



| Plan Plus | Plan Premier |

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2022

Evidencia de Cobertura:

Su cobertura de medicamentos recetados de Medicare como miembro de Mutual of Omaha RxSM (PDP)

Esta guía le brinda los detalles sobre su cobertura de medicamentos recetados de Medicare del 1 de enero al 31 de diciembre de 2022. En él se explica cómo obtener cobertura para los medicamentos recetados que necesita. **Este 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, es ofrecido por Omaha Life and Health Insurance Company). (Cuando, en esta *Evidencia de Cobertura*, se dice “nosotros”, “nos” o “nuestro/a/os/as”, se hace referencia a Omaha Health Insurance Company [en California, ofrecido por Omaha Life and Health Insurance Company]. Cuando se dice “plan” o “nuestro plan”, se hace referencia a Mutual of Omaha Rx).

Comuníquese con Servicio al Cliente al número **1.855.864.6797** para obtener más información. (Los usuarios de TTY deben llamar al **1.800.716.3231**). El horario de atención es durante 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 Servicio al Cliente a los números mencionados anteriormente si necesita información del plan en otro formato.

Los beneficios, la prima, el deducible o los copagos y coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2023. El formulario o la red de farmacias pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando sea necesario.

ES0OMS2A

OMB Approval 0938-1051 (Expires February 29, 2024)

Índice**Evidencia de Cobertura para el 2022****Índice**

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

Capítulo 1. Comenzar como miembro.....4

Se explica lo que significa estar en un plan de medicamentos recetados de Medicare y cómo usar esta guía. Se informa sobre los materiales que le enviaremos, la prima de su plan, la multa por inscripción tardía en la Parte D, su tarjeta de miembro del plan y la forma de mantener actualizado su registro de membresía.

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes 22

Se le indica cómo ponerse en contacto 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 Mejora de la Calidad, el Seguro Social, Medicaid (el programa estatal de seguro de salud para personas de bajos ingresos), programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos recetados y la Junta de Jubilación para Ferrovianos.

Capítulo 3. Usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D 38

Se explican las reglas que debe seguir al obtener sus medicamentos de la Parte D. Se le indica cómo utilizar la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* del plan para averiguar qué medicamentos están cubiertos. Se indica qué tipos de medicamentos *no* están cubiertos. Se explican varios tipos de restricciones que se aplican a la cobertura de ciertos medicamentos. Se indica dónde surtir sus recetas. Se informa sobre los programas del plan para la seguridad y el manejo de los medicamentos.

Capítulo 4. Lo que usted paga por los medicamentos recetados de la Parte D 63

Se informa sobre las cuatro etapas de cobertura de medicamentos (*Etapas del Deducible, Etapa de Cobertura Inicial, Etapa de Falta de Cobertura, Etapa de Cobertura Catastrófica*) y cómo estas etapas influyen en lo que usted paga por sus medicamentos. Se explican los cinco niveles de costo compartido para sus medicamentos de la Parte D y se le informa lo que debe pagar por un medicamento en cada nivel de costo compartido.

Capítulo 5. Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de los costos de los medicamentos cubiertos 94

Se explica cuándo y cómo debe enviarnos una factura cuando quiera pedirnos que le reembolsemos la parte que nos corresponde del costo de sus medicamentos cubiertos.

Índice**Capítulo 6. Sus derechos y responsabilidades..... 101**

Se explican los derechos y las responsabilidades que tiene como miembro de nuestro plan. Se indica lo que puede hacer si cree que no se respetan sus derechos.

Capítulo 7. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones, apelaciones o quejas relativas a la cobertura) 111

Se le indica paso a paso qué hacer si tiene problemas o inquietudes como miembro de nuestro plan.

- Se explica cómo solicitar decisiones de cobertura y realizar apelaciones si tiene problemas para obtener los medicamentos recetados que cree que están cubiertos por nuestro plan. Esto incluye pedirnos que hagamos excepciones a las reglas o apliquemos restricciones adicionales a su cobertura.
- Se explica cómo presentar quejas sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes.

Capítulo 8. Finalizar su membresía en el plan..... 135

Se explica cuándo y cómo puede finalizar su membresía en el plan. Se describen las situaciones en las que se requiere que nuestro plan finalice su membresía.

Capítulo 9. Avisos legales 145

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

Capítulo 10. Definiciones de palabras importantes 148

Se explican los términos clave que se utilizan en esta guía.

Apéndice. Números de teléfono y recursos importantes i

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

CAPÍTULO 1

Comenzar como miembro

Capítulo 1. Comenzar como miembro**Capítulo 1. Comenzar 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	¿De qué trata la guía de <i>Evidencia de Cobertura</i> ?	6
Sección 1.3	Información legal sobre 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	¿En qué consisten la Parte A y la Parte B de Medicare?	7
Sección 2.3	Este es el área de servicio del plan para Mutual of Omaha Rx	7
Sección 2.4	Ciudadano de EE. UU. o Residente Legal.....	8
SECCIÓN 3	¿Qué otros materiales recibirá de nosotros?	8
Sección 3.1	Su tarjeta de miembro del plan: úsela para obtener todos los medicamentos recetados cubiertos.....	8
Sección 3.2	El <i>Directorio de Farmacias</i> : Su guía de farmacias en 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	9
SECCIÓN 4	Su prima mensual para Mutual of Omaha Rx.....	11
Sección 4.1	¿Cuánto vale la prima de su plan?.....	11
SECCIÓN 5	¿Tiene que pagar la “multa por inscripción tardía” de la Parte D?	12
Sección 5.1	¿Qué es la “multa por inscripción tardía” de la Parte D?	12
Sección 5.2	¿Cuánto vale la multa por inscripción tardía de 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 la multa por inscripción tardía de la Parte D?	14
SECCIÓN 6	¿Tiene que pagar un monto extra de la Parte D debido a sus ingresos?	15
Sección 6.1	¿Quién paga un monto extra de la Parte D debido a sus ingresos?	15
Sección 6.2	¿Cuál es el monto extra de la Parte D?	15
Sección 6.3	¿Qué puede hacer si no está de acuerdo con el pago de un monto extra de la Parte D?	15
Sección 6.4	¿Qué sucede si no paga el monto extra de la Parte D?	15

Capítulo 1. Comenzar como miembro

SECCIÓN 7	Más información sobre su prima mensual	15
Sección 7.1	Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare	15
Sección 7.2	Hay varias formas de pagar la prima de su plan	16
Sección 7.3	¿Podemos modificar la prima mensual de su plan durante el año?	18
SECCIÓN 8	Mantenga actualizado su registro de membresía del plan	18
Sección 8.1	Cómo contribuir a asegurarnos de que tenemos información precisa sobre usted	18
SECCIÓN 9	Protegemos la privacidad de su información personal de salud.....	19
Sección 9.1	Nos aseguramos de que su información médica esté protegida	19
SECCIÓN 10	Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan.....	19
Sección 10.1	¿Qué plan paga primero cuando usted cuenta con otro seguro?	19

Capítulo 1. Comenzar 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 para recibir su cobertura de atención médica y ha elegido obtener su cobertura de medicamentos recetados de Medicare a través de nuestro plan, Mutual of Omaha Rx.

Hay diferentes tipos de planes de Medicare. Mutual of Omaha Rx es un plan de medicamentos recetados (PDP) de Medicare. Al igual que todos los planes de Medicare, este plan de medicamentos recetados de Medicare está aprobado por Medicare y es administrado por una empresa privada.

Sección 1.2 ¿De qué trata la guía de Evidencia de Cobertura?

En esta guía de *Evidencia de Cobertura* se explica cómo obtener la cobertura de medicamentos recetados de Medicare a través de nuestro plan. En esta guía se describen sus derechos y responsabilidades, lo que está cubierto y lo que usted paga como miembro del plan.

Las palabras *cobertura* y *medicamentos cubiertos* se refieren a la cobertura de medicamentos recetados que usted tiene disponible como miembro de Mutual of Omaha Rx.

Es importante que conozca las reglas del plan y la cobertura que tiene disponible. Le recomendamos que dedique tiempo a revisar esta guía de *Evidencia de Cobertura*.

Si está confundido o preocupado o simplemente tiene una pregunta, póngase en contacto con Servicio al Cliente de nuestro plan (los números de teléfono figuran en la contraportada de esta guía).

Sección 1.3 Información legal sobre la Evidencia de Cobertura**Es parte de nuestro contrato con usted**

Esta *Evidencia de Cobertura* es parte del contrato que tenemos 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 nosotros sobre cambios en su cobertura o condiciones que afecten su cobertura. Estos avisos a veces se denominan *anexos* o *enmiendas*.

El contrato está en vigor durante los meses en los que esté inscrito en Mutual of Omaha Rx entre el 1 de enero de 2022 y el 31 de diciembre de 2022.

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 2022. También podemos decidir dejar de ofrecer el plan, o bien ofrecerlo en un área de servicio diferente, después del 31 de diciembre de 2022.

Medicare debe aprobar nuestro plan todos los años

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) deben aprobar Mutual of Omaha Rx cada año. Puede continuar recibiendo cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan siempre que decidamos seguir ofreciendo el plan y Medicare renueve su aprobación del plan.

Capítulo 1. Comenzar como miembro**SECCIÓN 2 ¿Qué lo hace elegible para ser miembro del plan?****Sección 2.1 Sus requisitos de elegibilidad**

Usted es elegible para ser miembro de nuestro plan siempre que cumpla con todos estos puntos:

- Tiene la Parte A o la Parte B de Medicare (o tiene la Parte A y la Parte B) (en la **Sección 2.2** se le informa sobre la Parte A y la Parte B de Medicare).
- y es ciudadano de Estados Unidos o reside legalmente en Estados Unidos.
- y vive en nuestra área geográfica de servicio (en la **Sección 2.3** a continuación se describe nuestra área de servicio).

Sección 2.2 ¿En qué consisten la Parte A y la Parte B de Medicare?

Como se mencionó anteriormente en la **Sección 1.1**, usted ha elegido obtener su cobertura de medicamentos recetados (a veces denominada la Parte D de Medicare) a través de nuestro plan. Nuestro plan tiene un contrato con Medicare para proporcionarle la mayoría de estos beneficios de Medicare. En el **Capítulo 3**, describimos la cobertura de medicamentos que recibe bajo la cobertura de la Parte D de Medicare.

Cuando se inscribió en Medicare por primera vez, recibió información sobre los servicios que cubre la Parte A y la Parte B de Medicare:

- La Parte A de Medicare generalmente ayuda a cubrir los servicios proporcionados por los hospitales para servicios de pacientes hospitalizados, los centros de enfermería especializada o las agencias de salud en el hogar.
- La Parte B de Medicare es para la mayoría de los otros servicios médicos (como los servicios de médicos, el tratamiento de infusión en el hogar y otros servicios para pacientes ambulatorios) y ciertos artículos (como el equipo médico duradero [DME] y suministros).

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

Aunque Medicare es un programa federal, Mutual of Omaha Rx solo está disponible para las personas que viven en el área de servicio de nuestro plan. Para continuar siendo 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 District of Columbia.

Como se indica anteriormente, ofrecemos cobertura en todos los estados y territorios. Sin embargo, puede que haya diferencias en el costo u otras diferencias entre los planes que ofrecemos en cada estado. Si se muda desde un estado o territorio hacia un estado o territorio que aún se encuentra dentro de nuestra área de servicio, debe llamar a Servicio al Cliente con el fin de actualizar su información. Si se muda a un estado o territorio que está fuera de nuestra área de servicio, no puede seguir siendo miembro de nuestro plan. Llame a Servicio al Cliente para averiguar si tenemos un plan en su nuevo estado o territorio.

Si planea mudarse fuera del área de servicio, comuníquese con Servicio al Cliente (los números de teléfono figuran en la contraportada de esta guía). Cuando se mude, tendrá un Período Especial de

Capítulo 1. Comenzar como miembro

Inscripción que le permitirá inscribirse en un plan de salud o de medicamentos de Medicare que esté disponible en su área de residencia nueva.

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

Sección 2.4 Ciudadano de EE. UU. o residente legal

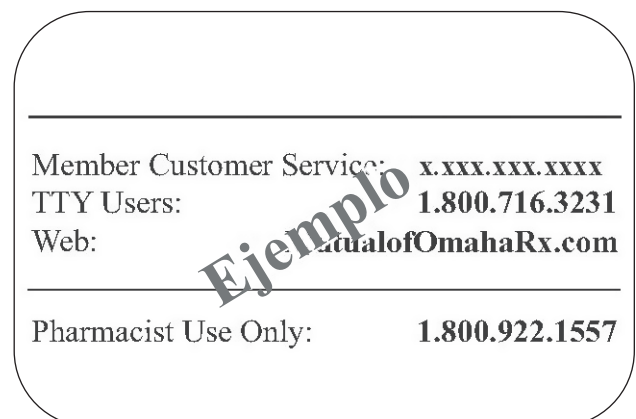
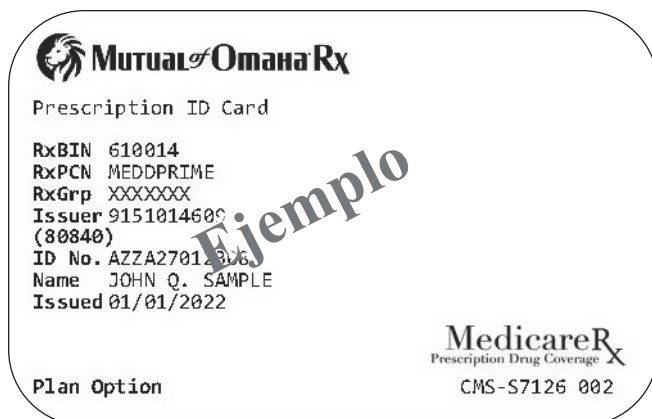
Un miembro de un plan de salud de Medicare debe ser ciudadano de EE. UU. o residente legal de Estados Unidos. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificará a Mutual of Omaha Rx si usted no es elegible para seguir siendo miembro por este motivo. Mutual of Omaha Rx debe cancelar su inscripción si no cumple con este requisito.

SECCIÓN 3 ¿Qué otros materiales recibirá de nosotros?

Sección 3.1 Su tarjeta de miembro del plan: úsela para obtener todos los medicamentos recetados cubiertos

Mientras sea miembro de nuestro plan, debe usar su tarjeta de miembro de nuestro plan para recibir los medicamentos recetados que obtenga en las farmacias de la red. También debe mostrar al proveedor su tarjeta de Medicaid, si corresponde.

A continuación, verá una muestra de la tarjeta de miembro para que sepa cómo será la suya:



Lleve su tarjeta con usted en todo momento y recuerde mostrarla cuando reciba los medicamentos cubiertos. Si daña o pierde su tarjeta de miembro del plan, o se la roban, llame a Servicio al Cliente de inmediato y le enviaremos una tarjeta nueva. (Los números de teléfono de Servicio al Cliente figuran en la contraportada de esta guía).

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

Capítulo 1. Comenzar como miembro**Sección 3.2 El Directorio de Farmacias: Su guía de farmacias en nuestra red****¿Qué son las farmacias de la red?**

Las farmacias de la red son todas las farmacias que han acordado surtir las recetas cubiertas para los miembros de nuestro plan.

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

Nuestra red ha cambiado más de lo habitual para el año 2022. Encontrará un directorio de farmacias actualizado en nuestro sitio web, en **MutualofOmahaRx.com**. También puede llamar a Servicio al Cliente para recibir información actualizada de proveedores o solicitar que le enviemos por correo electrónico un *Directorio de Farmacias*. **Le recomendamos enfáticamente que revise nuestro Directorio de Farmacias actual para ver si su farmacia sigue en nuestra red.** Esto es importante porque, con algunas excepciones, usted debe surtir sus recetas en una farmacia de la red si quiere que nuestro plan las cubra (ayude a pagarlas).

En el *Directorio de Farmacias* también se le indicará cuáles son las farmacias de nuestra red que ofrecen un costo compartido preferido, que puede ser inferior al costo compartido estándar que ofrecen otras farmacias de la red para algunos medicamentos.

Si no tiene el *Directorio de Farmacias*, puede obtener una copia a través del Servicio al Cliente (los números de teléfono figuran en la contraportada de esta guía). Puede llamar a Servicio al Cliente en cualquier momento para obtener información actualizada sobre los cambios en la red de farmacias. También puede encontrar esta información en nuestro sitio web en **MutualofOmahaRx.com**.

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

El plan tiene una *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)*. La llamamos *Lista de Medicamentos* para abreviar. En ella, se indica cuáles son los medicamentos recetados de la Parte D que cubre Mutual of Omaha Rx. El plan selecciona los medicamentos de esta lista con la ayuda de un grupo de médicos y farmacéuticos. La lista debe cumplir los requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la lista de medicamentos de Mutual of Omaha Rx.

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

Le proporcionaremos una copia de la Lista de Medicamentos. Para obtener información completa y actualizada sobre los medicamentos que están cubiertos, puede visitar el sitio web del plan (**MutualofOmahaRx.com**) o llamar a Servicio al Cliente (los números de teléfono figuran en la contraportada de esta guía).

Sección 3.4 Explicación de Beneficios de la Parte D (la “EOB de la Parte D”): Informes con un resumen de los pagos realizados por sus medicamentos recetados de la Parte D

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

Capítulo 1. Comenzar como miembro

En la *Explicación de Beneficios de la Parte D* se indica el monto total que usted, otras personas en su nombre y nosotros hemos 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 que se usa la Parte D. En la EOB de la Parte D se proporciona más información sobre los medicamentos que toma, como los aumentos de precio y otros medicamentos con costo compartido más bajo que puedan estar disponibles. Debe consultar con su médico prescriptor acerca de estas opciones de menor costo. En el **Capítulo 4** (*Lo que usted paga por los medicamentos recetados de la Parte D*) se brinda más información sobre la *Explicación de Beneficios de la Parte D* y cómo puede ayudarlo a llevar un registro de su cobertura de medicamentos.

También se puede solicitar la *Explicación de Beneficios de la Parte D*. Para obtener una copia, póngase en contacto con Servicio al Cliente (los números de teléfono figuran en la contraportada de esta guía).

Además de recibir su *Explicación de Beneficios de la Parte D* por correo, puede obtener una copia si visita nuestro sitio web en **MutualofOmahaRx.com**. Si lo prefiere, puede optar por dejar de recibir los resúmenes por correo e **inscribirse para recibir un aviso por correo electrónico cuando su resumen esté disponible en línea**. Puede volver a optar por recibirlos en papel en cualquier momento. Para obtener más información, puede llamar a Servicio al Cliente o visitar nuestro sitio web.

Capítulo 1. Comenzar como miembro**SECCIÓN 4 Su prima mensual para Mutual of Omaha Rx****Sección 4.1 ¿Cuánto vale la prima de su plan?**

Como miembro de nuestro plan, usted paga una prima mensual del plan. La siguiente tabla muestra el monto de la prima mensual del plan para cada región en la que prestamos servicios. Además, debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid o un tercero pague la prima de la Parte B por usted).

Área de servicio	Plan Plus	Plan Premier
Alabama	\$87.90	\$35.90
Alaska	\$96.70	\$30.40
Arizona	\$105.10	\$34.00
Arkansas	\$88.00	\$34.10
California	\$106.90	\$35.20
Colorado	\$101.40	\$33.80
Connecticut	\$97.20	\$35.10
Delaware	\$92.10	\$35.50
District of Columbia	\$92.10	\$35.50
Florida	\$93.30	\$35.20
Georgia	\$89.50	\$35.40
Hawaii	\$93.30	\$34.00
Idaho	\$83.50	\$35.30
Illinois	\$78.20	\$34.10
Indiana	\$76.00	\$34.90
Iowa	\$78.80	\$34.00
Kansas	\$81.40	\$34.10
Kentucky	\$76.00	\$34.90
Louisiana	\$92.50	\$33.10
Maine	\$102.90	\$34.40
Maryland	\$92.10	\$35.50
Massachusetts	\$97.20	\$35.10
Michigan	\$84.30	\$34.20
Minnesota	\$78.80	\$34.00
Mississippi	\$79.00	\$35.30

Área de servicio	Plan Plus	Plan Premier
Missouri	\$79.30	\$35.40
Montana	\$78.80	\$34.00
Nebraska	\$78.80	\$34.00
Nevada	\$88.00	\$34.00
New Hampshire	\$102.90	\$34.40
New Jersey	\$91.70	\$37.10
New Mexico	\$95.40	\$31.80
North Carolina	\$80.20	\$35.80
North Dakota	\$78.80	\$34.00
Ohio	\$81.60	\$34.40
Oklahoma	\$84.60	\$35.20
Oregon	\$99.90	\$31.40
Pennsylvania	\$80.30	\$35.90
Rhode Island	\$97.20	\$35.10
South Carolina	\$92.30	\$37.00
South Dakota	\$78.80	\$34.00
Tennessee	\$87.90	\$35.90
Texas	\$89.60	\$34.70
Utah	\$83.50	\$35.30
Vermont	\$97.20	\$35.10
Virginia	\$92.80	\$35.00
Washington	\$99.90	\$31.40
West Virginia	\$80.30	\$35.90
Wisconsin	\$92.50	\$35.00
Wyoming	\$78.80	\$34.00

Capítulo 1. Comenzar como miembro

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

Hay programas para ayudar a las personas con recursos limitados a pagar sus medicamentos. Estos incluyen *Ayuda Extra* y el Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica. En la **Sección 7 del Capítulo 2** se informa más sobre estos programas. Si califica, inscribirse en el programa podría reducir la prima mensual de su plan.

Si *ya está inscrito* y recibe ayuda de uno de estos programas, **es posible que la información sobre las primas de esta Evidencia de Cobertura no se aplique a usted**. Hemos incluido 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”), en el cual se le informa sobre los costos de los medicamentos. Si no tiene este encarte, llame a Servicio al Cliente y pregunte por el “Anexo LIS”. (Los números de teléfono de Servicio al Cliente están en la contraportada de esta guía).

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

En algunas situaciones, la prima de su plan podría ser superior al monto indicado en la **Sección 4.1**. Algunos miembros deben pagar una **multa por inscripción tardía** de la Parte D porque no se inscribieron en un plan de medicamentos de Medicare cuando obtuvieron la elegibilidad por primera vez o porque tuvieron un período continuo de 63 días o más en el que no tuvieron una cobertura *acreditable* de medicamentos recetados. (*Acreditable* significa que se espera que la cobertura de medicamentos pague, en promedio, por lo menos lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare). En el caso de estos miembros, la multa por inscripción tardía de la Parte D se añade a la prima mensual del plan. El monto de la prima será la prima mensual del plan más el monto de la multa por inscripción tardía de la Parte D.

