados por el gobierno, como TRICARE y el Departamento de Asuntos de Veteranos.
- Pagos de sus medicamentos realizados por un tercero que tiene la obligación legal de pagar los costos de la receta (por ejemplo, la compensación de los trabajadores).

Recordatorio: si cualquier otra organización, como las que se detallaron anteriormente, paga una parte o todos sus costos directos de su bolsillo de sus medicamentos, es obligatorio que informe esto a nuestro plan. Llame al Servicio al cliente para informarnos (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

¿Cómo puede llevar el seguimiento del total de gastos de bolsillo?

- **Lo ayudaremos.** El informe de la *Explicación de Beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D) que le enviamos incluye el monto actual de los costos directos de su bolsillo (en la **Sección 3** de este capítulo, encontrará información sobre este informe). Cuando llegue a un total de \$6,350 de costos directos de su bolsillo durante el año, en este informe se le indicará que ha abandonado la Etapa de Falta de Cobertura y ha pasado a la Etapa de Cobertura Catastrófica.

Capítulo 4. Lo que debe pagar por sus medicamentos recetados de la Parte D

- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** En la Sección 3.2, se le indica qué puede hacer para asegurarse de que nuestros registros de lo que usted ha gastado estén completos y actualizados.

SECCIÓN 7 Durante la Etapa de Cobertura Catastrófica, el plan paga la mayoría del costo de sus medicamentos

Sección 7.1 Cuando llegue a la Etapa de Cobertura Catastrófica, permanecerá en esta etapa durante el resto del año

Usted califica para la Etapa de Cobertura Catastrófica cuando sus costos directos de su bolsillo hayan llegado al límite de \$6,350 durante el año calendario. Cuando llegue a la Etapa de Cobertura Catastrófica, permanecerá en esta Etapa de pago hasta el final del año calendario.

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

- **Su parte** del costo de un medicamento cubierto será un coseguro o un copago, el monto que sea *mayor*:
 - – *O bien* – un coseguro del 5 % del costo del medicamento.
 - – *O* – \$3.60 para un medicamento genérico o tratado como genérico y \$8.95 por todos los demás medicamentos.
- **Nuestro plan paga el resto** del costo.

SECCIÓN 8 Lo que debe pagar por sus vacunas cubiertas por la Parte D depende de cómo y dónde las obtiene

Sección 8.1 Es posible que nuestro plan tenga una cobertura diferente para el medicamento de la vacuna de la Parte D y para el costo de administración de la vacuna

Nuestro plan brinda cobertura para algunas vacunas de la Parte D. Existen dos partes en torno a nuestra cobertura de las vacunas:

- La primera parte de la cobertura es el costo **del medicamento de la vacuna en sí mismo**. La vacuna es un medicamento recetado.
- La segunda parte de la cobertura es el costo de **aplicarle la vacuna**. (A veces, esto se denomina la “administración” de la vacuna).

¿Qué debe pagar por una vacuna de la Parte D?

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

1. **El tipo de vacuna** (para qué lo vacunan).

Capítulo 4. Lo que debe pagar por sus medicamentos recetados de la Parte D

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

2. Dónde recibe el medicamento de la vacuna.**3. Quién administra la vacuna.**

Lo que paga al momento de recibir la vacuna de la Parte D puede variar según las circunstancias. Por ejemplo:

- A veces, cuando reciba una vacuna, tendrá que pagar el costo completo tanto del medicamento de la vacuna como de su administración. Puede solicitarle al plan que le pague nuestra parte del costo.
- En otras ocasiones, cuando recibe el medicamento de la vacuna o la vacuna, pagará solamente su parte del costo.

Para demostrarle cómo funciona esto, las siguientes son formas habituales en las que puede recibir una vacuna de la Parte D. Recuerde que usted es responsable de pagar todos los costos relacionados con las vacunas (incluida su administración) durante las etapas de Deducible y de Falta de Cobertura de su beneficio.

Situación 1: Compra la vacuna de la Parte D en la farmacia y se la administran en la farmacia de la red. (Esta opción depende del lugar donde viva. Algunos estados no permiten la administración de vacunas en farmacias).

- Tendrá que pagarle a la farmacia el monto de su copago o coseguro por la vacuna y el costo de la administración.
- Nuestro plan pagará el resto de los costos.

Situación 2: Recibe la vacuna de la Parte D en el consultorio de su médico.

- Cuando reciba la vacuna, pagará el costo completo de la vacuna y de su administración.
- Luego, puede solicitarnos que pagemos nuestra parte del costo con los procedimientos que se describen en el **Capítulo 5** de este folleto (*Cómo pedirnos que pagemos nuestra parte de los costos de medicamentos cubiertos*).
- Se le reembolsará el monto que pagó menos su coseguro o copago habitual por la vacuna (incluida su administración).

Situación 3: Adquiere la vacuna de la Parte D en su farmacia y la lleva al consultorio de su médico, donde se la administran.

- Tendrá que pagarle a la farmacia el monto de su copago o coseguro por la vacuna.

Capítulo 4. Lo que debe pagar por sus medicamentos recetados de la Parte D

- Cuando su médico se la administre, le pagará el costo completo del servicio. Luego, puede solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo con los procedimientos que se describen en el **Capítulo 5** de este folleto.
- Se le reembolsará el monto que le cobró el médico por la administración de la vacuna.

Sección 8.2	Es posible que deba llamarnos al Servicio al cliente antes de recibir una vacuna
--------------------	---

Las reglas de cobertura de las vacunas son complejas. Estamos aquí para ayudarlo. Le recomendamos que nos llame primero al Servicio al cliente cada vez que planifique recibir una vacuna. (Los números de teléfono del Servicio al cliente están impresos en la contraportada de este folleto).

- Podemos decirle si nuestro plan cubre su vacuna y explicarle cuál es su parte del costo.
- Podemos decirle cómo reducir el costo que paga al utilizar los proveedores y las farmacias de nuestra red.
- Si no puede usar un proveedor y una farmacia de la red, podemos indicarle qué debe hacer para recibir el pago de nuestra parte del costo.

CAPÍTULO 5

*Cómo pedirnos que paguemos
nuestra parte de los costos
de los medicamentos cubiertos*

Capítulo 5. Cómo pedirnos que paguemos nuestra parte de los costos de los medicamentos cubiertos

Capítulo 5. Cómo pedirnos que paguemos nuestra parte de los costos de los medicamentos cubiertos

SECCIÓN 1	Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de sus medicamentos cubiertos	97
Sección 1.1	Si paga la parte del costo de sus medicamentos cubiertos que corresponde a nuestro plan, puede pedirnos un pago	97
SECCIÓN 2	Cómo pedirnos que le paguemos	99
Sección 2.1	Cómo y a dónde enviarnos su solicitud de pago.....	99
SECCIÓN 3	Consideraremos su solicitud de pago y la aceptaremos o rechazaremos	100
Sección 3.1	Comprobamos si deberíamos cubrir el medicamento y cuánto le debemos	100
Sección 3.2	Si le decimos que no pagaremos una parte o el total del medicamento, puede presentar una apelación	100
SECCIÓN 4	Otras situaciones en las que debe guardar sus recibos y enviarnos copias	100
Sección 4.1	En algunos casos, debe enviarnos copias de sus recibos para ayudarnos a llevar el seguimiento de los costos directos de su bolsillo de los medicamentos.....	100

Capítulo 5. Cómo pedirnos que paguemos nuestra parte de los costos de los medicamentos cubiertos**SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de sus medicamentos cubiertos****Sección 1.1 Si paga la parte del costo de sus medicamentos cubiertos que corresponde a nuestro plan, puede solicitarnos un pago**

A veces, cuando obtiene un medicamento recetado, es posible que deba pagar el costo completo de inmediato. Otras veces, es posible que se dé cuenta de que ha pagado más de lo que esperaba en virtud de las reglas de cobertura del plan. En cualquier caso, puede solicitarle a nuestro plan que le pague su parte (por lo general, el pago de su parte se denomina “reembolso”).

Estos son algunos ejemplos de situaciones en las que puede pedirnos que le reembolsemos un pago. Todos estos ejemplos son tipos de decisiones de cobertura (para obtener más información acerca de las decisiones de cobertura, vaya al **Capítulo 7** de este folleto).

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

Si acude a una farmacia fuera de la red y trata de usar su tarjeta de membresía para surtir una receta, es posible que la farmacia no pueda enviarnos el reclamo directamente a nosotros. Cuando esto suceda, deberá pagar el costo total de su receta. (Cubrimos recetas surtidas en farmacias fuera de la red únicamente en determinadas situaciones especiales). Vaya a la **Sección 2.5 del Capítulo 3** para obtener más información).

Guarde el recibo y envíenos una copia cuando nos solicite que le paguemos nuestra parte del costo.

2. Cuando paga el costo completo de una receta porque no tiene su tarjeta de membresía del plan con usted

Si no tiene su tarjeta de membresía del plan con usted, puede solicitarle 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 necesita de inmediato, es posible que deba pagar el costo completo de la receta usted mismo.

Guarde el recibo y envíenos una copia cuando nos solicite que le paguemos nuestra parte del costo.

3. Cuando paga el costo completo de una receta en otras situaciones

Puede pagar el costo completo de la receta al descubrir que el medicamento no está cubierto por algún motivo.

- Por ejemplo, es posible que el medicamento no figure en la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* del plan, o bien que tenga un requisito o una restricción que no conocía o que pensaba que no se aplicaba a su caso. Si decide obtener el medicamento de inmediato, es posible que deba pagar el costo completo de este.
- Guarde el recibo y envíenos una copia cuando nos solicite que le paguemos. En algunas situaciones, es posible que necesitemos obtener más información de parte de su médico para pagarle nuestra parte del costo.

Capítulo 5. Cómo pedirnos que paguemos nuestra parte de los costos de los medicamentos cubiertos

4. Si se inscribió retroactivamente en nuestro plan

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

Si se inscribió en nuestro plan retroactivamente y pagó cualquier medicamento de su bolsillo después de la fecha de inscripción, puede solicitarnos que le paguemos nuestra parte de los costos. Deberá presentar la documentación para que nosotros realicemos el reembolso.

Llame al Servicio al cliente para obtener más información sobre cómo solicitarnos un reembolso y los plazos para hacer la solicitud. (Los números de teléfono del Servicio al cliente están impresos en la contraportada de este folleto).

5. En una emergencia médica

Cubriremos recetas que sean surtidas en una farmacia fuera de la red si estas están relacionadas con la atención por una emergencia médica o atención de urgencia. Guarde el recibo que le dieron en la farmacia por su receta y envíenos una copia cuando nos solicite que le paguemos.

6. Cuando viaja fuera del área de servicio de nuestro plan

Si toma un medicamento recetado regularmente y tiene un viaje planificado, asegúrese de controlar su suministro de medicamento antes de viajar. De ser posible, lleve todos los medicamentos que necesitará. Es posible que pueda pedir sus medicamentos recetados con anticipación mediante nuestro servicio de farmacia de pedido por correo. Si viaja dentro de los Estados Unidos y debe surtir una receta porque se enferma, se queda sin medicamentos cubiertos o los pierde, cubriremos las recetas que se surtan en una farmacia fuera de la red si sigue todas las demás reglas de cobertura. Antes de surtir su receta en una farmacia fuera de la red, llame al Servicio al cliente a los números que aparecen en la contraportada de este folleto para saber si existe una farmacia de la red en el área a la que viaja.

Si no hay farmacias de la red en esa área, es posible que el Servicio al cliente pueda hacer arreglos para que usted reciba sus recetas en una farmacia fuera de la red. No podemos pagar por ninguna receta que se surta fuera de los Estados Unidos, incluso en una emergencia médica.

7. Cuando necesita obtener un medicamento cubierto de manera oportuna

En algunos casos, es posible que no pueda obtener un medicamento cubierto de manera oportuna dentro de nuestra área de servicio. Si no hay una farmacia de la red a una distancia razonable que brinde servicios durante las 24 horas, cubriremos su receta en una farmacia fuera de la red. Guarde el recibo que le dieron en la farmacia por su receta y envíenos una copia cuando nos solicite que le paguemos.

8. Si una farmacia de la red no tiene existencias de un medicamento cubierto

Es posible que no siempre haya existencias de algunos medicamentos recetados cubiertos (incluidos los medicamentos huérfanos u otros medicamentos especializados) en una farmacia minorista de la red que sea accesible o mediante nuestra farmacia de pedido por correo. Cubriremos las recetas surtidas en una farmacia fuera de la red en estas circunstancias. Guarde el recibo que le dieron en la farmacia por su receta y envíenos una copia cuando nos solicite que le paguemos.

Capítulo 5. Cómo pedirnos que paguemos nuestra parte de los costos de los medicamentos cubiertos

9. Si obtiene una vacuna cubierta de un médico

Si debe obtener la vacuna de su médico, el reclamo se considerará una transacción fuera de la red. Para obtener más información sobre las vacunas, consulte la **Sección 8 del Capítulo 4**.

Todos los ejemplos anteriores son tipos de decisiones de cobertura. Esto significa que, si rechazamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión. El **Capítulo 7** de este folleto (*Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*) tiene información acerca de cómo hacer una apelación.

SECCIÓN 2 Cómo pedirnos que le paguemos

Sección 2.1 Cómo y a dónde enviarnos su solicitud de pago

Envíenos su solicitud de pago, junto con el recibo que documente el pago que ha realizado. Es una buena idea hacer copias de sus recibos para conservarlas en sus registros.

A fin de asegurarse de que nos está proporcionando toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede completar nuestro formulario de reclamo para realizar su solicitud de pago.

- No es necesario que utilice el formulario, pero nos ayudará a procesar la información más rápidamente.
- Descargue una copia del formulario desde nuestro sitio web (**MutualofOmahaRx.com**) o llame al Servicio al cliente y solicite el formulario. (Los números de teléfono del Servicio al cliente están impresos en la contraportada de este folleto).

Envíe su solicitud de pago, junto con cualquier recibo, a la siguiente dirección:

Express Scripts
Attn: Medicare Part D
P.O. Box 14718
Lexington, KY 40512-4718

Debe enviarnos su reclamo en el plazo de 36 meses desde la fecha en que recibió el servicio, elemento o medicamento.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con el Servicio al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). Si no sabe lo que debería haber pagado, podemos ayudarlo. También puede llamar si desea brindarnos más información acerca de una solicitud de pago que ya nos ha enviado.

Capítulo 5. Cómo pedirnos que paguemos nuestra parte de los costos de los medicamentos cubiertos

SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y la aceptaremos o rechazaremos

Sección 3.1 Comprobamos si deberíamos cubrir el medicamento y cuánto le debemos

Cuando recibamos su solicitud de pago, le informaremos si necesitamos cualquier información adicional de usted. De otro modo, consideraremos su solicitud o tomaremos una decisión de cobertura.

- Si decidimos que el medicamento está cubierto y que siguió todas las reglas para obtener el medicamento, pagaremos nuestra parte del costo. Le enviaremos el reembolso de nuestra parte del costo por correo. (En el **Capítulo 3** se explican las reglas que debe seguir para obtener sus medicamentos recetados de la Parte D cubiertos). Le enviaremos el pago en el plazo de 30 días desde la recepción de su solicitud.
- Si decidimos que el medicamento *no* está cubierto o que *no* siguió todas las reglas para obtener el medicamento, no pagaremos nuestra parte del costo. En lugar de esto, le enviaremos una carta en la que se explican los motivos por los que no enviaremos el pago que ha solicitado y sus derechos para apelar esa decisión.

Sección 3.2 Si le decimos que no pagaremos una parte o el total del medicamento, puede presentar una apelación

Si piensa que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago o si no está de acuerdo con el monto que estamos pagando, puede presentar una apelación. Si presenta una apelación, esto significa que nos está pidiendo que cambiemos la decisión que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Para obtener detalles sobre cómo presentar una apelación, vaya al **Capítulo 7** de este folleto (*Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*). El proceso de apelación es un proceso formal que tiene procedimientos detallados y plazos importantes. Si nunca antes ha presentado una apelación, le resultará útil leer la **Sección 4 del Capítulo 7**. La **Sección 4** es una sección introductoria en la que se explica el proceso para las decisiones de cobertura y las apelaciones, y que ofrece las definiciones de términos tales como “apelación”. Luego, después de haber leído la **Sección 4**, puede ir a la **Sección 5.5 del Capítulo 7** para obtener una explicación paso por paso de cómo presentar una apelación.

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

Sección 4.1 En algunos casos, debe enviarnos copias de sus recibos para ayudarnos a llevar el seguimiento de los costos directos de su bolsillo de los medicamentos

Existen algunas situaciones en las que debe informarnos los pagos que ha hecho por sus medicamentos. En estos casos, no nos está pidiendo un pago. En lugar de esto, nos está informando sus pagos para que

Capítulo 5. Cómo pedirnos que paguemos nuestra parte de los costos de los medicamentos cubiertos

podamos calcular los costos directos de su bolsillo correctamente. Esto puede ayudarlo a reunir los requisitos para la Etapa de Cobertura Catastrófica más rápidamente.

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

1. Cuando compra el medicamento por un precio menor al que ofrecemos

A veces, cuando se encuentra en las Etapas de Deducible y en la Falta de Cobertura, puede comprar su medicamento **en una farmacia de la red** por un precio inferior a nuestro precio.

- Por ejemplo, es posible que una farmacia ofrezca un precio especial por el medicamento. O puede obtener una tarjeta de descuento que esté fuera de nuestro beneficio y que ofrezca un precio inferior.
- A menos que se apliquen condiciones especiales, debe usar una farmacia de la red en estas situaciones y su medicamento debe estar en la Lista de Medicamentos.
- Guarde su recibo y envíenos una copia para que podamos llevar el seguimiento de sus gastos directos de su bolsillo a fin de que reúna los requisitos para la Etapa de Cobertura Catastrófica.
- **Tenga en cuenta lo siguiente:** Si se encuentra en las Etapas de Deducible y en la Falta de Cobertura, es posible que no paguemos ninguna parte de los costos de estos medicamentos. Pero enviarnos una copia del recibo nos permite calcular sus costos directos de su bolsillo correctamente y puede ayudarlo a reunir los requisitos para la Etapa de Cobertura Catastrófica más rápidamente.

2. Cuando obtiene un medicamento a través de un programa de asistencia para pacientes ofrecido por un fabricante de medicamentos

Algunos miembros están inscritos en un programa de asistencia para pacientes ofrecido por un fabricante de medicamentos que se encuentra fuera de los beneficios del plan. Si recibe cualquier medicamento a través de un programa ofrecido por un fabricante de medicamentos, es posible que deba pagarle un copago al programa de asistencia para pacientes.

- Guarde su recibo y envíenos una copia para que podamos llevar el seguimiento de sus gastos directos de su bolsillo a fin de que reúna los requisitos para la Etapa de Cobertura Catastrófica.
- **Tenga en cuenta lo siguiente:** Debido a que está recibiendo su medicamento a través del programa de asistencia para pacientes y no mediante los beneficios del plan, no pagaremos ninguna parte de los costos de estos medicamentos. Pero enviarnos una copia del recibo nos permite calcular los costos directos de su bolsillo correctamente y puede ayudarlo a reunir los requisitos para la Etapa de Cobertura Catastrófica más rápidamente.

Debido a que, en los dos casos mencionados anteriormente, no nos está solicitando un pago, dichas situaciones no se consideran decisiones de cobertura. Por lo tanto, no puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión.

CAPÍTULO 6

Sus derechos y responsabilidades

Capítulo 6. Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1	Nuestro plan debe honrar sus derechos como miembro del plan	104
Sección 1.1	Debemos proporcionar información de manera que funcione para usted (en idiomas que no sean inglés, en braille, en letra grande o en otros formatos alternativos, etc.).....	104
Sección 1.2	Debemos garantizar que reciba el acceso oportuno a sus medicamentos cubiertos.....	104
Sección 1.3	Debemos proteger la privacidad de su información de salud personal.....	104
Sección 1.4	Debemos brindarle información acerca del plan, de su red de farmacias y de sus medicamentos cubiertos	105
Sección 1.5	Debemos respaldar su derecho de tomar decisiones acerca de su atención	106
Sección 1.6	Tiene derecho a presentar quejas y a pedirnos que reconsideremos las decisiones que hemos tomado	107
Sección 1.7	¿Qué puede hacer si cree que lo están tratando de forma injusta o que no se están respetando sus derechos?.....	108
Sección 1.8	Cómo obtener más información sobre sus derechos.....	108
SECCIÓN 2	Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan	109
Sección 2.1	¿Cuáles son sus responsabilidades?	109

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe honrar sus derechos como miembro del plan

Sección 1.1 Debemos proporcionar información de manera que funcione para usted (en idiomas que no sean inglés, en braille, en letra grande o en formatos alternativos, etc.).

Para obtener información de parte nuestra de manera que funcione para usted, llame al Servicio al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Nuestro plan tiene personas y servicios de interpretación gratuitos que están disponibles para responder preguntas de miembros con discapacidad y miembros que no hablan inglés. Ofrecemos los materiales del plan en español de ser necesario. También podemos brindarle información en braille, en letra grande o en otros formatos alternativos sin costo en caso de que lo necesite. Debemos brindarle información acerca de los beneficios del plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para obtener información de parte nuestra de manera que funcione para usted, llame al Servicio al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) o contáctese con nuestro coordinador de derechos civiles.

Si tiene alguna dificultad para recibir información de nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, llame para presentar una queja relacionada con nuestro plan (consulte la **Sección 1 del Capítulo 2** para obtener la información de contacto). También puede presentar un reclamo a Medicare llamando al 1.800.MEDICARE (1.800.633.4227) o comunicándose directamente con la Oficina de Derechos Civiles. Puede encontrar información de contacto en esta *Evidencia de Cobertura* o en esta correspondencia, o puede comunicarse con el Servicio al cliente para obtener información adicional.

Sección 1.2 Debemos garantizar que reciba el acceso oportuno a sus medicamentos cubiertos

Como miembro de nuestro plan, tiene derecho a surtir o resurtir sus recetas en cualquiera de las farmacias de la red sin demoras prolongadas. Si piensa que no está recibiendo sus medicamentos de la Parte D en un plazo razonable, la **Sección 7 del Capítulo 7** de este folleto le informa qué puede hacer. (Si hemos rechazado la cobertura de sus medicamentos recetados y no está de acuerdo con nuestra decisión, la **Sección 4 del Capítulo 7** le informa qué puede hacer).

Sección 1.3 Debemos proteger la privacidad de su información de salud personal

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de sus registros médicos y de su información de salud personal. Nosotros protegemos su información de salud personal de conformidad con estas leyes.

- Su “información de salud personal” incluye la información personal que nos proporcionó al inscribirse en este plan, así como sus registros médicos y otra información médica y de salud.
- Las leyes que protegen su privacidad le brindan derechos relacionados con la obtención de información y el control de cómo se utiliza su información de salud. Le brindamos un aviso por escrito denominado el “Aviso sobre Prácticas de Privacidad” donde se le informan dichos derechos y se explica cómo protegemos la privacidad de su información de salud.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información de salud?

- Nos aseguramos de que las personas no autorizadas no vean ni cambien sus registros.
- En la mayoría de las situaciones, si le brindamos su información de salud a alguien que no ofrece su atención ni paga por ella, *estamos obligados a obtener su permiso por escrito antes de hacerlo*. El permiso por escrito puede ser brindado por usted o por alguien a quien le haya dado un poder legal para tomar las decisiones por usted.
- Existen algunas excepciones en las que no es necesario que le pidamos su permiso por escrito. Estas excepciones están permitidas o son exigidas por ley.
 - Por ejemplo, estamos obligados a divulgar información de salud a agencias gubernamentales que controlan la calidad de atención.
 - Debido a que usted es un miembro de nuestro plan a través de Medicare, estamos obligados a brindarle su información de salud a Medicare, también la información sobre sus medicamentos recetados de la Parte D. Si Medicare divulga su información con fines de investigación o para otros usos, esto se realizará de acuerdo con los estatutos y las reglamentaciones Federales.

Puede ver la información de sus registros y saber si se ha compartido con otras personas.

Tiene derecho a ver sus registros médicos que conserva en el plan y de obtener una copia de dichos registros. Tenemos permitido cobrarle por hacer copias. También tiene derecho a agregar información o a hacer correcciones en sus registros médicos. Si nos solicita hacer esto, trabajaremos con su proveedor de atención médica para decidir si deberían realizarse dichos cambios.

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

Si tiene alguna pregunta o inquietud acerca de la privacidad de su información de salud personal, llame al Servicio al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Sección 1.4	Debemos brindarle información acerca del plan, de su red de farmacias y de sus medicamentos cubiertos
--------------------	--

Como miembro de Mutual of Omaha Rx, tiene derecho a recibir distintos tipos de información de parte nuestra. (Como se explica anteriormente en la **Sección 1.1**, tiene derecho a obtener información de parte nuestra de manera que funcione para usted. Esto incluye recibir la información en idiomas que no sean inglés y en letra grande o en formatos alternativos).