- Si se requiere que pague la multa por inscripción tardía de la Parte D, el costo de dicha multa dependerá del tiempo que haya pasado sin la Parte D u otra cobertura acreditable de medicamentos recetados. En la **Sección 5 del Capítulo 1** se explica la multa por inscripción tardía de la Parte D.
- Si tiene una multa por inscripción tardía de la Parte D y no la paga, se podría cancelar su inscripción en el plan.

Es posible que algunos miembros deban pagar un cargo adicional, conocido como Monto del Ajuste Mensual por Ingreso de la Parte D, también llamado IRMAA, porque hace 2 años tenían un ingreso bruto ajustado modificado que superaba un cierto monto en su declaración de impuestos del IRS. Los miembros sujetos a un IRMAA tendrán que pagar el monto estándar de la prima y este cargo extra, que se sumará a su prima. En la **Sección 6 del Capítulo 1** se explica el IRMAA con más detalle.

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

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

Nota: Si 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 suma a la prima de la Parte D. Puede que deba una multa por inscripción tardía de la Parte D si en algún momento luego de que el período de inscripción inicial acabe hay un período de 63 días seguidos o más durante los que no tuvo la Parte D u otra

Capítulo 1. Comenzar como miembro

cobertura acreditable de medicamentos recetados. (La *cobertura acreditable de medicamentos recetados* es la cobertura que cumple con los estándares mínimos de Medicare debido a que se prevé que esta pague, en promedio, al menos un monto equivalente al de la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare). El monto de la multa por inscripción tardía depende del tiempo que estuvo sin cobertura de la Parte D u otra cobertura de medicamentos recetados acreditable. Tendrá que pagar esta multa durante el tiempo que tenga la cobertura de la Parte D.

La multa por inscripción tardía de la Parte D se suma a su prima mensual. Cuando se inscriba por primera vez en Mutual of Omaha Rx, le informaremos el importe de la multa.

Su multa por inscripción tardía de la Parte D se considera parte de la prima de su plan. Si no paga la multa por inscripción tardía de la Parte D, se podría cancelar su inscripción por no pagar la prima del plan.

Sección 5.2 ¿Cuánto vale la multa por inscripción tardía de la Parte D?

Medicare determina el monto de la multa. Así es como funciona:

- Primero cuente el número de meses completos que se demoró en inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare después de haber obtenido la elegibilidad para inscribirse. O bien, cuente el número de meses completos en los que no tuvo cobertura acreditable de medicamentos recetados, 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 de los planes de medicamentos de Medicare de la nación del año anterior. Para el 2022, este monto de la prima promedio es de \$33.37.
- Para calcular la multa mensual, se multiplica el porcentaje de la multa y la prima mensual promedio, y luego se aproximan los centavos al número redondo más cercano. En este ejemplo, sería 14 % por \$33.37, lo que equivale a \$4.67. Esto se redondea a \$4.70. Este monto se sumaría **a la prima mensual de alguien que tenga una multa por inscripción tardía de la Parte D.**

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

- En primer lugar, **la multa puede cambiar todos los años** porque la prima mensual promedio puede cambiar todos los años. Si la prima promedio nacional (según lo determine Medicare) aumenta, su multa aumentará.
- En segundo lugar, **seguirá pagando una multa** todos los meses durante el tiempo que 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 es menor de 65 años y actualmente recibe beneficios de Medicare, la multa por inscripción tardía de la Parte D se restablecerá cuando cumpla los 65 años. Después de los 65 años, su multa por inscripción tardía de la Parte D se basará solamente en los meses que no tenga cobertura después de su período de inscripción inicial por envejecer como miembro de Medicare.

Capítulo 1. Comenzar como miembro**Sección 5.3 En algunas situaciones, puede inscribirse tarde y no tener que pagar la multa**

Incluso si se ha demorado en inscribirse en un 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 de la Parte D.

No tendrá que pagar una multa por inscripción tardía si se encuentra en alguna de estas situaciones:

- Si ya tiene una cobertura de medicamentos recetados que se espera que pague, en promedio, por lo menos lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare. Medicare lo denomina *cobertura acreditable de medicamentos*. **Tenga en cuenta lo siguiente:**
 - La cobertura acreditable podría incluir la cobertura de medicamentos de un antiguo empleador o sindicato, TRICARE o el Departamento de Asuntos de Veteranos. Su aseguradora o su Departamento de Recursos Humanos le informará cada año si su cobertura de medicamentos es una cobertura acreditable. Es posible que esta información se le envíe en una carta o se incluya en un boletín del plan. Guarde esta información, porque puede que la necesite si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.
 - **Tenga en cuenta lo siguiente:** Si recibe un *certificado de cobertura acreditable* cuando finaliza su cobertura médica, puede que no signifique que su cobertura de medicamentos recetados sea *acreditable*. El aviso debe indicar que usted tenía una cobertura acreditable de medicamentos recetados que se esperaba que pague por lo menos lo mismo que paga el plan estándar de medicamentos recetados de Medicare.
 - Las siguientes *no* son coberturas acreditables de medicamentos recetados: tarjetas de descuento de medicamentos recetados, clínicas gratuitas y sitios web de descuentos de medicamentos.
 - Para obtener más información sobre la cobertura acreditable, consulte la guía *Medicare y usted del 2022* 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 gratuitamente a estos números de teléfono las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- Si no tiene cobertura acreditable, pero estuvo sin ella menos de 63 días consecutivos.
- Si recibe *Ayuda Extra* de Medicare.

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

Si no está de acuerdo con la multa por inscripción tardía de la Parte D, usted o su representante pueden solicitar una revisión de la decisión sobre la multa por inscripción tardía. Por lo general, debe solicitar esta revisión **en un plazo de 60 días** a partir de la fecha de la primera carta que reciba en la que se indique que debe 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 a Servicio al Cliente para obtener más información sobre cómo hacerlo (los números de teléfono figuran en la contraportada de esta guía).

Importante: Pague la multa por inscripción tardía de la Parte D mientras espera una revisión de la decisión sobre su multa por inscripción tardía. Si no lo hace, se podría cancelar su inscripción por no pagar la prima del plan.

Capítulo 1. Comenzar como miembro

SECCIÓN 6 ¿Tiene que pagar un monto extra de la Parte D debido a sus ingresos?

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

Si su ingreso bruto ajustado modificado, según lo informado en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años, supera un cierto monto, usted pagará el monto de la prima estándar y un Monto del Ajuste Mensual por Ingreso, también conocido como IRMAA. El IRMAA es un cargo adicional que se suma a su prima.

Si usted tiene que pagar un monto extra, el Seguro Social, no su plan de Medicare, le enviará una carta en la que se indique ese monto extra que pagará y cómo pagarlo. El monto extra se retendrá de su cheque de beneficios del Seguro Social, de la Junta de Jubilación para Ferroviarios o de la Oficina de Administración de Personal, independientemente de la forma en que suele pagar la prima de su plan, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir el monto extra adeudado. Si su cheque de beneficios no es suficiente para cubrir el monto extra, recibirá una factura de Medicare. **Debe pagarle el monto extra al gobierno. No se puede pagar con la prima mensual del plan.**

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

Si su ingreso bruto ajustado modificado (MAGI), según lo informado en su declaración de impuestos del IRS, supera un cierto monto, pagará un monto extra además de la prima mensual del plan. Para obtener más información sobre el monto extra que quizás deba pagar en función de sus ingresos, visite 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 extra de la Parte D?

Si no está de acuerdo con el pago de un monto extra debido a sus ingresos, puede pedirle al Seguro Social que revise la decisión. Para obtener más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con el Seguro Social al 1.800.772.1213 (TTY 1.800.325.0778).

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

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

SECCIÓN 7 Más información sobre su prima mensual

Sección 7.1 Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare

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

Capítulo 1. Comenzar como miembro

Si su ingreso bruto ajustado modificado, según lo informado en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años, supera un cierto monto, usted pagará el monto de la prima estándar y un Monto del Ajuste Mensual por Ingreso, también conocido como IRMAA. El IRMAA es un cargo adicional que se suma a su prima.

- **Si debe pagar el monto extra y no lo paga, se cancelará su inscripción en el plan y perderá la cobertura de medicamentos recetados.**
- Si usted tiene que pagar un monto extra, el Seguro Social, no su plan de Medicare, le enviará una carta en la que se indique ese monto extra que pagará.
- Para obtener más información sobre las primas de la Parte D en función de los ingresos, consulte la **Sección 6 del Capítulo 1** de esta guía. También puede visitar el sitio web www.medicare.gov o llamar al 1.800.MEDICARE (1.800.633.4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1.877.486.2048. O bien, puede llamar al Seguro Social al 1.800.772.1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1.800.325.0778.

Su copia de la guía *Medicare y usted del 2022* contiene información sobre las primas de Medicare en la sección llamada Costos de Medicare para el 2022. Allí se explica cómo se diferencian las primas de la Parte B y la Parte D de Medicare para personas con ingresos diferentes. Todos los que tienen Medicare reciben una copia de la guía *Medicare y usted del 2022* cada año en otoño. Aquellos que son nuevos en Medicare la reciben en el mes siguiente a su inscripción. También puede descargar una copia de la guía *Medicare y usted del 2022* en el sitio web de Medicare (www.medicare.gov). O bien, puede pedir una copia impresa por teléfono llamando al 1.800.MEDICARE (1.800.633.4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1.877.486.2048.

Sección 7.2 Hay varias formas de pagar la prima de su plan

Hay cinco formas de pagar la prima del plan. Puede 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 automáticamente de forma directa y mensual. Si desea cambiar su método de pago, comuníquese con Servicio al Cliente.

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

Opción 1: Puede pagar con cheque

Puede decidir pagar su prima directamente a nuestro plan con cheque. Los cheques deben ser pagaderos al plan, no a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) ni al Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos (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 primero de cada mes a:

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

Capítulo 1. Comenzar como miembro

Opción 2: Puede hacerse un débito automático de su cuenta bancaria o un cargo a su tarjeta de crédito

En lugar de pagar con cheque, puede hacer que la prima se deduzca automáticamente de su cuenta bancaria o se cargue directamente a su tarjeta de crédito. Los débitos o cargos automáticos se harán mensualmente, el primero de cada mes o alrededor de esa fecha. Si quiere pagar sus primas por cualquiera de estos métodos, visite **MutualofOmahaRx.com**, o llame a Servicio al Cliente.

Opción 3: Puede hacer un pago único con su tarjeta de crédito o débito

Puede hacer un pago único de la prima de cualquier monto usando su tarjeta de crédito o débito. Para obtener más información acerca de cómo realizar un pago único de las primas utilizando su tarjeta de crédito o débito, visite **MutualofOmahaRx.com**, o comuníquese con Servicio al Cliente. Los pagos de la prima deben hacerse antes del primero del mes. Si usted y su cónyuge están inscritos en un plan de Mutual of Omaha Rx, deben hacer los pagos de la prima por separado usando nuestra opción de pago único. Seguiremos enviándole por correo la factura de la prima mensualmente.

Opción 4: Puede hacer que le descuenten la prima del plan de su cheque mensual del Seguro Social

Puede hacer que le descuenten la prima del plan de su cheque mensual del Seguro Social. Comuníquese con Servicio al Cliente para obtener más información sobre cómo pagar la prima mensual del plan de esta manera. Estaremos encantados de ayudarlo a configurar esta opción. (Los números de teléfono de Servicio al Cliente figuran en la contraportada de esta guía).

Opción 5: Puede hacer que le descuenten la prima del plan de su cheque mensual de la Junta de Jubilación para Ferroviarios

Si califica para esta opción, puede hacer que le descuenten la prima del plan de su cheque mensual de la Junta de Jubilación para Ferroviarios. Comuníquese con la Agencia de la Junta de Jubilación para Ferroviarios al 1.877.772.5772 o con nuestro Servicio al Cliente para obtener más información. Estaremos encantados de ayudarlo a configurar esta opción.

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

La prima de su plan debe estar en nuestra oficina el primer día de cada mes. Si no recibimos su prima el primer día de cada mes, le enviaremos un aviso para informarle que su membresía en el plan finalizará si no recibimos el pago de la prima en un plazo de 2 meses calendario.

Si tiene problemas para pagar la prima a tiempo, comuníquese con Servicio al Cliente para ver si podemos remitirlo a programas que lo ayuden con la prima de su plan. (Los números de teléfono de Servicio al Cliente figuran en la contraportada de esta guía).

Si finalizamos su membresía porque no pagó sus primas, seguirá teniendo cobertura médica a través de Original Medicare.

Si finalizamos su membresía en el plan porque no pagó sus primas y actualmente no tiene 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 anual de inscripción abierta de Medicare, puede inscribirse en un plan de medicamentos recetados independiente o en un plan de salud que también ofrezca cobertura de medicamentos. (Si no tiene cobertura de

Capítulo 1. Comenzar como miembro

medicamentos acreditable durante más de 63 días, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D durante el tiempo que tenga la cobertura de la Parte D).

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

Si cree que hemos finalizado a su membresía injustamente, tiene el derecho de pedirnos que reconsideremos esta decisión presentando una queja. En la **Sección 7 del Capítulo 7** de esta guía se informa cómo presentar una queja. Si tuvo una emergencia que estaba fuera de su control y que le impidió pagar la prima de su plan dentro de nuestro período de gracia, puede pedirnos 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 realizar su solicitud a más tardar 60 días después de la fecha de finalización de su membresía.

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

No. No tenemos permitido modificar el monto que cobramos por la prima mensual del plan durante el año. Si la prima mensual del plan cambia para el próximo año, se lo 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 usted es elegible para el programa de “*Ayuda Extra*” o si pierde su elegibilidad para el programa de “*Ayuda Extra*” durante el año. Si un miembro califica para la “*Ayuda Extra*” con sus costos de medicamentos recetados, el programa de “*Ayuda Extra*” pagará parte de la prima mensual del plan del miembro. El miembro que pierda su elegibilidad durante el año deberá comenzar a pagar su prima mensual completa. Puede encontrar más información sobre el programa de “*Ayuda Extra*” en la **Sección 7 del Capítulo 2**.

SECCIÓN 8 Mantenga actualizado su registro de membresía del plan

Sección 8.1 Cómo contribuir a asegurarnos de que tenemos información precisa sobre usted

Su registro de membresía tiene información de su formulario de inscripción, lo que incluye su dirección y su número de teléfono. Muestra la cobertura específica de su plan.

Los farmacéuticos de la red del plan necesitan tener información correcta sobre usted. **Estos proveedores de la red usan su registro de membresía para saber qué medicamentos están cubiertos y los montos de costo compartido para usted.** Por eso, es muy importante que nos ayude a mantener su información actualizada.

Infórmenos sobre estos cambios:

- Si ocurren cambios en su nombre, dirección o número de teléfono
- Si ocurren cambios en cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos que tenga (como la de su empleador, la del empleador de su cónyuge, la indemnización por accidente de trabajo o Medicaid)

Capítulo 1. Comenzar como miembro

- Si tiene alguna reclamación de responsabilidad civil, como las reclamaciones por un accidente automovilístico
- Si se lo ha ingresado en un hogar de ancianos
- Si cambia su responsable designado (como un cuidador)

Si alguna de esta información cambia, infórmenos llamando a Servicio al Cliente (los números de teléfono figuran en la contraportada de esta guía).

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

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

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

Una vez al año, le enviaremos una carta que indique cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos que conozcamos. Lea esta información detenidamente. Si es correcta, no es necesario que haga nada. Si la información es incorrecta, o si tiene otra cobertura que no está mencionada, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono figuran en la contraportada de esta guía).

SECCIÓN 9 Protegemos la privacidad de su información personal de salud

Sección 9.1 Nos aseguramos de que su información médica esté protegida

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de su historia clínica y de su información personal de salud. Nosotros protegemos su información personal de salud como lo exigen estas leyes.

Para obtener más información sobre cómo protegemos su información personal de salud, consulte la **Sección 1.3 del Capítulo 6** de esta guía.

SECCIÓN 10 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Sección 10.1 ¿Qué plan paga primero cuando usted cuenta con otro seguro?

Cuando cuenta con otro seguro (como la cobertura médica grupal del empleador), existen reglas establecidas por Medicare para decidir si nuestro plan o su otro seguro paga primero. El seguro que paga primero se denomina *pagador primario* y paga hasta los límites de su cobertura. El que paga en segundo lugar, llamado *pagador secundario*, solo paga si hay costos no cubiertos por la cobertura primaria. Es posible que el pagador secundario no pague todos los costos no cubiertos.

Estas reglas se aplican a la cobertura de los planes de salud grupales del empleador o del sindicato:

Capítulo 1. Comenzar como miembro

- Si tiene cobertura para jubilados, Medicare paga primero.
- Si su cobertura de plan de salud grupal se basa en su empleo actual o en el de un miembro de su familia, quién paga primero depende de su edad, de la cantidad de personas empleadas por el empleador y de si usted tiene Medicare en función de su edad, de una discapacidad o de la enfermedad renal en etapa terminal (ESRD):
 - Si tiene menos de 65 años y una discapacidad y usted o un miembro de su familia sigue trabajando, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 100 empleados o más o al menos un empleador en un plan de empleadores múltiples que tiene más de 100 empleados.
 - Si tiene más de 65 años y usted o su cónyuge sigue trabajando, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 20 o más empleados o al menos un empleador en un plan de empleadores múltiples que tiene más de 20 empleados.
- Si tiene Medicare por ESRD, su plan de salud grupal pagará primero durante los primeros 30 meses después de que obtenga la elegibilidad para Medicare.

Estos tipos de cobertura suelen pagar primero los servicios relacionados con cada tipo:

- Seguro sin culpa (incluido el seguro del automóvil)
- Responsabilidad civil (incluido el seguro de automóvil)
- Beneficios por neumoconiosis
- Indemnización por accidente de trabajo

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

Si tiene otro seguro, informe a su médico, al hospital y a la farmacia. Si tiene preguntas sobre quién paga primero o necesita actualizar la información de su otro seguro, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono figuran en la contraportada de esta guía). Es posible que tenga que dar su número de identificación de miembro del plan a sus otras aseguradoras (una vez que haya confirmado su identidad) para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

CAPÍTULO 2

Números de teléfono y recursos importantes

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

SECCIÓN 1	Contactos de Mutual of Omaha Rx (cómo ponerse en contacto con nosotros, lo que incluye cómo comunicarse con el Departamento de Servicio al Cliente del plan).....	23
SECCIÓN 2	Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal Medicare)	27
SECCIÓN 3	Programa Estatal de Asistencia de Seguros de Salud (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare).....	28
SECCIÓN 4	Organizaciones para el Mejoramiento de la Calidad (pagado por Medicare para controlar la calidad de la atención de las personas con Medicare)	29
SECCIÓN 5	Seguro Social	30
SECCIÓN 6	Medicaid (un programa federal y estatal conjunto que ayuda con los costos médicos de algunas personas con ingresos y recursos limitados).....	30
SECCIÓN 7	Información sobre los programas para ayudar a las personas a pagar sus medicamentos recetados	31
SECCIÓN 8	Cómo ponerse en contacto con la Junta de Jubilación para Ferroviarios	35
SECCIÓN 9	¿Tiene un <i>seguro grupal</i> u otro seguro de salud de un empleador?	36

SECCIÓN 1 Contactos de Mutual of Omaha Rx (cómo ponerse en contacto con nosotros, lo que incluye cómo comunicarse con el Departamento de Servicio al Cliente del plan)

Cómo ponerse en contacto con el Departamento de Servicio al Cliente de nuestro plan

Para obtener asistencia con reclamos, facturación o preguntas sobre la tarjeta de miembro, llame o escriba a Servicio al Cliente de Mutual of Omaha Rx. Estaremos encantados de ayudarlo.

Método	Servicio al Cliente: información de contacto
TELÉFONO	1.855.864.6797 Las llamadas a este número son gratuitas. Servicio al Cliente está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Servicio al Cliente también tiene servicios de interpretación gratuitos disponibles para las personas que no hablan inglés.
TTY	1.800.716.3231 Este número requiere un aparato telefónico especial y es solo para las personas que tienen 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.
CORREO	Mutual of Omaha Rx P.O. Box 66535 St. Louis, MO 63166-6535
SITIO WEB	MutualofOmahaRx.com

Cómo ponerse en contacto con nosotros cuando solicita una decisión de cobertura sobre sus medicamentos recetados de la Parte D

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y su cobertura o sobre el monto que pagaremos por sus medicamentos recetados cubierto por el beneficio de la Parte D incluido en su plan.

Para obtener más información sobre cómo solicitar 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, apelaciones o quejas relativas a la cobertura]*).

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

Método	Decisiones de cobertura para los medicamentos recetados de la Parte D: información de contacto
TELÉFONO	1.844.374.7377 Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario es durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	1.800.716.3231 Este número requiere un aparato telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario es durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
FAX	1.877.251.5896
CORREO	Mutual of Omaha Rx Attn: Express Scripts Medicare Reviews P.O. Box 66571 St. Louis, MO 63166-6571
SITIO WEB	MutualofOmahaRx.com

Cómo ponerse en contacto con nosotros cuando presenta una apelación sobre 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, apelaciones o quejas relativas a la cobertura]*).

Método	Apelaciones para los medicamentos recetados de la Parte D: información de contacto
TELÉFONO	1.844.374.7377 Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario es durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	1.800.716.3231 Este número requiere un aparato telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario es durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
FAX	1.877.852.4070
CORREO	Mutual of Omaha Rx Attn: Express Scripts Medicare Appeals P.O. Box 66588 St. Louis, MO 63166-6588
SITIO WEB	MutualofOmahaRx.com

Cómo ponerse en contacto con nosotros cuando presenta una queja sobre sus medicamentos recetados de la Parte D

Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre una de nuestras farmacias de la red, inclusive una queja sobre la calidad de su atención. Este tipo de queja no involucra disputas de pago o cobertura. (Si su problema es acerca de la cobertura o el pago del plan, debe consultar la sección anterior sobre 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, apelaciones o quejas relativas a la cobertura]*).

Método	Quejas sobre los medicamentos recetados de la Parte D: información de contacto
TELÉFONO	1.855.864.6797 Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario es durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	1.800.716.3231 Este número requiere un aparato telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario es durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
FAX	1.614.907.8547
CORREO	Mutual of Omaha Rx Attn: Grievance Resolution Team P.O. Box 3610 Dublin, OH 43016-0307
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja sobre Mutual of Omaha Rx directamente a Medicare. Para presentar una queja en línea a Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

Dónde enviar una solicitud para pedirnos que paguemos la parte que nos corresponde del costo de un medicamento que ha recibido

El proceso de determinación de cobertura incluye la determinación de las solicitudes de pago de la parte que nos corresponde de los costos de un medicamento que usted ha recibido. Para obtener más información sobre las situaciones en las que puede necesitar pedir al plan el reembolso o el pago de una factura que haya recibido de un proveedor, consulte el **Capítulo 5** (*Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de los costos de los 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. Consulte el **Capítulo 7** (*Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones, apelaciones o quejas relativas a la cobertura]*) para obtener más información.

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

Método	Solicitudes de pago: información de contacto
TELÉFONO	1.855.864.6797 El Departamento de Servicio al Cliente está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Las llamadas a este número son gratuitas.
TTY	1.800.716.3231 Este número requiere un aparato telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario es durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
FAX	1.608.741.5483
CORREO	Express Scripts 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 Medicare)

Medicare es el programa federal de seguro médico para personas mayores de 65 años, algunas personas menores de 65 años con discapacidades y personas con enfermedad renal en etapa terminal (insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o un trasplante de riñón).

La agencia federal a cargo de Medicare son los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (a veces denominados *CMS*). Esta agencia tiene un contrato con los planes de medicamentos recetados de Medicare, entre los que se incluye el nuestro.

Método	Medicare: información de contacto
TELÉFONO	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.

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

Método	Medicare: información de contacto
TTY	<p>1.877.486.2048</p> <p>Este número requiere un aparato telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades auditivas o del habla.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p>
SITIO WEB	<p>www.medicare.gov</p> <p>Este es el sitio web oficial del gobierno de Medicare. Le ofrece información actualizada sobre Medicare y los asuntos actuales de Medicare. También tiene información sobre hospitales, hogares de ancianos, médicos, agencias de salud en el hogar y centros de diálisis. Incluye guías que puede imprimir directamente desde su computadora. También puede encontrar contactos de Medicare en su estado.</p> <p>El sitio web de Medicare también tiene información detallada sobre 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: Proporciona información personalizada sobre los planes de medicamentos recetados de Medicare, los planes de salud de Medicare y las pólizas de Medigap (Seguro Complementario de Medicare) disponibles en su zona. Estas herramientas proporcionan un <i>cálculo aproximado</i> de los costos directos de su bolsillo que puede tener en diferentes planes de Medicare. <p>También puede usar el sitio web para informar a Medicare sobre cualquier queja que tenga sobre Mutual of Omaha Rx:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informe a Medicare sobre su queja: Puede presentar una queja sobre Mutual of Omaha Rx directamente a Medicare. Para enviar una queja a Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma las quejas muy en serio y usará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa Medicare. <p>Si no tiene computadora, su biblioteca local o centro para personas mayores puede ayudarlo a visitar este sitio web con una computadora del lugar. O bien, puede llamar a Medicare y decirles qué información necesita. Ellos encontrarán la información en el sitio web, la imprimirán y se la enviarán. (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 gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)

El Programa Estatal de Asistencia de Seguros de Salud (SHIP) es un programa gubernamental que cuenta con asesores capacitados en todos los estados. Consulte el listado del SHIP, que se encuentra en el **Apéndice** de esta guía, para obtener información de contacto del SHIP en su estado.

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

El SHIP es independiente (no está relacionado con ninguna empresa de seguros ni con ningún plan de salud). Es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal para brindar asesoramiento gratuito local sobre los seguros de salud a personas con Medicare.

Los asesores del SHIP pueden ayudarlo con sus preguntas o problemas relacionados con Medicare. Pueden ayudarlo a comprender sus derechos de Medicare, a presentar quejas sobre su atención o tratamiento médico, y a solucionar problemas con sus facturas de Medicare. Los asesores del SHIP pueden ayudarlo a comprender sus opciones de planes de Medicare y responder preguntas sobre los cambios de plan.

MÉTODO PARA ACCEDER AL SHIP y OTROS RECURSOS:

- Visite www.medicare.gov
- Haga clic en “**Forms, Help, and Resources**” (Formularios, ayuda y recursos) en el extremo derecho del menú superior
- En el menú desplegable, haga clic en “**Phone Numbers & Websites**” (Números de teléfono y sitios web)
- Ahora tiene varias opciones
 - Opción n.º 1: Puede tener un **chat en vivo**
 - Opción n.º 2: Puede hacer clic en cualquiera de los “**TEMAS**” en el menú de la parte inferior
 - Opción n.º 3: Puede elegir su **ESTADO** en el menú desplegable y hacer clic en GO (Aceptar). Esto lo llevará a una página con números de teléfono y recursos específicos de su estado.

SECCIÓN 4 Organizaciones para el Mejoramiento de la Calidad (pagado por Medicare para controlar la calidad de la atención de las personas con Medicare)

Hay una Organización de Mejora de la Calidad designada para atender a los beneficiarios de Medicare en cada estado. Consulte el listado de la Organización de Mejora de la Calidad, que se encuentra en el **Apéndice** de esta guía, para obtener información de contacto de la organización en su estado.

La Organización de Mejora de la Calidad cuenta con un grupo de médicos y otros profesionales de la salud pagados por el gobierno federal. Esta organización está financiada por Medicare para revisar y ayudar a mejorar la calidad de la atención para las personas que tienen Medicare. La Organización de Mejora de la Calidad es una organización independiente. No está relacionada con nuestro plan.

Debe ponerse en contacto con la Organización de Mejora de la Calidad si tiene alguna queja sobre la calidad de la atención que ha recibido. Por ejemplo, puede ponerse en contacto con la Organización de Mejora de la Calidad si le dieron el medicamento equivocado o si le dieron medicamentos que interactúan de manera negativa.

SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social es responsable de determinar la elegibilidad y gestionar la inscripción en Medicare. Los ciudadanos de EE. UU. y los residentes permanentes legales que sean mayores de 65 años, o que tengan una discapacidad o una enfermedad renal en etapa terminal y que cumplan con ciertas condiciones, son elegibles para tener Medicare. Si usted ya recibe cheques del Seguro Social, la inscripción en Medicare es automática. Si no recibe cheques del Seguro Social, tiene que inscribirse en Medicare. Para solicitar 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 extra por su cobertura de medicamentos de la Parte D por tener un ingreso más alto. Si recibió una carta del Seguro Social en la que se le informa que tiene que pagar el monto extra y tiene preguntas sobre dicho monto o si sus ingresos disminuyeron debido a un acontecimiento que cambió su vida, puede llamar al Seguro Social para solicitar una reconsideración.

Si se muda o cambia su dirección postal, es importante que se ponga en contacto con el Seguro Social para hacérselo saber.

Método	Seguro Social: información de contacto
TELÉFONO	1.800.772.1213 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de lunes a viernes, de 7 a. m. a 7 p. m. Puede utilizar los servicios telefónicos automatizados del Seguro Social para obtener información grabada y hacer algunos trámites las 24 horas del día.
TTY	1.800.325.0778 Este número requiere un aparato telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de lunes a viernes, de 7 a. m. a 7 p. m., hora del Este.
SITIO WEB	www.ssa.gov/

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

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

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

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

- **Beneficiario Calificado de Medicare (QMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare, y otros costos compartidos (como deducibles, coseguros y copagos). (Algunas personas con QMB también son elegibles para los beneficios completos de Medicaid [QMB+]).
- **Beneficiario de Medicare de Bajos Ingresos (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 (QI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Individuos Incapacitados y Empleados Calificados (QDWI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Para obtener más información sobre Medicaid y sus programas, comuníquese con la agencia de Medicaid de su estado. La información de contacto de Medicaid se encuentra en el **Apéndice** de esta guía.

SECCIÓN 7 Información sobre los programas para ayudar a las personas a pagar sus medicamentos recetados

Programa *Ayuda Extra* de Medicare

Medicare ofrece *Ayuda Extra* para pagar los costos de los medicamentos recetados a las personas que tienen ingresos y recursos limitados. Los recursos incluyen sus ahorros y acciones, pero no su casa o su auto. Si califica, obtendrá ayuda para pagar la prima mensual de cualquier plan de medicamentos de Medicare, el deducible anual y los copagos o los coseguros de los medicamentos recetados. Esta *Ayuda Extra* también cuenta como parte de los costos directos de su bolsillo.

Algunas personas califican automáticamente para recibir *Ayuda Extra* y no necesitan solicitarla. Medicare envía por correo una carta a las personas que califican automáticamente para recibir *Ayuda Extra*.

Puede obtener *Ayuda Extra* para pagar las primas y los costos de sus medicamentos recetados. Para saber si califica para recibir *Ayuda Extra*, llame a uno de los siguientes:

- Al 1.800.MEDICARE (1.800.633.4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1.877.486.2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- A la Oficina del Seguro Social, al 1.800.772.1213, de lunes a viernes, de 7 a. m. a 7 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1.800.325.0778 (solicitudes).
- A la Oficina Estatal de Medicaid (solicitudes). (Consulte la **Sección 6** de este capítulo para ver la información de contacto).

Si cree que califica para recibir *Ayuda Extra* y que está pagando un monto de costo compartido incorrecto cuando obtiene su receta en una farmacia, nuestro plan ha establecido un proceso que le permite solicitar asistencia para obtener evidencia de su nivel de copago adecuado o, si ya tiene la evidencia, para brindárnosla.

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

- El plan puede aceptar las siguientes formas de la Mejor Evidencia Disponible (BAE) para determinar que usted califica para recibir *Ayuda Extra*, según una de las tres situaciones señaladas. Usted, su farmacéutico, su representante designado o una persona que actúe en su nombre pueden presentar las pruebas.

Si usted califica para Medicare y para Medicaid (*doble elegibilidad*), 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 después de junio del año calendario anterior
- Una copia de un documento estatal que confirme su estado activo de Medicaid durante cualquier mes después de junio del año calendario anterior
- Una copia impresa del archivo electrónico de inscripción de su estado que muestre su estado de Medicaid durante cualquier mes después de junio del año calendario anterior
- Una captura de pantalla del sistema de Medicaid de su estado que muestre su estado de Medicaid durante cualquier mes después de junio del año calendario anterior
- Otra documentación proporcionada por su estado que muestre su estado de Medicaid durante cualquier mes después de junio del año calendario anterior
- Una carta de la Administración del Seguro Social (SSA) que muestre que usted recibe la Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)
- Una solicitud presentada por la persona considerada elegible que confirme que el beneficiario es *elegible automáticamente para recibir la Ayuda Extra*

Si no califica para Medicaid (no tiene *doble elegibilidad*), quizás podamos aceptar lo siguiente:

- Una copia de la carta de otorgamiento que recibió de la Administración de la Seguridad Social (SSA) indicando que califica para la *Ayuda Extra*, enviada por usted, su farmacéutico, su defensor, su representante, un familiar u otra persona que actúe en su nombre.

Si se encuentra en un centro de cuidado a largo plazo, podemos aceptar los siguientes elementos como prueba de que califica para pagar \$0 por su beneficio de medicamentos:

- Un comprobante de pago del centro que muestre el pago de Medicaid para un mes calendario completo durante cualquier mes después de junio del año calendario anterior.
- Una copia de un documento estatal que confirme el pago de Medicaid al centro en su nombre para un mes calendario completo después de junio del año calendario anterior.
- Una captura de pantalla de los sistemas de Medicaid del estado que muestre su estado en el centro en función de una internación de al menos un mes calendario completo a efectos de pago de Medicaid durante un mes después de junio del año calendario anterior.

Usted o su representante pueden enviar por fax o por correo la Mejor Evidencia Disponible al siguiente número de fax o dirección:

Fax: 1.855.756.8735

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

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

- Cuando recibamos la evidencia que demuestre su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que pueda pagar el copago correcto cuando reciba su próximo medicamento recetado en la farmacia. Si paga de más por su copago, le daremos un reembolso. Le enviaremos un cheque por el monto de lo que pagó de más o compensaremos copagos futuros. Si la farmacia no le ha cobrado un copago y lo registra como una deuda que usted debe, podemos realizar el pago directamente a la farmacia. Si un estado pagó en su nombre, podemos hacer el pago directamente al estado. Póngase en contacto con Servicio al Cliente si tiene preguntas (los números de teléfono figuran en la contraportada de esta guía).

Programa de Descuento para la Etapa de Falta de Cobertura de Medicare

El Programa de Descuento para la Etapa de Falta de Cobertura de Medicare ofrece descuentos de los fabricantes en medicamentos de marca para los miembros de la Parte D que alcanzaron la etapa de Falta de Cobertura y no reciben *Ayuda Extra*. En el caso de los medicamentos de marca, el descuento del 70 % proporcionado por los fabricantes excluye cualquier tarifa de dispensación para los costos de la falta de cobertura. Los miembros pagan el 25 % del precio negociado y una parte de la tarifa de dispensación de los medicamentos de marca.

Si usted alcanza la etapa de Falta de Cobertura, aplicaremos automáticamente el descuento cuando su farmacia le facture el medicamento recetado, y su *Explicación de Beneficios (EOB) de la Parte D* mostrará cualquier descuento proporcionado. Tanto el monto que usted paga como el monto con descuento del fabricante cuentan para los costos directos de su bolsillo como si los hubiera pagado y le permiten salir de la Etapa de Falta de Cobertura. El monto que paga el plan (5 %) no cuenta para los costos directos de su bolsillo.

Usted también recibe algo de cobertura para medicamentos genéricos. Si alcanza 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. Para los medicamentos genéricos, el monto que paga el plan (75 %) no cuenta para los costos directos de su bolsillo. Solo cuenta el monto que usted paga, y le permite salir de la Etapa de Falta de Cobertura. Además, la tarifa de dispensación se incluye como parte del costo del medicamento.

Miembros del plan Premier:

El Programa de Descuento para la Etapa de Falta de Cobertura de Medicare está disponible en todo el país. Debido a que el plan Premier de Mutual of Omaha Rx ofrece una cobertura adicional para la falta de cobertura durante la Etapa de Falta de Cobertura, los costos directos de su bolsillo a veces serán más bajos que los costos que se describen aquí. Consulte la **Sección 6 del Capítulo 4** para obtener más información sobre su cobertura durante la Etapa de Falta de Cobertura.

El plan Premier de Mutual of Omaha Rx ofrece una cobertura adicional para la Etapa de Falta de Cobertura para Insulinas Selectas. Durante la Etapa de Falta de Cobertura, los costos directos de su bolsillo para Insulinas Selectas serán de \$25 u \$35 por un suministro de 1 mes. Consulte la **Sección 2.1 del Capítulo 4** para obtener más información sobre su cobertura durante la Etapa de Falta de Cobertura. **Nota:** Este costo compartido solo se aplica a los beneficiarios que no califican para un programa que ayuda a pagar sus medicamentos (*Ayuda Extra*). Para conocer qué medicamentos son Insulinas Selectas, revise la Lista de Medicamentos actualizada que le enviamos en formato electrónico. Puede identificar las Insulinas Selectas con la abreviatura “SI” en la Lista de Medicamentos. Si tiene preguntas sobre la Lista de Medicamentos, también puede llamar a Servicio al Cliente (los números de teléfono del Servicio al Cliente figuran

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

en la contraportada de esta guía). También puede consultar nuestro formulario en línea en **MutualofOmahaRx.com/2022formulary**.

Si tiene alguna pregunta sobre la disponibilidad de los descuentos para los medicamentos que toma o sobre el Programa de Descuento para la Etapa de Falta de Cobertura de Medicare en general, póngase en contacto con Servicio al Cliente (los números de teléfono figuran en la contraportada de esta guía).

¿Qué sucede si tiene 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 ofrezca cobertura para los medicamentos de la Parte D (que no sea *Ayuda Extra*), obtendrá el 70 % de descuento en los medicamentos de marca cubiertos. Además, el plan paga el 5 % de los costos de los medicamentos de marca en la etapa de Falta de Cobertura. El 70 % de descuento y el 5 % que paga el plan se aplican al precio del medicamento antes de cualquier SPAP u otra cobertura.

¿Qué sucede si tiene 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 necesarios para el VIH. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también tienen cobertura de ADAP califican para recibir asistencia con el costo compartido de medicamentos recetados. Consulte el listado del ADAP, que se encuentra en el **Apéndice** de esta guía, para obtener información de contacto del ADAP en su estado. **Nota:** Para ser elegible para el ADAP que opera en su estado, las personas deben cumplir determinados criterios, que incluyen presentar evidencia de que residen en el estado y del estadio de VIH, tener bajos ingresos, de acuerdo con lo definido por el estado, y no tener seguro o tener un seguro insuficiente.

Si actualmente está inscrito en un ADAP, puede seguir ofreciéndole asistencia con el costo compartido de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare para los medicamentos del formulario del ADAP. Para asegurarse de seguir recibiendo esta asistencia, informe al encargado local de las inscripciones del ADAP sobre cualquier cambio en el nombre de su plan de la Parte D de Medicare o en el número de la póliza. La información de contacto aparece en el **Apéndice** de esta guía.

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 aparece en el **Apéndice** de esta guía.

¿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 sus costos de medicamentos recetados durante la etapa de Falta de Cobertura.

¿Qué sucede si no recibe un descuento y cree que debería recibirlo?

Si cree que ha alcanzado la etapa de Falta de Cobertura y no obtuvo un descuento cuando pagó su medicamento de marca, debe revisar el siguiente aviso de la *Explicación de Beneficios de la Parte D* (la EOB de la Parte D). Si el descuento no aparece en su *Explicación de Beneficios de la Parte D*, debe ponerse en contacto con nosotros para comprobar que sus registros de medicamentos recetados

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

sean correctos y estén actualizados. Si no estamos de acuerdo con que se le debe un descuento, puede apelar. Puede obtener ayuda para presentar una apelación del Programa Estatal de Asistencia de Seguros de Salud (SHIP) (los números de teléfono figuran en el **Apéndice** de esta guía) o llamar al 1.800.MEDICARE (1.800.633.4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1.877.486.2048.

Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica

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

Consulte el listado de los Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica (SPAP), que se encuentra en el **Apéndice** de esta guía, para obtener información de contacto de los SPAP en su estado, si corresponde.

SECCIÓN 8 Cómo ponerse en contacto con la Junta de Jubilación para Ferroviarios

La Junta de Jubilación para Ferroviarios (RRB) es una agencia federal independiente que administra programas de beneficios integrales para los trabajadores ferroviarios de la nación y para sus familias. Si tiene preguntas sobre sus beneficios de la Junta de Jubilación para Ferroviarios, póngase en contacto con la agencia.

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

Método	Junta de Jubilación para Ferroviarios: información de contacto
TELÉFONO	1.877.772.5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Si presiona 0, podrá hablar con un representante de la RRB los lunes, martes, jueves y viernes, de 9 a. m. a 3:30 p. m., y los miércoles, de 9 a. m. a 12 p. m. Si presiona 1, podrá acceder a la Línea de Ayuda automatizada de la RRB y a información grabada las 24 horas del día, incluidos los fines de semana y los días festivos.
TTY	1.312.751.4701 Este número requiere un aparato telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número <i>no</i> son gratuitas.
SITIO WEB	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 de un grupo de jubilación (o el de su cónyuge) como parte de este plan, puede llamar al administrador de beneficios del empleador o del sindicato o a Servicio al Cliente si tiene alguna pregunta. Puede preguntar sobre sus beneficios de salud del empleador o de la jubilación, las primas o el período de inscripción (o los de su cónyuge). (Los números de teléfono de Servicio al Cliente figuran en la contraportada de esta guía). También puede llamar al 1.800.MEDICARE (1.800.633.4227; TTY: 1.877.486.2048) si tiene preguntas relacionadas con su cobertura de Medicare en este plan.

Si tiene otra cobertura de medicamentos recetados a través de su empleador o grupo de jubilación (o el de su cónyuge), póngase en contacto con **el administrador de beneficios de ese grupo**. El administrador de beneficios puede ayudarlo a determinar cómo funcionará su cobertura actual de medicamentos recetados con nuestro plan.

CAPÍTULO 3

*Usar la cobertura del plan
para sus medicamentos recetados
de la Parte D*

Capítulo 3. Usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D**Capítulo 3. Usar la cobertura del plan
para sus medicamentos recetados de la Parte D**

SECCIÓN 1	Introducción	40
Sección 1.1	En este capítulo se describe la cobertura de los medicamentos de la Parte D.....	40
Sección 1.2	Reglas básicas de la cobertura de medicamentos de la Parte D del plan.....	40
SECCIÓN 2	Surta su receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedidos por correo del plan.....	41
Sección 2.1	Para que se cubra su receta, utilice una farmacia de la red.....	41
Sección 2.2	Encontrar farmacias de la red	41
Sección 2.3	Usar los servicios de pedidos por correo del plan	42
Sección 2.4	¿Cómo puede conseguir un suministro de medicamentos a largo plazo?.....	44
Sección 2.5	¿Cuándo puede usar una farmacia que no está dentro de la red del plan?.....	44
SECCIÓN 3	Sus medicamentos deben estar en la “Lista de Medicamentos” del plan.....	46
Sección 3.1	En la “Lista de Medicamentos” se indica qué medicamentos de la Parte D están cubiertos.....	46
Sección 3.2	Hay cinco <i>niveles de costo compartido</i> para los medicamentos de la Lista de Medicamentos.....	46
Sección 3.3	¿Cómo puede saber si un medicamento específico está en la Lista de Medicamentos?	47
SECCIÓN 4	Hay restricciones en la cobertura de algunos medicamentos	48
Sección 4.1	¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?	48
Sección 4.2	¿Qué tipo de restricciones?	48
Sección 4.3	¿Se aplica alguna de estas restricciones a sus medicamentos?.....	49
SECCIÓN 5	¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la forma en que le gustaría?	49
Sección 5.1	Puede tomar algunas medidas si su medicamento no se cubre como le gustaría.....	49
Sección 5.2	¿Qué puede hacer si su medicamento no está en la Lista de Medicamentos o si está restringido de alguna manera?.....	50
Sección 5.3	¿Qué puede hacer si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted cree que es muy alto?	52
SECCIÓN 6	¿Qué sucede si cambia la cobertura de uno de sus medicamentos?	52
Sección 6.1	La Lista de Medicamentos puede cambiar durante el año.....	52
Sección 6.2	¿Qué sucede si cambia la cobertura de un medicamento que está tomando?.....	53
SECCIÓN 7	¿Qué tipos de medicamentos <i>no</i> están cubiertos por el plan?.....	55
Sección 7.1	Tipos de medicamentos que no cubrimos.....	55

Capítulo 3. Usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

SECCIÓN 8	Muestre su tarjeta de miembro del plan cuando surta una receta.....	56
Sección 8.1	Muestre su tarjeta de miembro	56
Sección 8.2	¿Qué sucede si no tiene su tarjeta de miembro con usted?.....	56
SECCIÓN 9	Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales...	56
Sección 9.1	¿Qué sucede si está en un hospital o en un centro de enfermería especializada para una estadía cubierta por Original Medicare?	56
Sección 9.2	¿Qué sucede si es un residente de un centro de cuidado a largo plazo (LTC)?	57
Sección 9.3	¿Qué sucede si está tomando medicamentos cubiertos por Original Medicare?.....	57
Sección 9.4	¿Qué sucede si tiene una póliza de Medigap (seguro complementario de Medicare) con cobertura de medicamentos recetados?	58
Sección 9.5	¿Qué sucede si también recibe cobertura de medicamentos del plan de un empleador o de un grupo de jubilación?.....	58
Sección 9.6	¿Qué sucede si se encuentra en un hospicio certificado por Medicare?	59
SECCIÓN 10	Programas sobre la seguridad y el manejo de los medicamentos	59
Sección 10.1	Programas para ayudar a los miembros a usar los medicamentos de manera segura.....	59
Sección 10.2	Programa de Manejo de Medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar de manera segura sus medicamentos opioides.....	60
Sección 10.3	Programa de Manejo del Tratamiento con Medicamentos (MTM) para ayudar a los miembros a manejar sus medicamentos.....	60

Capítulo 3. Usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D**¿Sabía que hay programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos?**

Hay programas para ayudar a las personas con recursos limitados a pagar sus medicamentos. Estos incluyen *Ayuda Extra* y el Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica. Para obtener más información, consulte **la Sección 7 del Capítulo 2**.