Si desea recibir cualquiera de los siguientes tipos de información, llame al Servicio al cliente (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 financiera del plan. También incluye información sobre la cantidad de apelaciones presentadas por los miembros y las calificaciones de desempeño del plan, lo que incluye cómo lo calificaron los miembros del plan y cómo se compara con otros planes de medicamentos recetados de Medicare.
- **Información sobre las farmacias de la red.**

Capítulo 6. Sus derechos y responsabilidades

- Por ejemplo, tiene derecho a que le enviemos información acerca de las farmacias en nuestra red.
- Para obtener una lista de las farmacias que figuran en la red del plan, consulte el *Directorio de Farmacias*.
- Para obtener información más detallada sobre nuestras farmacias, puede llamar al Servicio al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) o visitar nuestro sitio web en **MutualofOmahaRx.com**.
- **Información acerca de su cobertura y las reglas que debe seguir cuando utiliza su cobertura.**
 - Para obtener detalles sobre su cobertura de medicamentos recetados de la Parte D, consulte los **Capítulos 3 y 4** de este folleto, más la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario) del plan*. Los capítulos, junto con la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)*, tienen información sobre qué medicamentos están cubiertos y explican las reglas que debe seguir y las restricciones a su cobertura para determinados medicamentos.
 - Si tiene alguna pregunta acerca de las reglas o las restricciones, llame al Servicio al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).
- **Información acerca de por qué algo no está cubierto y qué puede hacer al respecto.**
 - Si un medicamento de la Parte D no está cubierto en su caso o si su cobertura está restringida de alguna manera, puede solicitarnos una explicación por escrito. Tiene derecho a obtener esta explicación, incluso si recibió el medicamento en una farmacia fuera de la red.
 - Si no está satisfecho o si no está de acuerdo con una decisión que tomamos sobre qué medicamento de la Parte D está cubierto para usted, tiene derecho a pedirnos que cambiemos la decisión. Puede solicitarnos que cambiemos la decisión presentando una apelación. Para obtener detalles sobre qué hacer si algo no tiene la cobertura que usted piensa que debería tener, consulte el **Capítulo 7** de este folleto. En este capítulo, se brindan detalles sobre cómo presentar una apelación en caso de que quiera que cambiemos nuestra decisión. (En el **Capítulo 7**, también encontrará información sobre cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera y otras inquietudes).
 - Si desea pedirle al plan que pague su parte del costo de medicamentos recetados de la Parte D, consulte el **Capítulo 5** de este folleto.

Sección 1.5	Debemos respaldar su derecho de tomar decisiones acerca de su atención
--------------------	---

Tiene derecho a brindar instrucciones acerca de qué debe hacerse si no puede tomar decisiones médicas por sí mismo

A veces, las personas se vuelven incapaces de tomar decisiones sobre atención médica por sí mismos debido a accidentes o enfermedades graves. Tiene derecho a decir qué quiere que suceda si se encuentra en esta situación. Esto significa que, *si así lo desea*, puede hacer lo siguiente:

- Completar un formulario escrito para darle a **alguien la autoridad legal de tomar decisiones médicas por usted** si se vuelve incapaz de tomar decisiones por sí mismo.

Capítulo 6. Sus derechos y responsabilidades

- **Darle a sus médicos instrucciones escritas** sobre cómo desea que administren su atención médica si se vuelve incapaz de tomar decisiones por sí mismo.

Los documentos legales que puede usar para brindar sus instrucciones por adelantado para estas situaciones se denominan “**directivas anticipadas**”. Existen distintos tipos de directivas anticipadas y nombres distintos para ellas. Los documentos denominados “**testamentos en vida**” y “**poderes para atención médica**” son algunos ejemplos de directivas anticipadas.

Si desea utilizar una “directiva anticipada” para brindar sus instrucciones, esto es lo que debe hacer:

- **Obtener el formulario.** Si desea brindar una directiva anticipada, puede obtener el formulario de parte de su abogado, un trabajador social o de algunas tiendas de suministros de oficina. En ocasiones puede obtener formularios de directivas anticipadas en organizaciones que ofrecen información sobre Medicare a las personas.
- **Complételo y firmelo.** Sin importar en dónde obtenga este formulario, recuerde que es un documento legal. Puede pedirle ayuda a un abogado para prepararlo.
- **Entregue copias a las personas adecuadas.** Debe entregarles una copia del formulario a su médico y a la persona que nombre en dicho formulario para tomar las decisiones por usted si no puede hacerlo. También puede entregar copias a amigos cercanos o miembros de su familia. Asegúrese de guardar una copia en su casa.

Si sabe con anticipación que va a ser hospitalizado y ha firmado una directiva anticipada, **lleve una copia al hospital.**

- Si ingresa en el hospital, le preguntarán si ha firmado una directiva anticipada y si la tiene consigo.
- Si no ha firmado un formulario de directiva anticipada, los hospitales tienen formularios disponibles y le preguntarán si desea firmar uno.

Recuerde que es su elección completar una directiva anticipada (también si desea firmar una si está en el hospital o no). De acuerdo con la ley, nadie puede negarle su atención ni discriminarle en función de si ha firmado o no una directiva anticipada.

¿Qué sucede si no se siguen las instrucciones?

Si ha firmado una directiva anticipada y cree que un médico u hospital no siguieron las instrucciones que aparecen en esta, puede presentar una queja ante la Organización de Mejoras de Calidad (Quality Improvement Organization, QIO) de su estado. Consulte la lista de QIO, que se encuentra en el **Apéndice** de este folleto, para encontrar información de contacto acerca de la organización de su estado.

Sección 1.6	Tiene derecho a presentar quejas y a pedirnos que reconsideremos las decisiones que hemos tomado
--------------------	---

Si tiene cualquier problema o inquietud acerca de sus servicios cubiertos o su atención, en el **Capítulo 7** de este folleto encontrará información sobre qué puede hacer. Este brinda detalles acerca de cómo resolver todo tipo de problemas y quejas. Lo que debe hacer para realizar el seguimiento de un problema o una inquietud depende de su situación. Es posible que deba solicitarle a nuestro plan que tome una decisión de

Capítulo 6. Sus derechos y responsabilidades

cobertura, presentar una apelación ante nosotros para cambiar una decisión de cobertura o presentar una queja. Sin importar lo que haga, solicitar una decisión de cobertura, presentar una apelación o presentar una queja, **estamos obligados a tratarlo de manera justa.**

Tiene derecho a recibir un resumen informativo acerca de las apelaciones y las quejas que han presentado otros miembros ante nuestro plan en el pasado. Para obtener esta información, llame al Servicio al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Sección 1.7	¿Qué puede hacer si cree que lo están tratando de forma injusta o que no se están respetando sus derechos?
--------------------	---

Si se trata de un caso de discriminación, llame a la Oficina de Derechos Civiles

Si cree que lo están tratando de forma injusta o que sus derechos no se están respetando debido a su raza, discapacidad, religión, sexo, salud, etnia, 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 (TTY: 1.800.537.7697) o a su Oficina de Derechos Civiles local.

¿Se trata de otra cosa?

Si cree que ha sido tratado de forma injusta o que sus derechos no han sido respetados y *no* se trata de un caso de discriminación, puede obtener ayuda para tratar con el problema que está teniendo:

- Puede **llamar al Servicio al cliente** (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).
- Puede **llamar a su Programa estatal de asistencia de seguros de salud**. Para obtener detalles sobre esta organización y cómo comunicarse con esta, vaya a la **Sección 3 del Capítulo 2**.
- O 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 1.8	Cómo obtener más información sobre sus derechos
--------------------	--

Existen muchos lugares donde puede obtener más información acerca de sus derechos:

- Puede **llamar al Servicio al cliente** (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).
- Puede **llamar a su Programa Estatal de Asistencia de Seguros de Salud**. Para obtener detalles sobre esta organización y cómo comunicarse con esta, vaya a la **Sección 3 del Capítulo 2**.
- Puede comunicarse con **Medicare**.
 - Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación “Sus Derechos y Protecciones de Medicare”. (La publicación se encuentra disponible en el siguiente enlace: <https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf>).
 - 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.

SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan

Sección 2.1 ¿Cuáles son sus responsabilidades?
--

Lo que debe hacer como miembro del plan se enumera a continuación. Si tiene alguna pregunta, llame al Servicio al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). Estamos aquí para ayudarle.

- **Familiarícese con sus medicamentos cubiertos y las reglas que debe seguir para obtener estos medicamentos cubiertos.** Utilice este folleto de *Evidencia de Cobertura* para saber qué abarca su cobertura y cuáles son las reglas que debe seguir para obtener sus medicamentos cubiertos.
 - En los **Capítulos 3 y 4** encontrará detalles acerca de su cobertura para medicamentos recetados de la Parte D.
- **Si tiene alguna otra cobertura de medicamentos recetados además de nuestro plan, es necesario que nos lo informe.** Llame al Servicio al cliente para informarnos (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).
 - Estamos obligados a seguir las reglas establecidas por Medicare para garantizar que esté utilizando toda su cobertura combinada cuando obtiene sus medicamentos cubiertos a través de nuestro plan. Esto se denomina “**coordinación de beneficios**” porque involucra la coordinación de los beneficios de medicamentos que obtiene mediante nuestro plan y cualquier otro beneficio de medicamentos que tenga a su disposición. Lo ayudaremos a coordinar sus beneficios. (Para obtener más información acerca de la coordinación de beneficios, vaya a la **Sección 10 del Capítulo 1**).
- **Dígales a su médico y a su farmacéutico que está inscrito en nuestro plan.** Muestre su tarjeta de membresía del plan cada vez que obtenga medicamentos recetados de la Parte D.
- **Ayude a sus médicos y otros proveedores al brindarles información, hacerles preguntas y realizar el seguimiento de su atención.**
 - Para ayudar a sus médicos y a otros proveedores de la salud a brindarle la mejor atención, sepa tanto como pueda sobre sus problemas de salud y bríndeles la información necesaria sobre usted y su salud. Siga los planes de tratamiento y las instrucciones que usted y sus médicos han acordado.
 - Asegúrese de que sus médicos sepan todos los medicamentos que toma, incluidos los medicamentos de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
 - Si tiene alguna pregunta, asegúrese de hacerla. Se supone que sus médicos y otros proveedores de atención médica deben explicarle las cosas de manera que las comprenda. Si hace una pregunta y no comprende la respuesta que se le da, pregunte de nuevo.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, es responsable de cumplir con los siguientes pagos:
 - Debe pagar sus primas del plan para seguir siendo miembro de nuestro plan.
 - Para la mayoría de sus medicamentos cubiertos por el plan, debe pagar su parte del costo cuando obtiene el medicamento. Esto será un copago (un monto fijo) o un coseguro

- (un porcentaje del costo total). El **Capítulo 4** le informa lo que debe pagar por sus medicamentos recetados de la Parte D.
- Si obtiene cualquier medicamento que no está cubierto por nuestro plan ni por ningún otro seguro que pueda tener, debe pagar el costo completo.
 - Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar la cobertura de un medicamento, puede presentar una apelación. Consulte el **Capítulo 7** de este folleto para obtener información sobre cómo presentar una apelación.
 - Si debe pagar una multa por inscripción tardía, debe pagarla para seguir siendo miembro del plan.
 - Si debe pagar el monto adicional de la Parte D debido a sus ingresos anuales, debe pagárselo directamente al gobierno para seguir siendo miembro del plan.
 - **Díganos si se muda.** Si planea mudarse, es importante que nos lo informe de inmediato. Llame al Servicio al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).
 - **Si se muda *fuera* del área de servicio del plan, no puede seguir siendo miembro de nuestro plan.** (En el **Capítulo 1**, encontrará información sobre nuestra área de servicio). Podemos ayudarlo a saber si se muda fuera de nuestra área de servicio. Si se retira de nuestra área de servicio, contará con un Período Especial de Inscripción en el que puede unirse a cualquier plan de Medicare disponible en su área nueva. Podemos informarle si tenemos un plan en su área nueva.
 - **Si se muda *dentro* de nuestra área de servicio, aun así necesitamos saberlo** para poder mantener su registro de membresía actualizado y para saber cómo comunicarnos con usted.
 - Si se muda, también es importante informárselo al Seguro Social (o a la Junta de Jubilación para Ferroviarios). Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto de estas organizaciones en el **Capítulo 2**.
 - **Llame al Servicio al cliente para obtener ayuda en caso de tener preguntas o inquietudes.** También aceptamos con gusto cualquier sugerencia que pueda tener para mejorar nuestro plan.
 - Los números de teléfono y los horarios de atención del Servicio al cliente están impresos en la contraportada de este folleto.
 - Para obtener más información sobre cómo comunicarse con nosotros, incluida nuestra dirección de correo, consulte el **Capítulo 2**.

CAPÍTULO 7

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

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

ANTECEDENTES	114
SECCIÓN 1 Introducción	114
Sección 1.1 Qué hacer si tiene un problema o una inquietud.....	114
Sección 1.2 ¿Qué sucede con los términos legales?.....	114
SECCIÓN 2 Puede obtener ayuda de organizaciones gubernamentales que no están relacionadas con nosotros	115
Sección 2.1 Dónde obtener más información y asistencia personalizada	115
SECCIÓN 3 Para lidiar con su problema, ¿qué proceso debe utilizar?	115
Sección 3.1 ¿Debe utilizar el proceso para las decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O debe utilizar el proceso para presentar quejas?	115
DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES.....	116
SECCIÓN 4 Una guía sobre los aspectos básicos de las decisiones de cobertura y las apelaciones.....	116
Sección 4.1 Cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: una descripción general.....	116
Sección 4.2 Cómo obtener ayuda cuando está solicitando una decisión de cobertura o presentando una apelación	117
SECCIÓN 5 Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación	118
Sección 5.1 Esta sección le informa qué hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si quiere pedirnos que le reembolsemos un medicamento de la Parte D	118
Sección 5.2 ¿Qué es una excepción?	120
Sección 5.3 Cosas importantes que debe saber acerca de solicitar excepciones	122
Sección 5.4 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, como una excepción.....	123
Sección 5.5 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 (cómo solicitar la revisión de una decisión de cobertura tomada por nuestro plan)	126
Sección 5.6 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2.....	129
SECCIÓN 6 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más allá	131
Sección 6.1 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para apelaciones de medicamentos de la Parte D.....	131

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

CÓMO PRESENTAR QUEJAS.....	132
SECCIÓN 7 Cómo presentar una queja acerca de la calidad de la atención, los tiempos de espera, el Servicio al cliente y otras inquietudes	132
Sección 7.1 ¿Qué tipos de problemas administra el proceso de quejas?	132
Sección 7.2 El nombre formal para “presentar una queja” es “presentar una queja por agravio”	134
Sección 7.3 Paso a paso: Cómo presentar una queja	134
Sección 7.4 También puede presentar quejas acerca de la calidad de atención ante la Organización de Mejoras de Calidad	135
Sección 7.5 También puede informar a Medicare acerca de su queja.....	136

ANTECEDENTES

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Qué hacer si tiene un problema o una inquietud

En este capítulo, se explican dos tipos de procesos para manejar problemas e inquietudes:

- Para algunos tipos de problemas, debe usar el **proceso para las decisiones de cobertura y apelaciones**.
- Para otros tipos de problemas, debe usar el **proceso para presentar quejas**.

Ambos procesos han sido aprobados por Medicare. Para garantizar la equidad y el manejo oportuno de sus problemas, cada proceso tiene un conjunto de reglas, procedimientos y plazos que debemos cumplir tanto usted como nosotros.

¿Cuál debe utilizar? Esto depende del tipo de problema que tenga. La guía que se encuentra en la **Sección 3** lo ayudará a identificar el proceso adecuado que debe utilizar.

Sección 1.2 ¿Qué sucede con los términos legales?

Existen términos legales técnicos para algunas de estas reglas, procedimientos y tipos de plazos que se explican en este capítulo. Muchos de estos términos son desconocidos para la mayoría de las personas y pueden ser difíciles de comprender.

Para facilitar las cosas, en este capítulo, se explican las reglas y los procedimientos legales con palabras más simples en lugar de determinados términos jurídicos. Por ejemplo, en este capítulo generalmente se utiliza la frase “presentar una queja” en lugar de “presentar una queja por agravio”, “decisión de cobertura” en lugar de “determinación de cobertura” o “determinación de riesgo” y “Organización de Revisión Independiente” en lugar de “Entidad de Revisión Independiente”. Además, se utilizan abreviaturas lo menos posible.

Sin embargo, puede ser útil y, a veces, bastante importante que conozca los términos legales correctos de la situación en la que se encuentra. Saber qué términos utilizar lo ayudará a comunicarse de forma más clara y precisa cuando trate su problema y a obtener la ayuda o la información correcta para su situación. Para ayudarlo a saber qué términos utilizar, incluimos términos legales cuando le brindamos detalles para manejar situaciones específicas.

SECCIÓN 2 Puede obtener ayuda de organizaciones gubernamentales que no están relacionadas con nosotros

Sección 2.1 Dónde obtener más información y asistencia personalizada
--

A veces, puede ser difícil comenzar o realizar el seguimiento de un proceso para abordar un problema. Especialmente si no se siente bien o si tiene poca energía. Otras veces, es posible que no tenga el conocimiento necesario para dar el próximo paso.

Cómo obtener ayuda de una organización gubernamental independiente

Siempre estamos disponibles para ayudarlo. Pero, en algunas situaciones, también puede necesitar la ayuda o el consejo de alguien que no esté relacionado con nosotros. Siempre puede comunicarse con su **Programa Estatal de Asistencia de Seguros de Salud (SHIP)**. Este programa gubernamental tiene asesores capacitados en todos los estados. El programa no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía aseguradora ni plan de salud. Los asesores de este programa pueden ayudarlo a comprender qué proceso debe utilizar para resolver un problema que esté teniendo. También pueden responder a sus preguntas, brindarle más información y ofrecerle asesoría sobre qué hacer.

Los servicios de los asesores del SHIP son gratuitos. Encontrará los números de teléfono en el **Apéndice** de este folleto.

También puede obtener ayuda e información de parte de Medicare

Para obtener más información y ayuda para resolver un 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 del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1.877.486.2048.
- Puede visitar el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov>).

SECCIÓN 3 Para lidiar con su problema, ¿qué proceso debe utilizar?

Sección 3.1 ¿Debe utilizar el proceso para las decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O debe utilizar el proceso para presentar quejas?
--

Si tiene un problema o una inquietud, solo debe leer las partes de este capítulo que corresponden a su situación. La guía que está a continuación será de ayuda.

Para conocer qué parte de este capítulo le ayudará con su problema o inquietud específico,
COMIENCE AQUÍ

¿Su problema o inquietud es sobre sus beneficios o su cobertura?

(Esto incluye los problemas acerca de si una atención médica en particular o sus medicamentos recetados están cubiertos o no, la forma en que están cubiertos y los problemas relacionados con el pago de estos).

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

Vaya a la siguiente sección de este capítulo, la **Sección 4, “Una guía sobre los aspectos básicos de las decisiones de cobertura y las apelaciones”**.

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

Vaya a la **Sección 7** que se encuentra al final de este capítulo: **“Cómo presentar una queja acerca de la calidad de la atención, los tiempos de espera, el Servicio al cliente y otras inquietudes”**.

DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES

SECCIÓN 4 Una guía sobre los aspectos básicos de las decisiones de cobertura y las apelaciones

Sección 4.1	Cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: una descripción general
--------------------	--

El proceso para las decisiones de cobertura y las apelaciones aborda los problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura de medicamentos recetados, y también los problemas relacionados con el pago. Este es el proceso que debe utilizar para problemas tales como la cobertura de un medicamento y la forma en que está cubierto dicho medicamento.

Cómo solicitar decisiones de cobertura

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos acerca de sus beneficios y la cobertura, o acerca del monto que pagaremos por sus medicamentos recetados.

Estamos tomando una decisión de cobertura cada vez que decidimos si cubrimos algún elemento en su caso y cuánto pagamos. En algunos casos, es posible que decidamos que un medicamento no está cubierto o que ya no está cubierto por Medicare en su caso. Si no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Cómo presentar una apelación

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

Cuando apela una decisión por primera vez, esto se denomina apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que tomamos para ver si seguimos todas las reglas adecuadamente. Su apelación será manejada por revisores distintos de aquellos que tomaron la decisión desfavorable original. Cuando hayamos completado la revisión le informaremos nuestra decisión. En determinadas circunstancias que abordaremos más adelante, puede solicitar una “decisión de cobertura rápida” o una apelación rápida de una decisión de cobertura.

Si rechazamos parte o toda su apelación de Nivel 1, puede solicitar una apelación de Nivel 2. La apelación de Nivel 2 la realiza una organización independiente que no está relacionada con nosotros. Si no está satisfecho con la decisión de la apelación de Nivel 2, es posible que pueda seguir con un nivel más de apelación.

Sección 4.2	Cómo obtener ayuda cuando está solicitando una decisión de cobertura o presentando una apelación
--------------------	---

¿Necesita ayuda? Estos son algunos recursos que puede utilizar para preguntar sobre cualquier tipo de decisión de cobertura o para apelar una decisión:

- Puede **llamar al Servicio al cliente** (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).
- Para **obtener ayuda gratuita de una organización independiente** que no esté relacionada con nuestro plan, comuníquese con su Programa Estatal de Asistencia de Seguros de Salud (consulte la **Sección 2** de este capítulo).
- **Su médico u otro recetador puede presentar una solicitud por usted.** Para los medicamentos recetados de la Parte D, su médico u otro recetador puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 o 2 en su nombre. Para solicitar cualquier apelación después del Nivel 2, su médico u otro recetador debe ser designado como su representante.
- **Puede pedirle a alguien que actúe en su nombre.** Si así lo desea, puede nombrar a otra persona para que actúe como su “representante” a fin de pedir una decisión de cobertura o de presentar una apelación.
 - Es posible que ya haya alguien que esté autorizado legalmente para actuar como su representante en virtud de las leyes estatales.
 - Si desea que un amigo, un pariente, su médico u otro recetador, u otra persona sea su representante, llame al Servicio al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) y solicite el formulario de “Designación de Representante”. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en <https://www.cms.hhs.gov/cmsforms/downloads/cms1696.pdf> o en nuestro sitio web en **MutualofOmahaRx.com**.) El formulario le da permiso a esa persona para actuar en su

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

nombre. Debe estar firmado por usted y por la persona que quiere que actúe en su nombre. Debe entregarnos una copia del formulario firmado.

- **También tiene derecho a contratar a un abogado para que actúe por usted.** Puede comunicarse con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado del colegio de abogados local u otro servicio de referencia. También existen grupos que brindan servicios jurídicos gratuitos, si reúne los requisitos. Sin embargo, **no es obligatorio que contrate a un abogado** para pedir ningún tipo de decisión de cobertura ni para apelar una decisión.

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

- ?** ¿Ha leído la Sección 4 de este capítulo (*Una guía sobre “los aspectos básicos” de las decisiones de cobertura y las apelaciones*)? De no ser así, es posible que deba leerla antes de comenzar esta sección.

Sección 5.1 Esta sección le informa qué hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si quiere pedirnos que le reembolsemos un medicamento de la Parte D

Sus beneficios como miembro de nuestro plan incluyen la cobertura de muchos medicamentos recetados. Consulte la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* de nuestro plan. Para estar cubierto, el medicamento debe utilizarse para una indicación médicamente aceptada. (Una “indicación médicamente aceptada” es un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o que está respaldado por determinados libros de referencia. Consulte la **Sección 3 del Capítulo 3** para obtener más información acerca de una indicación médicamente aceptada).

- **Esta sección trata únicamente sobre sus medicamentos de la Parte D.** En pocas palabras, generalmente decimos “medicamento” en el resto de esta sección en lugar de repetir “medicamento recetado cubierto para pacientes ambulatorios” o “medicamento de la Parte D” todas las veces.
- Para obtener detalles sobre qué queremos decir con medicamentos de la Parte D, la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)*, las reglas y restricciones sobre la cobertura y la información sobre costos, consulte el **Capítulo 3** (*Cómo usar nuestra cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D*) y el **Capítulo 4** (*Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D*).

Decisiones de cobertura y apelaciones de la Parte D

Como se analizó en la **Sección 4** de este capítulo, una decisión de cobertura es una decisión que tomamos acerca de sus beneficios y la cobertura o acerca del monto que pagaremos por sus medicamentos recetados.

Términos legales
Una decisión de cobertura inicial acerca de sus medicamentos de la Parte D se denomina “ determinación de cobertura ”.

Estos son algunos ejemplos de decisiones de cobertura que puede solicitarnos que hagamos acerca de sus medicamentos de la Parte D:

- Nos solicita que hagamos una excepción, como por ejemplo:
 - Pedirnos que cubramos un medicamento de la Parte D que no figura en la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* del plan.
 - Pedirnos que lo eximamos de una restricción de cobertura de un medicamento del plan (como los límites sobre la cantidad de medicamento que puede obtener).
 - Pedirnos pagar un monto de costos compartidos más bajo por un medicamento cubierto a un nivel de costos compartidos más alto.
- Nos pregunta si un medicamento está cubierto en su caso y si cumple con cualquier regla de cobertura aplicable. (Por ejemplo, cuando su medicamento figura en la *Lista de Medicamentos Cubiertos [Formulario]* del plan, pero le solicitamos que obtenga nuestra aprobación antes de cubrirlo en su caso).
 - **Tenga en cuenta lo siguiente:** Si su farmacia le dice que la receta no puede surtirse tal como está prescrita, recibirá un aviso por escrito en el que se explique cómo comunicarse con nosotros para pedirnos una decisión de cobertura.
- Nos solicita que paguemos un medicamento recetado que ya compró. Esta es una solicitud de una decisión de cobertura sobre el pago.

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que hayamos tomado, puede apelarla.

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

Esta sección brinda información sobre cómo solicitarnos decisiones de cobertura y cómo presentar una apelación. Utilice el cuadro que está a continuación a modo de ayuda para determinar qué parte tiene información para su situación:

¿En cuáles de estas situaciones está usted?

Si se encuentra en esta situación:	Esto es lo que puede hacer:
¿Necesita un medicamento que no se encuentra en nuestra Lista de medicamentos o necesita que lo eximamos de alguna regla o restricción sobre un medicamento que cubrimos?	Puede solicitarnos que hagamos una excepción. (Este es un tipo de decisión de cobertura). Comience con la Sección 5.2 de este capítulo.
¿Desea que cubramos un medicamento que figura en nuestra Lista de Medicamentos y cree que cumple con cualquier regla o restricción del plan (como la obtención de una aprobación por adelantado) para el medicamento que necesita?	Puede solicitarnos una decisión de cobertura. Vaya a la Sección 5.4 de este capítulo.
¿Desea pedirnos que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya ha recibido y pagado?	Puede solicitarnos que le hagamos un reembolso. (Este es un tipo de decisión de cobertura). Vaya a la Sección 5.4 de este capítulo.
¿Ya le hemos dicho que no cubriremos ni pagaremos un medicamento de la forma en que usted desearía que se cubra o pague?	Puede presentar una apelación. (Esto significa que nos está pidiendo que reconsideremos una decisión). Vaya a la Sección 5.5 de este capítulo.

Sección 5.2 ¿Qué es una excepción?

Si un medicamento no está cubierto de la forma en que desearía que lo estuviera, puede solicitarnos que hagamos una “excepción”. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura. Como sucede con otros tipos de decisiones de cobertura, si rechazamos su solicitud de una excepción, puede apelar nuestra decisión.

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

Cuando solicite una excepción, su médico u otro recetador deberán explicarle los motivos médicos por los que necesita que se apruebe su excepción. Luego, consideraremos su solicitud. Estos son tres ejemplos de excepciones que usted o su médico u otro recetador pueden solicitarnos que hagamos:

1. Cubrir un medicamento de la Parte D que no se encuentra en nuestra *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)*. (Para abreviarla, la llamamos “Lista de Medicamentos”).

Términos legales

A veces, pedir la cobertura de un medicamento que no figura en la Lista de Medicamentos se denomina pedir una “**excepción al formulario**”.

- Si aceptamos hacer una excepción y cubrimos un medicamento que no figura en la Lista de Medicamentos, deberá pagar el monto de costos compartidos que corresponde a los medicamentos del Nivel 4 (medicamentos no preferidos). No puede solicitarnos una excepción en torno al monto de copago o coseguro que debe pagar por el medicamento.

2. Eliminar una restricción en nuestra cobertura de un medicamento cubierto. Existen reglas o restricciones adicionales que se aplican a determinados medicamentos que figuran en nuestra *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* (para obtener más información, vaya al **Capítulo 3**).

Términos legales

A veces, solicitar la eliminación de una restricción sobre la cobertura de un medicamento se denomina pedir una “**excepción al formulario**”.

- Las reglas y restricciones adicionales sobre la cobertura de determinados medicamentos incluyen las siguientes:
 - *Estar obligado a usar la versión genérica* de un medicamento en lugar del medicamento de marca.
 - *Obtener la aprobación del plan por adelantado* antes de que aceptemos cubrir el medicamento en su caso. (A veces, esto se denomina “autorización previa”).
 - *Estar obligado a probar un medicamento diferente en primer lugar* antes de que aceptemos cubrir el medicamento que está pidiendo. (A veces, esto se denomina “terapia escalonada”).
 - *Límites en la cantidad*. En el caso de algunos medicamentos, existen restricciones sobre la cantidad de medicamento que puede consumir.
- Si acordamos hacer una excepción y eximimos una restricción para usted, puede solicitarnos una excepción del monto de copago o coseguro que le solicitamos que pague para el medicamento.

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

3. Cambiar la cobertura de un medicamento a un nivel de costos compartidos más bajo.

Cada medicamento de nuestra Lista de Medicamentos se encuentra en uno de cinco niveles de costos compartidos. En general, cuanto menor sea el número del nivel de costos compartidos, menos pagará como su parte del costo del medicamento.

Términos legales

A veces, solicitarnos pagar un precio inferior por un medicamento cubierto no preferido se denomina pedir una **“excepción de nivel”**.

- Si su lista de medicamentos contiene medicamentos alternativos para tratar su afección médica que se encuentran en un nivel de costos compartidos más bajo en comparación con su medicamento, puede solicitarnos que cubramos su medicamento al monto de costos compartidos que se aplica a los medicamentos alternativos. Esto reduciría su parte del costo del medicamento.
 - Si el medicamento que toma actualmente es un producto biológico, puede solicitarnos que cubramos su medicamento al monto de costos compartidos que se aplica al nivel más bajo que contiene las alternativas de productos biológicos para tratar su afección.
 - Si el medicamento que toma actualmente es un medicamento de marca, puede solicitarnos que cubramos su medicamento al monto de costos compartidos que se aplica al nivel más bajo que contiene las alternativas de medicamentos de marca para tratar su afección.
 - Si el medicamento que toma actualmente es un medicamento genérico, puede solicitarnos que cubramos su medicamento al monto de costos compartidos que se aplica al nivel más bajo que contiene las alternativas de medicamentos de marca o genéricos para tratar su afección.
- No puede solicitarnos que cambiemos el nivel de costos compartidos de ningún medicamento del Nivel 5 (medicamentos especializados).
- Si aprobamos su solicitud de una excepción de niveles y hay más de un nivel de costos compartidos más bajo con medicamentos alternativos que no puede tomar, generalmente pagará el monto más bajo.

Sección 5.3 Cosas importantes que debe saber acerca de solicitar excepciones

Su médico debe decirnos los motivos médicos

Su médico u otro recetador deben entregarnos una declaración en la que se expliquen los motivos médicos para solicitar una excepción. Para obtener una decisión más rápida, incluya la información médica de su médico u otro recetador al solicitar la excepción.

Por lo general, nuestra Lista de Medicamentos incluye más de un medicamento para tratar una afección en particular. Estas distintas posibilidades se denominan medicamentos “alternativos”. Si un medicamento alternativo sería tan eficaz como el medicamento que está solicitando y no causaría más efectos

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

secundarios ni otros problemas de salud, generalmente *no* aprobaremos su solicitud de una excepción. Si nos solicita una excepción de nivel, por lo general *no* aprobaremos su solicitud de una excepción, a menos que todos los medicamentos alternativos en los niveles de costos compartidos inferiores no sean tan eficaces para usted.

Podemos aceptar o rechazar su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de una excepción, generalmente, nuestra aprobación es válida hasta el final del año del plan. Esto es así siempre y cuando su médico siga recetándole el medicamento, y el medicamento siga siendo seguro y eficaz para el tratamiento de su afección.
- Si rechazamos su solicitud de una excepción, puede solicitar una revisión de nuestra decisión presentando una apelación. En la **Sección 5.5** encontrará más información sobre cómo presentar una apelación si rechazamos su solicitud.

La próxima sección le indica cómo solicitar una decisión de cobertura, como una excepción.

Sección 5.4	Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, como una excepción
--------------------	--

Paso 1: Nos solicita que tomemos una decisión de cobertura acerca del medicamento o los medicamentos que necesita, o acerca del pago. Si su estado de salud exige una respuesta rápida, debe pedirnos que tomemos una “decisión de cobertura rápida”. No puede solicitar una decisión de cobertura rápida si nos pide que le paguemos por un medicamento que ya adquirió.

Qué hacer

- **Solicite 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 otro recetador) pueden hacer esto. También puede acceder al proceso de decisión de cobertura mediante nuestro sitio web. Para obtener detalles, vaya a la **Sección 1 del Capítulo 2** y busque la sección denominada *Cómo comunicarse con nosotros cuando nos solicita una decisión de cobertura acerca de sus medicamentos recetados de la Parte D*. O si quiere pedirnos que le reembolsemos el costo de un medicamento, vaya a la sección denominada *A dónde enviar una solicitud para pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de un medicamento que ha recibido*.
- **Usted, su médico o alguien más que actúe en su nombre** pueden solicitar una decisión de cobertura. En la **Sección 4** de este capítulo, encontrará más información sobre cómo darle a alguien el permiso para que actúe como su representante. También puede hacer que un abogado actúe en su nombre.
- **Si desea que le reembolsemos el costo de un medicamento,** comience leyendo el **Capítulo 5** de este folleto: *Cómo pedirnos que paguemos nuestra parte de los costos de los medicamentos cubiertos*. En el **Capítulo 5** se describen las situaciones en las que es posible que deba pedirnos un reembolso. También se le indica cómo enviarnos la documentación en la que nos solicita el reembolso de nuestra parte del costo de un medicamento que haya pagado.

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

- **Si solicita una excepción, brinde una “declaración de respaldo”.** Su médico u otro recetador deben darnos motivos médicos para la excepción de medicamentos que está solicitando. (Esto se denomina “declaración de respaldo”). Su médico u otro recetador pueden enviarnos la declaración por fax o por correo. O bien, su médico u otro recetador pueden decirnos los motivos por teléfono y luego, enviar la declaración por escrito por fax o correo, si fuera necesario. Consulte las **Secciones 5.2 y 5.3** para obtener más información acerca de las solicitudes de excepción.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito,** también una solicitud enviada mediante el Formulario de Solicitud de Determinación de Cobertura Modelo de los CMS, que se encuentra disponible en nuestro sitio web.
- **Puede presentar una solicitud de decisión de cobertura por Internet en** express-scripts.com/consumer/site/coveragereviewdetermination

Si su estado de salud así lo exige, pídanos que le brindemos una “decisión de cobertura rápida”

Términos legales
Una “decisión de cobertura rápida” se denomina “ determinación de cobertura acelerada ”.

- Cuando le brindemos nuestra decisión, usaremos los plazos “estándar” a menos que hayamos aceptado utilizar los plazos “rápidos”. Una decisión de cobertura estándar significa que le daremos una respuesta en el plazo de 72 horas después de recibir la declaración de su médico. Una decisión de cobertura rápida significa que le daremos una respuesta en el plazo de 24 horas después de recibir la declaración de su médico.
- **Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe reunir dos requisitos:**
 - Puede obtener una decisión de cobertura rápida *únicamente* si está solicitando la excepción para un *medicamento que aún no ha recibido*. (No puede obtener una decisión de cobertura rápida si nos pide que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya adquirió).
 - Puede obtener una decisión de cobertura rápida *únicamente* si utilizar los plazos estándares *puede provocarle un daño grave a su salud o puede dañar su capacidad funcional*.
- **Si su médico u otro recetador nos dice que su estado de salud exige una “decisión de cobertura rápida”, automáticamente se la daremos.**
- Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta (sin el respaldo de su médico o de otro recetador), decidiremos si su estado de salud exige que le brindemos una decisión de cobertura rápida.
 - Si decidimos que su afección médica no reúne los requisitos para una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta para informárselo (y utilizaremos los plazos estándar).
 - En esta carta se le informará que, si su médico u otro recetador solicitan una decisión de cobertura rápida, automáticamente se la daremos.
 - También se le informará cómo puede presentar una queja acerca de nuestra decisión de brindarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó. Le informa cómo presentar una queja “rápida”, lo que significa que obtendría

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

nuestra respuesta a su queja en el plazo de 24 horas desde la recepción de la queja. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso para las decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener más información acerca del proceso para presentar quejas, consulte la **Sección 7** de este capítulo).

Paso 2: Consideramos su solicitud y le damos nuestra respuesta.

Plazos para una decisión de cobertura “rápida”

- Si usamos los plazos rápidos, debemos darle nuestra respuesta **en el plazo de 24 horas**.
 - Por lo general, esto significa 24 horas después de recibida su solicitud. Si solicita una excepción, le daremos nuestra respuesta en el plazo de 24 horas desde la recepción de la declaración del médico que respalde su solicitud. Le daremos nuestra respuesta antes si su estado de salud así lo requiere.
 - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización externa e independiente. Más adelante en esta sección, hablaremos sobre esta organización de revisión y le explicaremos qué sucede en la apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa para parte o todo lo que solicitó**, debemos proporcionar la cobertura que hemos acordado brindar en el plazo de 24 horas después de recibida su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es negativa para parte o todo lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se explique por qué motivos rechazamos su solicitud. También le diremos cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una decisión de cobertura “estándar” acerca de un medicamento que aún no ha recibido

- Si usamos los plazos estándar, debemos darle nuestra respuesta **en el plazo de 72 horas**.
 - Por lo general, esto significa 72 horas después de recibida su solicitud. Si solicita una excepción, le daremos nuestra respuesta en el plazo de 72 horas desde la recepción de la declaración del médico que respalde su solicitud. Le daremos nuestra respuesta antes si su estado de salud así lo requiere.
 - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización independiente. Más adelante en esta sección, hablaremos sobre esta organización de revisión y le explicaremos qué sucede en la apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa para parte o todo lo que solicitó:**
 - Si aprobamos su solicitud de cobertura, **debemos proporcionar la cobertura** que hemos acordado brindar **en el plazo de 72 horas** después que recibamos su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es negativa para parte o todo lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se explique por qué motivos rechazamos su solicitud. También le diremos cómo puede apelar nuestra decisión.

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

Plazos para una decisión de cobertura “estándar” acerca del pago de un medicamento que ya adquirió

- Debemos darle nuestra respuesta **en el plazo de 14 días calendario** después de recibida su solicitud.
 - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización independiente. Más adelante en esta sección, hablaremos sobre esta organización de revisión y le explicaremos qué sucede en la apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa para parte o todo lo que solicitó**, también debemos realizarle el pago en el plazo de 14 días calendario después de recibida su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es negativa para parte o todo lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se explique por qué motivos rechazamos su solicitud. También le diremos cómo puede apelar nuestra decisión.

Paso 3: Si rechazamos su solicitud de cobertura, usted decide si desea presentar una apelación.

- Si nuestra respuesta es negativa, tiene derecho a pedir una apelación. Solicitar una apelación significa pedirnos que reconsideremos y, posiblemente que cambiemos, la decisión que hemos tomado.

Sección 5.5	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 (cómo solicitar la revisión de una decisión de cobertura tomada por nuestro plan)
--------------------	--

Términos legales
Una apelación presentada ante el plan acerca de una decisión de cobertura de un medicamento de la Parte D se denomina una “ redeterminación ” del plan.

Paso 1: Usted se comunica con nosotros y presenta su apelación de Nivel 1. Si su estado de salud exige una respuesta rápida, debe pedir una “**apelación rápida**”.

Qué hacer

- **Para comenzar una apelación, usted (o su representante, médico u otro recetador) debe comunicarse con nosotros.**
 - Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros por teléfono, fax o correo, o en nuestro sitio web para cualquier fin relacionado con su apelación, vaya a la **Sección 1 del Capítulo 2** y busque la sección denominada *Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación acerca de sus medicamentos recetados de la Parte D*.
- **Si solicita una apelación estándar, preséntela enviando una solicitud por escrito.** También puede solicitar una apelación llamando por teléfono al número de teléfono que aparece en la

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

Sección 1 del Capítulo 2 (*Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación acerca de sus medicamentos recetados de la Parte D*).

- **Si solicita una apelación rápida, puede presentarla por escrito o llamando por teléfono a los números de teléfono que aparecen en la Sección 1 del Capítulo 2** (*Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación acerca de sus medicamentos recetados de la Parte D*).
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito**, también una solicitud enviada mediante el Formulario de Solicitud de Determinación de Cobertura Modelo de los CMS, que se encuentra disponible en nuestro sitio web.
- **Puede presentar una solicitud de redeterminación de cobertura por Internet en express-scripts.com/consumer/site/coveragereviewredetermination**
- **Debe presentar su solicitud de apelación en el plazo de 60 días calendario** desde la fecha que aparece en el aviso por escrito que le enviamos para darle nuestra respuesta a su solicitud de una decisión de cobertura. Si no cumple con este plazo y tiene un buen motivo para no haberlo hecho, es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Algunos ejemplos de una buena causa para no cumplir con el plazo pueden incluir haber sufrido una enfermedad grave que no le permitió comunicarse con nosotros o si nosotros le brindamos información incorrecta o incompleta acerca del plazo para solicitar una apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información que está en su apelación y agregar más datos.**
 - Tiene derecho a solicitarnos una copia de la información en torno a su apelación.
 - Si así lo desea, usted y su médico u otro recetador pueden brindarnos información adicional para respaldar su apelación.

Si su estado de salud así lo requiere, pida una “apelación rápida”

Términos legales
La “apelación rápida” también se denomina “redeterminación acelerada”.

- Si está apelando una decisión que tomamos acerca de un medicamento que aún no ha recibido, usted y su médico u otro recetador deberán decidir si necesita una “apelación rápida”.
- Los requisitos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que existen para obtener una “decisión de cobertura rápida” en la **Sección 5.4** de este capítulo.

Paso 2: Consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Cuando estemos revisando su apelación, consideraremos detalladamente toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificaremos para ver si seguimos todas las reglas al rechazar su solicitud. Podremos comunicarnos con usted o con su médico u otro recetador para obtener más información.

Plazos para una “apelación rápida”

- Si usamos los plazos rápidos, debemos darle nuestra respuesta **en el plazo de 72 horas desde la recepción de su apelación**. Le daremos nuestra respuesta antes si su estado de salud así lo requiere.

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

- Si no le damos nuestra respuesta en el plazo de 72 horas, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una Organización de Revisión Independiente. (Más adelante en esta sección, hablaremos sobre esta organización de revisión y le explicaremos qué sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones).
- **Si nuestra respuesta es afirmativa para parte o todo lo que solicitó**, debemos proporcionar la cobertura que hemos acordado brindar en el plazo de 72 horas después de recibida su apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa para parte o todo lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se explique por qué motivos rechazamos su solicitud y cómo apelar nuestra decisión.

Plazos para una apelación “estándar”

- Si usamos los plazos estándares, debemos darle nuestra respuesta **en el plazo de 7 días calendario** después de que recibamos su apelación por un medicamento que aún no ha recibido. Le daremos una decisión antes si aún no ha recibido el medicamento y si su estado de salud nos obliga a hacerlo. Si cree que su estado de salud así lo requiere, debe pedir la apelación “rápida”.
 - Si no le damos nuestra decisión en el plazo de 7 días calendario, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una Organización de Revisión Independiente. Más adelante en esta sección, hablaremos sobre esta organización de revisión y le explicaremos qué sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa para parte o todo lo que solicitó:**
 - Si aprobamos una solicitud de cobertura, debemos **brindar la cobertura** que hemos aceptado proporcionar tan rápidamente como su salud lo exija, pero **no después de transcurridos 7 días calendario** desde la recepción su apelación.
 - Si aprobamos una solicitud de reembolsarle el costo de un medicamento que usted ya adquirió, estamos obligados a **enviarle el pago en el plazo de 30 días calendario** después de recibir su solicitud de apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa para parte o todo lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se explique por qué motivos rechazamos su solicitud y cómo apelar nuestra decisión.
- Si solicita que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró, debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 14 días calendario** después de que recibamos su solicitud.
 - Si no le damos nuestra decisión en el plazo de 14 días calendario, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización independiente. Más adelante en esta sección, hablaremos sobre esta organización de revisión y le explicaremos qué sucede en la apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa para parte o todo lo que solicitó**, también debemos realizarle el pago en el plazo de 30 días calendario después de recibida su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es negativa para parte o todo lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se explique por qué motivos rechazamos su solicitud. También le diremos cómo puede apelar nuestra decisión.

Paso 3: Si rechazamos su apelación, usted decide si quiere continuar con el proceso de apelaciones y presentar otra apelación.

- Si rechazamos su apelación, usted decide si desea aceptar esta decisión o seguir presentando otra apelación.
- Si decide presentar otra apelación, esto significa que su apelación pasará al Nivel 2 del proceso de apelaciones (consulte la información que aparece a continuación).

Sección 5.6 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2

Si rechazamos su apelación, usted decide si desea aceptar esta decisión o seguir presentando otra apelación. Si decide pasar a una apelación de Nivel 2, la **Organización de Revisión Independiente** revisará la decisión que tomamos cuando rechazamos su primera apelación. Esta organización decide si debemos cambiar la decisión tomada en primera instancia.

Términos legales

El nombre formal de la “Organización de Revisión Independiente” es “**Entidad de Revisión Independiente**”. A veces, se la llama “**IRE**” (Independent Review Entity).

Paso 1: Para presentar una apelación de Nivel 2, usted (o su representante, médico u otro recetador) debe comunicarse con la Organización de Revisión Independiente y solicitar una revisión de su caso.

- Si rechazamos su apelación de Nivel 1, el aviso por escrito que le enviemos incluirá **instrucciones sobre cómo presentar la apelación de Nivel 2** ante la Organización de Revisión Independiente. Estas instrucciones le dirán quiénes pueden presentar esta apelación de Nivel 2, qué plazos debe cumplir y cómo comunicarse con la organización de revisión.
- Cuando presente una apelación ante la Organización de Revisión Independiente, le enviaremos la información que tenemos sobre su apelación a esta organización. Esta información se denomina su “archivo del caso”. **Tiene derecho a pedirnos una copia de su archivo del caso.**
- Tiene derecho a brindarle información adicional a la Organización de Revisión Independiente para respaldar su apelación.

Paso 2: La Organización de Revisión Independiente realiza 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 conectada con nosotros ni es una agencia gubernamental. Esta organización es una compañía elegida por Medicare para revisar nuestras decisiones acerca de sus beneficios de la Parte D en virtud de nuestro plan.
- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente estudiarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación. La organización le dará su decisión por escrito y le explicará los motivos.

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

Plazos para una “apelación rápida” de Nivel 2

- Si su estado de salud así lo exige, pídale a la Organización de Revisión Independiente una “apelación rápida”.
- Si la organización de revisión acepta darle una “apelación rápida”, dicha organización debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en el plazo de 72 horas** después de recibida su solicitud de apelación.
- **Si la Organización de Revisión Independiente acepta parte o todo lo que pidió**, debemos brindarle la cobertura de medicamentos que fue aprobada por la organización de revisión **en el plazo de 24 horas** después de recibida la decisión de la organización de revisión.

Plazos para una “apelación estándar” de Nivel 2

- Si tiene una apelación estándar de Nivel 2, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en el plazo de 7 días calendario** después de que recibamos su apelación por un medicamento que aún no ha recibido. Si solicita que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 dentro de los 14 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud.
- **Si la Organización de Revisión Independiente le da una respuesta afirmativa para parte o todo de lo que solicitó:**
 - Si la Organización de Revisión Independiente aprueba una solicitud de cobertura, **debemos brindarle la cobertura de medicamentos** aprobada por la organización de revisión **en el plazo de 72 horas** después de recibida la decisión de la organización de revisión.
 - Si la Organización de Revisión Independiente aprueba una solicitud de devolverle el costo de un medicamento que ya pagó, estamos obligados a **enviarle el pago en el plazo de 30 días calendario** después de recibir la decisión de la organización de revisión.

¿Qué sucede si la organización de revisión rechaza su apelación?

Si esta organización rechaza su apelación, esto significa que la organización acepta nuestra decisión de no aprobar su solicitud. (Esto se denomina “respaldar la decisión”. También se denomina “rechazar su apelación”).