¿Actualmente recibe ayuda para pagar sus medicamentos?

Si está en un programa que ayuda a pagar sus medicamentos, **es posible que parte de la información en esta *Evidencia de Cobertura sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D* no se aplique a usted**. Hemos incluido 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*), en el cual se le informa sobre los costos de los medicamentos. Si no tiene este encarte, llame a Servicio al Cliente y pregunte por el *Anexo LIS*. (Los números de teléfono de Servicio al Cliente están en la contraportada de esta guía).

SECCIÓN 1 Introducción**Sección 1.1 En este capítulo se describe la cobertura de los medicamentos de la Parte D**

En este capítulo **se explican las reglas para utilizar la cobertura de los medicamentos de la Parte D**. En el siguiente capítulo se explica lo que usted paga por los medicamentos de la Parte D (**Capítulo 4, *Lo que usted paga por los medicamentos recetados de la Parte D***).

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

- La Parte A de Medicare cubre los medicamentos que se le dan durante las estadias cubiertas por Medicare en un hospital o en un centro de enfermería especializada.
- La Parte B de Medicare también proporciona beneficios para algunos medicamentos. Los medicamentos de la Parte B incluyen ciertos medicamentos para quimioterapia, ciertas inyecciones de medicamentos que se le aplican durante una visita al consultorio y medicamentos que se le aplican en un centro de diálisis.

Los dos ejemplos de medicamentos descritos anteriormente están cubiertos por Original Medicare. (Para obtener más información sobre esta cobertura, consulte su guía *Medicare y usted del 2022*). Sus medicamentos recetados de la Parte D están cubiertos por nuestro plan.

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

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

- Un proveedor (un médico, un dentista u otro médico prescriptor) debe escribir la receta.

Capítulo 3. Usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

- Su médico prescriptor debe aceptar Medicare o presentar documentación a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) que demuestre que está calificado para hacer recetas, sino su reclamación de la Parte D será denegada. La próxima vez que llame o visite a su médico prescriptor, debe preguntarle si cumple con esta condición. Si no es así, tenga en cuenta que a su médico prescriptor le tomará tiempo presentar la documentación necesaria para su procesamiento.
- Por lo general, debe utilizar una farmacia de la red para surtir su receta. (Consulte la **Sección 2**, *Surta su receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedidos por correo del plan*).
- Su medicamento debe estar en la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* del plan (la llamamos Lista de Medicamentos para abreviar). (Consulte la **Sección 3**, *Sus medicamentos deben estar en la “Lista de Medicamentos” del plan*).
- Su medicamento se debe usar para una indicación médicamente aceptada. Una indicación médicamente aceptada es un uso del medicamento aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o respaldado por ciertos libros de referencia. (Consulte la **Sección 3** para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada).

SECCIÓN 2 Surta su receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedidos por correo del plan

Sección 2.1 Para que se cubra su receta, utilice una farmacia de la red

En la mayoría de los casos, sus recetas se cubren *solo* si se surten en las farmacias de la red del plan. (Consulte la **Sección 2.5** para obtener información sobre cuándo cubrimos 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 proveer sus medicamentos recetados cubiertos. El término *medicamentos cubiertos* hace referencia a todos los medicamentos recetados de la Parte D que están cubiertos en la Lista de Medicamentos del plan.

Nuestra red incluye farmacias que ofrecen un costo compartido estándar y farmacias que ofrecen un costo compartido preferido. Puede ir a cualquier tipo de farmacia de la red para recibir sus medicamentos recetados cubiertos. Su costo compartido puede ser menor en las farmacias con costo compartido preferido.

Sección 2.2 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 a Servicio al Cliente (los números de teléfono están en la contraportada de esta guía).

Puede ir a cualquiera de las farmacias de nuestra red. Sin embargo, sus costos pueden ser aún menores para sus medicamentos cubiertos si utiliza una farmacia de la red que ofrece un costo compartido preferido en lugar de una farmacia de la red que ofrece un costo compartido estándar. En el *Directorio*

Capítulo 3. Usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

de *Farmacias* encontrará cuáles son las farmacias de la red que ofrecen un costo compartido preferido. Comuníquese con nosotros para obtener más información acerca de cómo los costos directos de su bolsillo podrían variar para diferentes medicamentos. Si cambia de una farmacia de la red a otra y necesita que le vuelvan a surtir un medicamento que ha estado tomando, puede solicitar que un proveedor le haga una receta nueva o que se transfiera su receta a su nueva farmacia de la red.

¿Qué sucede si la farmacia que ha estado usando no se encuentra más en la red?

Si la farmacia que ha estado usando deja la red del plan, tendrá que encontrar una nueva farmacia que esté en la red. O bien, si la farmacia que ha estado usando permanece dentro de la red, pero ya no ofrece un costo compartido preferido, puede cambiarse a una farmacia diferente. Para encontrar otra farmacia de la red en su área, puede obtener ayuda de Servicio al Cliente (los números de teléfono figuran en la contraportada de esta guía) o utilizar 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 se deben surtir en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen:

- Farmacias que suministran medicamentos para el tratamiento de infusión en el hogar.
- Farmacias que suministran medicamentos para residentes de un centro de cuidado a largo plazo (LTC). Por lo general, un centro de cuidado a largo plazo (como un hogar de ancianos) tiene su propia farmacia. Si se encuentra en un centro de LTC, debemos asegurarnos de que pueda recibir los beneficios de la Parte D de manera rutinaria a través de nuestra red de farmacias de LTC, que suele ser 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, póngase en contacto con Servicio al Cliente.
- Farmacias que prestan servicio al Servicio de Salud Indígena para el Programa de Salud Indígena/Tribal/Urbano (no disponibles en Puerto Rico). Excepto en casos de emergencia, solo los nativos americanos o los nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias de nuestra red.
- Farmacias que dispensan medicamentos que están restringidos por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) en ciertos lugares o que requieren un manejo especial, coordinación de proveedores o educación sobre su uso. (**Nota:** Esto debería ocurrir en raras ocasiones).

Para localizar una farmacia especializada, busque en su *Directorio de Farmacias* o llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono están en la contraportada de esta guía).

Sección 2.3 Usar los servicios de pedidos por correo del plan

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

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

Hay otras farmacias de pedidos por correo en nuestra red. Es posible que la información a continuación no se aplique a estas farmacias. Debe comunicarse directamente con otras farmacias de pedidos por

Capítulo 3. Usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

correo para comprender sus reglas y procesos. Para localizar estas farmacias, busque en su *Directorio de Farmacias* o llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono están en la contraportada de esta guía).

Para obtener formularios de pedido e información sobre cómo surtir sus recetas por correo en la farmacia de envío a domicilio del plan (Express Scripts® Pharmacy), visite nuestro sitio web en **MutualofOmahaRx.com** o llame a Servicio al Cliente a los números que figuran en la contraportada de esta guía.

Por lo general, los productos de una farmacia de pedidos por correo llegan en no más de 10 días. Sin embargo, puede haber factores que causen que el pedido de una farmacia de pedidos por correo se retrase. Asegúrese de tener a mano al menos un suministro de 14 días de ese medicamento. Si se está quedando sin un medicamento, pídale a su médico que le dé otra receta para un suministro de 30 días y súrtala en una farmacia minorista de la red mientras espera que llegue su suministro de pedido por correo. Si su pedido por correo se retrasa, llame a Servicio al Cliente a los números que figuran en la contraportada de esta guía. Trataremos de asegurarnos de que tenga su medicamento cuando lo necesite.

Nuevas recetas que la farmacia recibe directamente del consultorio de su médico.

La farmacia surtirá y entregará automáticamente las recetas nuevas que reciba de los proveedores de atención médica, sin consultar primero con usted, en alguna de estas situaciones:

- Usted usó servicios de pedidos por correo con este plan en el pasado.
- Usted se inscribió para el envío automático de todas las recetas nuevas recibidas directamente de los proveedores de salud. Puede solicitar la entrega automática de todas las nuevas recetas ahora o en cualquier momento llamando Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de esta guía).

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

Si ha utilizado el servicio de pedidos por correo en el pasado y no desea que la farmacia surta y envíe automáticamente cada receta nueva, póngase en contacto con nosotros llamando a Servicio al Cliente (los números de teléfono están en la contraportada de esta guía).

Si nunca ha utilizado nuestro servicio de entrega de pedidos por correo o decide dejar de surtir automáticamente las recetas nuevas, la farmacia se pondrá en contacto con usted cada vez que reciba una receta nueva de un proveedor de atención médica para ver si desea que el medicamento se surta y se envíe de inmediato. Esto le dará la oportunidad de asegurarse de que la farmacia está entregando el medicamento correcto (incluidas la concentración, la cantidad y la forma) y, si es necesario, le permitirá cancelar o retrasar el pedido antes de que se le facture y se envíe. Es importante que responda cada vez que la farmacia se comunique con usted para informarles qué desea que hagan con la nueva receta médica para evitar demoras en los envíos.

Para optar por no participar en los envíos automáticos de las nuevas recetas recibidas directamente del consultorio de su proveedor de atención médica, comuníquese con Servicio al Cliente (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de esta guía).

Resurtidos de recetas de pedido por correo. Para resurtir sus medicamentos, tiene la opción de inscribirse en un programa de resurtido automático. Con este programa, comenzaremos a procesar su próximo resurtido automáticamente cuando nuestros registros muestren que está a punto de quedarse sin

Capítulo 3. Usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

su medicamento. La farmacia se comunicará con usted antes de enviar cada resurtido para asegurarse de que necesita más medicamentos, y usted puede cancelar los resurtidos programados si tiene una cantidad suficiente de medicamentos o si estos han cambiado. Si decide no utilizar nuestro programa de resurtido automático, póngase en contacto con su farmacia 14 días antes de que piense que los medicamentos que tiene se van a agotar para asegurarse de que le envíen su próximo pedido a tiempo.

Para elegir no participar en nuestro programa que prepara automáticamente los resurtidos de pedido por correo, póngase en contacto con nosotros llamando a Servicio al Cliente.

A fin de que la farmacia pueda comunicarse con usted para confirmar su pedido antes de enviarlo, asegúrese de informar a la farmacia la mejor manera de contactarlo. Para comunicarse con la farmacia con servicio de envío a domicilio del plan (Express Scripts® Pharmacy), llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono están en la contraportada de esta guía).

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

Cuando obtiene un suministro de medicamentos a largo plazo, su costo compartido puede ser menor. El plan ofrece dos maneras de obtener un suministro a largo plazo (también llamado suministro extendido) de medicamentos de mantenimiento en la Lista de Medicamentos de nuestro plan. (Los medicamentos de mantenimiento son medicamentos que usted toma regularmente para una afección crónica o a largo plazo). Puede solicitar este suministro a través de un pedido por correo (consulte la **Sección 2.3**) o puede ir a una farmacia minorista.

1. **Algunas farmacias minoristas** de nuestra red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Algunas de estas farmacias minoristas pueden aceptar un monto de costo compartido más bajo para un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Otras farmacias minoristas pueden no estar de acuerdo en aceptar los montos de costo compartido más bajos para un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. En este caso, usted deberá pagar 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 a Servicio al Cliente para obtener más información (los números de teléfono figuran en la contraportada de esta guía).
2. Para ciertos tipos de medicamentos, puede utilizar los **servicios de pedidos por correo** de la red del plan. Los medicamentos disponibles a través del servicio de pedidos por correo de nuestro plan están marcados como **medicamentos “MO”** (medicamentos de pedido por correo) en nuestra Lista de Medicamentos. El servicio de pedidos por correo de nuestro plan le permite solicitar un suministro de hasta 90 días. Consulte la **Sección 2.3** para obtener más información sobre el uso de nuestros servicios de pedidos por correo.

Sección 2.5 ¿Cuándo puede usar una farmacia que no está dentro de la red del plan?

Su medicamento recetado puede estar cubierto en ciertas situaciones

Generalmente, cubrimos los medicamentos que se surten 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 las circunstancias en las que cubrimos las recetas surtidas en una farmacia fuera de la red:

Capítulo 3. Usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

- **En una emergencia médica.** Cubriremos las recetas que se surtan en una farmacia fuera de la red si las recetas están relacionadas con la atención de una emergencia médica o con la atención de una necesidad urgente. Por ejemplo, cubriremos recetas surtidas en una farmacia fuera de la red ubicada en un departamento de emergencias, en una clínica de un proveedor, en un centro de cirugías ambulatorias o en otro centro ambulatorio. O bien, cubriremos las recetas si se lo evacuó o desplazó de su residencia debido a un desastre o emergencia de salud declarada por el estado o el gobierno federal.
- **Cuando viaje fuera del área de servicio de nuestro plan.** Si toma un medicamento recetado con regularidad y se va de viaje, asegúrese de revisar el suministro del medicamento antes de partir. Cuando sea posible, lleve consigo todos los medicamentos que vaya a necesitar. Es posible que pueda pedir sus medicamentos recetados con anticipación a través de nuestro servicio de farmacia de pedidos por correo. Si viaja dentro de Estados Unidos y necesita surtir una receta porque se enferma o porque pierde o se le acaban los medicamentos cubiertos, 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 a Servicio al Cliente a los números que figuran en la contraportada para averiguar si hay una farmacia de la red en el área a la que viaja. Si no hay ninguna farmacia de la red en el área, Servicio al Cliente podría gestionar que obtenga sus medicamentos recetados en una farmacia fuera de la red. No podemos pagar ninguna receta que se surta en farmacias fuera de Estados Unidos, ni siquiera 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 ofrezca servicio las 24 horas, cubriremos su receta en una farmacia fuera de la red.
- **Si una farmacia de la red no tiene un medicamento cubierto.** Es posible que algunos medicamentos recetados cubiertos (incluidos los medicamentos huérfanos u otros productos farmacéuticos especializados) no se encuentren regularmente en una farmacia minorista de la red accesible o a través de nuestro servicio de farmacia de pedidos por correo. En estas circunstancias, cubriremos las recetas en una farmacia fuera de la red.
- **Si obtiene una vacuna cubierta de un médico.** Si obtiene la vacuna de su médico, la reclamación se tratará como una transacción fuera de la red. Consulte la **Sección 8 del Capítulo 4** para obtener más información sobre las vacunas.

En estas situaciones, **consulte primero con Servicio al Cliente** para ver si hay una farmacia de la red cerca. (Los números de teléfono de Servicio al Cliente figuran en la contraportada de esta guía). Es posible que se le solicite que pague la diferencia entre lo que paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia de la red.

¿Cómo se solicita el reembolso del plan?

Si debe usar una farmacia fuera de la red, por lo general, tendrá que pagar el costo total (en lugar de su parte normal del costo) al momento de surtir su receta. Puede solicitar que le reembolsemos la parte que nos corresponde del costo. (En la **Sección 2.1 del Capítulo 5** se explica cómo pedirle al plan que le pague).

Capítulo 3. Usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D**SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar en la Lista de Medicamentos del plan****Sección 3.1 En la Lista de Medicamentos se indica qué medicamentos de la Parte D están cubiertos**

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

El plan selecciona los medicamentos de esta lista con la ayuda de un grupo de médicos y de farmacéuticos. La lista debe cumplir los requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la Lista de Medicamentos del plan.

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

Por lo general, cubriremos un medicamento de la Lista de Medicamentos del plan siempre que 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*:

- 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 la cual se lo receta).
- *O bien*, está respaldado por ciertas referencias, como la información de medicamentos del Servicio del Formulario de Hospitales Estadounidenses y el Sistema de Información DRUGDEX.

La Lista de Medicamentos incluye medicamentos genéricos y de marca

Un medicamento genérico es un medicamento de venta con receta que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Por lo general, funciona tan bien como el medicamento de marca y suele costar menos. Hay alternativas de medicamentos genéricos disponibles para muchos medicamentos de marca.

¿Qué no se incluye 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 ciertos tipos de medicamentos (para obtener más información, consulte la **Sección 7.1** de este capítulo).
- En otros casos, decidimos no incluir un medicamento en particular en nuestra Lista de Medicamentos.

Sección 3.2 Hay cinco niveles de costo compartido para los medicamentos de la Lista de Medicamentos

Cada medicamento de la Lista de Medicamentos del plan se encuentra en uno de los cinco niveles de costo compartido. Por lo general, mientras más alto sea el nivel de costo compartido, más costoso será el medicamento.

Capítulo 3. Usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

Nivel	Descripción
Nivel 1: Medicamentos Genéricos Preferidos	Este nivel incluye los medicamentos genéricos que se recetan más habitualmente. Use los medicamentos del Nivel 1 para obtener los copagos más bajos.
Nivel 2: Medicamentos Genéricos	Este nivel incluye medicamentos genéricos. Use los medicamentos del Nivel 2 para mantener bajos sus copagos.
Nivel 3: Medicamentos de Marca Preferidos	Este nivel incluye la mayoría de las insulinas cubiertas por el plan, los medicamentos de marca preferidos y los medicamentos genéricos. Los medicamentos de 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 disponibles para usted. Pregúntele a su médico si sería adecuado para usted tomar un medicamento genérico de menor costo o de marca preferido. 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 envío a domicilio de la red.
Nivel 5: Medicamentos Especializados	Este nivel incluye medicamentos genéricos y de marca de costo muy alto. Para obtener más información sobre los medicamentos incluidos en este nivel, puede comunicarse con un farmacéutico llamando a los números que se encuentran en la portada y la 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 envío a domicilio de la red.

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

Puede ver el monto que paga por los medicamentos en cada nivel de costo compartido en el **Capítulo 4** (*Lo que usted paga por los medicamentos recetados de la Parte D*).

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

Tiene tres maneras de averiguarlo:

1. Consulte la Lista de Medicamentos más reciente que le proporcionamos electrónicamente.
2. Visite el sitio web del plan (**MutualofOmahaRx.com**). La Lista de Medicamentos del sitio web siempre está actualizada.

Capítulo 3. Usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

3. Llame a Servicio al Cliente para averiguar si un medicamento en particular está en la Lista de Medicamentos del plan o para pedir una copia de la lista. (Los números de teléfono de Servicio al Cliente figuran en la contraportada de esta guía).

SECCIÓN 4 Hay restricciones en la cobertura de algunos medicamentos**Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?**

Para ciertos medicamentos recetados, existen reglas especiales que restringen cómo y cuándo lo cubre el plan. Un equipo de médicos y farmacéuticos creó estas reglas para ayudar a nuestros miembros a usar los medicamentos de la manera más eficaz. Estas reglas especiales también ayudan a controlar los costos generales de los medicamentos, lo que mantiene su cobertura de medicamentos más asequible.

Por lo general, nuestras reglas lo alientan a obtener un medicamento que funcione para su afección y que sea seguro y eficaz. Siempre que un medicamento seguro y de bajo costo funcione con la misma eficacia médica que uno de mayor costo, las reglas del plan están diseñadas para alentarle a usted y a su proveedor a usar esa opción de menor costo. También debemos cumplir las reglas y los reglamentos de Medicare para la cobertura de medicamentos y el costo compartido.

Si hay una restricción para su medicamento, por lo general, usted o su proveedor tiene que tomar medidas adicionales para que podamos cubrir el medicamento. Si desea que eliminemos la restricción por usted, deberá utilizar el proceso de decisión de cobertura y solicitarnos que hagamos una excepción. Podemos estar de acuerdo en eliminar la restricción para usted o no. (Consulte la **Sección 5.2 del Capítulo 7** para obtener información sobre cómo solicitar excepciones).

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

Sección 4.2 ¿Qué tipo de restricciones?

Nuestro plan utiliza diferentes tipos de restricciones para ayudar a nuestros miembros a usar los medicamentos de la manera más eficaz. En las secciones a continuación se informa más sobre los tipos de restricciones que usamos para ciertos medicamentos.

Restricción de medicamentos de marca cuando hay una versión genérica disponible

Generalmente, un medicamento *genérico* funciona igual que un medicamento de marca y cuesta menos. **En la mayoría de los casos, cuando se dispone de una versión genérica de un medicamento de marca, nuestras farmacias de la red le proporcionarán la versión genérica.** Por lo general, no cubrimos el medicamento de marca cuando hay una versión genérica disponible. Sin embargo, en caso de que su proveedor nos haya informado la razón médica por la que ni el medicamento genérico ni otro de los medicamentos cubiertos funcionarían en su caso, entonces cubriremos el medicamento de marca. (Su parte del costo puede ser mayor para el medicamento de marca que para el medicamento genérico).