Si la Organización de Revisión Independiente “respalda la decisión”, tiene derecho a presentar una apelación de Nivel 3. Sin embargo, para presentar otra apelación de Nivel 3, el valor en dólares de la cobertura del medicamento que está solicitando debe cumplir un monto mínimo. Si el valor en dólares de la cobertura del medicamento que está solicitando es demasiado bajo, no puede hacer otra apelación y la decisión de Nivel 2 será definitiva. El aviso que reciba de la Organización de Revisión Independiente le informará cuál es el valor en dólares que debe disputarse para continuar con el proceso de apelaciones.

Paso 3: Si el valor en dólares de la cobertura que está solicitando cumple con el requisito, usted decide si desea llevar la apelación al próximo nivel.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (lo que hace un total de cinco niveles de apelación).

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

- Si se rechaza la apelación de Nivel 2 y usted cumple con los requisitos para continuar con el proceso de apelación, debe decidir si quiere pasar al Nivel 3 y presentar una tercera apelación. Si decide presentar una tercera apelación, los detalles sobre cómo hacerlo aparecen en el aviso por escrito que recibió después de su segunda apelación.
- La apelación de Nivel 3 la tratará un juez de la ley administrativa o un abogado árbitro. En la **Sección 6** de este capítulo, encontrará más información acerca del proceso de apelación de los Niveles 3, 4 y 5.

SECCIÓN 6 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más allá

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

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha hecho una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2, y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor del medicamento que ha apelado cumple con un determinado monto de dinero, es posible seguir con los niveles adicionales de apelación. Si el monto en dólares es menor, no puede continuar con la apelación. La respuesta por escrito que reciba para su apelación de Nivel 2 le explicará con quién puede comunicarse y qué hacer para pedir una apelación de Nivel 3.

Para la mayoría de las situaciones que involucran apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan prácticamente de la misma manera. A continuación, presentamos quién se encarga de la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3	Un juez (denominado Juez de la Ley Administrativa) o un abogado árbitro que trabaja para el gobierno Federal revisará su apelación y le dará una respuesta.
-----------------------------	--

- **Si la respuesta es afirmativa, el proceso de apelaciones se dará por terminado.** Lo que pidió en la apelación ha sido aprobado. Debemos **autorizar o brindar la cobertura de medicamentos** aprobada por el Juez de la Ley Administrativa o el abogado **en el plazo de 72 horas (24 horas en el caso de las apelaciones aceleradas) o realizar el pago antes de los 30 días calendario** después de recibida la decisión.
- **Si el Juez de la Ley Administrativa o el abogado rechaza su apelación, el proceso de apelaciones puede haber terminado o no.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones ha terminado.
 - Si no quiere aceptar la decisión, puede seguir al próximo nivel del proceso de revisión. Si el Juez de la Ley Administrativa o el abogado árbitro rechaza su apelación, el aviso que recibirá le dirá qué hacer a continuación si decide seguir con su apelación.

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

Apelación de Nivel 4 El Consejo de Apelaciones (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo forma parte del gobierno Federal.

- Si la respuesta es afirmativa, el proceso de apelaciones se dará por terminado. Lo que pidió en la apelación ha sido aprobado. Debemos **autorizar o brindar la cobertura de medicamentos** aprobada por el Consejo en el plazo de 72 horas (24 horas en el caso de las apelaciones aceleradas) o realizar el pago antes de los 30 días calendario después de recibida la decisión.
- Si la respuesta es negativa, el proceso de apelaciones *puede haber terminado o no*.
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones ha terminado.
 - Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda seguir con el próximo nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación o niega su solicitud de revisar la apelación, el aviso que recibirá le dirá si las reglas le permiten pasar a una Apelación de Nivel 5. Si las reglas se lo permiten, el aviso por escrito también le informará a quién debe contactar y qué debe hacer a continuación si decide seguir con su apelación.

Apelación de Nivel 5 Un juez del Tribunal del Distrito Federal revisará su apelación.

- Este es el último paso del proceso de apelaciones.

CÓMO PRESENTAR QUEJAS

SECCIÓN 7 Cómo presentar una queja acerca de la calidad de la atención, los tiempos de espera, el Servicio al cliente y otras inquietudes

- ?** Si su problema está relacionado con las decisiones en torno a los beneficios, la cobertura o el pago, esta sección *no es para usted*. En lugar de esto, debe utilizar el proceso para las decisiones de cobertura y apelaciones. Vaya a la Sección 4 de este capítulo.

Sección 7.1 ¿Qué tipos de problemas administra el proceso de quejas?

En esta sección se explica cómo usar el proceso para presentar quejas. El proceso de quejas se utiliza para determinados tipos de problemas *únicamente*. Esto incluye los problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el Servicio al cliente que recibe. Estos son ejemplos de los tipos de problemas que trata el proceso de quejas.

Si tiene cualquiera de estos tipos de problemas, puede “presentar una queja”

Queja	Ejemplo
Calidad de la atención médica	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Está insatisfecho con la calidad de la atención que ha recibido?
Respeto de su privacidad	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cree que alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información acerca de usted que cree que debería ser confidencial?
Falta de respeto, Servicio al cliente deficiente u otros comportamientos negativos	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Alguien ha sido descortés o irrespetuoso con usted? • ¿Está insatisfecho con el modo en que nuestro Servicio al cliente lo ha tratado? • ¿Siente que lo están alentando a abandonar el plan?
Tiempos de espera	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Los farmacéuticos lo han dejado esperando demasiado tiempo? ¿O nuestro Servicio al cliente u otro personal del plan? <ul style="list-style-type: none"> ○ Los ejemplos incluyen esperar demasiado tiempo en el teléfono o al obtener una receta.
Limpieza	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Está insatisfecho con las condiciones o la limpieza de una farmacia?
Información que obtiene de parte nuestra	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cree que no le hemos brindado un aviso que debemos brindar? • ¿Piensa que la información por escrito que le hemos proporcionado es difícil de entender?
<p>Oportunidad (Estos tipos de quejas están relacionadas con la <i>oportunidad</i> de nuestras medidas en torno a las decisiones de cobertura y apelaciones).</p>	<p>El proceso para solicitar una decisión de cobertura y presentar apelaciones se explica en las Secciones 4 a 6 de este capítulo. Si está solicitando una decisión o presentando una apelación, debe utilizar ese proceso y no el proceso de quejas.</p> <p>Sin embargo, si ya nos ha pedido una decisión de cobertura o si ha realizado una apelación y piensa que no le respondimos con suficiente rapidez, también puede presentar una queja acerca de nuestra lentitud. A continuación, presentamos algunos ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si nos ha pedido que le brindemos una “decisión de cobertura rápida” para una “apelación rápida” y le hemos dicho que no, puede presentar una queja. • Si cree que no estamos cumpliendo los plazos para brindarle una decisión de cobertura o una respuesta a una apelación que ha presentado, puede presentar una queja. • Cuando se revisa una decisión de cobertura que hemos tomado y la decisión es que debemos cubrir o reembolsarle el costo de determinados medicamentos, hay plazos que cumplir. Si piensa que no estamos cumpliendo con estos plazos, puede presentar una queja. • Cuando no tomamos una decisión a tiempo, estamos obligados a reenviar su caso a la Organización de Revisión Independiente. Si no hacemos esto en el plazo exigido, puede presentar una queja.

Sección 7.2 El nombre formal para “presentar una queja” es “presentar una queja por agravio”

Términos legales

- Lo que en esta sección se denomina “queja” también se llama “queja por agravio”.
- Otro término para “presentar una queja” es “presentar una queja por agravio”.

Otra forma de decir “usar el proceso de quejas” es “utilizar el proceso para presentar una queja por agravio”.

Sección 7.3 Paso a paso: Cómo presentar una queja

Paso 1: Comuníquese con nosotros rápidamente, ya sea por teléfono o por escrito.

- **Habitualmente, llamar al Servicio al cliente es el primer paso.** Si hay algo más que deba hacer, el Servicio al cliente se lo informará. Llámenos al **1.855.864.6797**. Los usuarios de TTY deben llamar al **1.800.716.3231**. El Servicio al cliente está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- **Si no desea llamar (o llamó, pero no quedó satisfecho), puede poner su queja por escrito y enviárnosla.** Si presenta su queja por escrito, responderemos a ella por escrito.
- Si llama para presentar una queja, intentaremos resolverla por teléfono. Si no podemos resolver su queja por teléfono, responderemos en el plazo de 30 días.
- Si prefiere presentar su queja por escrito, envíe una carta lo más detallada posible a la siguiente dirección: Mutual of Omaha Rx, Attn: Grievance Resolution Team, P.O. Box 3610, Dublin, OH 43016-0307. Responderemos a todas las quejas por escrito en el plazo de 30 días.
- Si tiene una queja por agravio con respecto al rechazo de una solicitud de “decisión de cobertura rápida” o de una “apelación rápida”, le daremos una respuesta en el plazo de 24 horas.
- **Ya sea que nos llame o nos escriba, debe comunicarse con el Servicio al cliente de inmediato.** La queja debe presentarse en el plazo de 60 días calendario después de haber tenido el problema por el que se quiere quejar.

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

- Si está presentando una queja porque rechazamos su solicitud de una “decisión de cobertura rápida” o una “apelación rápida”, automáticamente le otorgaremos una queja “rápida”. Si tiene una queja “rápida”, esto significa que le daremos una respuesta en el plazo de 24 horas.

Términos legales

Lo que en esta sección se denomina “queja rápida” también se llama “queja por agravio acelerada”.

Paso 2: Revisamos su queja y le damos nuestra respuesta.

- **De ser posible, le responderemos de inmediato.** Si nos llama para presentar una queja, es posible que podamos darle una respuesta durante esa misma llamada. Si su estado de salud exige que le respondamos rápidamente, así lo haremos.
- **La mayoría de las quejas se responden en el plazo de 30 días calendario.** Si necesitamos más información y se determina que el retraso es lo mejor para usted, o bien si nos pide más tiempo, podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales (44 días calendario en total) para responder a su queja. Si decidimos tomarnos días adicionales, se lo informaremos por escrito.
- **Si no estamos de acuerdo** con una parte o toda su queja, o si no somos responsables del problema por el que se está quejando, se lo haremos saber. Nuestra respuesta incluirá los motivos de la misma. Debemos responder si aceptamos la queja o no.

Sección 7.4 También puede presentar quejas acerca de la calidad de atención ante la Organización de Mejoras de Calidad

Puede presentarnos su queja acerca de la calidad de la atención recibida mediante el proceso paso a paso que se describió anteriormente.

Cuando su queja se trata de la *calidad de la atención*, también tiene dos opciones adicionales:

- **Puede presentar su queja ante la Organización de Mejoras de Calidad.** Si así lo prefiere, puede presentar su queja sobre la calidad de la atención que recibió directamente ante esta organización (*sin* presentar la queja ante nosotros).
 - La Organización de Mejoras de Calidad está formada por un grupo de médicos practicantes y otros expertos de atención médica que reciben un pago del gobierno Federal para controlar y mejorar la atención brindada a pacientes de Medicare.
 - Para encontrar el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización de Mejoras de Calidad de su estado, busque en el **Apéndice** de este folleto. Si presenta una queja ante esta organización, trabajaremos con ella para resolverla.
- **O puede presentar su queja ante las dos entidades al mismo tiempo.** Si así lo desea, puede presentar su queja acerca de la calidad de la atención ante nosotros y también ante la Organización de Mejoras de Calidad.

**Capítulo 7. Qué hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)****Sección 7.5 También puede informar a Medicare acerca de su queja**

Puede presentar una queja acerca de Mutual of Omaha Rx directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, visite el sitio <https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx>. Medicare toma en serio sus quejas y usará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa Medicare.

Si tiene otros comentarios o inquietudes, o si siente que el plan no está resolviendo su problema, llame al 1.800.MEDICARE (1.800.633.4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.877.486.2048.

CAPÍTULO 8

Cómo finalizar su membresía en el plan

Capítulo 8. Cómo finalizar su membresía en el plan

SECCIÓN 1	Introducción	139
Sección 1.1	Este capítulo se centra en cómo finalizar su membresía en nuestro plan	139
SECCIÓN 2	¿Cuándo puede finalizar su membresía en nuestro plan?	139
Sección 2.1	Puede finalizar su membresía durante el Período de Inscripción Anual.....	139
Sección 2.2	En determinadas situaciones, puede finalizar su membresía durante un Período Especial de Inscripción.....	140
Sección 2.3	¿Dónde puede obtener más información sobre el momento en que puede finalizar su membresía?	142
SECCIÓN 3	¿Cómo puede finalizar su membresía en nuestro plan?.....	142
Sección 3.1	Generalmente, usted finaliza su membresía al inscribirse en otro plan	142
SECCIÓN 4	Hasta que finalice su membresía, debe seguir recibiendo sus medicamentos a través de nuestro plan	144
Sección 4.1	Hasta que finalice su membresía, aún es miembro de nuestro plan.....	144
SECCIÓN 5	Mutual of Omaha Rx debe finalizar su membresía en el plan en determinadas situaciones.....	144
Sección 5.1	¿Cuándo debemos finalizar su membresía en el plan?	144
Sección 5.2	<u>No podemos</u> pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud	145
Sección 5.3	Tiene derecho a presentar una queja si finalizamos su membresía en nuestro plan	146

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Este capítulo se centra en cómo finalizar su membresía en nuestro plan
--

La baja de su membresía en Mutual of Omaha Rx puede ser **voluntaria** (cuando se realiza por su propia elección) o **involuntaria** (cuando no se realiza por su propia elección):

- Podría abandonar nuestro plan porque decidió que *desea* abandonarlo.
 - Existen solo algunos momentos durante el año o algunas situaciones en que puede finalizar su membresía voluntariamente en el plan. La **Sección 2** le indica *cuándo* puede finalizar su membresía en el plan.
 - El proceso para la finalización voluntaria de su membresía varía de acuerdo con el tipo de cobertura nueva que vaya a elegir. En la **Sección 3** se le indica *cómo* finalizar su membresía en cada situación.
- También existen algunas situaciones en las que usted no decide abandonar el plan, pero nosotros estamos obligados a finalizar su membresía. En la **Sección 5** se brinda información sobre las situaciones en las que debemos finalizar su membresía.

Si abandona nuestro plan, debe seguir recibiendo sus medicamentos recetados de la Parte D a través de nuestro plan hasta que finalice su membresía.

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

Puede finalizar su membresía en nuestro plan únicamente durante determinados momentos del año, que se conocen como períodos de inscripción. Todos los miembros tienen la oportunidad de abandonar el plan durante el Período de Inscripción Anual. En algunas situaciones, también puede ser elegible para abandonar el plan en otros momentos del año.

Sección 2.1 Puede finalizar su membresía durante el Período de Inscripción Anual
--

Puede finalizar su membresía durante el **Período de Inscripción Anual** (también conocido como el “Período de Inscripción Anual Abierta”). Este es el momento en el que debe revisar su cobertura de salud y de medicamentos, y tomar una decisión con respecto a su cobertura para el próximo año.

- **¿Cuándo es el Período de Inscripción Anual?** El período comienza el 15 de octubre y termina el 7 de diciembre.
- **¿A qué tipo de plan puede cambiar durante el Período de Inscripción Anual?** Puede decidir mantener su cobertura actual o hacer cambios en su cobertura para el próximo año. Si decide cambiar a un plan nuevo, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
 - Otro plan de medicamentos recetados de Medicare.
 - Original Medicare *sin* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.

Capítulo 8. Cómo finalizar su membresía en el plan

- **Si recibe “Ayuda Extra” de Medicare para pagar sus medicamentos recetados:** Si no se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado, es posible que Medicare lo inscriba en un plan de medicamentos, a menos que usted haya elegido excluirse de 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 un contrato con Medicare para brindar todos los beneficios de la Parte A (hospital) y de la Parte B (médicos) de Medicare. Algunos planes de salud de Medicare también incluyen cobertura de medicamentos recetados de la Parte D.
 - Si se inscribe en la mayoría de los planes de salud de Medicare, se cancelará su inscripción en Mutual of Omaha Rx cuando comience la cobertura de su nuevo plan. Sin embargo, si usted elige un Plan Privado de Pago por Servicio sin cobertura de medicamentos de la Parte D, un Plan de Cuenta de Ahorros Médicos de Medicare o un Plan Medicare Cost, puede inscribirse en ese plan y conservar Mutual of Omaha Rx para su cobertura de medicamentos. Si no desea mantener nuestro plan, puede decidir inscribirse en otro plan de medicamentos recetados de Medicare o cancelar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare.

Nota: si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y se queda sin cobertura de medicamentos recetados acreditable, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía si se une a un plan de medicamentos de Medicare más adelante. (Cobertura “acreditable” significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare). Consulte la **Sección 5 del Capítulo 1** para obtener más información sobre la multa por inscripción tardía.

- **¿Cuándo finalizará su membresía?** Su membresía finalizará cuando comience la cobertura de su nuevo plan el 1 de enero.

Sección 2.2 En determinadas situaciones, puede finalizar su membresía durante un Período Especial de Inscripción

En algunas situaciones, los miembros de Mutual of Omaha Rx pueden ser elegibles para finalizar su membresía en otros momentos del año. Esto se conoce como **Período Especial de Inscripción**.

- **¿Quién es elegible para el Período Especial de Inscripción?** Si cualquiera de las siguientes situaciones se aplica a usted, puede ser elegible para finalizar su membresía durante un Período Especial de Inscripción. Estos son solo ejemplos. Para encontrar una lista completa, puede comunicarse con el plan, llamar a Medicare o visitar el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov>):
 - Si se mudó fuera del área de servicio de su plan.
 - Si tiene Medicaid.
 - Si es elegible para la “Ayuda Extra” para el pago de sus recetas de Medicare.
 - Si incumplimos nuestro contrato con usted.
 - Si recibe atención en una institución, como un hogar de ancianos o un hospital de cuidado a largo plazo (LTC).

- Si se inscribe en el Programa de Atención Integral para Personas Mayores (Program of All-Inclusive Care for the Elderly, PACE). El programa PACE no está disponible en todos los estados. Si desea saber si el programa PACE está disponible en su estado, comuníquese con el Servicio al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).
- **Nota:** Si está en un programa de administración de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de plan. **La Sección 10 del Capítulo 3** le brinda más información sobre los programas de administración de medicamentos.
- **¿Cuándo son los Períodos Especiales de Inscripción?** Los períodos de inscripción varían según cuál sea su situación.
- **¿Qué puede hacer?** Para saber si es elegible para un Período Especial de Inscripción, llame a Medicare al 1.800.MEDICARE (1.800.633.4227) las 24 horas al día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1.877.486.2048. Si es elegible para finalizar su membresía debido a una situación especial, puede elegir cambiar tanto su cobertura de salud como la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Esto significa que puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
 - Otro plan de medicamentos recetados de Medicare.
 - Original Medicare *sin* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.
 - **Si recibe “Ayuda Extra” de Medicare para pagar sus medicamentos recetados:** Si cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado, es posible que Medicare lo inscriba en un plan de medicamentos, a menos que usted haya elegido excluirse de 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 un contrato con Medicare para brindar todos los beneficios de la Parte A (hospital) y de la Parte B (médicos) de Medicare. Algunos planes de salud de Medicare también incluyen cobertura de medicamentos recetados de la Parte D.
 - Si se inscribe en la mayoría de los planes de salud de Medicare, se cancelará automáticamente su inscripción en Mutual of Omaha Rx cuando comience la cobertura de su nuevo plan. Sin embargo, si usted elige un Plan Privado de Pago por Servicio sin cobertura de medicamentos de la Parte D, un Plan de Cuenta de Ahorros Médicos de Medicare o un Plan Medicare Cost, puede inscribirse en ese plan y conservar Mutual of Omaha Rx para su cobertura de medicamentos. Si no desea mantener nuestro plan, puede decidir inscribirse en otro plan de medicamentos recetados de Medicare o cancelar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare.

Nota: si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y se queda sin cobertura de medicamentos recetados acreditable durante un período continuo de 63 días o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se une a un plan de medicamentos de Medicare más adelante. (Cobertura “acreditable” significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare). Consulte la **Sección 5 del Capítulo 1** para obtener más información sobre la multa por inscripción tardía.

Capítulo 8. Cómo finalizar su membresía en el plan

- **¿Cuándo finalizará su membresía?** Por lo general, su membresía finalizará el primer día del mes posterior a que recibamos su solicitud de cambio de plan.

Sección 2.3	¿Dónde puede obtener más información sobre el momento en que puede finalizar su membresía?
--------------------	---

Si tiene cualquier pregunta o si desea obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía:

- Puede **llamar al Servicio al cliente** (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).
- Puede encontrar información en el folleto *Medicare y Usted 2020*.
 - Todas las personas con Medicare reciben una copia de *Medicare y Usted* cada otoño. Los nuevos inscritos en Medicare lo reciben en el plazo de un mes después de inscribirse.
 - También puede descargar una copia desde el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov>). O bien, puede solicitar una copia impresa llamando a Medicare al número que aparece a continuación.
- 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 3 **¿Cómo puede finalizar su membresía en nuestro plan?**

Sección 3.1	Generalmente, usted finaliza su membresía al inscribirse en otro plan
--------------------	--

Por lo general, para finalizar su membresía en nuestro plan, simplemente se inscribe en otro plan de Medicare durante uno de los períodos de inscripción (consulte la **Sección 2** de este capítulo para obtener información sobre los períodos de inscripción). Sin embargo, existen dos situaciones en las que deberá finalizar su membresía de un modo diferente:

- Si desea cambiar de nuestro plan a Original Medicare *sin* un plan de medicamentos recetados de Medicare, debe solicitar que se cancele su inscripción en nuestro plan.
- Si se une a un Plan Privado de Pago por Servicio sin cobertura de medicamentos recetados, un Plan de Cuenta de Ahorros Médicos de Medicare o un Plan Medicare Cost, la inscripción en el nuevo plan no finalizará su membresía en nuestro plan. En este caso, puede inscribirse en ese plan y mantener Mutual of Omaha Rx para su cobertura de medicamentos. Si no desea mantener nuestro plan, puede decidir inscribirse en otro plan de medicamentos recetados de Medicare o solicitar que se cancele su inscripción en nuestro plan.

Si se encuentra en una de estas dos situaciones y desea abandonar nuestro plan, existen dos maneras en que puede solicitar que se cancele su inscripción:

- Puede presentarnos una solicitud por escrito. Comuníquese con el Servicio al cliente si necesita más información sobre cómo hacer esto (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Capítulo 8. Cómo finalizar su membresía en el plan

- --O--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.

Nota: si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y se queda sin cobertura de medicamentos recetados acreditable, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D si se une a un plan de medicamentos de Medicare más adelante. (Cobertura “acreditable” significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare). Consulte la **Sección 5 del Capítulo 1** para obtener más información sobre la multa por inscripción tardía.

En la siguiente tabla, se explica cómo debe finalizar su membresía en nuestro plan.

Si desea cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
<ul style="list-style-type: none"> • Otro plan de medicamentos recetados de Medicare. 	<ul style="list-style-type: none"> • Inscríbase en el nuevo plan de medicamentos recetados de Medicare entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Se cancelará automáticamente su inscripción en Mutual of Omaha Rx cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
<ul style="list-style-type: none"> • Un plan de salud de Medicare. 	<ul style="list-style-type: none"> • Inscríbase en el plan de salud de Medicare antes del 7 de diciembre. Con la mayoría de los planes de salud de Medicare, se cancelará automáticamente su inscripción en Mutual of Omaha Rx cuando comience la cobertura de su nuevo plan. Sin embargo, si usted elige un Plan Privado de Pago por Servicio sin cobertura de medicamentos de la Parte D, un Plan de Cuenta de Ahorros Médicos de Medicare o un Plan Medicare Cost, puede inscribirse en ese nuevo plan y mantener Mutual of Omaha Rx para su cobertura de medicamentos. Si desea abandonar nuestro plan, debe <i>ya sea</i> inscribirse en otro plan de medicamentos recetados de Medicare o solicitar que se cancele su inscripción. Para solicitar que se cancele su inscripción, debe enviarnos una solicitud por escrito (si necesita más información sobre cómo hacer esto, comuníquese con el Servicio al cliente [los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto]) o debe 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).

Si desea cambiar de nuestro plan a:

Esto es lo que debe hacer:

- Original Medicare *sin* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.

Nota: si cancela su inscripción en un plan de medicamentos recetados de Medicare y se queda sin cobertura de medicamentos recetados acreditable, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía si se une a un plan de medicamentos de Medicare más adelante. Consulte la **Sección 5 del Capítulo 1** para obtener más información sobre la multa por inscripción tardía.

- **Envíenos una solicitud por escrito para cancelar su inscripción.** Comuníquese con el Servicio al cliente si necesita más información sobre cómo hacer esto (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, y pedir que le cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1.877.486.2048.

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

Sección 4.1 Hasta que finalice su membresía, aún es miembro de nuestro plan

Si abandona Mutual of Omaha Rx, es posible que la finalización de su membresía y que la entrada en vigencia de su nueva cobertura de Medicare tome algún tiempo. (Consulte la **Sección 2** para obtener información sobre cuándo comienza su cobertura nueva). Durante este tiempo, debe seguir recibiendo sus medicamentos recetados a través de nuestro plan.

- **Debe seguir usando nuestras farmacias de la red para surtir sus recetas hasta que finalice su membresía en nuestro plan.** Habitualmente, sus medicamentos recetados se cubren únicamente si se surten en una farmacia de la red, también mediante nuestros servicios de farmacia de pedido por correo.

SECCIÓN 5 Mutual of Omaha Rx debe finalizar su membresía en el plan en determinadas situaciones

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos finalizar su membresía en el plan?

Mutual of Omaha Rx debe finalizar su membresía en el plan si se produce cualquiera de las siguientes situaciones:

- Si ya no tiene la Parte A o la Parte B de Medicare (o las dos).
- Si se muda fuera de nuestra área de servicio.

Capítulo 8. Cómo finalizar su membresía en el plan

- Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio durante más de 12 meses.
 - Si se muda o hace un viaje largo, debe llamar al Servicio al cliente para saber si el lugar al que se muda o viaja está dentro del área de nuestro plan. (Los números de teléfono del Servicio al cliente están impresos en la contraportada de este folleto).
- Si lo encarcelan (va a prisión).
- Si no es un ciudadano estadounidense ni reside legalmente en los Estados Unidos.
- Si miente u oculta información acerca de otro seguro que tiene que le proporciona cobertura de medicamentos recetados.
- Si, de manera intencional, nos brinda información incorrecta al inscribirse en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos hacer que abandone nuestro plan por este motivo, a menos que obtengamos el permiso de Medicare antes).
- Si se comporta continuamente de manera perturbadora y nos dificulta la provisión de atención para usted y otros miembros de nuestro plan. (No podemos hacer que abandone nuestro plan por este motivo, a menos que obtengamos el permiso de Medicare antes).
- Si deja que otra persona utilice su tarjeta de membresía para obtener medicamentos recetados. (No podemos hacer que abandone nuestro plan por este motivo, a menos que obtengamos el permiso de Medicare antes).
 - Si finalizamos su membresía debido a este motivo, es posible que Medicare solicite una investigación de su caso del Inspector General.
- Si no paga las primas del plan durante 2 meses calendario.
 - Debemos notificarle por escrito que cuenta con 2 meses calendario para pagar la prima del plan antes de finalizar su membresía.
- Si debe pagar el monto adicional de la Parte D debido a sus ingresos y no lo hace, Medicare cancelará su inscripción en nuestro plan y perderá su cobertura de medicamentos recetados.

¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene preguntas o si desea obtener más información sobre cuándo podemos finalizar su membresía:

- Puede llamar al Servicio al cliente para obtener más información (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Sección 5.2	<u>No podemos pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud</u>
--------------------	---

Mutual of Omaha Rx no tiene permitido pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud.

¿Qué debería hacer si esto sucede?

Si siente que le están pidiendo que abandone nuestro plan debido a un motivo relacionado con su salud, debe llamar a Medicare al 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.

Capítulo 8. Cómo finalizar su membresía en el plan

Sección 5.3	Tiene derecho a presentar una queja si finalizamos su membresía en nuestro plan
--------------------	--

Si finalizamos su membresía en nuestro plan, debemos explicarle los motivos por escrito. También debemos explicarle cómo puede presentar una queja o realizar una queja por agravio acerca de nuestra decisión de finalizar su membresía. También puede consultar la **Sección 7 del Capítulo 7** para encontrar información acerca de cómo presentar una queja.

CAPÍTULO 9

Avisos legales

Capítulo 9. Avisos legales

Capítulo 9. Avisos legales

SECCIÓN 1	Aviso sobre la ley vigente.....	149
SECCIÓN 2	Aviso sobre la no discriminación.....	149
SECCIÓN 3	Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare	149

SECCIÓN 1 Aviso sobre la ley vigente

Se aplican muchas leyes a esta *Evidencia de Cobertura*, y algunas disposiciones adicionales pueden aplicarse porque son exigidas por ley. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades, incluso si las leyes no se incluyen ni se explican en este documento. La ley principal que se aplica a este documento es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y las reglamentaciones creadas por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, o CMS, en virtud de la Ley del Seguro Social. Además, pueden aplicarse otras leyes Federales y, en determinadas circunstancias, las leyes del estado en el que vive.

SECCIÓN 2 Aviso sobre la no discriminación

Nuestro plan debe cumplir con las leyes que lo protegen de la discriminación o el trato injusto. No discriminamos por raza, etnia, origen nacional, color, religión, sexo, género, edad, discapacidad mental o física, estado de salud, experiencia con reclamos, antecedentes médicos, información genética, prueba de asegurabilidad ni ubicación geográfica dentro del área de servicios. Todas las organizaciones que brindan planes de medicamento recetado de Medicare, como nuestro plan, deben cumplir con las leyes federales contra la discriminación, como el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley de Cuidado de Salud Asequible, cualquier otra ley que se aplique a las organizaciones que reciben fondos federales, y cualquier otra ley y regla que se aplique por cualquier otro motivo.

Si desea obtener más información o si tiene alguna inquietud sobre 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) o a su Oficina de Derechos Civiles local.

Si tiene alguna discapacidad y necesita ayuda con el acceso a la atención, llámenos al Servicio al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). Si tiene alguna queja, como un problema con el acceso a una silla de ruedas, el Servicio al cliente puede ayudarlo.

SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar los medicamentos recetados cubiertos de Medicare para los que Medicare no es el pagador principal. De acuerdo con las reglamentaciones de los CMS que figuran en las secciones 422.108 y 423.462 del Título 42 del Código de Reglamentaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR), Mutual of Omaha Rx, como patrocinador del plan de medicamentos recetados de Medicare, ejercerá los mismos derechos de recuperación que el Secretario ejerce en virtud de las reglamentaciones de los CMS en las subpartes B a D de la parte 411 del Título 42 del CFR, y las reglas establecidas en esta sección anulan cualquier ley estatal.

CAPÍTULO 10

Definiciones de palabras importantes

Capítulo 10. Definiciones de palabras importantes

Apelación: una apelación es algo que usted presenta si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar una solicitud de cobertura de medicamentos recetados o de pago de medicamentos que ya recibió. Por ejemplo, puede presentar una apelación si no pagamos un medicamento que usted piensa que debería poder recibir. En el **Capítulo 7** se explican las apelaciones y también el proceso para la presentación de la apelación.

Período de Inscripción Anual: un período fijo durante cada otoño en el que los miembros pueden cambiar sus planes de salud o medicamentos, o bien cambiarse a Original Medicare. El Período de Inscripción Anual es del 15 de octubre al 7 de diciembre.

Medicamento de marca: medicamento recetado fabricado y vendido por la compañía farmacéutica que investigó y desarrolló el medicamento originalmente. Los medicamentos de marca tienen una formulación con los mismos principios activos que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otros fabricantes y, por lo general, es posible que no estén disponibles hasta después de que la patente del medicamento de marca haya expirado.

Etapas de Cobertura Catastrófica: la Etapa de beneficios de medicamentos de la Parte D en la que paga un copago o coseguro bajo por sus medicamentos después de que usted u otras partes calificadas hayan gastado en su nombre \$6,350 en medicamentos cubiertos durante el año cubierto.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): agencia Federal que administra Medicare. En el **Capítulo 2** se explica cómo puede comunicarse con los CMS.

Coseguro: monto que puede tener que pagar como su parte del costo de los medicamentos recetados después de pagar cualquier deducible. Por lo general, el coseguro es un porcentaje (por ejemplo, el 20 %).

Queja: el nombre formal para “realizar una queja” es “presentar una queja formal”. El proceso de quejas se utiliza *para determinados tipos de problemas únicamente*. Esto incluye los problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el Servicio al cliente que recibe. Consulte también el término “Queja por agravio” en esta lista de definiciones.

Copago: monto que puede tener que pagar como su parte del costo de un medicamento recetado. El copago es un monto fijo y no un porcentaje. Por ejemplo, es posible que deba pagar \$10 o \$20 por un medicamento recetado.

Costos compartidos: los costos compartidos se refieren a los montos que el miembro debe pagar cuando recibe medicamentos. (Esto se agrega a la prima mensual del plan). Los costos compartidos incluyen cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) cualquier monto de deducible que pueda imponer el plan antes de cubrir los medicamentos; (2) cualquier monto de “copago” fijo que el plan exige cuando se recibe un medicamento específico; o (3) cualquier monto de “coseguro”, un porcentaje del monto total pagado por un medicamento, que el plan exige cuando se recibe un medicamento específico. Puede aplicarse una “tasa de costos compartidos” en caso de que su médico le recete un suministro para menos de un mes completo de determinados medicamentos, y usted deba pagar un copago.

Capítulo 10. Definiciones de palabras importantes

Nivel de costos compartidos: cada medicamento de la Lista de Medicamentos Cubiertos se encuentra en uno de cinco niveles de costos compartidos. En general, mientras mayor sea el nivel de costos compartidos, mayor es su costo del medicamento.

Determinación de cobertura: una decisión acerca de si un medicamento recetado está cubierto por el plan y, en caso de que corresponda, el monto que debe pagar por la receta. En general, si lleva su receta a una farmacia y le dicen que la receta no está cubierta en virtud de su plan, esto no es una determinación de cobertura. Debe llamar o escribir a su plan para pedirle una decisión formal en torno a la cobertura. Las determinaciones de cobertura se denominan “decisiones de cobertura” en este folleto. En el **Capítulo 7** se explica cómo puede solicitarnos una decisión de cobertura.

Medicamentos cubiertos: términos que utilizamos para referirnos a todos los medicamentos recetados cubiertos por nuestro plan.

Cobertura de medicamentos recetados acreditable: cobertura de medicamentos recetados (por ejemplo, la de un empleador o sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura cuando se vuelven elegibles para Medicare pueden, por lo general, mantener esa cobertura sin tener que pagar una multa si deciden inscribirse en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare más adelante.

Servicio al cliente: departamento de nuestro plan que es responsable de responder sus preguntas acerca de la membresía, los beneficios, las quejas por agravio y las apelaciones. Para obtener información sobre cómo comunicarse con el Servicio al cliente, consulte el **Capítulo 2**.

Tasa de costos compartidos diaria: puede aplicarse una “tasa de costos compartidos diaria” en caso de que su médico le recete un suministro para menos de un mes completo de determinados medicamentos, y usted deba pagar un copago. La tasa de costos compartidos diaria es el copago dividido por la cantidad de días de suministro de un mes. A continuación, presentamos un ejemplo: Si su copago por un suministro de 1 mes de un medicamento es de \$30 y el suministro de 1 mes en su plan es de 30 días, la “tasa de costos compartidos diaria” es de \$1 por día. Esto significa que deberá pagar \$1 por cada día de suministro al surtir su receta.

Deducible: el monto que debe pagar por las recetas antes de que nuestro plan comience a pagar.

Darse de baja o cancelar la inscripción: el proceso para finalizar su membresía en nuestro plan. La Baja puede ser voluntaria (cuando se realiza por su propia elección) o involuntaria (cuando no se realiza por su propia elección).

Tarifa por prescripción: una tarifa que se cobra cada vez que se entrega un medicamento cubierto para pagar el costo del surtido de una receta. La tarifa por prescripción cubre costos tales como el tiempo que le toma al farmacéutico preparar y envasar el medicamento de la receta.

Emergencia: una emergencia médica es un hecho en el que usted o cualquier otra persona prudente no especializada con un conocimiento promedio de la salud y la medicina creen que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida, la pérdida de una extremidad o la pérdida del funcionamiento de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor agudo o una afección médica que empeora rápidamente.

Capítulo 10. Definiciones de palabras importantes

Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC) e información de divulgación: este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro documento adjunto, cláusula u otra cobertura opcional seleccionada, explica su cobertura, lo que debemos hacer, sus derechos y lo que usted debe hacer como miembro de nuestro plan.

Excepción: un tipo de determinación de cobertura que, si se aprueba, le permite obtener un medicamento que no está en el formulario del patrocinador de su plan (excepción al formulario) u obtener un medicamento no preferido a un nivel de costos compartidos más bajo (excepción de nivel). También puede solicitar una excepción si el patrocinador de su plan requiere que usted pruebe otro medicamento antes de recibir el medicamento que está solicitando o si el plan limita la cantidad o la dosis del medicamento que está solicitando (excepción al formulario).

Ayuda Extra: programa de Medicare para ayudar a las personas que tienen ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos recetados de Medicare, como las primas, los deducibles y el coseguro.

Medicamento genérico: un medicamento recetado que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) por tener los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Por lo general, un medicamento “genérico” funciona tan bien como un medicamento de marca y, habitualmente, cuesta menos.

Queja por agravio: un tipo de queja que puede presentar acerca de nosotros o de una de las farmacias de nuestra red, como por ejemplo una queja sobre la calidad de su atención. Este tipo de queja no incluye las disputas relativas a la cobertura o al pago.

Monto del Ajuste Mensual por Ingreso (IRMAA): Si sus ingresos brutos ajustados y modificados según aparecen en su declaración de impuestos del Servicio de Rentas Internas (IRS) de hace 2 años superan determinado monto, pagará el monto de la prima estándar y un Monto de Ajuste Mensual por Ingresos, también conocido como IRMAA. El IRMAA es un cargo adicional que se agrega a su prima. Este monto afecta a menos del 5 % de las personas que tienen Medicare, de modo que la mayoría no paga una prima más alta.

Límite de cobertura inicial: límite de cobertura máximo en virtud de la Etapa de Cobertura Inicial.

Etapa de Cobertura Inicial: esta es la etapa antes de que los costos totales de sus medicamentos, incluidos los montos que ha pagado y lo que el plan ha pagado en su nombre durante el año, lleguen a los \$4,020.

Período de Inscripción Inicial: cuando es elegible para Medicare por primera vez, el período en que puede inscribirse en la Parte A y la Parte B de Medicare. Por ejemplo, si es elegible para Medicare cuando cumple 65, su Período de Inscripción Inicial es el período de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que cumple 65, incluye el mes en que cumple 65 y finaliza 3 meses después del mes en que cumple 65.

Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario o “Lista de Medicamentos”): una lista de medicamentos recetados 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 genéricos.

Capítulo 10. Definiciones de palabras importantes

Subsidio por bajos ingresos (LIS): consulte “Ayuda Extra”.

Medicaid (o asistencia médica): un programa conjunto federal y estatal que brinda ayuda con los costos médicos para algunas personas con ingresos bajos y recursos limitados. Los programas de Medicaid varían según el estado, pero la mayoría de los costos de atención médica están cubiertos si reúne los requisitos tanto para Medicare como para Medicaid. Consulte la **Sección 6 del Capítulo 2** para obtener información sobre cómo comunicarse con Medicaid en su estado.

Indicación médicamente aceptada: uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o que está respaldado por determinados libros de referencia. Consulte la **Sección 3 del Capítulo 3** para obtener más información acerca de una indicación médicamente aceptada.

Medicare: es el programa Federal de seguro de salud para personas de 65 años de edad o más, algunos menores de 65 años con determinadas discapacidades, y personas que padecen Insuficiencia Renal Crónica Terminal (generalmente, aquellas que padecen insuficiencia renal permanente y requieren diálisis o trasplante de riñón). Las personas con Medicare pueden obtener su cobertura de salud de Medicare a través de Original Medicare, un Plan Medicare Cost, un Plan PACE o un Plan Medicare Advantage.

Plan Medicare Advantage (MA): a veces se lo denomina Parte C de Medicare. Es un plan ofrecido por una compañía privada que contrata a Medicare para brindarle todos los beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare. Un Plan Medicare Advantage puede ser una Organización para el Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization, HMO), una Organización de Proveedores Preferidos (Preferred Provider Organization, PPO), un Plan Privado de Pago por Servicio (Private Fee-for-Service, PFFS) o un Plan de Cuenta de Ahorros Médicos (Medical Savings Account, MSA) de Medicare. Si está inscrito en un Plan Medicare Advantage, los servicios de Medicare están cubiertos a través del plan y no se pagan mediante Original Medicare. En la mayoría de los casos, los Planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D de Medicare (cobertura de medicamentos recetados). Estos planes se denominan **Planes Medicare Advantage con Cobertura de Medicamentos Recetados**. Todas las personas que tienen la Parte A y la Parte B de Medicare son elegibles para unirse a cualquier plan de salud de Medicare que se ofrezca en su área, a excepción de las personas con Insuficiencia Renal Crónica Terminal (a menos que se apliquen determinadas excepciones).

Plan Medicare Cost: un Plan Medicare Cost es un plan operado por una Organización de Mantenimiento de la Salud (HMO) o un Plan Médico Competitivo (Competitive Medical Plan, CMP) de acuerdo con un contrato de reembolso de costos en virtud de la sección 1876(h) de la Ley.

Programa de Descuentos durante la Etapa de Falta de Cobertura de Medicare: un programa que brinda descuentos sobre la mayoría de los medicamentos de marca cubiertos de la Parte D a miembros de la Parte D que han llegado a la Etapa de Falta de Cobertura y no reciben “Ayuda Extra”. Los descuentos dependen de los acuerdos entre el gobierno Federal y algunos fabricantes de medicamentos. Por este motivo, la mayoría (pero no todos) los medicamentos de marca tienen descuento.

Servicios cubiertos por Medicare: servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare.

Plan de Salud de Medicare: un plan de salud de Medicare ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindar beneficios de la Parte A y la Parte B a personas con Medicare que se inscriban en el plan. Este término incluye a todos los Planes Medicare Advantage, Medicare Cost, los Programas de Demostración/Piloto y los Programas de Atención Integral para Personas Mayores (PACE).

Capítulo 10. Definiciones de palabras importantes

Cobertura de medicamentos recetados de Medicare (la Parte D de Medicare): seguro que ayuda a pagar los medicamentos recetados para pacientes ambulatorios, las vacunas, los medicamentos biológicos y algunos insumos que no están cubiertos por la Parte A ni la Parte B de Medicare.

Póliza de “Medigap” (seguro suplementario de Medicare): es un seguro suplementario de Medicare vendido por compañías aseguradoras privadas para llenar los “vacíos” de Original Medicare. Las pólizas de Medigap funcionan únicamente con Original Medicare. (Un plan Medicare Advantage no es una póliza de Medigap).

Miembro (miembro de nuestro plan o “miembro del plan”): 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).

Farmacia de la red: una farmacia de la red es una farmacia en la cual los miembros de nuestro plan pueden obtener sus beneficios de medicamentos recetados. Las llamamos “farmacias de la red” porque tienen un contrato con nuestro plan. En la mayoría de los casos, las recetas están cubiertas únicamente si se surten en una de las farmacias de la red.

Original Medicare (“Medicare Tradicional” o Medicare “de Tarifa por Servicio”): Original Medicare es ofrecido a través del gobierno y no por un plan de salud privado como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos recetados. En virtud de Original Medicare, los servicios de Medicare se cubren pagándole a los médicos, los hospitales y otros proveedores de atención médica los montos establecidos por el Congreso. Puede consultar a cualquier médico o proveedor de atención médica, y puede acudir a cualquier hospital que acepte Medicare. Debe pagar el deducible. Medicare paga su parte del monto autorizado por Medicare y Usted paga la parte correspondiente. Original Medicare tiene dos partes: la Parte A (Seguro de Hospital) y la Parte B (Seguro Médico), y se encuentra disponible en cualquier lugar de los Estados Unidos.

Farmacia fuera de la red: una farmacia que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar ni para proporcionar medicamentos cubiertos a miembros de nuestro plan. Como se explicó en esta *Evidencia de Cobertura*, la mayoría de los medicamentos que obtiene en las farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que ocurran ciertas condiciones.

Costos directos de su bolsillo: consulte la definición de “costos compartidos” más arriba. El requisito de costos compartidos del miembro de pagar una parte de los medicamentos recibidos también se conoce como el requisito de “costos directos de su bolsillo” del miembro.

Plan PACE: un plan PACE (Programa de Atención Integral para Personas Mayores) combina servicios médicos, sociales y de cuidado a largo plazo (LTC) para personas débiles a fin de ayudarlas a permanecer independientes y vivir en su comunidad (en lugar de trasladarse a un hogar de ancianos) siempre y cuando sea posible, mientras reciben la atención de alta calidad que necesitan. Las personas inscritas en planes PACE reciben tanto sus beneficios de Medicare como de Medicaid a través del plan. El programa PACE no está disponible en todos los estados. Si desea saber si el programa PACE está disponible en su estado, comuníquese con el Servicio al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Capítulo 10. Definiciones de palabras importantes

Parte C: consulte “Plan Medicare Advantage (MA)”.

Parte D: el Programa de beneficios de medicamentos recetados voluntario de Medicare. (A modo de referencia simple, nos referiremos al programa de beneficios de medicamentos recetados como la Parte D).

Medicamentos de la Parte D: medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte D. Podemos ofrecer todos los medicamentos de la Parte D o no. (Consulte el formulario para obtener una lista específica de medicamentos cubiertos). Algunas categorías de medicamentos fueron excluidas específicamente por el Congreso de la cobertura en virtud de la Parte D.

Costos compartidos preferidos: los costos compartidos preferidos significa que determinados medicamentos cubiertos de la Parte D tienen costos compartidos más bajo en determinadas farmacias de la red.

Multa por inscripción tardía en la Parte D: un monto que se agrega a su prima mensual para la cobertura de medicamentos de Medicare si se queda sin cobertura acreditable (cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare) durante un período continuo de 63 días o más. Usted paga el monto más alto, siempre y cuando tenga un plan de medicamentos de Medicare. Existen algunas excepciones. Por ejemplo, si recibe “Ayuda Extra” de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos recetados, las reglas de la multa por inscripción tardía no se aplican a usted. Si recibe “Ayuda Extra”, no paga una multa por inscripción tardía.

Prima: el pago periódico a Medicare, a una compañía de seguros o a un plan de atención médica para salud o la cobertura de medicamentos recetados.

Autorización previa: aprobación anticipada para la obtención de determinados medicamentos que pueden o no figurar en nuestro formulario. Algunos medicamentos están cubiertos únicamente si su médico u otro proveedor de la red obtiene una “autorización previa” por nuestra parte. Los medicamentos cubiertos que necesitan una autorización previa están detallados en el formulario.

Organización de Mejoras de Calidad (QIO): grupo de médicos practicantes y otros expertos de atención médica que reciben un pago del gobierno Federal para controlar y mejorar la atención brindada a pacientes de Medicare. Consulte la **Sección 4 del Capítulo 2** para obtener información sobre cómo comunicarse con la QIO de su estado.

Límites en la cantidad: herramienta de administración que está diseñada para limitar el uso de determinados medicamentos por motivos de calidad, seguridad o uso. Los límites pueden aplicarse sobre la cantidad de medicamento que cubrimos por receta o por un período de tiempo definido.

Área de servicio: un área geográfica en la que un plan de medicamentos recetados acepta a miembros si limita la membresía sobre la base del lugar donde vive la persona. El plan puede cancelar su inscripción si se muda de manera permanente fuera del área de servicio del plan.

Período Especial de Inscripción: un período fijo durante el cual los miembros pueden cambiar sus planes de salud o de medicamentos, o pueden volver a Original Medicare. Algunas situaciones en las que puede ser elegible para un Período Especial de Inscripción incluyen las siguientes: si se muda fuera del área de servicio, si recibe “Ayuda Extra” con los costos de sus medicamentos recetados, si se muda a un hogar de ancianos o si incumplimos nuestro contrato con usted.

Capítulo 10. Definiciones de palabras importantes

Costos Compartidos Estándares: los costos compartidos estándares son los costos compartidos que se ofrecen en una farmacia de la red.

Terapia escalonada: herramienta de uso que requiere que primero pruebe otro medicamento para tratar su afección médica antes de cubrir el medicamento que su médico puede haberle recetado en un principio.

Ingresos de Seguridad Complementarios (SSI): beneficio mensual pagado por el Seguro Social a las personas con ingresos y recursos limitados que tienen alguna discapacidad, son ciegos o tienen 65 años o más. Los beneficios de Ingresos de Seguridad Complementarios (Supplemental Security Income, SSI) no son los mismos que los beneficios del Seguro Social.