Capítulo 3. Usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

Obtener la aprobación del plan por adelantado

Para ciertos medicamentos, usted o su proveedor debe 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 ciertos medicamentos. Si no obtiene esta aprobación, es posible que su medicamento no esté cubierto por el plan.

Probar un medicamento diferente primero

Este requisito lo anima a probar medicamentos menos costosos, pero que suelen ser igual de eficaces, antes de que el plan cubra otro medicamento. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma afección, el plan puede exigirle que pruebe primero el medicamento A. Si el medicamento A no funciona para usted, el plan cubrirá el medicamento B. Este requisito de probar primero un medicamento diferente se denomina *terapia escalonada*.

Límites en la cantidad

Para algunos medicamentos, limitamos la cantidad que puede obtener de un medicamento cada vez que surte una receta. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro tomar solo una pastilla por día de un determinado medicamento, podemos limitar la cobertura a no más de una pastilla por día.

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

La Lista de Medicamentos del plan incluye información sobre las restricciones descritas anteriormente. Para averiguar si alguna de estas restricciones se aplica a un medicamento que usted toma o desea tomar, consulte la Lista de Medicamentos. Para obtener información actualizada, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono figuran en la contraportada de esta guía) o consulte nuestro sitio web (**MutualofOmahaRx.com**).

Si hay una restricción para su medicamento, por lo general, usted o su proveedor tiene que tomar medidas adicionales para que podamos cubrir el medicamento. Si el medicamento que desea tomar tiene alguna restricción, debe ponerse en contacto con Servicio al Cliente para saber qué debería hacer usted o su proveedor para obtener la cobertura del medicamento. Si desea que eliminemos la restricción por usted, deberá utilizar el proceso de decisión de cobertura y solicitarnos que hagamos una excepción. Podemos estar de acuerdo en eliminar la restricción para usted o no. (Consulte la **Sección 5.2 del Capítulo 7** para obtener información sobre cómo solicitar excepciones).

SECCIÓN 5 ¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la forma en que le gustaría?

Sección 5.1 Puede tomar algunas medidas si su medicamento no se cubre como le gustaría

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

Capítulo 3. Usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

- El medicamento podría no estar cubierto en absoluto, O tal vez se cubra una versión genérica del medicamento, pero no la versión de marca que desea tomar.
- El medicamento está cubierto, pero hay reglas o restricciones adicionales en la cobertura de ese medicamento. Como se explica en la **Sección 4**, algunos de los medicamentos cubiertos por el plan tienen reglas adicionales para restringir su uso. Por ejemplo, se le puede pedir que pruebe primero un medicamento diferente para ver si funcionará antes de cubrir el medicamento que desea tomar. O bien, puede haber límites en cuanto a la cantidad de medicamento (número de pastillas, etc.) que se cubre durante un período de tiempo determinado. En algunos casos, quizás desea que no le apliquemos la restricción.
- El medicamento está cubierto, pero está en un nivel de costo compartido que hace que su costo compartido sea mayor de lo que usted cree que debería ser. El plan coloca cada medicamento cubierto en uno de los cinco niveles de costo compartido diferentes. Lo que usted paga por su medicamento recetado depende en parte del nivel de costo compartido en el que se encuentra su medicamento.

Puede tomar algunas medidas si su medicamento no se cubre como le gustaría. Sus opciones dependen del tipo de problema que tenga:

- Si su medicamento no está en la Lista de Medicamentos o está restringido, consulte la **Sección 5.2** para saber qué puede hacer.
- Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que hace que su costo sea mayor de lo que usted cree que debería ser, consulte la **Sección 5.3** para saber qué puede hacer.

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

Si su medicamento no está en la Lista de Medicamentos o está restringido, puede hacer lo siguiente:

- Obtener un suministro temporal del medicamento (solo los miembros en ciertas situaciones pueden obtener un suministro temporal). Esto le dará a usted y a su proveedor tiempo para cambiar de medicamento o para presentar una solicitud para que lo cubramos.
- Cambiar de medicamento.
- Solicitar una excepción y luego pedirle al plan que cubra el medicamento o elimine las restricciones para dicho medicamento.

Puede obtener un suministro temporal

En ciertas circunstancias, el plan debe ofrecerle un suministro temporal de un medicamento si este no está incluido en la Lista de Medicamentos o está restringido de alguna manera. Hacer esto le da tiempo para hablar con su proveedor sobre el cambio de cobertura y averiguar qué hacer.

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

1. El cambio de 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 bien, el medicamento que ha estado tomando **ahora está restringido de alguna manera** (en la **Sección 4** de este capítulo se explican las restricciones).

Capítulo 3. Usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

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

- **Para 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 nuevo y durante los primeros 90 días del año calendario si estuvo en el plan el año pasado.** Este suministro temporal será para un máximo de 30 días. Si su receta está emitida para menos días, permitiremos que se realicen múltiples surtidos hasta un máximo de 30 días de medicamento. La receta se debe surtir en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que la farmacia de un centro de cuidado a largo plazo puede suministrar el medicamento en cantidades más pequeñas a la vez para evitar que se desperdicie).
- **Para aquellos miembros que han estado en el plan durante más de 90 días y residen en un centro de cuidado a largo plazo (LTC) y necesitan un suministro de inmediato:**
Cubriremos un suministro de 31 días de un medicamento en particular, o menos si su receta es para menos días. Esta cobertura es adicional al suministro temporal mencionado anteriormente.
- **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 los siguientes:**
 - Si sale de un centro de cuidado a largo plazo
 - Si le dan el alta de un hospital
 - Si sale de un centro de enfermería especializada
 - Si cancela la atención para pacientes terminales
 - Si le dan el alta de un hospital psiquiátrico con un régimen de medicamentos altamente personalizado
- Si ingresa a un centro de cuidado a largo plazo, cubriremos un suministro de transición de 31 días.

Para solicitar un suministro temporal, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono figuran en la contraportada de esta guía).

Durante el tiempo que esté recibiendo un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando el 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. En las secciones que siguen se explica más sobre estas opciones.

Puede cambiar de medicamento

Comience por hablar con su proveedor. Puede haber un medicamento diferente cubierto por el plan que también sea eficaz para usted. Puede llamar a Servicio al Cliente para solicitar una lista de los medicamentos cubiertos para tratar la misma afección. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que pueda funcionar para usted. (Los números de teléfono de Servicio al Cliente figuran en la contraportada de esta guía).

Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitar al plan que haga una excepción en su caso y que cubra el medicamento de la forma en que a usted le gustaría que lo cubriera. Si su proveedor dice que usted tiene razones médicas que justifican la solicitud de una excepción, este puede ayudarlo a solicitar una excepción a la regla. Por ejemplo, puede solicitar al plan que cubra un medicamento aunque no esté en la Lista de Medicamentos del plan. O bien, puede solicitar al plan que haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

Capítulo 3. Usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, en la **Sección 5.4 del Capítulo 7** se indica qué deben hacer. Allí se explican los procedimientos y los plazos que ha establecido Medicare para asegurarse de que su solicitud se maneje de manera rápida y justa.

Sección 5.3 ¿Qué puede hacer si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted cree que es muy alto?

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted cree que es demasiado alto, esto es lo que puede hacer:

Puede cambiar de medicamento

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted cree que es demasiado alto, primero hable con su proveedor. Tal vez haya un medicamento diferente en un nivel de costo compartido más bajo que podría ser igual de eficaz para usted. Puede llamar a Servicio al Cliente para solicitar una lista de los medicamentos cubiertos para tratar la misma afección. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que pueda funcionar para usted. (Los números de teléfono de Servicio al Cliente figuran en la contraportada de esta guía).

Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden pedirle al plan que haga una excepción en el nivel de costo compartido del medicamento para que pague menos por él. Si su proveedor dice que usted tiene razones médicas que justifican la solicitud de una excepción, este 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** se indica qué deben hacer. Allí se explican los procedimientos y los plazos que ha establecido Medicare para asegurarse de que su solicitud se maneje de manera rápida y justa.

Los medicamentos de nuestro Nivel de Medicamentos Especializados (Nivel 5) no son elegibles para este tipo de excepción. No reducimos el monto de costo compartido para los medicamentos de este nivel.

SECCIÓN 6 ¿Qué sucede si cambia la cobertura de uno de sus medicamentos?

Sección 6.1 La Lista de Medicamentos puede cambiar durante el año

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos se produce a principios de cada año (el 1 de enero). Sin embargo, durante el año, el plan puede hacer cambios en la Lista de Medicamentos. Por ejemplo, el plan podría:

- **Agregar o quitar medicamentos de la Lista de Medicamentos.** Puede haber nuevos medicamentos disponibles, incluso medicamentos genéricos nuevos. El gobierno puede dar su aprobación para un nuevo uso de un medicamento existente. A veces, se retira un medicamento del mercado y decidimos no cubrirlo. También podemos eliminar un medicamento de la lista porque se ha descubierto que no es eficaz.
- **Mover un medicamento a un nivel de costo compartido más alto o más bajo.**

Capítulo 3. Usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

- **Agregar o eliminar una restricción de cobertura para un medicamento** (para obtener más información sobre las restricciones de cobertura, consulte la **Sección 4** de este capítulo).
- **Reemplazar un medicamento de marca por un medicamento genérico.**

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

Sección 6.2 ¿Qué sucede si cambia la cobertura de un medicamento que está tomando?
--

Información sobre los cambios en 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 de forma regular para incluir cualquier cambio que se haya producido después de la última actualización. A continuación, le indicamos cuándo recibirá un aviso directo si se realizan cambios en un medicamento que esté tomando en ese momento. También puede llamar a Servicio al Cliente para obtener más información (los números de teléfono figuran en la contraportada de esta guía).

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

Cambios que pueden afectar su cobertura este año: En los siguientes casos, los cambios en la cobertura durante este año podrían afectarle:

- **Un medicamento genérico nuevo puede reemplazar a un medicamento de marca en la Lista de Medicamentos (o podemos cambiar el nivel de costo compartido o agregar nuevas restricciones al medicamento de marca, o ambos)**
 - Es posible que eliminemos inmediatamente un medicamento de marca de nuestra Lista de Medicamentos si vamos a sustituirlo por una versión genérica recientemente aprobada del mismo medicamento que aparecerá en el mismo nivel de costo compartido o en un nivel inferior y con iguales restricciones o menos. Además, cuando agreguemos el medicamento genérico nuevo, es posible que decidamos mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de Medicamentos, pero que lo cambiemos inmediatamente a un nivel de costo compartido más alto, o que agreguemos nuevas restricciones, o ambas opciones.
 - Es posible que no le informemos con anticipación antes de hacer ese cambio, incluso si actualmente está tomando el medicamento de marca.
 - Usted o su médico prescriptor pueden pedirnos que hagamos una excepción y continuemos cubriendo el medicamento de marca para usted. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el **Capítulo 7** (*Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones, apelaciones o quejas relativas a la cobertura]*).
 - Si está tomando el medicamento de marca en el momento en que hacemos el cambio, le proporcionaremos información sobre los cambios específicos que hicimos. También se incluirá información sobre las medidas que puede tomar para solicitar una excepción para cubrir el medicamento de marca. Es posible que no reciba este aviso antes de que hagamos el cambio.

Capítulo 3. Usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

- **Medicamentos inseguros y otros medicamentos de la Lista de Medicamentos que se quitan del mercado**
 - De vez en cuando, se puede quitar un medicamento repentinamente porque se ha descubierto que no es seguro o porque se ha quitado del mercado por otra razón. Si esto sucede, eliminaremos inmediatamente el medicamento de la Lista de Medicamentos. Si está tomando ese medicamento, le informaremos este cambio de inmediato.
 - Su médico prescriptor también sabrá de este cambio y puede trabajar con usted para encontrar otro medicamento para su afección.
- **Otros cambios en los medicamentos de la Lista de Medicamentos**
 - Podemos hacer otros cambios que afecten a los medicamentos que usted está tomando una vez que el año haya comenzado. Por ejemplo, podríamos agregar un medicamento genérico que no sea nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca o cambiar el nivel de costo compartido o agregar nuevas restricciones al medicamento de marca, o ambas opciones. También podríamos hacer cambios basados en las advertencias de la FDA o en nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare. Debemos informarle sobre el cambio con un mínimo de 30 días de anticipación o informarle sobre el cambio y proporcionarle un resurtido de 30 días del medicamento que está tomando en una farmacia de la red.
 - Después de recibir el aviso sobre el cambio, debe trabajar con su médico prescriptor para cambiar a un medicamento diferente que cubramos.
 - O bien, usted o su médico prescriptor pueden pedirnos que hagamos una excepción y continuemos cubriendo el medicamento para usted. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el **Capítulo 7** (*Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones, apelaciones o quejas relativas a la cobertura]*).

Cambios en los medicamentos de 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 está tomando el medicamento actualmente, los siguientes tipos de cambios no lo afectarán hasta el 1 de enero del año siguiente si permanece en el plan:

- Si pasamos su medicamento a un nivel de costo compartido más alto.
- Si ponemos una restricción nueva en su uso del medicamento.
- Si eliminamos su medicamento de la Lista de Medicamentos.

Si alguno de estos cambios se produce para un medicamento que está tomando (pero no debido a un retiro del mercado, al reemplazo de un medicamento de marca por un medicamento genérico ni a otro cambio mencionado en las secciones anteriores), el cambio no afectará su uso o lo que usted paga como su parte del costo hasta el 1 de enero del año siguiente. Hasta esa fecha, es probable que no vea ningún aumento en sus pagos ni restricciones adicionales en su uso del medicamento. Este año, no recibirá ningún aviso directo sobre los cambios que no le afecten. Sin embargo, los cambios sí afectarán su situación el 1 de enero del siguiente año, por lo que es importante que revise la Lista de Medicamentos del nuevo año de beneficios para identificar cualquier cambio en los medicamentos.

Capítulo 3. Usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D**SECCIÓN 7 ¿Qué tipos de medicamentos *no* están cubiertos por el plan?****Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos**

En esta sección, se explica qué tipos de medicamentos recetados están *excluidos*. Esto significa que Medicare no paga estos medicamentos.

Si obtiene medicamentos que están excluidos, debe pagarlos usted mismo. No pagaremos los medicamentos que se enumeran en esta sección. La única excepción: si se determina en la apelación que el medicamento solicitado es un medicamento que no está excluido en la Parte D y que deberíamos haberlo pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hemos tomado de no cubrir un medicamento, consulte la **Sección 5.5 del Capítulo 7** de esta guía).

A continuación se presentan tres reglas generales sobre 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 por la Parte A o la Parte B de Medicare.
- Nuestro plan no puede cubrir un medicamento comprado fuera de Estados Unidos y sus territorios.
- Por lo general, nuestro plan no puede cubrir el uso no indicado en la ficha técnica. Un *uso no indicado en la ficha técnica* es cualquier uso del medicamento que no esté indicado en su ficha técnica según lo aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos.
 - Por lo general, la cobertura del *uso no indicado en la ficha técnica* se permite solo cuando el uso está respaldado por ciertas referencias, como la información de medicamentos del Servicio del Formulario de Hospitales Estadounidenses y el Sistema de Información DRUGDEX. Si el uso no está respaldado por ninguna de estas referencias, nuestro plan no puede cubrir su *uso no indicado en la ficha técnica*.

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

- Medicamentos sin receta (también llamados medicamentos de venta libre)
- Medicamentos que se usan para promover la fertilidad
- Medicamentos que se usan para aliviar los síntomas de la tos o el resfriado
- Medicamentos que se usan con fines cosméticos o para promover el crecimiento del cabello
- Vitaminas y minerales recetados, excepto las vitaminas prenatales y los preparados de fluoruro
- Medicamentos que se usan para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil
- Medicamentos que se usan para el tratamiento de la anorexia, la pérdida de peso o el aumento de peso

Capítulo 3. Usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

- Medicamentos para pacientes ambulatorios para los cuales el fabricante trata de exigir que las pruebas o los servicios de control asociados se adquieran exclusivamente del fabricante como condición para su venta

Si recibe *Ayuda Extra para pagar sus medicamentos*, el programa Medicaid de su estado puede cubrir algunos medicamentos recetados que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare. Comuníquese con el programa Medicaid de su estado para determinar qué cobertura de medicamentos puede estar disponible para usted. (Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto de Medicaid en el **Apéndice** de esta guía).

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

Sección 8.1 Muestre su tarjeta de miembro

Para surtir su receta, muestre su tarjeta de miembro del plan en la farmacia de la red que elija. Cuando muestre su tarjeta de miembro del plan, la farmacia de la red facturará automáticamente al plan *nuestra* parte del costo de su medicamento recetado cubierto. Deberá pagar a la farmacia *su* parte del costo cuando retire su medicamento recetado.

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

Si no tiene la tarjeta de miembro del plan con usted cuando surte su 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 tenga que pagar el costo total del medicamento recetado cuando la recoja.** (Luego puede **pedirnos que le reembolsemos** nuestra parte. Consulte la **Sección 2.1 del Capítulo 5** para obtener información sobre cómo solicitarle al plan un reembolso).

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

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

Si **se lo ingresa en un hospital** para una estadía cubierta por Original Medicare, la Parte A de Medicare generalmente cubre el costo de sus medicamentos recetados durante su estadía. Una vez que salga del hospital, nuestro plan cubrirá sus medicamentos siempre y cuando estos cumplan todas nuestras reglas de cobertura. Consulte las partes anteriores de este capítulo que informan sobre las reglas para obtener cobertura de medicamentos.

Si se lo **ingresa en un centro de enfermería especializada** para una estadía cubierta por Original Medicare, la Parte A de Medicare generalmente cubre sus medicamentos recetados durante parte o la totalidad de su estadía. Si sigue en el centro de enfermería especializada y la Parte A ya no cubre sus medicamentos, nuestro plan los cubrirá siempre que cumplan todas nuestras reglas de

Capítulo 3. Usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

cobertura. Consulte las partes anteriores de este capítulo que informan sobre las reglas para obtener cobertura de medicamentos.

Tenga en cuenta lo siguiente: Cuando ingresa en un centro de enfermería especializada, vive allí o se va, tiene derecho a un Período Especial de Inscripción. Durante este período de tiempo, puede cambiar de planes o cambiar su cobertura. (En el **Capítulo 8, Finalizar su membresía en el plan**, se indica cuándo puede dejar nuestro plan e inscribirse en otro plan de Medicare).

Sección 9.2 ¿Qué sucede si es un residente de 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 para todos sus residentes. Si es residente de un centro de cuidado a largo plazo, puede obtener sus medicamentos recetados a través de la farmacia del centro, siempre y cuando sea parte de nuestra red.

Consulte su *Directorio de Farmacias* para saber si la farmacia de su centro de cuidado a largo plazo forma parte de nuestra red. Si no es el caso, o si necesita más información, póngase en contacto con Servicio al Cliente (los números de teléfono figuran en la contraportada de esta guía).

¿Qué sucede si usted es residente de un centro de cuidado a largo plazo (LTC) y se afilia al plan?

Si necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de Medicamentos o que está restringido de alguna manera, el plan cubrirá un **suministro temporal** de su medicamento durante los primeros 90 días de su membresía. El suministro total será para un máximo de 31 días, o menos si su receta es para menos días. (Tenga en cuenta que la farmacia de un centro de cuidado a largo plazo puede suministrar el medicamento en cantidades más pequeñas a la vez para evitar que se desperdicie). 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 en la cobertura del medicamento, cubriremos un suministro de 31 días, o menos si su receta es 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 el suministro temporal se agote. Puede haber un medicamento diferente cubierto por el plan que también sea eficaz para usted. O bien, usted y su proveedor pueden solicitar al plan que haga una excepción en su caso y que cubra el medicamento de la forma en que a usted le gustaría que lo cubriera. Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, en la **Sección 5.4 del Capítulo 7** se indica qué deben hacer.

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

Su inscripción en Mutual of Omaha Rx no afecta la cobertura de sus medicamentos en virtud de la Parte A o la Parte B de Medicare. Si cumple con los requisitos de cobertura de Medicare, su medicamento estará cubierto por la Parte A o la Parte B de Medicare, incluso si está inscrito en este plan. Además, si su medicamento estuviera cubierto por la Parte A o la Parte B de Medicare, nuestro plan no puede cubrirlo aunque usted decida no inscribirse en la Parte A o la Parte B.

Capítulo 3. Usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

Algunos medicamentos pueden estar cubiertos por la Parte B de Medicare en algunas situaciones y por Mutual of Omaha Rx en otras. Sin embargo, los medicamentos nunca están cubiertos por la Parte B y por nuestro plan al mismo tiempo. Por lo general, su farmacéutico o proveedor determinará si debe facturar el medicamento a la Parte B de Medicare o a Mutual of Omaha Rx.

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

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

Cada año, su empresa de seguros Medigap debe enviarle un aviso en el que se le indique si su cobertura de medicamentos recetados es *acreditable* y las opciones que tiene para la cobertura de medicamentos. (Si la cobertura de la póliza de Medigap es *acreditable*, significa que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare). En el aviso también se explicará cuánto se reduciría su prima si elimina la cobertura de medicamentos recetados de su póliza de Medigap. Si no recibió este aviso, o si no lo encuentra, comuníquese con su empresa de seguros de Medigap y solicite otra copia.

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

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

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

Nota especial sobre la *cobertura acreditable*:

Cada año, su empleador o grupo de jubilación debe enviarle un aviso en el que se le indique si su cobertura de medicamentos recetados para el siguiente año calendario es *acreditable* y las opciones que tiene para la cobertura de medicamentos.

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

Guarde estos avisos sobre la *cobertura acreditable* porque puede necesitarlos luego. 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 la cobertura acreditable. Si no recibió un aviso sobre la cobertura acreditable del plan de su empleador o de un grupo de jubilación, puede obtener una copia del administrador de beneficios del empleador o del grupo de jubilación, o del empleador o sindicato.

Capítulo 3. Usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D**Sección 9.6 ¿Qué sucede si se encuentra en un hospicio certificado por Medicare?**

Los medicamentos nunca están cubiertos por el hospicio y nuestro plan al mismo tiempo. Si está inscrito en un hospicio de Medicare y necesita un medicamento para tratar las náuseas, un laxante, un analgésico o un ansiolítico que no esté cubierto por su hospicio porque no está relacionado con su enfermedad terminal y las afecciones relacionadas, el médico prescriptor o el proveedor del hospicio debe informarle al plan que el medicamento no está relacionado antes de que nuestro plan pueda cubrirlo. Para evitar demoras en la recepción de cualquier medicamento no relacionado que nuestro plan deba cubrir, puede pedirle a su proveedor del hospicio o a su médico prescriptor que se asegure de que hayamos recibido 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 de hospicio o reciba el alta del hospicio, nuestro plan debe cubrir todos sus medicamentos. Para evitar cualquier demora en la farmacia cuando termine su beneficio de hospicio de Medicare, debe llevar la documentación a la farmacia para verificar su revocación o alta. Consulte las partes anteriores de esta sección sobre las reglas para obtener cobertura de medicamentos de la Parte D. En el **Capítulo 4** (*Lo que usted paga por los medicamentos recetados de la Parte D*) se proporciona más información sobre la cobertura de medicamentos y lo que usted paga.

SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad y el manejo de los medicamentos**Sección 10.1 Programas para ayudar a los miembros a usar los medicamentos de manera segura**

Hacemos revisiones del consumo de medicamentos de nuestros miembros para asegurarnos de que reciben una atención segura y adecuada. Estas revisiones son especialmente importantes para los miembros que tienen más de un proveedor que les receta sus medicamentos.

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

- Posibles errores en los medicamentos
- Medicamentos que pueden no ser necesarios porque usted está tomando otro medicamento para tratar la misma afección
- Medicamentos que pueden no ser seguros o adecuados debido a su edad o a su género
- Ciertas combinaciones de medicamentos que podrían perjudicarlo si se toman al mismo tiempo
- Recetas para medicamentos que tienen ingredientes a los que usted es alérgico
- Posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que está tomando
- Cantidades inseguras de analgésicos opioides

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

Capítulo 3. Usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D**Sección 10.2 Programa de Manejo de Medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar de manera segura sus medicamentos opioides**

Tenemos un programa que puede ayudar a garantizar que nuestros miembros usen de manera segura sus medicamentos opioides recetados y otros medicamentos de los que se abusa con frecuencia. Este programa se llama Programa de Manejo de Medicamentos (DMP). Si usa medicamentos opioides que obtiene de varios médicos o farmacias, o si tuvo una sobredosis de opioides recientemente, podemos hablar con sus médicos para asegurarnos de que su uso sea adecuado y médicamente necesario. Junto con sus médicos, si decidimos que su uso de medicamentos opioides o benzodiazepinas recetados no es seguro, podemos limitar la forma en que obtiene esos medicamentos. Las limitaciones pueden ser:

- Exigirle que obtenga todas las recetas de medicamentos opioides o benzodiazepinas en determinadas farmacias
- Exigirle que obtenga todas las recetas de medicamentos opioides o benzodiazepinas de determinados médicos
- Limitar la cantidad de medicamentos opioides o benzodiazepinas que cubriremos para usted

Si creemos que una o más de estas limitaciones deben aplicarse a usted, le enviaremos una carta por adelantado. En la carta incluiremos información sobre las limitaciones que creemos que deben aplicarse a usted. También tendrá la oportunidad de indicarnos qué médicos o farmacias prefiere utilizar y cualquier otra información que considere que es importante que sepamos. Después de que haya tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar la cobertura de estos medicamentos, le enviaremos otra carta para confirmar la limitación. Si cree que cometimos un error o no está de acuerdo con nuestra determinación de que está en riesgo de abuso de medicamentos recetados o con la limitación, usted y su médico prescriptor tienen derecho a solicitarnos una apelación. Si decide apelar, revisaremos su caso y le daremos una decisión. Si seguimos denegando cualquier parte de su solicitud relacionada con las limitaciones que se aplican a su acceso a los medicamentos, enviaremos automáticamente su caso a un revisor independiente fuera de nuestro plan. Consulte el **Capítulo 7** para obtener información sobre cómo solicitar una apelación.

Es posible que el DMP no se aplique a usted si tiene ciertas afecciones, como cáncer o drepanocitosis, si recibe cuidados paliativos, de hospicio o del final de la vida, o si vive en un centro de cuidado a largo plazo.

Sección 10.3 Programa de Manejo del Tratamiento con Medicamentos (MTM) para ayudar a los miembros a manejar sus medicamentos

Tenemos un programa que puede ayudar a nuestros miembros con necesidades de salud complejas.

Este programa es voluntario y gratuito para los miembros. Un equipo de farmacéuticos y médicos lo desarrollaron para nosotros. Este programa puede ayudar a garantizar que nuestros miembros obtengan el mayor beneficio de los medicamentos que toman. Se llama Programa de Manejo del Tratamiento con Medicamentos (MTM).

Algunos miembros que toman medicamentos para diferentes afecciones y tienen altos costos de medicamentos o participan en un DMP para ayudar a los miembros a usar opioides de forma segura pueden obtener servicios a través de un programa de MTM. Un farmacéutico u otro profesional de la salud le dará una revisión completa de todos sus medicamentos. Podrá hablar sobre la mejor manera de tomar sus medicamentos, sus costos y cualquier problema o pregunta que tenga sobre sus medicamentos

Capítulo 3. Usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

recetados y de venta libre. Recibirá un resumen escrito de esta conversación. El resumen tiene un plan de acción de medicamentos que recomienda lo que puede hacer para aprovechar al máximo sus medicamentos, con espacio para que pueda tomar notas o anotar cualquier pregunta de seguimiento. También obtendrá una lista personal de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que está tomando y por qué los toma. Además, los miembros del programa MTM recibirán información sobre la eliminación segura de los medicamentos recetados que son sustancias controladas.

Es una buena idea hacer una revisión de sus medicamentos antes de su visita anual de *Bienestar* para que pueda hablar con su médico sobre su plan de acción y su lista de medicamentos. Lleve su plan de acción y su lista de medicamentos a su visita o cada vez que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. Además, lleve consigo la lista de medicamentos (por ejemplo, con su identificación) por si tiene que ir al hospital o a la sala de emergencias.

Si tenemos un programa que se ajusta a sus necesidades, lo inscribiremos automáticamente allí y le enviaremos información. Si decide no participar, debe informarnos para que lo quitemos del programa. Si tiene alguna pregunta sobre estos programas, póngase en contacto con Servicio al Cliente (los números de teléfono figuran en la contraportada de esta guía).

CAPÍTULO 4

*Lo que usted paga por los
medicamentos recetados de la Parte D*

Capítulo 4. Lo que usted paga por los medicamentos recetados de la Parte D**Capítulo 4. Lo que usted paga por los medicamentos recetados de la Parte D**

SECCIÓN 1	Introducción	65
Sección 1.1	Utilice este capítulo junto con otros materiales que explican la cobertura de sus medicamentos	65
Sección 1.2	Tipos de costos directos de su bolsillo que puede pagar por medicamentos cubiertos.....	66
SECCIÓN 2	Lo que usted paga por un medicamento depende de la <i>etapa de pago de medicamentos</i> en la que se encuentra cuando obtiene el medicamento	66
Sección 2.1	¿Cuáles son las etapas de pago de medicamentos para los miembros de Mutual of Omaha Rx?	66
SECCIÓN 3	Le enviamos informes en los que se explican los pagos de sus medicamentos y la etapa de pago en la que se encuentra	69
Sección 3.1	Le enviamos un resumen mensual llamado “ <i>Explicación de Beneficios de la Parte D</i> ” (la “EOB de la Parte D”)	69
Sección 3.2	Ayúdenos a mantener actualizada la información sobre sus pagos de medicamentos	70
SECCIÓN 4	Durante la Etapa del Deducible, usted paga:	
	• Plan Plus: el costo total de sus medicamentos	
	• Plan Premier: el costo total de sus medicamentos de los Niveles 3 (sin incluir Insulinas Selectas si no recibe <i>Ayuda Extra</i>), 4 y 5.....	71
Sección 4.1	Permanecerá en la Etapa del Deducible hasta que haya pagado:	
	• <i>Plan Plus:</i> \$480 por sus medicamentos	
	• <i>Plan Premier:</i> \$480 por sus medicamentos de los Niveles 3 (sin incluir Insulinas Selectas si no recibe <i>Ayuda Extra</i>), 4 y 5	71
SECCIÓN 5	Durante la Etapa de Cobertura Inicial, el plan paga la parte que le corresponde por los costos de sus medicamentos y usted paga su parte	72
Sección 5.1	Lo que usted paga por un medicamento depende del medicamento y de dónde surte su receta	72
Sección 5.2	Tabla que muestra su costo para un suministro de <i>un mes</i> de un medicamento.....	73
Sección 5.3	Si su médico le receta un suministro de menos de un mes, es posible que no tenga que pagar el costo del suministro de todo el mes	81
Sección 5.4	Una tabla que muestra sus costos por un suministro <i>a largo plazo</i> (de hasta 90 días) de un medicamento	81
Sección 5.5	Permanecerá en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que sus costos totales de los medicamentos para el año alcancen los \$4,430	86

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

SECCIÓN 6	Durante la Etapa de Falta de Cobertura:	
	• Plan Plus: usted recibe un descuento en los medicamentos de marca y no paga más del 25 % de los costos de los medicamentos genéricos	
	• Plan Premier: el plan proporciona algo de cobertura para los medicamentos	87
Sección 6.1	Permanecerá en la Etapa de Falta de Cobertura hasta que los costos directos de su bolsillo alcancen los \$7,050	87
Sección 6.2	Cómo calcula Medicare los costos directos de su bolsillo para los medicamentos recetados	88
SECCIÓN 7	Durante la Etapa de Cobertura Catastrófica, el plan paga la mayor parte del costo de sus medicamentos	90
Sección 7.1	Una vez que esté en la Etapa de Cobertura Catastrófica, permanecerá en esta etapa por el resto del año	90
SECCIÓN 8	Lo que usted paga por vacunas cubiertas por la Parte D depende de cómo y dónde las obtiene	90
Sección 8.1	Nuestro plan puede tener una cobertura separada para la vacuna de la Parte D y para el costo de poner la vacuna	90
Sección 8.2	Puede llamarnos a Servicio al Cliente antes de vacunarse.....	91

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



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

Hay programas para ayudar a las personas con recursos limitados a pagar sus medicamentos. Estos incluyen *Ayuda Extra* y el Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica. Para obtener más información, consulte la **Sección 7 del Capítulo 2**.

¿Actualmente recibe ayuda para pagar sus medicamentos?

Si está en un programa que ayuda a pagar sus medicamentos, **es posible que parte de la información en esta Evidencia de Cobertura sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D no se aplique a usted**. Hemos incluido 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*), en el cual se le informa sobre los costos de los medicamentos. Si no tiene este encarte, llame a Servicio al Cliente y pregunte por el *Anexo LIS*. (Los números de teléfono de Servicio al Cliente están en la contraportada de esta guía).

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Utilice este capítulo junto con otros materiales que explican la cobertura de sus medicamentos

Este capítulo se enfoca en lo que usted paga por los medicamentos recetados de la Parte D. Para simplificar, en este capítulo utilizamos el término *medicamento* para referirnos a un medicamento recetado de la Parte D. Según se explica en el **Capítulo 3**, no todos los medicamentos forman parte de la Parte D, algunos están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y otros están excluidos por ley de la cobertura de Medicare.

Para comprender la información sobre pagos que le proporcionamos en este capítulo, necesita saber lo básico sobre qué medicamentos están cubiertos, dónde surtir sus recetas y qué reglas debe seguir cuando obtiene sus medicamentos cubiertos. En los siguientes materiales encontrará esta información:

- **Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario) del plan.** Para simplificar, la llamamos *Lista de Medicamentos*.
 - En esta Lista de Medicamentos se indica qué medicamentos están cubiertos para usted.
 - También se indica en cuál de los cinco *niveles de costo compartido* se encuentra el medicamento y si hay alguna restricción en la cobertura de ese medicamento para usted.
 - Si necesita una copia de la Lista de Medicamentos, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono figuran en la contraportada de esta guía). También puede encontrarla en nuestro sitio web, **MutualofOmahaRx.com**. La Lista de Medicamentos del sitio web siempre está actualizada.
- **Capítulo 3 de esta guía.** En el **Capítulo 3**, encontrará detalles sobre su cobertura de medicamentos recetados, incluidas las reglas que debe seguir al obtenerlos. En el **Capítulo 3** también encontrará información sobre qué tipos de medicamentos recetados no cubre nuestro plan.

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

- **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 información). En el *Directorio de Farmacias* encontrará la lista de las farmacias de la red del plan. También se incluyen las farmacias de nuestra red que pueden proporcionarle un suministro a largo plazo de un medicamento (como el surtido de una receta de un suministro de 3 meses).

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

Para comprender la información de pago que le proporcionamos en este capítulo, debe conocer los tipos de costos directos de su bolsillo que puede pagar por sus servicios cubiertos. El monto que usted paga por un medicamento se llama *costo compartido*, y hay tres formas en que se le puede pedir que lo pague.

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

SECCIÓN 2 **Lo que usted 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, hay *etapas de pago de medicamentos* para su cobertura de medicamentos recetados de Mutual of Omaha Rx. El monto que paga por un medicamento depende de la etapa en la que se encuentre al momento de surtir o resurtir una receta. Tenga en cuenta que usted siempre es responsable de la prima mensual del plan, independientemente de la etapa de pago de medicamentos.

Capítulo 4. Lo que usted paga por los medicamentos recetados de la Parte D**Plan Plus**

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>Usted comienza en esta etapa de pago cuando surte medicamentos recetados por primera vez en el año.</p> <p>Durante esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos.</p> <p>Permanece en esta etapa hasta que usted haya pagado \$480 por sus medicamentos (\$480 es el monto de su deducible).</p> <p>(Encontrará más información en la Sección 4 de este capítulo).</p>	<p>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 el costo total de los medicamentos del año hasta la fecha (sus pagos más los pagos de cualquier plan de la Parte D) alcancen los \$4,430.</p> <p>(Encontrará más información en la Sección 5 de este capítulo).</p>	<p>Durante esta etapa, usted paga el 25 % del precio de los medicamentos de marca (más una parte de la tarifa de dispensación) y el 25 % del precio de los medicamentos genéricos.</p> <p>Permanece en esta etapa hasta que los costos directos de su bolsillo (sus pagos) del año hasta la fecha alcancen los \$7,050. Medicare ha establecido este monto y las reglas para contar los costos hasta alcanzarlo.</p> <p>(Encontrará más información en la Sección 6 de este capítulo).</p>	<p>Durante esta etapa, el plan pagará la mayor parte del costo de sus medicamentos por el resto del año calendario (hasta el 31 de diciembre de 2022).</p> <p>(Encontrará más información en la Sección 7 de este capítulo).</p>

Capítulo 4. Lo que usted paga por los medicamentos recetados de la Parte D**Plan Premier**

Etapa 1 <i>Etapa del 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>Durante esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos de los Niveles 3 (sin incluir Insulinas Selectas si no recibe <i>Ayuda Extra</i>), 4 y 5.</p> <p>Permanece en esta etapa hasta que pague \$480 por sus medicamentos de los Niveles 3 (sin incluir Insulinas Selectas si no recibe <i>Ayuda Extra</i>), 4 y 5 (\$480 es el monto de su deducible de los Niveles 3, 4 y 5). Durante esta etapa, los costos directos de su bolsillo para Insulinas Selectas serán de \$25 u \$35 por un suministro de 1 mes.</p> <p>(Encontrará más información en la Sección 4 de este capítulo).</p>	<p>Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos de los Niveles 1 y 2 y, si no recibe <i>Ayuda Extra</i>, de las Insulinas Selectas del Nivel 3, y usted paga su parte del costo.</p> <p>Después de que usted (u otros en su nombre) hayan alcanzado su deducible de Nivel 3 (excepto las Insulinas Selectas, si no recibe <i>Ayuda Extra</i>), 4 y 5, el plan paga la parte que le corresponde de los costos de sus medicamentos de Nivel 3 (excepto las Insulinas Selectas, si usted no recibe <i>Ayuda Extra</i>), 4 y 5 y usted paga la suya.</p> <p>Durante esta etapa, los costos directos de su bolsillo para Insulinas Selectas serán de \$25 u \$35 por un suministro de 1 mes.</p>	<p>Durante esta etapa, usted paga el 25 % del precio de los medicamentos de marca (más una parte de la tarifa de dispensación) y el 25 % del precio de los medicamentos genéricos.</p> <p>Durante esta etapa, los costos directos de su bolsillo para Insulinas Selectas serán de \$25 u \$35 por un suministro de 1 mes.</p> <p>Permanece en esta etapa hasta que los costos directos de su bolsillo (sus pagos) del año hasta la fecha alcancen los \$7,050. Medicare ha establecido este monto y las reglas para contar los costos hasta alcanzarlo.</p> <p>(Encontrará más información en la Sección 6 de este capítulo).</p>	<p>Durante esta etapa, el plan pagará la mayor parte del costo de sus medicamentos por el resto del año calendario (hasta el 31 de diciembre de 2022).</p> <p>(Encontrará más información en la Sección 7 de este capítulo).</p>

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

Etapa 1 <i>Etapa del 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>Permanece en esta etapa hasta que el costo total de los medicamentos del año hasta la fecha (sus pagos más los pagos de cualquier plan de la Parte D) alcancen los \$4,430.</p> <p>(Encontrará más información en la Sección 5 de este capítulo).</p>		

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

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

Nuestro plan lleva un registro de los costos de sus medicamentos recetados y de los pagos que ha realizado al surtir o resurtir sus recetas en la farmacia. De esta manera, podemos decirle cuando ha pasado de una etapa de pago de medicamentos a la siguiente. En particular, hacemos seguimientos de dos tipos de costos:

- Hacemos un seguimiento de cuánto ha pagado. Esto se denomina **costo directo de su bolsillo**.
- Hacemos un seguimiento de sus **costos totales de medicamentos**. Este es el monto que usted paga de su bolsillo o que otros pagan en su nombre más el monto que paga el plan.

Nuestro plan preparará un resumen escrito llamado *Explicación de Beneficios de la Parte D* (a veces se llama *EOB*) cuando usted haya surtido una o más recetas a través del plan durante el mes anterior. En la *EOB de la Parte D* se proporciona más información sobre los medicamentos que toma, como los aumentos de precio y otros medicamentos con costo compartido más bajo que puedan estar disponibles. Debe consultar con su médico prescriptor acerca de estas opciones de menor costo. La *EOB de la Parte D* incluye:

- **Información para ese mes.** Este informe proporciona los detalles de pago de las recetas que ha surtido durante el mes anterior. Muestra los costos totales de los medicamentos, lo que el plan pagó y lo que usted y otras personas pagaron en su nombre.

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

- **Totales del año desde el 1 de enero.** Esto se denomina información *del año hasta la fecha*. Muestra los costos totales de los medicamentos y los pagos totales de sus medicamentos desde que comenzó el año.
- **Información sobre el precio de los medicamentos.** Esta información mostrará el precio total del medicamento y cualquier cambio porcentual desde el primer suministro para cada reclamación de receta de la misma cantidad.
- **Recetas alternativas de menor costo disponibles.** Esto incluirá información sobre otros medicamentos con costo compartido más bajo para cada reclamación de recetas que pueda estar disponible.

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

Para llevar un registro de los costos de los medicamentos y los pagos que usted hace por ellos, utilizamos los registros que obtenemos de las farmacias. A continuación, le indicamos cómo puede ayudarnos a mantener su información correcta y actualizada:

- **Muestre su tarjeta de miembro cuando le surtan una receta.** Para asegurarse de que sepamos sobre las recetas que surte y lo que paga, muestre su tarjeta de miembro del plan cada vez que surta una receta.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** En algunas ocasiones, es posible que usted pague medicamentos recetados y que nosotros no obtengamos de forma automática la información que necesitamos para hacer un seguimiento de los costos directos de su bolsillo. Para ayudarnos a hacer un seguimiento de los costos directos de su bolsillo, puede darnos copias de los recibos de los medicamentos que ha comprado. (Si se le factura un medicamento cubierto, puede solicitar que nuestro plan pague la parte que nos corresponde del costo. Para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo, consulte la **Sección 2 del Capítulo 5** de esta guía).

A continuación, se detallan algunos tipos de situaciones en las que tenga que darnos copias de sus recibos de medicamentos para asegurarse de que tengamos un registro completo de lo que ha gastado en sus medicamentos:

- Cuando compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o utilizando una tarjeta de descuento que no forma parte del beneficio de nuestro plan.
 - Si hizo un copago por medicamentos que se proporcionan en virtud de un programa de asistencia al paciente del fabricante del medicamento.
 - Cada vez que haya comprado medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red o cada vez que haya pagado el precio total de un medicamento cubierto en circunstancias especiales.
- **Envíenos información sobre los pagos que otros han hecho en su nombre.** Los pagos realizados por otras personas y organizaciones determinadas también cuentan para los costos directos de su bolsillo y ayuda que califique para la Cobertura Catastrófica. Por ejemplo, los pagos realizados por un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica, un Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP), el Servicio de Salud Indígena y la mayoría de las organizaciones benéficas cuentan para los costos directos de su bolsillo. Debería llevar un registro de estos pagos y enviárnoslo para que podamos hacer un seguimiento de sus costos.

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

- **Revise el informe escrito que le enviamos.** Cuando recibe la *Explicación de Beneficios de la Parte D* (una EOB) en el correo, revísela para asegurarse de que la información está completa y es correcta. Si cree que falta algo en el informe o tiene alguna pregunta, llámenos a Servicio al Cliente (los números de teléfono figuran en la contraportada de esta guía). Además, puede acceder a una copia en nuestro sitio web, **MutualofOmahaRx.com**. Si lo prefiere, puede optar por dejar de recibir los resúmenes por correo e **inscribirse para recibir un aviso por correo electrónico cuando su resumen esté disponible en línea**. Puede volver a optar por recibirlos en papel en cualquier momento. Para obtener más información, puede llamar a Servicio al Cliente o visitar nuestro sitio web. Asegúrese de conservar estos informes. Son un registro importante de sus gastos de medicamentos.

SECCIÓN 4 Durante la Etapa del Deducible, usted paga:

- **Plan Plus:** el costo total de sus medicamentos
- **Plan Premier:** el costo total de sus medicamentos de los Niveles 3 (sin incluir Insulinas Selectas si no recibe *Ayuda Extra*), 4 y 5.

<p>Sección 4.1</p>	<p>Permanecerá en la Etapa del Deducible hasta que haya pagado:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Plan Plus: \$480 por sus medicamentos • Plan Premier: \$480 por sus medicamentos de los Niveles 3 (sin incluir Insulinas Selectas si no recibe <i>Ayuda Extra</i>), 4 y 5
---------------------------	---

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

En el caso del **plan Plus**, esta etapa comienza cuando usted surte su primera receta en el año. Cuando se encuentra en esta etapa de pago, **debe pagar el costo total de sus medicamentos** hasta alcanzar el monto deducible del plan, que es de \$480 para el año 2022.

Para el **plan Premier**, pagará un deducible anual de \$480 para los medicamentos de los Niveles 3 (sin incluir Insulinas Selectas si no recibe *Ayuda Extra*), 4 y 5. No hay deducible para el Plan Premier de Mutual of Omaha Rx para Insulinas Selectas. Durante la Etapa del Deducible, el costo directo de su bolsillo para estas Insulinas Selectas será de \$25 para un suministro de 1 mes en una farmacia de la red preferida o de \$35 para un suministro de 1 mes en una farmacia de la red estándar. Para conocer qué medicamentos son Insulinas Selectas, revise la Lista de Medicamentos actualizada que le enviamos en formato electrónico. Puede identificar las Insulinas Selectas con la abreviatura “SI” en la Lista de Medicamentos. Si tiene preguntas sobre la Lista de Medicamentos, también puede llamar a Servicio al Cliente (los números de teléfono del Servicio al Cliente figuran en la contraportada de esta guía). **Debe pagar el costo total de sus medicamentos de los Niveles 3 (sin incluir Insulinas Selectas si no recibe *Ayuda Extra*), 4 y 5**, hasta que alcance el monto deducible del plan. Para todos los demás medicamentos, no tendrá que pagar ningún deducible y comenzará a recibir cobertura de inmediato.

- Su **costo total** suele ser más bajo que el precio total normal del medicamento, ya que nuestro plan ha negociado costos más bajos para la mayoría de los medicamentos.
- El **deducible** es el monto que debe pagar por sus medicamentos recetados de la Parte D antes de que el plan comience a pagar su parte.

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

En el caso del **plan Plus**, una vez que haya pagado \$480 por sus medicamentos, deja la Etapa del Deducible y pasa a la siguiente etapa de pago de medicamentos, que es la Etapa de Cobertura Inicial.

Para el **plan Premier**, una vez que haya pagado \$480 para los medicamentos de los Niveles 3 (sin incluir Insulinas Selectas si no recibe *Ayuda Extra*), 4 y 5, deja la Etapa del Deducible y pasa a la siguiente etapa de pago de medicamentos, que es la Etapa de Cobertura Inicial.

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

Sección 5.1 Lo que usted paga por un medicamento depende del medicamento y de dónde surte su receta

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

El plan tiene cinco niveles de costo compartido

Cada medicamento de la Lista de Medicamentos del plan se encuentra en uno de los cinco niveles de costo compartido. Por lo general, mientras más alto sea el nivel de costo compartido, más costoso será el medicamento.

Nivel	Descripción
Nivel 1: Medicamentos Genéricos Preferidos	Este nivel incluye los medicamentos genéricos que se recetan más habitualmente. Use los medicamentos del Nivel 1 para obtener los copagos más bajos.
Nivel 2: Medicamentos Genéricos	Este nivel incluye medicamentos genéricos. Use los medicamentos del Nivel 2 para mantener bajos sus copagos.
Nivel 3: Medicamentos de Marca Preferidos	Este nivel incluye la mayoría de las insulinas cubiertas por el plan, los medicamentos de marca preferidos y los medicamentos genéricos. Los medicamentos de 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 disponibles para usted. Pregúntele a su médico si sería adecuado para usted tomar un medicamento genérico de menor costo o de marca preferido. 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.

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

Nivel	Descripción
Nivel 5: Medicamentos Especializados	Este nivel incluye medicamentos genéricos y de marca de costo muy alto. Para obtener más información sobre los medicamentos incluidos en este nivel, puede comunicarse con un farmacéutico llamando a los números que se encuentran en la portada y la 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 costo compartido se encuentra su medicamento, búsquelo en la Lista de Medicamentos del plan.

Sus opciones de farmacia

El monto que paga por un medicamento depende de si lo obtiene de alguno de los siguientes:

- Una farmacia minorista de la red que ofrece un costo compartido estándar
- Una farmacia minorista de la red que ofrece un costo compartido preferido
- Una farmacia fuera de la red del plan
- La farmacia de pedidos por correo del plan

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

Por lo general, cubriremos sus recetas *solo* si se surten en una de las farmacias de nuestra red. Algunas de nuestras farmacias de la red también ofrecen un costo compartido preferido. Puede ir a cualquiera de las farmacias de la red que ofrecen el costo compartido preferido o a otras farmacias de la red que ofrecen el costo compartido estándar para recibir sus medicamentos recetados cubiertos. Sus costos pueden ser menores en las farmacias que ofrecen costos compartidos preferidos.

Sección 5.2	Tabla que muestra su costo para un suministro de un 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 usted paga un monto fijo cada vez que surte una receta.
- **Coseguro** significa que usted paga un porcentaje del costo total del medicamento cada vez que surte una receta.

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

- Si su medicamento cubierto cuesta menos que el monto de copago que figura en la tabla, usted pagará ese precio más bajo por el medicamento. Usted paga el *precio* completo del medicamento o el monto de copago, *lo que sea menor*.
- Solo cubrimos las recetas surtidas en las farmacias fuera de la red en situaciones limitadas. Consulte la **Sección 2.5 del Capítulo 3** para obtener información sobre cuándo cubriremos una receta surtida en una farmacia fuera de la red.

Capítulo 4. Lo que usted paga por los medicamentos recetados de la Parte D**Plan Plus**

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

Nivel	Costo Compartido en una Farmacia Minorista Estándar (en la Red) (suministro de hasta 30 días)	Costo Compartido en una Farmacia Minorista Preferida (en la Red) (suministro de hasta 30 días)	Costo Compartido en una Farmacia de Pedidos por Correo (suministro de hasta 30 días)	Costo Compartido en un Centro de Cuidado a Largo Plazo (LTC) (suministro de hasta 31 días)	Costo Compartido en una Farmacia Fuera de la Red (La cobertura se limita a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 3 para obtener más información) (suministro de hasta 30 días)
Nivel de Costo Compartido 1 (Medicamentos Genéricos Preferidos)	copago de \$8	copago de \$1	El servicio de pedidos por correo no está disponible para los medicamentos del Nivel 1	copago de \$8	copago de \$8
Nivel de Costo Compartido 2 (Medicamentos Genéricos)	copago de \$10	copago de \$3	El servicio de pedidos por correo no está disponible para los medicamentos del Nivel 2	copago de \$10	copago de \$10
Nivel de Costo Compartido 3 (Medicamentos de Marca Preferidos)	coseguro de entre el 18 % y el 22 %	coseguro de entre el 16 % y el 20 %	El servicio de pedidos por correo no está disponible para los medicamentos del Nivel 3	coseguro de entre el 18 % y el 22 %	coseguro de entre el 18 % y el 22 %

Algunos montos del costo compartido varían según el estado. Consulte la **Tabla A** en las páginas 76 y 77 para conocer el coseguro en su estado.

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

Nivel	Costo Compartido en una Farmacia Minorista Estándar (en la Red) (suministro de hasta 30 días)	Costo Compartido en una Farmacia Minorista Preferida (en la Red) (suministro de hasta 30 días)	Costo Compartido en una Farmacia de Pedidos por Correo (suministro de hasta 30 días)	Costo Compartido en un Centro de Cuidado a Largo Plazo (LTC) (suministro de hasta 31 días)	Costo Compartido en una Farmacia Fuera de la Red (La cobertura se limita a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 3 para obtener más información) (suministro de hasta 30 días)
Nivel de Costo Compartido 4 (Medicamentos No Preferidos)	coseguro de entre el 42 % y el 49 %	coseguro de entre el 40 % y el 47 %	coseguro de entre el 40 % y el 47 %	coseguro de entre el 42 % y el 49 %	coseguro de entre el 42 % y el 49 %
Algunos montos del costo compartido varían según el estado. Consulte la Tabla A en las páginas 76 y 77 para conocer el coseguro en su estado.					
Nivel de Costo Compartido 5 (Medicamentos Especializados)	coseguro del 25 %	coseguro del 25 %	coseguro del 25 %	coseguro del 25 %	coseguro del 25 %

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

Tabla A: Plan Plus
Costo compartido para un suministro de 1 mes
de medicamentos cubiertos de los Niveles 3 y 4 según el estado

La siguiente tabla muestra su parte del costo cuando obtiene un suministro de *un 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 de *un mes* por correo.

Estado	Montos del Costo Compartido para: - Farmacias Minoristas Estándar (en la Red) - Centros de Cuidado a Largo Plazo (LTC) - Farmacias Fuera de la Red		Montos del Costo Compartido para: Farmacias Minoristas Preferidas (en la Red)		Montos del Costo Compartido para: Pedido Por Correo
	Nivel 3	Nivel 4	Nivel 3	Nivel 4	Nivel 4
Alabama	21 %	46 %	19 %	44 %	44 %
Alaska	18 %	42 %	16 %	40 %	40 %
Arizona	21 %	44 %	19 %	42 %	42 %
Arkansas	21 %	45 %	19 %	43 %	43 %
California	19 %	44 %	17 %	42 %	42 %
Colorado	19 %	43 %	17 %	41 %	41 %
Connecticut	21 %	45 %	19 %	43 %	43 %
Delaware	20 %	47 %	18 %	45 %	45 %
Dist. of Columbia	20 %	47 %	18 %	45 %	45 %
Florida	20 %	43 %	18 %	41 %	41 %
Georgia	20 %	45 %	18 %	43 %	43 %
Hawaii	20 %	46 %	18 %	44 %	44 %
Idaho	21 %	44 %	19 %	42 %	42 %
Illinois	21 %	43 %	19 %	41 %	41 %
Indiana	20 %	49 %	18 %	47 %	47 %
Iowa	19 %	47 %	17 %	45 %	45 %
Kansas	19 %	48 %	17 %	46 %	46 %
Kentucky	20 %	49 %	18 %	47 %	47 %
Louisiana	20 %	43 %	18 %	41 %	41 %
Maine	21 %	44 %	19 %	42 %	42 %
Maryland	20 %	47 %	18 %	45 %	45 %
Massachusetts	21 %	45 %	19 %	43 %	43 %
Michigan	22 %	43 %	20 %	41 %	41 %
Minnesota	19 %	47 %	17 %	45 %	45 %
Mississippi	20 %	48 %	18 %	46 %	46 %
Missouri	20 %	46 %	18 %	44 %	44 %

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

Tabla A: Plan Plus, continuación
Costo compartido para un suministro de 1 mes
de medicamentos cubiertos de los Niveles 3 y 4 según el estado

La siguiente tabla muestra su parte del costo cuando obtiene un suministro de *un 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 de *un mes* por correo.

Estado	Montos del Costo Compartido para: - Farmacias Minoristas Estándar (en la Red) - Centros de Cuidado a Largo Plazo (LTC) - Farmacias Fuera de la Red		Montos del Costo Compartido para: Farmacias Minoristas Preferidas (En la Red)		Montos del Costo Compartido para: Pedido Por Correo
	Nivel 3	Nivel 4	Nivel 3	Nivel 4	Nivel 4
Montana	19 %	47 %	17 %	45 %	45 %
Nebraska	19 %	47 %	17 %	45 %	45 %
Nevada	22 %	43 %	20 %	41 %	41 %
New Hampshire	21 %	44 %	19 %	42 %	42 %
New Jersey	20 %	44 %	18 %	42 %	42 %
New Mexico	19 %	45 %	17 %	43 %	43 %
North Carolina	21 %	48 %	19 %	46 %	46 %
North Dakota	19 %	47 %	17 %	45 %	45 %
Ohio	21 %	44 %	19 %	42 %	42 %
Oklahoma	19 %	43 %	17 %	41 %	41 %
Oregon	18 %	43 %	16 %	41 %	41 %
Pennsylvania	20 %	49 %	18 %	47 %	47 %
Rhode Island	21 %	45 %	19 %	43 %	43 %
South Carolina	22 %	46 %	20 %	44 %	44 %
South Dakota	19 %	47 %	17 %	45 %	45 %
Tennessee	21 %	46 %	19 %	44 %	44 %
Texas	20 %	48 %	18 %	46 %	46 %
Utah	21 %	44 %	19 %	42 %	42 %
Vermont	21 %	45 %	19 %	43 %	43 %
Virginia	21 %	43 %	19 %	41 %	41 %
Washington	18 %	43 %	16 %	41 %	41 %
West Virginia	20 %	49 %	18 %	47 %	47 %
Wisconsin	19 %	46 %	17 %	44 %	44 %
Wyoming	19 %	47 %	17 %	45 %	45 %

Capítulo 4. Lo que usted paga por los medicamentos recetados de la Parte D**Plan Premier**

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

Nivel	Costo Compartido en una Farmacia Minorista Estándar (en la Red) (suministro de hasta 30 días)	Costo Compartido en una Farmacia Minorista Preferida (en la Red) (suministro de hasta 30 días)	Costo Compartido en una Farmacia de Pedidos por Correo (en la Red) (suministro de hasta 30 días)	Costo Compartido en un Centro de Cuidado a Largo Plazo (LTC) (suministro de hasta 31 días)	Costo Compartido en una Farmacia Fuera de la Red (La cobertura se limita a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 3 para obtener más información) (suministro de hasta 30 días)
Nivel de Costo Compartido 1 (Medicamentos Genéricos Preferidos)	copago de \$7	copago de \$0	El servicio de pedidos por correo no está disponible para los medicamentos del Nivel 1	copago de \$7	copago de \$7
Nivel de Costo Compartido 2 (Medicamentos Genéricos)	copago de \$20	copago de \$13	El servicio de pedidos por correo no está disponible para los medicamentos del Nivel 2	copago de \$20	copago de \$20
Nivel de Costo Compartido 3 (Medicamentos de Marca Preferidos)	coseguro del 25 %	coseguro del 23 %	El servicio de pedidos por correo no está disponible para los medicamentos del Nivel 3	coseguro del 25 %	coseguro del 25 %

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

Nivel	Costo Compartido en una Farmacia Minorista Estándar (en la Red) (suministro de hasta 30 días)	Costo Compartido en una Farmacia Minorista Preferida (en la Red) (suministro de hasta 30 días)	Costo Compartido en una Farmacia de Pedidos por Correo (en la Red) (suministro de hasta 30 días)	Costo Compartido en un Centro de Cuidado a Largo Plazo (LTC) (suministro de hasta 31 días)	Costo Compartido en una Farmacia Fuera de la Red (La cobertura se limita a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 3 para obtener más información) (suministro de hasta 30 días)
Insulinas Selectas* del Nivel de Costo Compartido 3 (Medicamentos De Marca Preferidos)	copago de \$35	copago de \$25	El servicio de pedidos por correo no está disponible para los medicamentos del Nivel 3	copago de \$35	copago de \$35
Nivel de Costo Compartido 4 (Medicamentos No Preferidos)	coseguro de entre el 43 % y el 50 %	coseguro de entre el 41 % y el 48 %	coseguro de entre el 41 % y el 48 %	coseguro de entre el 43 % y el 50 %	coseguro de entre el 43 % y el 50 %
Algunos montos del costo compartido varían según el estado. Consulte la Tabla B en la página 80 para conocer el coseguro en su estado.					
Nivel de Costo Compartido 5 (Medicamentos Especializados)	coseguro del 25 %	coseguro del 25 %	coseguro del 25 %	coseguro del 25 %	coseguro del 25 %

*Si recibe *Ayuda Extra* esta información no se aplica a usted.

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

Tabla B: Plan Premier
Costo compartido para un suministro de 1 mes
de medicamentos cubiertos del Nivel 4 según el estado

La siguiente tabla muestra su parte del costo cuando obtiene un suministro de *un mes* de medicamentos recetados cubiertos de la Parte D del Nivel 4 (medicamentos no preferidos).

Montos del Costo Compartido para: - Farmacias Minoristas Estándar (en la Red) - Centros de Cuidado a Largo Plazo (LTC) - Farmacias Fuera de la Red				Montos del Costo Compartido para: - Farmacias Minoristas Preferidas (En la Red) - Farmacias de Pedidos por Correo			
Estado	Nivel 4	Estado:	Nivel 4	Estado:	Nivel 4	Estado:	Nivel 4
Alabama	50 %	Missouri	45 %	Alabama	48 %	Missouri	43 %
Alaska	46 %	Montana	46 %	Alaska	44 %	Montana	44 %
Arizona	46 %	Nebraska	46 %	Arizona	44 %	Nebraska	44 %
Arkansas	47 %	Nevada	47 %	Arkansas	45 %	Nevada	45 %
California	46 %	New Hampshire	46 %	California	44 %	New Hampshire	44 %
Colorado	46 %	New Jersey	46 %	Colorado	44 %	New Jersey	44 %
Connecticut	47 %	New Mexico	48 %	Connecticut	45 %	New Mexico	46 %
Delaware	44 %	North Carolina	45 %	Delaware	42 %	North Carolina	43 %
Dist. of Columbia	44 %	North Dakota	46 %	Dist. of Columbia	42 %	North Dakota	44 %
Florida	46 %	Ohio	46 %	Florida	44 %	Ohio	44 %
Georgia	47 %	Oklahoma	48 %	Georgia	45 %	Oklahoma	46 %
Hawaii	43 %	Oregon	48 %	Hawaii	41 %	Oregon	46 %
Idaho	45 %	Pennsylvania	44 %	Idaho	43 %	Pennsylvania	42 %
Illinois	46 %	Rhode Island	47 %	Illinois	44 %	Rhode Island	45 %
Indiana	47 %	South Carolina	48 %	Indiana	45 %	South Carolina	46 %
Iowa	46 %	South Dakota	46 %	Iowa	44 %	South Dakota	44 %
Kansas	47 %	Tennessee	50 %	Kansas	45 %	Tennessee	48 %
Kentucky	47 %	Texas	46 %	Kentucky	45 %	Texas	44 %
Louisiana	47 %	Utah	45 %	Louisiana	45 %	Utah	43 %
Maine	46 %	Vermont	47 %	Maine	44 %	Vermont	45 %
Maryland	44 %	Virginia	46 %	Maryland	42 %	Virginia	44 %
Massachusetts	47 %	Washington	48 %	Massachusetts	45 %	Washington	46 %
Michigan	45 %	West Virginia	44 %	Michigan	43 %	West Virginia	42 %
Minnesota	46 %	Wisconsin	46 %	Minnesota	44 %	Wisconsin	44 %
Mississippi	46 %	Wyoming	46 %	Mississippi	44 %	Wyoming	44 %

Capítulo 4. Lo que usted paga por los medicamentos recetados de la Parte D**Sección 5.3 Si su médico le receta un suministro de menos de un mes, es posible que no tenga que pagar el costo del suministro de todo el mes**

Por lo general, el monto que usted paga por un medicamento recetado cubre el suministro de un mes completo de un medicamento cubierto. Sin embargo, su médico puede recetarle un suministro de medicamentos de menos de un mes. Puede haber ocasiones en las que necesite pedirle al médico que le recete un suministro de un medicamento de menos de un mes (por ejemplo, si prueba un medicamento por primera vez que se conoce que tiene efectos secundarios graves). Si su médico le receta un suministro de menos de un mes, no tendrá que pagar por el suministro de un mes completo de ciertos medicamentos.

El monto que paga cuando recibe un suministro de menos de un mes dependerá de si tiene que pagar un coseguro (un porcentaje del costo total) o un copago (un monto fijo en dólares).

- Si usted tiene que pagar el coseguro, paga un *porcentaje* del costo total del medicamento. Paga el mismo porcentaje independientemente de si la receta es para un suministro de un mes completo o para menos días. Sin embargo, ya que el costo total del medicamento será menor si obtiene menos de un suministro de un mes completo, el *monto* que paga será menor.
- Si usted tiene que pagar un copago para el medicamento, su copago se basará en el monto de días del medicamento que recibe. Calcularemos el monto que paga por día por su medicamento (la taza diaria del costo compartido) y lo multiplicaremos por la cantidad de días del medicamento que recibe.
 - Por ejemplo: supongamos que el copago de su medicamento para un suministro de un mes entero (un suministro de 30 días) es de \$30. Esto significa que el monto que usted paga por día por su medicamento es de \$1. Si recibe un suministro de 7 días del medicamento, su pago será de \$1 por día multiplicado por 7 días, es decir, un pago total de \$7.

El costo compartido diario le permite asegurarse de que un medicamento le funcione antes de que tenga que pagar el suministro de un mes entero. Puede pedirle a su médico que le recete y a su farmacéutico que le surta un suministro de algunos medicamentos para menos de un mes completo, si esto lo ayudará a planificar mejor las fechas de reposición de diferentes recetas y hacer menos visitas a la farmacia. El monto que pagará depende de la cantidad de días que reciba el suministro.

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

Para algunos medicamentos, puede obtener un suministro a largo plazo (también llamado *suministro extendido*) cuando surta su receta. Un suministro a largo plazo es un suministro de hasta 90 días. (Para obtener información sobre dónde y cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento, consulte la **Sección 2.4 del Capítulo 3**).

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

- **Tenga en cuenta lo siguiente:** si su medicamento cubierto cuesta menos que el monto de copago que figura en la tabla, usted pagará ese precio más bajo por el medicamento. Usted paga el *precio* completo del medicamento o el monto de copago, *lo que sea menor*.

Capítulo 4. Lo que usted paga por los medicamentos recetados de la Parte D**Plan Plus**

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

Nivel	Costo Compartido en una Farmacia Minorista Estándar (en la Red) (suministro de hasta 90 días)	Costo Compartido en una Farmacia Minorista Preferida (en la Red) (suministro de hasta 90 días)	Costo compartido en una Farmacia de Pedidos por Correo (suministro de hasta 90 días)
Nivel de Costo Compartido 1 (Medicamentos Genéricos Preferidos)	copago de \$24	copago de \$3	copago de \$3
Nivel de Costo Compartido 2 (Medicamentos Genéricos)	copago de \$30	copago de \$9	copago de \$9
Nivel de Costo Compartido 3 (Medicamentos de Marca Preferidos)	coseguro de entre el 18 % y el 22 %	coseguro de entre el 16 % y el 20 %	coseguro de entre el 16 % y el 20 %
Algunos montos de costo compartido varían según el estado. Consulte la Tabla C en las páginas 83 y 84 para conocer el coseguro en su estado.			
Nivel de Costo Compartido 4 (Medicamentos No Preferidos)	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos del Nivel 4.		
Nivel de Costo Compartido 5 (Medicamentos Especializados)	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos del Nivel 5.		