Está página intencionalmente dejada en blanco

Apéndice: Números de teléfono y recursos importantes

Programas Estatales de Asistencia de Seguros de Salud (SHIP) Los números de TTY requieren equipos telefónicos especiales y son solo para personas que tengan dificultades auditivas o del habla. Si no se incluye un número TTY, puede intentar llamando al 711. La información en este Apéndice está vigente a partir del 12 de agosto de 2019.		
Estado:	Dirección de la agencia\Sitio web:	Teléfono\Horario de atención:
Alabama	State Health Insurance Assistance Program (SHIP) Alabama Department of Senior Services 201 Monroe Street, Suite 350 Montgomery, AL 36104 http://www.alabamaageline.gov/	Número gratuito: 1.800.243.5463 Teléfono local: 1.334.242.5743 De lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.
Alaska	State Health Insurance Assistance Program (SHIP) Alaska Medicare Information Office 400 Gambell Street, Suite 303 Anchorage, AK 99501 http://dhss.alaska.gov/dsds/Pages/medicare/default.aspx	Número gratuito: 1.800.478.6065 <i>(dentro del estado únicamente)</i> Teléfono local: 1.907.269.3680 TTY: 1.800.770.8973 De lunes a viernes de 9 a. m. a 5 p. m.
Arizona	State Health Insurance Assistance Program (SHIP) Arizona Department of Economic Security DES Division of Aging and Adult Services 1789 West Jefferson Street, Site Code 950A Phoenix, AZ 85007 https://des.az.gov/services/aging-and-adult/state-health-insurance-assistance-program-ship	Número gratuito: 1.800.432.4040 Teléfono local: 1.602.542.4446 De lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m., excepto feriados
Arkansas	Senior Health Insurance Information Program Arkansas Insurance Department 1200 West Third Street Little Rock, AR 72201-1904 https://insurance.arkansas.gov/pages/consumer-services/senior-health/	Número gratuito: 1.800.224.6330 Teléfono local: 1.501.371.2782 De lunes a viernes de 8 a. m. a 4:30 p. m.
California	State Health Insurance Assistance Program (SHIP) California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) 1300 National Drive, Suite 200 Sacramento, CA 95834-1992 www.aging.ca.gov/HICAP	Número gratuito: 1.800.434.0222

Programas Estatales de Asistencia de Seguros de Salud (SHIP)		
Los números de TTY requieren equipos telefónicos especiales y son solo para personas que tengan dificultades auditivas o del habla. Si no se incluye un número TTY, puede intentar llamando al 711.		
Estado:	Dirección de la agencia\Sitio web:	Teléfono\Horario de atención:
Colorado	Senior Health Insurance Assistance Program (SHIP) Division of Insurance Colorado Department of Regulatory Agencies 1560 Broadway, Suite 850 Denver, CO 80202 https://www.colorado.gov/pacific/dora/senior-healthcare-medicare	Número gratuito: 1.888.696.7213 TTY: 711 De lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m., hora estándar de la montaña
Connecticut	CHOICES 55 Farmington Ave. Hartford, CT 06105-3730 http://www.ct.gov/agingservices/cwp/view.asp?a=2513&q=313032	Número gratuito: 1.800.994.9422 (dentro del estado únicamente) TTY: 711 De lunes a viernes de 8:30 a. m. a 4:30 p. m.
Delaware	Delaware Medicare Assistance Bureau (DMAB) 841 Silver Lake Boulevard Dover, DE 19904 https://insurance.delaware.gov/divisions/dmab/	Número gratuito: 1.800.336.9500 Teléfono local: 1.302.674.7364 De lunes a viernes de 8 a. m. a 4:30 p. m.
District of Columbia	Health Insurance Counseling Project (HICP) 500 K Street NE Washington, D.C. 20002 https://dcoa.dc.gov/service/health-insurance-counseling	Teléfono local: 1.202.727.8370 De lunes a viernes de 8:30 a. m. a 4 p. m.
Florida	SHINE Program Florida Department of Elder Affairs 4040 Esplanade Way, Suite 270 Tallahassee, FL 32399-7000 http://www.floridashine.org/	Número gratuito: 1.800.963.5337 TTY: 1.800.955.8770 De lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.
Georgia	GeorgiaCares Georgia DHS Division of Aging Services 2 Peachtree Street, NW, 33rd Floor Atlanta, GA 30303-3142 http://www.mygeorgiacares.org/	Número gratuito: 1.866.552.4464 <i>Opción n.º 4</i> Teléfono local: 1.404.657.5258 De lunes a viernes de 9 a. m. a 5 p. m.
Hawaii	Hawaii SHIP Executive Office on Aging – No. 1 Capitol District 250 South Hotel Street, Suite 406 Honolulu, HI 96813-2831 https://www.hawaiiiship.org	Número gratuito: 1.888.875.9229 Teléfono local: 1.808.586.7299 TTY: 1.866.810.4379

Programas Estatales de Asistencia de Seguros de Salud (SHIP)		
Los números de TTY requieren equipos telefónicos especiales y son solo para personas que tengan dificultades auditivas o del habla. Si no se incluye un número TTY, puede intentar llamando al 711.		
Estado:	Dirección de la agencia\Sitio web:	Teléfono\Horario de atención:
Idaho	Senior Health Insurance Benefits Advisors (SHIBA) Idaho Department of Insurance 700 West State Street, 3rd Floor P.O. Box 83720 Boise, ID 83720-0043 https://doi.idaho.gov/SHIBA/default	Número gratuito: 1.800.247.4422 De lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m., excepto feriados
Illinois	Senior Health Insurance Program (SHIP) Illinois Department on Aging One Natural Resources Way, Suite 100 Springfield, IL 62702-1271 https://www2.illinois.gov/aging/ship/Pages/default.aspx	Número gratuito: 1.800.252.8966 TTY: 1.888.206.1327 De lunes a viernes de 8:30 a. m. a 5 p. m.
Indiana	State Health Insurance Assistance Program (SHIP) Indiana Department of Insurance 311 W. Washington Street, Ste 300 Indianapolis, IN 46204-2787 www.medicare.in.gov	Número gratuito: 1.800.452.4800 TTY: 1.866.846.0139 De lunes a viernes de 8 a. m. a 4:30 p. m.
Iowa	Senior Health Insurance Information Program (SHIIP) 601 Locust St., 4th Floor Des Moines, IA 50309-3738 www.shiip.state.ia.us	Número gratuito: 1.800.351.4664 TTY: 1.800.735.2942 <i>(dentro del estado únicamente)</i> De lunes a viernes de 8 a. m. a 4 p. m., excepto feriados estatales
Kansas	Senior Health Insurance Counseling for Kansas (SHICK) Kansas Department for Aging and Disability Services New England Building 503 South Kansas Avenue Topeka, KS 66603-3404 http://www.kdads.ks.gov/commissions/commission-on-aging/medicare-programs/shick	Número gratuito: 1.800.860.5260 Número gratuito: 1.800.432.3535 <i>(dentro del estado únicamente)</i> TTY: 1.800.766.3777 De lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.
Kentucky	State Health Insurance Assistance Program (SHIP) Kentucky Cabinet for Health and Family Services Department for Aging and Independent Living Office of the Secretary 275 East Main Street Frankfort, KY 40621 https://chfs.ky.gov/agencies/dail/Pages/ship.aspx	Número gratuito: 1.877.293.7447 <i>Opción n.º 2</i> Teléfono local: 1.502.564.6930 TTY: 1.888.642.1137 De lunes a viernes de 8 a. m. a 4:30 p. m.

Programas Estatales de Asistencia de Seguros de Salud (SHIP)		
Los números de TTY requieren equipos telefónicos especiales y son solo para personas que tengan dificultades auditivas o del habla. Si no se incluye un número TTY, puede intentar llamando al 711.		
Estado:	Dirección de la agencia\Sitio web:	Teléfono\Horario de atención:
Louisiana	Senior Health Insurance Information Program (SHIIP) Louisiana Department of Insurance P.O. Box 94214 Baton Rouge, LA 70804 http://www.lda.la.gov/consumers/senior-health-shiip	Número gratuito: 1.800.259.5300 o bien 1.800.259.5301 Teléfono local: 1.225.342.5900
Maine	Office of Aging and Disability Services Maine Department of Health and Human Services 41 Anthony Avenue, SHS 11 Augusta, ME 04333 http://www.maine.gov/dhhs/oads/community-support/ship.html	Número gratuito: 1.800.262.2232 Teléfono local: 1.207.287.9200 TTY: 711 De lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.
Maryland	State Health Insurance Assistance Program (SHIP) Maryland Department of Aging 301 West Preston Street, Suite 1007 Baltimore, MD 21201 https://aging.maryland.gov/Pages/State-Health-Insurance-Program.aspx	Número gratuito: 1.800.243.3425 (dentro del estado únicamente) Teléfono local: 1.410.767.1100 Fuera del estado: 1.844.627.5465 De lunes a viernes de 8:30 a. m. a 5 p. m.
Massachusetts	Serving the Health Information Needs of Everyone (SHINE) Executive Office of Elder Affairs One Ashburton Place Boston, MA 02108-1618 http://www.mass.gov/elders/healthcare/shine/serving-the-health-information-needs-of-elders.html	Número gratuito: 1.800.243.4636 Teléfono local: 1.617.727.7750 TTY: 1.800.439.2370 De lunes a viernes de 8:45 a. m. a 5 p. m.
Michigan	Michigan Medicare/Medicaid Assistance Program (MMAP, Inc.) 6105 West St. Joseph Highway, Suite 204 Lansing, MI 48917 www.mmapinc.org	Número gratuito: 1.800.803.7174 Teléfono local: 1.517.886.0899 De lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.
Minnesota	Minnesota Board on Aging P.O. Box 64976 St. Paul, MN 55164-0976 http://mnaging.org/Advisor/InsFinBenefits/Health%20Insurance%20Counseling	Número gratuito: 1.800.882.6262 Teléfono local: 1.651.431.2500 TTY: 1.800.627.3529 De lunes a viernes de 8 a. m. a 4:30 p. m.

Apéndice: Números de teléfono y recursos importantes

Programas Estatales de Asistencia de Seguros de Salud (SHIP)		
Los números de TTY requieren equipos telefónicos especiales y son solo para personas que tengan dificultades auditivas o del habla. Si no se incluye un número TTY, puede intentar llamando al 711.		
Estado:	Dirección de la agencia\Sitio web:	Teléfono\Horario de atención:
Mississippi	State Health Insurance Assistance Program (SHIP) Mississippi Department of Human Services Division of Aging & Adult Services 750 North State Street Jackson, MS 39202 http://www.mdhs.ms.gov/adults-seniors/	Teléfono local: 1.601.359.4929
Missouri	Missouri CLAIM 200 North Keene Street, Suite 101 Columbia, MO 65201 www.missouriclaim.org	Número gratuito: 1.800.390.3330 Teléfono local: 1.573.817.8320 De lunes a viernes de 9 a. m. a 4 p. m.
Montana	Montana State Health Insurance Assistance Program (SHIP) Senior and Long Term Care Division 2030 11th Avenue Helena, MT 59601 https://dphhs.mt.gov/SLTC/aging/SHIP	Número gratuito: 1.800.551.3191 Teléfono local: 1.406.444.4077 TTY: 1.800.253.4091 De lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.
Nebraska	Nebraska Senior Health Insurance Information Program (SHIIP) Nebraska Department of Insurance Temporary Address: 1033 O Street, Suite 307 Lincoln, NE 68508 www.doi.nebraska.gov/shiip	Número gratuito: 1.800.234.7119 Teléfono local: 1.402.471.2841 TTY: 1.800.833.7352 De lunes a viernes de 8 a. m. a 4:30 p. m.
Nevada	State Health Insurance Assistance Program (SHIP) 3416 Goni Road, Suite D-132 Carson City, NV 89706 http://adsd.nv.gov/Programs/Seniors/SHIP/SHIP_Prog/	Número gratuito: 1.800.307.4444 Teléfono local: 1.702.486.3478
New Hampshire	ServiceLink Aging and Disability Resource Center New Hampshire Department of Health and Human Services 129 Pleasant Street Concord, NH 03301-3857 www.nh.gov/servicelink	Número gratuito: 1.866.634.9412 TTY: 1.800.735.2964 De lunes a viernes de 8:30 a. m. a 4:30 p. m.

Programas Estatales de Asistencia de Seguros de Salud (SHIP)		
Los números de TTY requieren equipos telefónicos especiales y son solo para personas que tengan dificultades auditivas o del habla. Si no se incluye un número TTY, puede intentar llamando al 711.		
Estado:	Dirección de la agencia\Sitio web:	Teléfono\Horario de atención:
New Jersey	State Health Insurance Assistance Program (SHIP) New Jersey Department of Human Services Division of Aging Services P.O. Box 715 Trenton, NJ 08625-0715 www.state.nj.us/humanservices/doas/services/ship/	Número gratuito: 1.800.792.8820 <i>(dentro del estado únicamente)</i> Número gratuito: 1.877.222.3737 De lunes a viernes de 8:30 a. m. a 4:30 p. m.
New Mexico	Benefits Counseling Program New Mexico Aging and Long-Term Services Department P.O. Box 27118 Santa Fe, NM 87502-7118 http://www.nmaging.state.nm.us/senior-services.aspx	Número gratuito: 1.800.432.2080 Teléfono local: 1.505.476.4799 TTY: 1.505.476.4937 De lunes a viernes de 7:45 a. m. a 5 p. m.
North Carolina	Seniors' Health Insurance Information Program (SHIIP) North Carolina Department of Insurance 1201 Mail Service Center Raleigh, NC 27699-1201 www.ncdoi.com/SHIIP/Default.aspx	Número gratuito: 1.855.408.1212 Teléfono local: 1.919.807.6900 TTY: 1.800.735.2962 De lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.
North Dakota	State Health Insurance Counseling Program (SHIC) North Dakota Insurance Department 600 East Boulevard Avenue Bismarck, ND 58505-0320 www.nd.gov/ndins/shic	Número gratuito: 1.888.575.6611 Teléfono local: 1.701.328.2440 TTY: 1.800.366.6888 De lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m., excepto feriados estatales
Ohio	Ohio Senior Health Insurance Information Program (OSHIIP) Ohio Department of Insurance 50 West Town Street, 3rd Floor, Suite 300 Columbus, OH 43215 http://www.insurance.ohio.gov/Consumer/Pages/OSHIIP.aspx	Número gratuito: 1.800.686.1578 Teléfono local: 1.614.644.2658 TTY: 1.614.644.3745 De lunes a viernes de 7:30 a. m. a 5 p. m.
Oklahoma	Senior Health Insurance Counseling Program (SHIP) Oklahoma Insurance Department 5 Corporate Plaza 3625 NW 56th Street, Suite 100 Oklahoma City, OK 73112 www.ok.gov/oid/Consumers/Information_for_Seniors/SHIP.html	Número gratuito: 1.800.763.2828 <i>(dentro del estado únicamente)</i> Teléfono local: 1.405.521.6628 De lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m., excepto feriados estatales

Programas Estatales de Asistencia de Seguros de Salud (SHIP)		
Los números de TTY requieren equipos telefónicos especiales y son solo para personas que tengan dificultades auditivas o del habla. Si no se incluye un número TTY, puede intentar llamando al 711.		
Estado:	Dirección de la agencia\Sitio web:	Teléfono\Horario de atención:
Oregon	Senior Health Insurance Benefits Assistance (SHIBA) 350 Winter Street NE Salem, OR 97309-0405 http://healthcare.oregon.gov/shiba/Pages/index.aspx	Número gratuito: 1.800.722.4134 Teléfono local: 1.503.947.7979 TTY: 1.800.735.2900 De lunes a viernes de 9 a. m. a 4 p. m.
Pennsylvania	APPRISE Commonwealth of Pennsylvania Department of Aging 555 Walnut Street, 5th Floor Harrisburg, PA 17101-1919 https://www.aging.pa.gov/	Número gratuito: 1.800.783.7067 Teléfono local: 1.717.783.1550 De lunes a viernes de 9 a. m. a 4 p. m.
Rhode Island	Senior Health Insurance Program (SHIP) Rhode Island Department of Human Services Division of Elderly Affairs 57 Howard Avenue Louis Pasteur Bldg., 2nd Floor Cranston, RI 02920 http://www.dea.ri.gov/insurance/	Teléfono local: 1.401.462.3000 o bien 1.401.462.0510 TTY: 1.401.462.0740 De lunes a viernes de 8:30 a. m. a 4 p. m.
South Carolina	Insurance Counseling, Assistance, Referrals and Education for Elders (I-CARE) Lieutenant Governor's Office on Aging 1301 Gervais Street, Suite 350 Columbia, SC 29201 https://aging.sc.gov/	Número gratuito: 1.800.868.9095 Teléfono local: 1.803.734.9900 De lunes a viernes de 8:30 a. m. a 5 p. m.
South Dakota	Senior Health Information and Insurance Education (SHIINE) South Dakota Department of Social Services 700 Governors Drive Pierre, SD 57501 www.shiine.net	Número gratuito: 1.800.536.8197 Teléfono local: 1.605.333.3314 De lunes a viernes de 8 a. m. a 4:30 p. m.
Tennessee	Tennessee State Health Insurance Information Program (SHIP) Tennessee Commission on Aging and Disability Andrew Jackson Building 502 Deaderick Street, 9th Floor Nashville, TN 37243-0860 https://www.tn.gov/aging.html	Número gratuito: 1.877.801.0044 Teléfono local: 1.615.741.2056 TTY: 1.800.848.0299 De lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.

Programas Estatales de Asistencia de Seguros de Salud (SHIP)		
Los números de TTY requieren equipos telefónicos especiales y son solo para personas que tengan dificultades auditivas o del habla. Si no se incluye un número TTY, puede intentar llamando al 711.		
Estado:	Dirección de la agencia\Sitio web:	Teléfono\Horario de atención:
Texas	Health Information Counseling and Advocacy Program (HICAP) – Texas Department of Aging and Disability Services (DADS) P.O. Box 149030 Austin, TX 78714-9030 https://www.dads.state.tx.us/contact/aaa.cfm	Número gratuito: 1.800.252.9240 Teléfono local: 1.512.438.3011 TTY: 1.800.735.2989 De lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.
Utah	Senior Health Insurance Information Program (SHIIP) Aging and Adult Services of Utah 195 North 1950 West Salt Lake City, UT 84116 https://daas.utah.gov/seniors	Número gratuito: 1.877.424.4640 o bien 1.800.541.7735 Teléfono local: 1.801.538.3910 De lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.
Vermont	State Health Insurance Program (SHIP) 76 Pearl Street, Suite 201 Essex Junction, VT 05452 http://asd.vermont.gov/services/ship	Número gratuito: 1.800.642.5119 <i>(dentro del estado únicamente)</i> Teléfono local: 1.802.865.0360 De lunes a viernes de 8:30 a. m. a 4:30 p. m.
Virginia	Virginia Insurance Counseling and Assistance Program (VICAP) Virginia Division for the Aging 1610 Forest Avenue, Suite 100 Henrico, VA 23229 https://www.vda.virginia.gov/vicap.htm	Número gratuito: 1.800.552.3402 Teléfono local: 1.804.662.9333 TTY: 711
Washington	Statewide Health Insurance Benefits Advisors (SHIBA) Office of the Insurance Commissioner P.O. Box 40255 Olympia, WA 98504-0255 http://www.insurance.wa.gov/about-oic/what-we-do/advocate-for-consumers/shiba/	Número gratuito: 1.800.562.6900 TTY: 1.360.586.0241 De lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m., excepto feriados
West Virginia	West Virginia State Health Insurance Assistance Program (WV SHIP) West Virginia Bureau of Senior Services 1900 Kanawha Boulevard East Charleston, WV 25305 http://www.wvship.org/AboutWVSHIP/tabid/132/Default.aspx	Número gratuito: 1.877.987.4463 Teléfono local: 1.304.558.3317 De lunes a viernes de 8 a. m. a 4 p. m.

Programas Estatales de Asistencia de Seguros de Salud (SHIP)		
Los números de TTY requieren equipos telefónicos especiales y son solo para personas que tengan dificultades auditivas o del habla. Si no se incluye un número TTY, puede intentar llamando al 711.		
Estado:	Dirección de la agencia\Sitio web:	Teléfono\Horario de atención:
Wisconsin	State Health Insurance Assistance Program (SHIP) Department of Health Services Board on Aging and Long Term Care 1 West Wilson Street Madison, WI 53703 https://www.dhs.wisconsin.gov/benefit-specialists/medicare-counseling.htm	Número gratuito: 1.800.242.1060 Teléfono local: 1.608.266.1865 TTY: 1.888.701.1251 De lunes a viernes de 8 a. m. a 5:30 p. m.
Wyoming	Wyoming State Health Insurance Information Program (WSHIP) 106 West Adams Avenue Riverton, WY 82501 http://www.wyomingseniors.com/services/wyoming-state-health-insurance-information-program	Número gratuito: 1.800.856.4398 Teléfono local: 1.307.856.6880 De lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.

Organizaciones de Mejoras de Calidad

Los números de TTY requieren equipos telefónicos especiales y son solo para personas que tengan dificultades auditivas o del habla. Si no se incluye un número TTY, puede intentar llamando al 711.

La información en este Apéndice está vigente a partir del 12 de agosto de 2019.

Región:	Dirección de la agencia\Sitio web:	Teléfono\Horario de atención:
Región 1	KEPRO Rock Run Center, Suite 100 5700 Lombardo Center Drive Seven Hills, OH 44131 https://www.keproqio.com/	Número gratuito: 1.888.319.8452 Teléfono local: 1.216.447.9604 TTY: 1.855.843.4776 Envíe un fax a: 1.844.878.7921 De lunes a viernes de 9 a. m. a 5 p. m., hora local Fines de semana y feriados de 11 a. m. a 3 p. m., hora local

La Región 1 incluye Connecticut, Maine, Massachusetts, New Hampshire, Rhode Island y Vermont.

Organizaciones de Mejoras de Calidad

Los números de TTY requieren equipos telefónicos especiales y son solo para personas que tengan dificultades auditivas o del habla. Si no se incluye un número TTY, puede intentar llamando al 711.

Región:	Dirección de la agencia\Sitio web:	Teléfono\Horario de atención:
Región 2	Livanta, LLC BFCC-QIO 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701-1105 https://www.livantaqio.com	Número gratuito: 1.866.815.5440 TTY: 1.866.868.2289 Envíe un fax a: 1.833.868.4056 De lunes a viernes de 9 a. m. a 5 p. m., hora local Sábados y domingos de 11 a. m. a 3 p. m., hora local

La Región 2 incluye New Jersey.

Organizaciones de Mejoras de Calidad		
Los números de TTY requieren equipos telefónicos especiales y son solo para personas que tengan dificultades auditivas o del habla. Si no se incluye un número TTY, puede intentar llamando al 711.		
Región:	Dirección de la agencia\Sitio web:	Teléfono\Horario de atención:
Región 3	Livanta, LLC BFCC-QIO 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701-1105 https://www.livantaqio.com	Número gratuito: 1.888.396.4646 TTY: 1.888.985.2660 Envíe un fax a: 1.833.868.4057 De lunes a viernes de 9 a. m. a 5 p. m., hora local Sábados y domingos de 11 a. m. a 3 p. m., hora local
La Región 3 incluye Delaware, District of Columbia, Maryland, Pennsylvania, Virginia y West Virginia.		
Región 4	KEPRO 5201 W. Kennedy Blvd., Suite 900 Tampa, FL 33609 https://www.keproqio.com/	Número gratuito: 1.888.317.0751 Teléfono local: 1.813.280.8256 TTY: 1.855.843.4776 Envíe un fax a: 1.844.878.7921 De lunes a viernes de 9 a. m. a 5 p. m., hora local Fines de semana y feriados de 11 a. m. a 3 p. m., hora local
La Región 4 incluye Alabama, Florida, Georgia, Kentucky, Mississippi, North Carolina, South Carolina y Tennessee.		
Región 5	Livanta, LLC BFCC-QIO 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701-1105 https://www.livantaqio.com	Número gratuito: 1.888.524.9900 TTY: 1.888.985.8775 Envíe un fax a: 1.833.868.4059 De lunes a viernes de 9 a. m. a 5 p. m., hora local Fines de semana y feriados de 11 a. m. a 3 p. m., hora local
La Región 5 incluye Illinois, Indiana, Michigan, Minnesota, Ohio y Wisconsin.		
Región 6	KEPRO 5201 W. Kennedy Blvd., Suite 900 Tampa, FL 33609 https://www.keproqio.com/	Número gratuito: 1.888.315.0636 Teléfono local: 1.813.280.8256 TTY: 1.855.843.4776 Envíe un fax a: 1.844.878.7921 De lunes a viernes de 9 a. m. a 5 p. m., hora local Fines de semana y feriados de 11 a. m. a 3 p. m., hora local
La Región 6 incluye Arkansas, Louisiana, New Mexico, Oklahoma y Texas.		

Organizaciones de Mejoras de Calidad		
Los números de TTY requieren equipos telefónicos especiales y son solo para personas que tengan dificultades auditivas o del habla. Si no se incluye un número TTY, puede intentar llamando al 711.		
Región:	Dirección de la agencia/Sitio web:	Teléfono\Horario de atención:
Región 7	Livanta, LLC BFCC-QIO 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701-1105 https://www.livantaqio.com	Número gratuito: 1.888.755.5580 TTY: 1.888.985.9295 Envíe un fax a: 1.833.868.4061 De lunes a viernes de 9 a. m. a 5 p. m., hora local Fines de semana y feriados de 11 a. m. a 3 p. m., hora local
La Región 7 incluye Iowa, Kansas, Missouri y Nebraska.		
Región 8	KEPRO Rock Run Center, Suite 100 5700 Lombardo Center Drive Seven Hills, OH 44131 https://www.keproqio.com/	Número gratuito: 1.888.317.0891 Teléfono local: 1.216.447.9604 TTY: 1.855.843.4776 Envíe un fax a: 1.844.878.7921 De lunes a viernes de 9 a. m. a 5 p. m., hora local Fines de semana y feriados de 11 a. m. a 3 p. m., hora local
La Región 8 incluye Colorado, Montana, North Dakota, South Dakota, Utah y Wyoming.		
Región 9	Livanta, LLC BFCC-QIO 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701-1105 https://www.livantaqio.com	Número gratuito: 1.877.588.1123 TTY: 1.855.887.6668 Envíe un fax a: 1.833.868.4063 De lunes a viernes de 9 a. m. a 5 p. m., hora local Sábados y domingos de 11 a. m. a 3 p. m., hora local
La Región 9 incluye Arizona, California, Hawaii y Nevada.		
Región 10	KEPRO Rock Run Center, Suite 100 5700 Lombardo Center Drive Seven Hills, OH 44131 https://www.keproqio.com/	Número gratuito: 1.888.305.6759 Teléfono local: 1.216.447.9604 TTY: 1.855.843.4776 Envíe un fax a: 1.844.878.7921 De lunes a viernes de 9 a. m. a 5 p. m., hora local Fines de semana y feriados de 11 a. m. a 3 p. m., hora local
La Región 10 incluye Alaska, Idaho, Oregon y Washington.		

Oficinas Estatales de Medicaid		
Los números de TTY requieren equipos telefónicos especiales y son solo para personas que tengan dificultades auditivas o del habla. Si no se incluye un número TTY, puede intentar llamando al 711. La información en este Apéndice está vigente a partir del 12 de agosto de 2019.		
Estado:	Dirección de la agencia\Sitio web:	Teléfono\Horario de atención:
Alabama	Alabama Medicaid Agency P.O. Box 5624 Montgomery, AL 36103-5624 http://www.medicaid.alabama.gov	Número gratuito: 1.800.362.1504 Teléfono local: 1.334.242.5000 De lunes a viernes de 7 a. m. a 8 p. m. Sábados de 9 a. m. a 5 p. m. Cerrado los feriados
Alaska	Alaska Department of Health and Social Services 350 Main Street, Room 404 P.O. Box 110601 Juneau, AK 99811-0601 http://dhss.alaska.gov/	Número gratuito: 1.800.770.5650 Teléfono local: 1.907.465.3347 TTY: 1.907.586.4265 De lunes a viernes de 8 a. m. a 4:30 p. m. Cerrado todos los días de 12 p. m. a 1 p. m.
Arizona	Arizona Health Care Cost Containment System (AHCCCS) 801 East Jefferson Street, MD 4100 Phoenix, AZ 85034 http://www.azahcccs.gov/	Número gratuito: 1.855.432.7587 Teléfono local: 1.602.417.4000 TTY: 1.800.367.8939 De lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.
Arkansas	Arkansas Division of Medical Services Department of Human Services Donaghey Plaza South P.O. Box 1437, Slot S401 Little Rock, AR 72203-1437 http://medicaid.mmis.arkansas.gov/	Número gratuito: 1.800.482.8988 Teléfono local: 1.501.682.8233 De lunes a viernes de 8 a. m. a 4:30 p. m.
California	Medi-Cal Department of Health Care Services P.O. Box 997413, MS 0000 Sacramento, CA 95899-7413 http://www.dhcs.ca.gov	Teléfono local: 1.916.552.9200 De lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.
Colorado	Department of Health Care Policy and Financing 1570 Grant Street Denver, CO 80203-1818 http://www.colorado.gov/hcpf	Teléfono local: 1.800.221.3943 TTY: 711 De lunes a viernes de 8 a. m. a 4:30 p. m. Cerrado los viernes de 2:30 p. m. a 3:30 p. m. Cerrado los feriados

Oficinas Estatales de Medicaid		
Los números de TTY requieren equipos telefónicos especiales y son solo para personas que tengan dificultades auditivas o del habla. Si no se incluye un número TTY, puede intentar llamando al 711.		
Estado:	Dirección de la agencia\Sitio web:	Teléfono\Horario de atención:
Connecticut	Husky Health Program c/o Department of Social Services 55 Farmington Avenue Hartford, CT 06105 http://www.ct.gov/hh/site/default.asp	Número gratuito: 1.877.284.8759 TTY: 1.866.492.5276 De lunes a viernes de 8:30 a. m. a 6 p. m.
Delaware	Delaware Health and Social Services Division of Medicaid and Medical Assistance 1901 North DuPont Highway, Lewis Building New Castle, DE 19720 http://assist.dhss.delaware.gov/	Número gratuito: 1.800.372.2022 Teléfono local: 1.302.255.9500 De lunes a viernes de 8 a. m. a 4:30 p. m.
District of Columbia	DC Department of Health Care Finance 441 4th Street, NW, 900S Washington, DC 20001 http://dhcf.dc.gov/	Teléfono local: 1.202.442.5988 TTY: 711 De lunes a viernes de 8:15 a. m. a 4:45 p. m.
Florida	Florida Agency for Health Care Administration P.O. Box 5197, MS 62 Tallahassee, FL 32314 http://www.flmedicaidmanagedcare.com/	Número gratuito: 1.877.711.3662 TTY: 1.866.467.4970 De lunes a jueves de 8 a. m a 8 p. m. Viernes de 8 a. m. a 7 p. m.
Georgia	Georgia Department of Community Health 2 Peachtree Street Northwest Atlanta, GA 30303 https://medicaid.georgia.gov	Número gratuito: 1.866.211.0950 Teléfono local: 1.404.656.4507 De lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.
Hawaii	Department of Human Services 1390 Miller Street, Room 209 Honolulu, HI 96813 http://humanservices.hawaii.gov/	Teléfono local: 1.808.524.3370 De lunes a viernes de 7:45 a. m. a 4:30 p. m. Feriados cerrados
Idaho	Idaho Department of Health and Welfare P.O. Box 83720 Boise, ID 83720-0026 http://www.healthandwelfare.idaho.gov	Teléfono local: 1.877.456.1233 De lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.
Illinois	Illinois Department of Healthcare and Family Services 201 South Grand Avenue East Springfield, IL 62763 http://www.illinois.gov/hfs/Pages/default.aspx	Teléfono local: 1.866.468.7543 Fuera de Illinois: 1.217.785.8036 TTY: 1.877.204.1012 De lunes a viernes de 8:30 a. m. a 4:30 p. m.

Oficinas Estatales de Medicaid		
Los números de TTY requieren equipos telefónicos especiales y son solo para personas que tengan dificultades auditivas o del habla. Si no se incluye un número TTY, puede intentar llamando al 711.		
Estado:	Dirección de la agencia\Sitio web:	Teléfono\Horario de atención:
Indiana	Family and Social Services Administration Office of Medicaid Policy and Planning 402 West Washington Street P.O. Box 7083 Indianapolis, IN 46204 http://www.in.gov/medicaid/members/	Número gratuito: 1.800.457.4584 Número gratuito: 1.800.403.0864 De lunes a viernes de 8 a. m. a 4:30 p. m.
Iowa	Iowa Medicaid Enterprise Department of Human Services – Member Services P.O. Box 36510 Des Moines, IA 50315 http://dhs.iowa.gov/iahealthlink	Número gratuito: 1.800.338.8366 Teléfono local: 1.515.256.4606 TTY: 1.800.735.2942 De lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.
Kansas	KanCare 900 S.W. Jackson, Suite 900N Topeka, KS 66612-1220 http://www.kancare.ks.gov/	Número gratuito: 1.866.305.5147 De lunes a viernes de 7:30 a. m. a 5:30 p. m.
Kentucky	Department for Medicaid Services Cabinet for Health and Family Services Office of the Secretary 275 East Main Street Frankfort, KY 40621 http://chfs.ky.gov/agencies/dms/Pages/default.aspx	Número gratuito: 1.855.306.8959 Teléfono local: 1.800.627.4702 De lunes a viernes de 8 a. m. a 4:30 p. m.
Louisiana	Department of Health and Hospitals P.O. Box 629 Baton Rouge, LA 70821-0629 http://www.dhh.louisiana.gov	Número gratuito: 1.888.342.6207 De lunes a viernes de 8 a. m. a 4:30 p. m.
Maine	Office of MaineCare Services 11 State House Station Augusta, ME 04333-0011 http://mainecare.maine.gov/Default.aspx	Número gratuito: 1.800.977.6740 TTY: 711 De lunes a viernes de 7 a. m. a 6 p. m.
Maryland	Department of Health and Mental Hygiene 201 West Preston Street Baltimore, MD 21201-2399 http://mmcp.dhmh.maryland.gov/	Número gratuito: 1.877.463.3464 Teléfono local: 1.410.767.6500 De lunes a viernes de 8:30 a. m. a 5 p. m.

Oficinas Estatales de Medicaid		
Los números de TTY requieren equipos telefónicos especiales y son solo para personas que tengan dificultades auditivas o del habla. Si no se incluye un número TTY, puede intentar llamando al 711.		
Estado:	Dirección de la agencia\Sitio web:	Teléfono\Horario de atención:
Massachusetts	MassHealth Office of Medicaid 1 Ashburton Place, 11th Floor Boston, MA 02108 http://www.mass.gov/masshealth	Número gratuito: 1.877.841.2900 TTY: 1.800.497.4648 De lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.
Michigan	Michigan Department of Health and Human Services Capitol View Building 333 S. Grand Avenue Lansing, MI 48909 http://www.michigan.gov/mdhhs	Teléfono local: 1.517.373.3740 TTY: 711 De lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.
Minnesota	Department of Human Services Health Care Eligibility and Access Division P.O. Box 64989 St. Paul, MN 55164-0989 http://mn.gov/dhs	Número gratuito: 1.800.657.3739 Teléfono local: 1.651.431.2670 De lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.
Mississippi	Mississippi Division of Medicaid Sillers Building 550 High Street, Suite 1000 Jackson, MS 39201-1399 http://www.medicaid.ms.gov	Número gratuito: 1.800.421.2408 Teléfono local: 1.601.359.6050 TTY: 1.228.206.6062 De lunes a viernes de 7:30 a. m. a 5 p. m.
Missouri	The State of Missouri MO HealthNet Division 615 Howerton Court P.O. Box 6500 Jefferson City, MO 65102-6500 http://dss.mo.gov/mhd	Número gratuito: 1.800.392.2161 Teléfono local: 1.573.751.3425 TTY: 1.800.735.2966 De lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.
Montana	Department of Public Health and Human Services Health Resources Division 1400 East Broadway Street, Cogswell Building Helena, MT 59601-5231 http://www.dphhs.mt.gov/	Número gratuito: 1.888.706.1535 De lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.
Nebraska	Department of Health and Human Services Access Nebraska P.O. Box 95026 Lincoln, NE 68509-5026 http://dhhs.ne.gov/	Número gratuito: 1.855.632.7633 Teléfono local: 1.402.471.3121 TTY: 1.402.471.7256 De lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.

Oficinas Estatales de Medicaid		
Los números de TTY requieren equipos telefónicos especiales y son solo para personas que tengan dificultades auditivas o del habla. Si no se incluye un número TTY, puede intentar llamando al 711.		
Estado:	Dirección de la agencia\Sitio web:	Teléfono\Horario de atención:
Nevada	Department of Health and Human Services Division of Health Care Financing and Policy 1100 East William Street, Suite 102 Carson City, NV 89701 http://dhcfp.nv.gov/	Número gratuito: 1.877.638.3472 TTY: 711 De lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.
New Hampshire	Department of Health and Human Services Office of Medicaid Business and Policy 129 Pleasant Street Concord, NH 03301 http://www.dhhs.state.nh.us	Número gratuito: 1.800.852.3345 <i>extensión 4344 (dentro del estado únicamente)</i> Teléfono local: 1.603.271.4344 TTY: 1.800.735.2964 De lunes a viernes de 8 a. m. a 4:30 p. m.
New Jersey	Department of Human Services Division of Medical Assistance and Health Services P.O. Box 712 Trenton, NJ 08625-0712 http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs	Número gratuito: 1.800.356.1561 <i>(dentro del estado únicamente)</i> TTY: 711 De lunes a viernes de 8:30 a. m. a 4:30 p. m.
New Mexico	Human Services Department Medical Assistance Division P.O. Box 2348 Santa Fe, NM 87504-2348 http://www.hsd.state.nm.us/mad	Número gratuito: 1.888.997.2583 Teléfono local: 1.505.827.3100 TTY: 1.855.227.5485 De lunes a viernes de 8 a. m. a 4:30 p. m.
North Carolina	Department of Health and Human Services Division of Medical Assistance 2501 Mail Service Center Raleigh, NC 27699-2501 http://www.ncdhhs.gov/dma	Número gratuito: 1.888.245.0179 Teléfono local: 1.919.855.4100 De lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.
North Dakota	Department of Human Services Medical Services Division 600 East Boulevard Avenue, Department 325 Bismarck, ND 58505-0250 http://www.nd.gov/dhs	Número gratuito: 1.800.755.2604 Teléfono local: 1.701.328.7068 TTY: 1.800.366.6888 De lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.

Oficinas Estatales de Medicaid		
Los números de TTY requieren equipos telefónicos especiales y son solo para personas que tengan dificultades auditivas o del habla. Si no se incluye un número TTY, puede intentar llamando al 711.		
Estado:	Dirección de la agencia\Sitio web:	Teléfono\Horario de atención:
Ohio	Department of Medicaid 50 West Town Street, Suite 400 Columbus, OH 43215 http://medicaid.ohio.gov/	Número gratuito: 1.800.324.8680 De lunes a viernes de 7 a. m. a 8 p. m. Sábados de 8 a. m. a 5 p. m.
Oklahoma	Oklahoma Health Care Authority 4345 N. Lincoln Blvd. Oklahoma City, OK 73105 http://okhca.org/	Número gratuito: 1.800.987.7767 Teléfono local: 1.405.522.7300 TTY: 711 De lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.
Oregon	Oregon Health Plan Health Systems Division 500 Summer Street, NE Salem, OR 97301-1097 http://www.oregon.gov/oha/Pages/Contact-Us.aspx	Número gratuito: 1.800.527.5772 Teléfono local: 1.503.945.5772 TTY: 711 De lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.
Pennsylvania	Department of Human Services Office of Medical Assistance Programs P.O. Box 2675 Harrisburg, PA 17105-2675 http://www.dhs.pa.gov/	Número gratuito: 1.800.842.2020 TTY: 1.800.451.5886 De lunes a viernes de 8 a. m. a 4:30 p. m.
Rhode Island	Department of Human Services Louis Pasteur Building 600 New London Avenue Cranston, RI 02920 http://www.dhs.ri.gov	Teléfono local: 1.401.784.8100 TTY: 1.800.745.5555 De lunes a viernes de 8:30 a. m. a 3:30 p. m.
South Carolina	Department of Health and Human Services P.O. Box 8206 Columbia, SC 29202-8206 http://www.scdhhs.gov	Número gratuito: 1.888.549.0820 TTY: 1.888.842.3620 De lunes a viernes de 8:30 a. m. a 5 p. m.
South Dakota	Department of Social Services 700 Governors Drive Pierre, SD 57501 http://dss.sd.gov/medicalservices/	Número gratuito: 1.800.597.1603 Teléfono local: 1.605.773.4678 Teléfono local: 1.605.773.3165 De lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
Tennessee	TennCare 310 Great Circle Road Nashville, TN 37243 http://www.tn.gov/tenncare/	Número gratuito: 1.855.259.0701 Número gratuito: 1.800.342.3145 TTY: 1.877.779.3103 De lunes a viernes de 8 a. m. a 4:30 p. m.

Oficinas Estatales de Medicaid		
Los números de TTY requieren equipos telefónicos especiales y son solo para personas que tengan dificultades auditivas o del habla. Si no se incluye un número TTY, puede intentar llamando al 711.		
Estado:	Dirección de la agencia\Sitio web:	Teléfono\Horario de atención:
Texas	Texas Health and Human Services Commission P.O. Box 149024 Austin, TX 78714-9024 http://yourtexasbenefits.hhsc.texas.gov/	Teléfono local: 1.512.424.6500 TTY: 711 De lunes a viernes de 7 a. m. a 7 p. m.
Utah	Utah Department of Health Division of Medicaid and Health Financing P.O. Box 143106 Salt Lake City, UT 84114-3106 http://medicaid.utah.gov/	Número gratuito: 1.800.662.9651 Teléfono local: 1.801.538.6155 De lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m. Jueves de 11 a. m a 5 p. m. Feriados cerrados
Vermont	Department of Vermont Health Access Agency of Human Services 280 State Drive Waterbury, VT 05671-1010 http://www.greenmountaincare.org/	Número gratuito: 1.800.250.8427 TTY: 711 De lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m.
Virginia	Department of Medical Assistance Services 600 East Broad Street Richmond, VA 23219 http://www.dmas.virginia.gov/	Número gratuito: 1.855.242.8282 Teléfono local: 1.804.786.7933 TTY: 1.800.343.0634 De lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.
Washington	Washington HCA Cherry Street Plaza 626 8th Avenue SE Olympia, WA 98501 http://www.hca.wa.gov/medicaid/Pages/index.aspx	Número gratuito: 1.800.562.3022 TTY: 711 De lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m. Feriados cerrados
West Virginia	Department of Health and Human Resources Bureau for Medical Services 350 Capitol Street, Room 251 Charleston, WV 25301 http://www.dhhr.wv.gov/bms/Pages/default.aspx	Teléfono local: 1.304.558.1700 De lunes a viernes de 7 a. m. a 7 p. m.
Wisconsin	Department of Health Services 1 West Wilson Street Madison, WI 53703 http://www.dhs.wisconsin.gov/	Teléfono local: 1.608.266.1865 TTY: 711 De lunes a viernes de 7:30 a. m. a 4:30 p. m.
Wyoming	Wyoming Department of Health 6101 Yellowstone Road, Suite 210 Cheyenne, WY 82009 http://www.health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/	Teléfono local: 1.307.777.7531 De lunes a viernes de 8 a. m. a 4 p. m. Feriados cerrados

Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica (SPAP)		
Los números de TTY requieren equipos telefónicos especiales y son solo para personas que tengan dificultades auditivas o del habla. Si no se incluye un número TTY, puede intentar llamando al 711. La información en este Apéndice está vigente a partir del 12 de agosto de 2019.		
Estado:	Dirección de la agencia\Sitio web:	Teléfono\Horario de atención:
Colorado	Bridging the Gap Colorado Department of Public Health and Environment 4300 Cherry Creek Drive South Denver, CO 80246-1530 http://www.ramsellcorp.com/pharmacies/btgc.aspx/	Teléfono local: 1.303.692.2716 De lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.
Delaware	Chronic Renal Disease Program (CRDP) Milford State Service Center 253 Northeast Front Street Milford, DE 19963 www.dhss.delaware.gov/dhss/dmma/crdprog.html	Número gratuito: 1.800.464.4357 Teléfono local: 1.302.424.7180 De lunes a viernes de 8 a. m. a 4:30 p. m.
Idaho	Idaho AIDS Drug Assistance Program (IDAGAP) Department of Health and Welfare Idaho Ryan White Part B Program 450 West State Street P.O. Box 83720 Boise, ID 83720-0036 http://healthandwelfare.idaho.gov/Health/FamilyPlanning/STDHIV/HIVCareandTreatment/tabid/391/Default.aspx	Número gratuito: 1.800.926.2588 Teléfono local: 1.208.334.5612 Línea principal alternativa: 1.208.334.6527 De lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.
Indiana	HoosierRx P.O. Box 6224 Indianapolis, IN 46206-6224 https://www.payingforseniorcare.com/pharmaceutical-assistance/in-hoosierx.html	Número gratuito: 1.866.267.4679 Teléfono local: 1.317.234.1381 De lunes a viernes de 7 a. m. a 3 p. m.
Maine	Low Cost Drugs for the Elderly and Disabled Program (DEL) Office of Aging & Disability Services Maine Department of Health and Human Services 11 State House Station 41 Anthony Avenue Augusta, ME 04333 http://www.maine.gov/dhhs/oads/	Número gratuito: 1.800.262.2232 Teléfono local: 1.207.287.9200 De lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m. TTY: 711 De lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.
Maryland	Maryland Senior Prescription Drug Assistance Program (SPDAP) c/o Pool Administrators 628 Hebron Avenue, Suite 502 Glastonbury, CT 06033 http://marylandspdap.com	Número gratuito: 1.800.551.5995 TTY: 1.800.877.5156 De lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.

Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica (SPAP)		
Los números de TTY requieren equipos telefónicos especiales y son solo para personas que tengan dificultades auditivas o del habla. Si no se incluye un número TTY, puede intentar llamando al 711.		
Estado:	Dirección de la agencia\Sitio web:	Teléfono\Horario de atención:
Maryland	Maryland Kidney Disease Program 201 West Preston Street, Room SS-3 Baltimore, MD 21201 https://mmcp.health.maryland.gov/familyplanning/Pages/kidneydisease.aspx	Número gratuito: 1.800.226.2142 Teléfono local: 1.410.767.5000 De lunes a viernes de 8:30 a. m. a 4:30 p. m.
Massachusetts	Prescription Advantage P.O. Box 15153 Worcester, MA 01615-0153 http://www.mass.gov/elders/healthcare/prescription-advantage	Número gratuito: 1.800.243.4636 (1.800.AGE.INFO), <i>extensión 2</i> TTY: 1.877.610.0241 De lunes a viernes de 8:45 a. m. a 5 p. m.
Missouri	Missouri Rx Plan P.O. Box 6500 Jefferson City, MO 65102-6500 https://www.payingforseniorcare.com/pharmaceutical-assistance/mo-missouri-rx-plan.html	Número gratuito: 1.800.375.1406 De lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.
Montana	Big Sky Rx Program P.O. Box 202915 Helena, MT 59620-2915 http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/BigSky.aspx	Número gratuito: 1.866.369.1233 Fuera del estado: 1.406.444.1233 TTY: 711 De lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.
Montana	Mental Health Services Plan (MHSP) Addictive and Mental Disorders Division 100 North Park Avenue, Suite 300, P.O. Box 202905 Helena, MT 59620-2905 http://dphhs.mt.gov/amdd/Mentalhealthservices/MHSP	Número gratuito: 1.888.866.0328 Teléfono local: 1.406.444.3964 De lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.
Montana	Department of Public Health and Human Services HIV/STD/Hep C Prevention Bureau Cogswell Building 1400 Broadway, Room C-211 Helena, MT 59620 https://dphhs.mt.gov/publichealth/hivstd	Teléfono local: 1.406.444.3565 De lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.

Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica (SPAP)		
Los números de TTY requieren equipos telefónicos especiales y son solo para personas que tengan dificultades auditivas o del habla. Si no se incluye un número TTY, puede intentar llamando al 711.		
Estado:	Dirección de la agencia\Sitio web:	Teléfono\Horario de atención:
Nevada	Nevada Senior Rx Department of Health and Human Services Aging and Disability Services Division 1860 E. Sahara Ave. Las Vegas, NV 89104 http://adsd.nv.gov/Programs/Seniors/SeniorRx/SrRxProg/	Número gratuito: 1.866.303.6323 Teléfono local: 1.775.687.4210 (Reno, Carson City, Gardnerville) De lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.
New Jersey	New Jersey Department of Human Services Pharmaceutical Assistance to the Aged and Disabled (PAAD), Lifeline and Special Benefit Programs Senior Gold Prescription Discount Program (Senior Gold) P.O. Box 715 Trenton, NJ 08625-0715 http://www.state.nj.us/humanservices/doas/services/seniorgold/ o http://www.state.nj.us/humanservices/doas/services/paad/	Número gratuito: 1.800.792.9745 Las 24 horas del día, los 7 días de la semana, sistema automático
North Carolina	North Carolina HIV SPAP 1902 Mail Service Center Raleigh, NC 27699-1902 http://epi.publichealth.nc.gov/cd/hiv/hmap.html http://www.ramsellcorp.com/individuals/nc.aspx	Número gratuito: 1.877.466.2232 (dentro del estado únicamente) Teléfono local: 1.919.733.7301 De lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.
Pennsylvania	The Chronic Renal Disease Program Pennsylvania Department of Health Division of Child and Adult Health Services 625 Forster Street, 7th Floor, East Wing Harrisburg, PA 17120-0701 http://www.health.pa.gov/spbp	Número gratuito: 1.877.724.3258 o bien 1.800.225.7223 De lunes a viernes de 8:30 a. m. a 5 p. m.
Pennsylvania	PACE/PACENET Program Bureau of Pharmaceutical Assistance P.O. Box 8806 Harrisburg, PA 17105-8806 https://pacecares.magellanhealth.com/	Número gratuito: 1.800.225.7223 Teléfono local: 1.717.787.7313 De lunes a viernes de 8:30 a. m. a 5 p. m.

Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica (SPAP)		
Los números de TTY requieren equipos telefónicos especiales y son solo para personas que tengan dificultades auditivas o del habla. Si no se incluye un número TTY, puede intentar llamando al 711.		
Estado:	Dirección de la agencia\Sitio web:	Teléfono\Horario de atención:
Pennsylvania	Special Pharmaceutical Benefits Program – HIV/AIDS P.O. Box 8808 Harrisburg, PA 17105-8808 https://www.health.pa.gov/topics/programs/HIV/Pages/Special-Pharmaceutical-Benefits.aspx	Teléfono local: 1.800.922.9384 De lunes a viernes de 8:30 a. m. a 5 p. m.
Rhode Island	Rhode Island Pharmaceutical Assistance to the Elderly (RIPAE) Attn: RIPAE, Rhode Island Department of Human Services Division of Elderly Affairs 57 Howard Avenue, Louis Pasteur Building, 2nd Floor Cranston, RI 02920 www.dea.ri.gov/programs/prescription_assist.php	Teléfono local: 1.401.462.3000 TTY: 1.401.462.0740 De lunes a viernes de 8:30 a. m. a 4 p. m.
Texas	Kidney Health Care Program (KHC) Specialty Health Care Services, MC 1938 P.O. Box 149347 Austin, TX 78714-9347 https://hhs.texas.gov/services/health/kidney-health-care	Número gratuito: 1.800.222.3986 Teléfono local: 1.512.776.7150 De lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.
Vermont	VPharm/Healthy Vermonters 280 State Drive Waterbury, VT 05671-1500 http://www.greenmountaincare.org/perscription	Número gratuito: 1.800.250.8427 TTY: 1.888.834.7898 De lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m.
Virginia	Virginia AIDS Drug Assistance Program (ADAP) and Virginia HIV SPAP, Patient Services Incorporated P.O. Box 5930 Midlothian, VA 23112 http://q1medicare.com/PartD-SPAPVirginiaStatePharmAssistPrgm.php	Número gratuito: 1.800.366.7741 Lunes, martes, jueves y viernes de 8:30 a. m. a 5 p. m. Miércoles de 9:30 a. m. a 5 p. m.
Washington	Washington State Health Insurance Pool (WSHIP) P.O. Box 1090 Great Bend, KS 67530 https://www.wship.org/Default.asp	Número gratuito: 1.800.877.5187 De lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.

Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica (SPAP)		
Los números de TTY requieren equipos telefónicos especiales y son solo para personas que tengan dificultades auditivas o del habla. Si no se incluye un número TTY, puede intentar llamando al 711.		
Estado:	Dirección de la agencia\Sitio web:	Teléfono\Horario de atención:
Wisconsin	Wisconsin Chronic Disease Program (Chronic Renal Disease, Cystic Fibrosis, and Hemophilia Home Care Programs) P.O. Box 6410, Attn: Eligibility Unit Madison, WI 53716-0410 https://www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/wcdp.htm	Número gratuito: 1.800.362.3002 De lunes a viernes de 8:30 a. m. a 4:30 p. m.
Wisconsin	Wisconsin SeniorCare P.O. Box 6710 Madison, WI 53716-0710 www.dhs.wisconsin.gov/seniorcare	Número gratuito: 1.800.657.2038 De lunes a viernes de 8 a. m. a 6 p. m.

Programas de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA		
Los números de TTY requieren equipos telefónicos especiales y son solo para personas que tengan dificultades auditivas o del habla. Si no se incluye un número TTY, puede intentar llamando al 711. La información en este Apéndice está vigente a partir del 12 de agosto de 2019.		
Estado:	Dirección de la agencia\Sitio web:	Teléfono\Horario de atención:
Alabama	Alabama AIDS Drug Assistance Program Alabama Department of Public Health HIV/AIDS Division, The RSA Tower 201 Monroe Street, Suite 1400 Montgomery, AL 36104 http://www.alabamapublichealth.gov/hiv/adap.html	Número gratuito: 1.866.574.9964 De lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.
Alaska	Alaskan Aids Assistance Association 1057 W. Fireweed Lane, Suite 102 Anchorage, AK 99503 http://www.alaskanids.org/	Número gratuito: 1.907.263.2050 De lunes a viernes de 9 a. m. a 5 p. m.
Arizona	Arizona Department of Health Services 150 N. 18th Avenue, Suite 110 Phoenix, AZ 85007 https://www.azdhs.gov/preparedness/epidemiology-disease-control/disease-integration-services/index.php	Número gratuito: 1.800.334.1540 Teléfono local: 1.602.364.3610 De lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m. <i>(excepto feriados estatales)</i>

Programas de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA		
Los números de TTY requieren equipos telefónicos especiales y son solo para personas que tengan dificultades auditivas o del habla. Si no se incluye un número TTY, puede intentar llamando al 711.		
Estado:	Dirección de la agencia\Sitio web:	Teléfono\Horario de atención:
Arkansas	Arkansas Department of Health Ryan White Program – Part B 4815 W. Markham St., Slot 33 Little Rock, AR 72205 https://www.healthy.arkansas.gov/programs-services/topics/ryan-white-faqs	Número gratuito: 1.800.462.0599 Teléfono local: 1.501.661.2408 De lunes a viernes de 8 a. m. a 4:30 p. m.
California	Office of AIDS California Department of Public Health MS 0500, P.O. Box 997377 Sacramento, CA 95899-7377 https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA_Main.aspx	Teléfono local: 1.916.558.1784 De lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.
Colorado	Colorado Department of Public Health & Environment DCEED-STD-A3 4300 Cherry Creek Drive South Denver, CO 80246 https://www.colorado.gov/pacific/cdphe/colorado-aids-drug-assistance-program-adap	Teléfono local: 1.303.692.2716 De lunes a viernes de 9 a. m. a 5 p. m.
Connecticut	State of Connecticut Department of Public Health c/o Magellan Rx P.O. Box 13001 Albany, NY 12212-3001 https://ctdph.magellanrx.com/	Número gratuito: 1.800.424.3310 De lunes a viernes de 8 a. m. a 4 p. m.
Delaware	Division of Public Health, Ryan White Program Thomas Collins Building 540 S. DuPont Highway Dover, DE 19901 http://dhss.delaware.gov/dph/dpc/hivtreatment.html	Teléfono local: 1.302.744.1050 De lunes a viernes de 8 a. m. a 4:30 p. m.
District of Columbia	DC ADAP DC Department of Health 899 North Capitol Street, NE Washington, DC 20002 https://dchealth.dc.gov/node/137072	Teléfono local: 1.202.671.4900 TTY: 711 De lunes a viernes de 8:15 a. m. a 4:45 p. m.

Programas de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA		
Los números de TTY requieren equipos telefónicos especiales y son solo para personas que tengan dificultades auditivas o del habla. Si no se incluye un número TTY, puede intentar llamando al 711.		
Estado:	Dirección de la agencia\Sitio web:	Teléfono\Horario de atención:
Florida	Florida Department of Health HIV/AIDS Section AIDS Drug Assistance Program 4052 Bald Cypress Way, BIN A09 Tallahassee, FL 32399 http://www.floridahealth.gov/diseases-and-conditions/aids/adap/index.html	Número gratuito: 1.800.352.2437 TTY: 1.888.503.7118 De lunes a viernes de 8 a. m. a 9 p. m.
Georgia	Georgia Department of Public Health Office of HIV/AIDS 2 Peachtree Street, NW Atlanta, GA 30303 https://dph.georgia.gov/office-hiv aids	Teléfono local: 1.404.657.3100 De lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.
Hawaii	Hawaii Department of Health Harm Reduction Services Branch HIV Medical Management Services 3627 Kilauea Avenue, Suite 306 Honolulu, HI 96816 http://health.hawaii.gov/harmreduction/hiv-aids/hiv-programs/hiv-medical-management-services/	Teléfono local: 1.808.733.9360 De lunes a viernes de 7:30 a. m. a 4:30 p. m.
Idaho	Idaho Ryan White Part B Program 450 West State Street P.O. Box 83720 Boise, ID 83720-0036 http://healthandwelfare.idaho.gov/Health/FamilyPlanning.STDHIV/HIVCareandTreatment/tabid/391/Default.aspx	Teléfono local: 1.208.334.5612 De lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.
Illinois	Illinois Department of Public Health Illinois ADAP Office 525 W. Jefferson Street, 1st Floor Springfield, IL 62761 http://www.idph.state.il.us/health/aids/adap.htm	Teléfono local: 1.217.782.4977 TTY: 1.800.547.0466 De lunes a viernes de 8 a. m. a 4 p. m.
Indiana	Indiana State Department of Health 2 North Meridian Street Indianapolis, IN 46204 http://www.in.gov/isdh/17740.htm	Número gratuito: 1.866.588.4948 De lunes a viernes de 8:15 a. m. a 4:45 p. m.

Programas de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA		
Los números de TTY requieren equipos telefónicos especiales y son solo para personas que tengan dificultades auditivas o del habla. Si no se incluye un número TTY, puede intentar llamando al 711.		
Estado:	Dirección de la agencia\Sitio web:	Teléfono\Horario de atención:
Iowa	Iowa Department of Public Health 321 East 12th Street Des Moines, IA 50319-0075 http://idph.iowa.gov/hivstdhep/hiv/support	Teléfono local: 1.515.281.7689 TTY: 711 De lunes a viernes de 8 a. m. a 4:30 p. m.
Kansas	Kansas Department of Health & Environment 1000 South West Jackson, Suite 210 Topeka, KS 66612 http://www.kdheks.gov/sti_hiv/ryan_white_care.htm	Teléfono local: 1.785.296.6174 De lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.
Kentucky	Kentucky Department for Public Health Cabinet for Health and Family Services HIV/AIDS Branch 275 East Main Street, HS2E-C Frankfort, KY 40621 https://chfs.ky.gov/agencies/dph/dehp/hab/Pages/services.aspx	Número gratuito: 1.866.510.0005 De lunes a viernes de 8 a. m. a 4:30 p. m.
Louisiana	Louisiana Office of Public Health Louisiana Health Access Program 1450 Poydras Street, Suite 2136 New Orleans, LA 70112 https://www.lahap.org/	Teléfono local: 1.504.568.7474 De lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.
Maine	Maine Center For Disease Control and Prevention ADAP 286 Water Street 11 State House Station Augusta, ME 04330 https://www.maine.gov/dhhs/mecdc/infectious-disease/hiv-std/services/aids-drug-assist.shtml	Teléfono local: 1.207.287.3747 TTY: 711 De lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.
Maryland	Maryland Department of Health and Mental Hygiene Maryland AIDS Drug Assistance Program (MADAP) 201 West Preston Street Baltimore, MD 21201-2399 https://phpa.health.maryland.gov/OIDPCS/CHCS/Pages/madap.aspx	Número gratuito: 1.800.205.6308 Teléfono local: 1.410.767.6535 TTY: 1.800.735.2258 De lunes a viernes de 8:30 a. m. a 4:30 p. m.

Programas de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA		
Los números de TTY requieren equipos telefónicos especiales y son solo para personas que tengan dificultades auditivas o del habla. Si no se incluye un número TTY, puede intentar llamando al 711.		
Estado:	Dirección de la agencia\Sitio web:	Teléfono\Horario de atención:
Massachusetts	Community Research Initiative The Schrafft's City Center 529 Main Street, Suite 301 Boston, MA 02129 https://crine.org/hdap	Número gratuito: 1.800.228.2714 Teléfono local: 1.617.502.1700 De lunes a viernes de 9 a. m. a 5 p. m.
Michigan	Michigan Drug Assistance Program Michigan Department of Health and Human Services Division of Health, Wellness and Disease Control HIV Care Section 109 Michigan Avenue, 9th Floor Lansing, MI 48913 http://www.michigan.gov/dap	Número gratuito: 1.888.826.6565 De lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.
Minnesota	HIV/AIDS Programs Department of Human Services P.O. Box 64972 St. Paul, MN 55164-0972 https://mn.gov/dhs/people-we-serve/adults/health-care/hiv-aids/	Número gratuito: 1.800.657.3761 Teléfono local: 1.651.431.2414 TTY: 1.800.627.3529 De lunes a viernes de 8:30 a. m. a 4:30 p. m.
Mississippi	Mississippi State Department of Health Office of STD/HIV Care and Treatment Division P.O. Box 1700 Jackson, MS 39215-1700 https://msdh.ms.gov/msdhsite/_static/14,13047,150.html	Número gratuito: 1.888.343.7373 Teléfono local: 1.601.362.4879 De lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.
Missouri	Bureau of HIV, STD, and Hepatitis Missouri Department of Health and Senior Services P.O. Box 570 Jefferson City, MO 65102-0570 http://health.mo.gov/living/healthcondiseases/communicable/hiv aids/casemgmt.php	Teléfono local: 1.573.751.6439 De lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.
Montana	Montana Dept. of Public Health and Human Services P.O. Box 202951 Cogswell Bldg C-211 Helena, MT 59620-2951 https://dphhs.mt.gov/publichealth/hivstd/treatment	Teléfono local: 1.406.444.4744 De lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.

Programas de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA		
Los números de TTY requieren equipos telefónicos especiales y son solo para personas que tengan dificultades auditivas o del habla. Si no se incluye un número TTY, puede intentar llamando al 711.		
Estado:	Dirección de la agencia\Sitio web:	Teléfono\Horario de atención:
Nebraska	Nebraska Department of Health & Human Services Ryan White Program P.O. Box 95026 Lincoln, NE 68509-5026 http://dhhs.ne.gov/Pages/Ryan-White.aspx	Teléfono local: 1.402.471.2101 De lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.
Nevada	Office of HIV/AIDS Nevada Division of Public and Behavioral Health 4126 Technology Way, Suite 200 Carson City, NV 89706 http://dpbh.nv.gov/Programs/HIV-Ryan/Ryan_White_Part_B_-_Home/	Teléfono local: 1.775.684.4200 De lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.
New Hampshire	New Hampshire Department of Health & Human Services NH CARE Program 29 Hazen Drive Concord, NH 03301 https://www.dhhs.nh.gov/dphs/bchs/std/care.htm	Número gratuito: 1.800.852.3345 <i>extensión 4502 (dentro del estado únicamente)</i> Teléfono local: 1.603.271.4502 TTY: 1.800.735.2964 De lunes a viernes de 8:30 a. m. a 4:30 p. m.
New Jersey	New Jersey Department of Health AIDS Drug Distribution Program (ADDP) P.O. Box 722 Trenton, NJ 08625-0722 http://www.nj.gov/health/hivstdtb/hiv-aids/medications.shtml	Número gratuito: 1.877.613.4533 De lunes a viernes de 8:30 a. m. a 4:30 p. m.
New Mexico	New Mexico Department of Health HIV Services Program 1190 S. St. Francis Drive Santa Fe, NM 87502 https://nmhealth.org/about/phd/idb/hats/	Teléfono local: 1.505.476.3628 De lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.
North Carolina	Communicable Disease Branch Epidemiology Section, Division of Public Health N.C. Dept. of Health and Human Services 1902 Mail Service Center Raleigh, NC 27699-1902 http://epi.publichealth.nc.gov/cd/hiv/program.html	Número gratuito: 1.877.466.2232 <i>(dentro del estado únicamente)</i> Fuera del estado: 1.919.733.9161 De lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.

Programas de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA		
Los números de TTY requieren equipos telefónicos especiales y son solo para personas que tengan dificultades auditivas o del habla. Si no se incluye un número TTY, puede intentar llamando al 711.		
Estado:	Dirección de la agencia\Sitio web:	Teléfono\Horario de atención:
North Dakota	North Dakota Department of Health Division of Disease Control 2635 East Main Ave. Bismarck, ND 58506-5520 https://www.ndhealth.gov/hiv/	Número gratuito: 1.800.472.2180 <i>(dentro del estado únicamente)</i> De lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.
Ohio	Ohio Department of Health Ohio AIDS Drug Assistance Program (ADAP) HIV Client Services 246 North High Street Columbus, OH 43215 https://odh.ohio.gov/wps/portal/gov/odh/know-our-programs/Ryan-White-Part-B-HIV-Client-Services/AIDS-Drug-Assistance-Program/	Número gratuito: 1.800.777.4775 De lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.
Oklahoma	HIV/STD Service Oklahoma State Department of Health 1000 NE 10 th Oklahoma City, OK 73117 https://www.ok.gov/health/Prevention_and_Preparedness/HIV STD Service/index.html	Teléfono local: 1.405.271.4636 De lunes a viernes de 8 a. m. a 4:30 p. m.
Oregon	CAREAssist Program 800 NE Oregon Street, Suite 1105 Portland, OR 97232 http://www.oregon.gov/oha/PH/DISEASESCONDITIONS/HIVSTDVIRALHEPATITIS/HIVCARETREATMENT/CAREASSIST/Pages/index.aspx	Teléfono local: 1.971.673.0144 TTY: 711 De lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.
Pennsylvania	Department of Health Special Pharmaceutical Benefits Program P.O. Box 8808 Harrisburg, PA 17105-8808 https://www.health.pa.gov/topics/programs/HIV/Pages/Services.aspx	Teléfono local: 1.800.922.9384 De lunes a viernes de 8 a. m. a 4:30 p. m.
Rhode Island	Executive Office of Health and Human Services Office of HIV/AIDS Hazard Building, Suite 60 74 West Road Cranston, RI 02920 http://www.eohhs.ri.gov/Consumer/Adults/RyanWhiteHIVAIDS.aspx	Teléfono local: 1.401.462.3294 De lunes a viernes de 8:30 a. m. a 4:30 p. m.

Programas de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA		
Los números de TTY requieren equipos telefónicos especiales y son solo para personas que tengan dificultades auditivas o del habla. Si no se incluye un número TTY, puede intentar llamando al 711.		
Estado:	Dirección de la agencia\Sitio web:	Teléfono\Horario de atención:
South Carolina	South Carolina AIDS Drug Assistance Program South Carolina Department of Health and Environmental Control 2600 Bull Street Columbia, SC 29201 http://www.scdhec.gov/Health/DiseasesandConditions/InfectiousDiseases/HIVandSTDs/AIDSDrugAssistancePlan/	Número gratuito: 1.800.856.9954 De lunes a viernes de 8:30 a. m. a 5 p. m.
South Dakota	South Dakota Department of Health Ryan White Part B CARE Program 615 East 4th Street Pierre, SD 57501-1700 http://doh.sd.gov/diseases/infectious/ryanwhite/	Número gratuito: 1.800.592.1861 Teléfono local: 1.605.773.3737 De lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.
Tennessee	Tennessee HIV Drug Assistance Program (HDAP) Tennessee Department of Health 710 James Robertson Parkway Nashville, TN 37243 https://www.tn.gov/health/health-program-areas/std/std/ryanwhite.html	Número gratuito: 1.800.525.2437 Teléfono local: 1.615.741.7500 De lunes a viernes de 8:30 a. m. a 4:30 p. m.
Texas	Texas Department of State Health Services HIV Medication Program ATTN: MSJA, MC 1873 P.O. Box 149347 Austin, TX 78714-9347 http://www.dshs.texas.gov/hivstd/meds/	Número gratuito: 1.800.255.1090 Teléfono local: 1.512.533.3000 De lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.
Utah	Utah Department of Health Bureau of Epidemiology 288 North 1460 West, P.O. Box 142104 Salt Lake City, UT 84114-2104 http://health.utah.gov/epi/treatment/	Teléfono local: 1.801.538.6197 De lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.
Vermont	Vermont Medication Assistance Program Vermont Department of Health P.O. Box 70, Drawer 41 IDEPI Burlington, VT 05402 http://www.healthvermont.gov/immunizations-infectious-disease/hiv/care	Número gratuito: 1.800.464.4343 Teléfono local: 1.802.951.4005 De lunes a viernes de 8 a. m. a 4:30 p. m.

Programas de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA		
Los números de TTY requieren equipos telefónicos especiales y son solo para personas que tengan dificultades auditivas o del habla. Si no se incluye un número TTY, puede intentar llamando al 711.		
Estado:	Dirección de la agencia\Sitio web:	Teléfono\Horario de atención:
Virginia	Virginia Department of Health HCS Unit, 1st Floor 109 Governor Street Richmond, VA 23219 http://www.vdh.virginia.gov/disease-prevention/eligibility/	Número gratuito: 1.855.362.0658 De lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.
Washington	Client Services P.O. Box 47841 Olympia, WA 98504 https://www.doh.wa.gov/YouandYourFamily/IllnessandDisease/HIVAIDS/HIVCareClientServices/ADAPandEIP	Número gratuito: 1.877.376.9316 <i>(dentro del estado únicamente)</i> De lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.
West Virginia	West Virginia Department of Health and Human Resources Office of Epidemiology and Preventive Services 350 Capital Street, Room 125 Charleston, WV 25301 https://dhhr.wv.gov/oeps/std-hiv-hep/HIV_AIDS/caresupport/Pages/ADAP.aspx	Teléfono local: 1.304.558.2195 De lunes a viernes de 9 a. m. a 5 p. m.
Wisconsin	Department of Health Services Division of Public Health P.O. Box 2659 Madison, WI 53701-2659 https://www.dhs.wisconsin.gov/aids-hiv/adap.htm	Número gratuito: 1.800.991.5532 Teléfono local: 1.608.267.6875 TTY: 711 De lunes a viernes de 7 a. m. a 4:30 p. m.
Wyoming	Wyoming Department of Health Public Health Division Communicable Disease Treatment Program 6101 Yellowstone Road Cheyenne, WY 82002 https://health.wyo.gov/publichealth/communicable-disease-unit/hiv/resources-for-patients/	Teléfono local: 1.307.777.5856 De lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.

Está página intencionalmente dejada en blanco

Servicio al cliente de Mutual of Omaha Rx

Método	Servicio al cliente. Información de contacto
LLAME AL	1.855.864.6797 Las llamadas a este número son gratuitas. El Servicio al cliente está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. El Servicio al cliente también dispone de servicios gratuitos de intérprete para quienes no hablan inglés.
TTY (Teletipo)	1.800.716.3231 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas que tengan dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El Servicio al cliente está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
ESCRIBA A	Mutual of Omaha Rx P.O. Box 66535 St. Louis, MO 63166-6535
SITIO WEB	MutualofOmahaRx.com

Programa Estatal de Asistencia de Seguros de Salud (SHIP)

El Programa Estatal de Asistencia de Seguros de Salud es un programa estatal que obtiene dinero del gobierno Federal para brindar asesoría de seguros de salud local gratuita a las personas con Medicare.

Puede encontrar información de contacto del SHIP de su estado en el **Apéndice** de este folleto.

La red de farmacias de Mutual of Omaha Rx incluye una cantidad limitada de farmacias preferidas con costos más bajos en áreas rurales de Alaska. Los costos más bajos que se publican en los materiales de nuestros planes para estas farmacias pueden no estar disponibles en su farmacia. Para obtener información actualizada acerca de las farmacias de nuestra red, incluso si hay farmacias preferidas con costos más bajos en su área, llame al Servicio al cliente al **1.855.864.6797**; TTY: **1.800.716.3231**, o consulte el directorio de farmacias en línea en **MutualofOmahaRx.com/2020network**.

Express Scripts es el administrador de beneficios de farmacia para Mutual of Omaha Rx y proporcionará algunos servicios en nombre de Mutual of Omaha Rx.

Declaración de divulgación de PRA. De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites (Paperwork Reduction Act, PRA) de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que muestre un número de control válido de la Oficina de Gestión y Presupuesto (Office of Management and Budget, OMB). El número de control válido de la OMB de esta recopilación de información es 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, por favor escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.