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

Tabla C: Plan Plus
Costo compartido para un suministro de 3 meses
de medicamentos cubiertos del Nivel 3 según el estado

La siguiente tabla muestra su parte del costo cuando obtiene un suministro de *tres meses* de medicamentos recetados cubiertos de la Parte D del Nivel 3 (Medicamentos de Marca Preferidos).

Estado	Montos del Costo Compartido para: - Farmacias Minoristas Estándar (en la Red) - Centros de Cuidado a Largo Plazo (LTC) - Farmacias Fuera de la Red	Montos del Costo Compartido para: - Farmacias Minoristas Preferidas (En la Red) - Farmacias de Pedidos por Correo
	Nivel 3	Nivel 3
Alabama	21 %	19 %
Alaska	18 %	16 %
Arizona	21 %	19 %
Arkansas	21 %	19 %
California	19 %	17 %
Colorado	19 %	17 %
Connecticut	21 %	19 %
Delaware	20 %	18 %
Dist. of Columbia	20 %	18 %
Florida	20 %	18 %
Georgia	20 %	18 %
Hawaii	20 %	18 %
Idaho	21 %	19 %
Illinois	21 %	19 %
Indiana	20 %	18 %
Iowa	19 %	17 %
Kansas	19 %	17 %
Kentucky	20 %	18 %
Louisiana	20 %	18 %
Maine	21 %	19 %
Maryland	20 %	18 %
Massachusetts	21 %	19 %
Michigan	22 %	20 %
Minnesota	19 %	17 %
Mississippi	20 %	18 %
Missouri	20 %	18 %

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

Tabla C: Plan Plus, continuación
Costo compartido para un suministro de 3 meses
de medicamentos cubiertos del Nivel 3 según el estado

La siguiente tabla muestra su parte del costo cuando obtiene un suministro de *tres meses* de medicamentos recetados cubiertos de la Parte D del Nivel 3 (Medicamentos de Marca Preferidos).

Estado	Montos del Costo Compartido para: - Farmacias Minoristas Estándar (en la Red) - Centros de Cuidado a Largo Plazo (LTC) - Farmacias Fuera de la Red	Montos del Costo Compartido para: - Farmacias Minoristas Preferidas (En la Red) - Farmacias de Pedidos por Correo
	Nivel 3	Nivel 3
Montana	19 %	17 %
Nebraska	19 %	17 %
Nevada	22 %	20 %
New Hampshire	21 %	19 %
New Jersey	20 %	18 %
New Mexico	19 %	17 %
North Carolina	21 %	19 %
North Dakota	19 %	17 %
Ohio	21 %	19 %
Oklahoma	19 %	17 %
Oregon	18 %	16 %
Pennsylvania	20 %	18 %
Rhode Island	21 %	19 %
South Carolina	22 %	20 %
South Dakota	19 %	17 %
Tennessee	21 %	19 %
Texas	20 %	18 %
Utah	21 %	19 %
Vermont	21 %	19 %
Virginia	21 %	19 %
Washington	18 %	16 %
West Virginia	20 %	18 %
Wisconsin	19 %	17 %
Wyoming	19 %	17 %

Capítulo 4. Lo que usted paga por los medicamentos recetados de la Parte D**Plan Premier**

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

Nivel	Costo Compartido en una Farmacia Minorista Estándar (en la Red) (suministro de hasta 90 días)	Costo Compartido en una Farmacia Minorista Preferida (en la Red) (suministro de hasta 90 días)	Costo Compartido en una Farmacia de Pedidos por Correo (suministro de hasta 90 días)
Nivel de Costo Compartido 1 (Medicamentos Genéricos Preferidos)	copago de \$21	copago de \$0	copago de \$0
Nivel de Costo Compartido 2 (Medicamentos Genéricos)	copago de \$60	copago de \$39	copago de \$39
Nivel de Costo Compartido 3 (Medicamentos de Marca Preferidos)	coseguro del 25 %	coseguro del 23 %	coseguro del 23 %
Insulinas Selectas* del Nivel de Costo Compartido 3 (Medicamentos De Marca Preferidos)	copago de \$105	copago de \$75	copago de \$75
Nivel de Costo Compartido 4 (Medicamentos No Preferidos)	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos del Nivel 4.		
Nivel de Costo Compartido 5 (Medicamentos Especializados)	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos del Nivel 5.		

*Si recibe *Ayuda Extra* esta información no se aplica a usted.

Capítulo 4. Lo que usted paga por los medicamentos recetados de la Parte D**Sección 5.5 Permanecerá en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que sus costos totales de los medicamentos para el año alcancen los \$4,430**

Permanecerá en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que el monto total de los medicamentos recetados que haya surtido y resurtido alcance el límite de **\$4,430 para la etapa de Cobertura Inicial**.

El costo total de los medicamentos se basa en la suma de lo que ha pagado usted y lo que ha pagado cualquier plan de la Parte D:

- **Lo que usted ha pagado** por todos los medicamentos cubiertos que obtuvo desde que comenzó con su primera compra de medicamentos del año. (Consulte la **Sección 6.2** para obtener más información sobre cómo calcula Medicare los costos directos de su bolsillo). Esto incluye:
 - **Plan Plus:** Los \$480 que pagó cuando estaba en la Etapa del Deducible.
 - **Plan Premier:** Los \$480 que pagó cuando estaba en la Etapa del Deducible por los medicamentos de los Niveles 3 (sin incluir Insulinas Selectas si no recibe *Ayuda Extra*), 4 y 5.
 - El total que pagó como su parte del costo de sus medicamentos durante la Etapa de Cobertura Inicial.
- **Lo que el plan ha pagado** como su parte del costo de sus medicamentos durante la Etapa de Cobertura Inicial. (Si usted estuvo inscrito en un plan de la Parte D diferente en cualquier momento durante el 2022, el monto que ese plan pagó durante la Etapa de Cobertura Inicial también cuenta como parte del costo total de los medicamentos).

La *Explicación de Beneficios* (EOB) que le enviamos le ayudará a llevar un registro de cuánto han gastado usted y el plan, así como cualquier tercero, en su nombre durante el año. Muchas personas no alcanzan el límite de \$4,430 en un año.

Le informaremos si alcanza los \$4,430. Si alcanza este monto, dejará la Etapa de Cobertura Inicial y pasará a la Etapa de Falta de Cobertura.

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

SECCIÓN 6 Durante la Etapa de Falta de Cobertura:

- ***Plan Plus:*** usted recibe un descuento en los medicamentos de marca y no paga más del 25 % de los costos de los medicamentos genéricos
- ***Plan Premier:*** el plan proporciona algo de cobertura para los medicamentos

Sección 6.1	Permanecerá en la etapa de Falta de Cobertura hasta que los costos directos de su bolsillo alcancen los \$7,050
--------------------	--

Cuando se encuentra en la Etapa de Falta de Cobertura, el Programa de Descuento para la Etapa de Falta de Cobertura de Medicare ofrece descuentos del fabricante en medicamentos de marca. Usted paga el 25 % del precio negociado y una parte de la tarifa de dispensación de los medicamentos de marca. Tanto el monto que usted paga como el monto con descuento del fabricante cuentan para los costos directos de su bolsillo como si los hubiera pagado y le permiten salir de la Etapa de Falta de Cobertura.

Plan Plus:

Usted también recibe algo de cobertura para medicamentos genéricos. No pagará más del 25 % del costo de los medicamentos genéricos, y el plan pagará el resto. Para los medicamentos genéricos, el monto que paga el plan (75 %) no cuenta para los costos directos de su bolsillo. Solo cuenta el monto que usted paga, y le permite salir de la Etapa de Falta de Cobertura.

Usted seguirá pagando el precio con descuento para los medicamentos de marca y no más del 25 % de los costos de los medicamentos genéricos hasta que los pagos directos de su bolsillo anuales alcancen el monto máximo que Medicare ha establecido. En 2022, ese monto es de \$7,050.

Plan Premier:

Usted también recibe algo de cobertura para medicamentos genéricos. No pagará más del 25 % del costo de los medicamentos genéricos, y el plan pagará el resto. Para los medicamentos genéricos, el monto que paga el plan (75 %) no cuenta para los costos directos de su bolsillo. Solo cuenta el monto que usted paga y le permite salir de la etapa de Falta de Cobertura.

El plan Premier de Mutual of Omaha Rx ofrece una cobertura adicional para la Etapa de Falta de Cobertura para Insulinas Selectas. Durante la Etapa de Falta de Cobertura, el costo directo de su bolsillo para las Insulinas Selectas será de \$25 para un suministro de 1 mes en una farmacia de la red preferida o de \$35 para un suministro de 1 mes en una farmacia de la red estándar. Para conocer qué medicamentos son Insulinas Selectas, revise la Lista de Medicamentos actualizada que le enviamos en formato electrónico. Puede identificar las Insulinas Selectas con la abreviatura “SI” en la Lista de Medicamentos. Si tiene preguntas sobre la Lista de Medicamentos, también puede llamar a Servicio al Cliente (los números de teléfono del Servicio al Cliente figuran en la contraportada de esta guía).

Usted seguirá pagando el precio con descuento para los medicamentos de marca y no más del monto indicado anteriormente para los medicamentos genéricos hasta que los pagos directos de su bolsillo anuales alcancen el monto máximo que Medicare ha establecido. En 2022, ese monto es de \$7,050.

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

Medicare tiene reglas sobre lo que cuenta y lo que *no* cuenta como costos directos de su bolsillo. Cuando alcanza un límite directo de su bolsillo de \$7,050, deja la Etapa de Falta de Cobertura y pasa a la Etapa de Cobertura Catastrófica.

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

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

Estos pagos están incluidos en los costos directos de su bolsillo

Cuando suma los costos directos de su bolsillo, **puede incluir** los pagos que se enumeran a continuación (siempre y cuando sean para medicamentos cubiertos por la Parte D y haya seguido las reglas de cobertura de medicamentos que se explican en el **Capítulo 3** de esta guía):

- El monto que paga por los medicamentos cuando se encuentra en cualquiera de las siguientes etapas de pago de medicamentos:
 - Etapa del Deducible
 - Etapa De Cobertura Inicial
 - Etapa de Falta de Cobertura
- Cualquier pago que haya hecho durante este año calendario como miembro de un plan de medicamentos recetados de Medicare diferente antes de unirse a nuestro plan.

Importa quién paga:

- Si hace estos pagos **usted mismo**, se incluyen en los costos directos de su bolsillo.
- Estos pagos *también se incluyen* si **otras personas o ciertas organizaciones los hacen en su nombre**. Esto incluye pagos para sus medicamentos que haya realizado un amigo o familiar, la mayoría de las organizaciones benéficas, los programas de asistencia para medicamentos contra el SIDA, un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica que sea calificado por Medicare o el Servicio de Salud Indígena. También se incluyen los pagos realizados por el Programa de *Ayuda Extra* de Medicare.
- Se incluyen algunos de los pagos realizados por el Programa de Descuento de la Etapa de Falta de Cobertura de Medicare. Se incluye el monto que el fabricante paga por sus medicamentos de marca. Pero el monto que el plan paga por sus medicamentos genéricos no está incluido.

Pasar a la Etapa de Cobertura Catastrófica:

Cuando usted (o quienes paguen en su nombre) haya gastado un total de \$7,050 en costos directos de su bolsillo dentro del año calendario, pasará de la Etapa de Falta de Cobertura a la Etapa de Cobertura Catastrófica.

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

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

Cuando suma los costos directos de su bolsillo, **no puede incluir** ninguno de estos tipos de pagos de medicamentos recetados:

- El monto que paga por su prima mensual.
- Medicamentos que compra fuera de Estados Unidos y de sus territorios.
- Medicamentos que no están cubiertos por nuestro plan.
- Medicamentos que obtiene en una farmacia fuera de la red que no cumplen los requisitos del plan para la cobertura fuera de la red.
- Medicamentos que no pertenecen a la Parte D, incluidos 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 por sus medicamentos genéricos o de marca mientras se encuentra en la Etapa de Falta de Cobertura.
- Pagos de medicamentos realizados por planes de salud grupales, que incluyen planes de salud de empleadores.
- Pagos de 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 medicamentos realizados por un tercero que tiene la obligación legal de pagar los costos de las recetas (por ejemplo, una indemnización por accidente de trabajo).

Recordatorio: Si alguna otra organización, como las mencionadas anteriormente, paga parte o la totalidad de los costos directos de su bolsillo por medicamentos, está obligado a informárselo a nuestro plan. Llame a Servicio al Cliente para informarnos (los números de teléfonos figuran en la contraportada de esta guía).

¿Cómo puede llevar un registro del total de los costos directos de su bolsillo?

- **Nosotros le ayudaremos.** *El resumen 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 (**la Sección 3** de este capítulo habla de este informe). Cuando alcance un total de \$7,050 en costos directos de su bolsillo para el año, este informe le indicará que ha salido de la Etapa de Falta de Cobertura y ha pasado a la Etapa de Cobertura Catastrófica.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** La **Sección 3.2** le informa lo que puede hacer para asegurarse de que nuestros registros de sus gastos estén completos y actualizados.

Capítulo 4. Lo que usted paga por los medicamentos recetados de la Parte D**SECCIÓN 7 Durante la Etapa de Cobertura Catastrófica, el plan paga la mayor parte del costo de sus medicamentos****Sección 7.1 Una vez que esté en la Etapa de Cobertura Catastrófica, permanecerá en esta etapa por el resto del año**

Usted califica para la Etapa de Cobertura Catastrófica cuando los costos directos de su bolsillo alcancen el límite de \$7,050 para el año calendario. Una vez que esté en 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, lo que sea *mayor*:
 - *Un* coseguro del 5 % del costo del medicamento
 - *O bien*, \$3.95 por un medicamento genérico o un medicamento tratado como genérico, y \$9.85 por todos los demás medicamentos.
- **Nuestro plan paga el resto** del costo.

SECCIÓN 8 Lo que usted paga por vacunas cubiertas por la Parte D depende de cómo y dónde las obtiene**Sección 8.1 Nuestro plan puede tener una cobertura separada para la vacuna de la Parte D y para el costo de poner la vacuna**

Nuestro plan proporciona cobertura para varias vacunas de la Parte D. Nuestra cobertura de vacunas tiene dos partes:

- La primera parte de la cobertura es el costo de la **vacuna**. La vacuna es un medicamento con receta.
- La segunda parte de la cobertura es el costo de **poner la vacuna**. (Esto a veces se llama la *administración* de la vacuna).

¿Cuánto paga por las vacunas de la Parte D?

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

1. **El tipo de vacuna** (contra qué se está vacunando).
 - Algunas vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas enumeradas en la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)*.
 - Otras vacunas se consideran beneficios médicos. Estas están cubiertas por Original Medicare.
2. **Dónde obtiene la vacuna.**
3. **Quién le administra la vacuna.**

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

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

- A veces, cuando reciba la vacuna, tendrá que pagar el costo total de la vacuna y de la administración. Puede pedirle a nuestro plan que le pague nuestra parte del costo.
- Otras veces, cuando reciba el medicamento o la vacuna, solo pagará su parte del costo.

Para mostrarle cómo funciona, estas son tres formas habituales en que puede recibir una vacuna de la Parte D. Recuerde que usted es responsable de todos los costos asociados con las vacunas (incluida su administración) durante las Etapas de Deducible y de la 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. (Tendrá esta opción según el lugar donde vive. Algunos estados no permiten que las farmacias administren una vacuna).

- Tendrá que pagar a la farmacia el monto de su coseguro o copago por la vacuna y el costo de la administración de la vacuna.
- 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 total de la vacuna y la administración.
- Después puede solicitarle a nuestro plan que pague nuestra parte del costo mediante los procedimientos que se describen en el **Capítulo 5** de esta guía (*Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de los costos de los medicamentos cubiertos*).
- Recibirá un reintegro por el monto que pagó menos su coseguro o copago normal por la vacuna (incluida la administración).

Situación 3: Compra la vacuna de la Parte D en su farmacia y la lleva al consultorio de su médico para que se la administre.

- Tendrá que pagar a la farmacia el monto del coseguro o del copago por la vacuna.
- Cuando su médico le administre la vacuna, usted pagará el costo total de este servicio. Después puede solicitarle a nuestro plan que pague nuestra parte del costo mediante los procedimientos que se describen en el **Capítulo 5** de esta guía.
- Se le reembolsará el monto que haya cobrado el médico por la administración de la vacuna.

Sección 8.2	Puede llamarnos a Servicio al Cliente antes de vacunarse
--------------------	---

Las reglas para la cobertura de las vacunas son complicadas. Estamos aquí para ayudar. Le recomendamos que primero llame a Servicio al Cliente cuando planea vacunarse. (Los números de teléfono de Servicio al Cliente figuran en la contraportada de esta guía).

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

- Podemos informarle sobre la forma en que nuestro plan cubre la vacunación y explicarle cuál es su parte del costo.
- Podemos informarle cómo mantener sus costos bajos a través de proveedores y farmacias de nuestra red.
- Si no puede usar un proveedor y una farmacia de la red, podemos indicarle lo que debe hacer para que le paguemos nuestra parte del costo.

CAPÍTULO 5

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

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

**Capítulo 5. Cómo solicitarnos 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.....	95
Sección 1.1	Si paga la parte que le corresponde a nuestro plan del costo de sus medicamentos cubiertos, puede solicitarnos el reembolso del pago	95
SECCIÓN 2	Cómo solicitar que le devolvamos el dinero.....	97
Sección 2.1	Cómo y a dónde enviarnos su solicitud de pago.....	97
SECCIÓN 3	Consideraremos su solicitud de pago y le informaremos sobre nuestra decisión.....	98
Sección 3.1	Verificaremos si debemos cubrir el medicamento y cuánto le debemos.....	98
Sección 3.2	Si le informamos que no pagaremos todo o parte del medicamento, puede presentar una apelación.....	98
SECCIÓN 4	Otras situaciones en las que debe guardar sus recibos y enviarnos las copias.....	98
Sección 4.1	En algunos casos, debe enviarnos copias de sus recibos para ayudarnos a hacer un seguimiento de los costos directos de su bolsillo de los medicamentos.....	98

Capítulo 5. Cómo solicitarnos 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****Sección 1.1 Si paga la parte que le corresponde a nuestro plan del costo de sus medicamentos cubiertos, puede solicitarnos el reembolso del pago**

A veces, cuando obtiene un medicamento con receta, es posible que tenga que pagar el costo total de inmediato. En otras ocasiones, es posible que pague más de lo que esperaba según las reglas de cobertura del plan. En cualquier caso, puede pedirle a nuestro plan que le devuelva el dinero (devolver el dinero a menudo se denomina *reembolso*).

Estos son algunos ejemplos de situaciones en las que puede necesitar solicitarle a nuestro plan que le devuelva el dinero. Todos estos ejemplos son tipos de decisiones de cobertura (para obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte el **Capítulo 7** de esta guía).

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

Si va a una farmacia fuera de la red e intenta utilizar su tarjeta de miembro para surtir una receta, es posible que la farmacia no pueda presentarnos la queja directamente. Cuando eso suceda, tendrá que pagar el costo total de su receta. (Solo cubrimos las recetas surtidas en las farmacias fuera de la red en algunas situaciones especiales. Consulte la **Sección 2.5 del Capítulo 3** para obtener más información).

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

2. Cuando pague el costo total de una receta porque no lleva consigo su tarjeta de miembro del plan

Si no lleva consigo su tarjeta de miembro del plan, puede pedirle 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 usted tenga que pagar el costo total de la receta.

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

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

Es posible que pague el costo total de la receta porque descubre que, por alguna razón, el medicamento no está cubierto.

- Por ejemplo, es posible que el medicamento no esté en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan o podría tener un requisito o restricción que usted no conocía o no cree que deba aplicarse a usted. Si decide obtener el medicamento de inmediato, es posible que deba pagar el costo total.
- Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos solicite que le devolvamos el dinero. En algunas situaciones, es posible que necesitemos obtener más información de su médico para poder devolverle nuestra parte del costo.

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

4. Si está inscrito en nuestro plan de forma retroactiva

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

Si se inscribió en nuestro plan de forma retroactiva y pagó de su bolsillo por cualquiera de sus medicamentos después de la fecha de inscripción, puede solicitarnos que le devolvamos el dinero por nuestra parte de los costos. Tendrá que presentar la documentación para que nosotros nos encarguemos del reembolso.

Llame a Servicio al Cliente para obtener más información sobre cómo solicitar el reembolso y los plazos para realizar su solicitud. (Los números de teléfono de Servicio al Cliente figuran en la contraportada de esta guía).

5. En una emergencia médica

Cubriremos las recetas que se surtan en una farmacia fuera de la red si las recetas están relacionadas con la atención de una emergencia médica o con la atención de una necesidad urgente. Guarde el recibo de la farmacia y envíenos una copia cuando nos solicite que le devolvamos el dinero.

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

Si toma un medicamento recetado con regularidad y se va de viaje, asegúrese de revisar el suministro del medicamento antes de salir. Cuando sea posible, lleve consigo todos los medicamentos que vaya a necesitar. Es posible que pueda pedir sus medicamentos recetados con anticipación a través de nuestro servicio de farmacia de pedidos por correo. Si viaja dentro de Estados Unidos y necesita surtir una receta porque se enferma o porque pierde o se le acaban los medicamentos cubiertos, 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 a Servicio al Cliente a los números que figuran en la contraportada de esta guía para averiguar si hay una farmacia de la red en el área a la que viaja. Si no hay farmacias de la red en esa área, Servicio al Cliente puede hacer los arreglos necesarios para que usted obtenga sus recetas en una farmacia fuera de la red. No podemos pagar ninguna receta que se surta fuera de Estados Unidos, ni siquiera para 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 ofrezca servicio las 24 horas, cubriremos su receta en una farmacia fuera de la red. Guarde el recibo de la farmacia y envíenos una copia cuando nos solicite que le devolvamos el dinero.

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

Es posible que no haya existencias de algunos medicamentos recetados cubiertos (incluidos los medicamentos huérfanos u otros productos farmacéuticos especializados) en una farmacia minorista de la red accesible o a través de nuestro servicio de farmacia de pedidos por correo. En estas circunstancias, cubriremos las recetas en una farmacia fuera de la red. Guarde el recibo de la farmacia y envíenos una copia cuando nos solicite que le devolvamos el dinero.

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

9. Si obtiene una vacuna cubierta de un médico

Si obtiene la vacuna de su médico, la reclamación se tratará como una transacción fuera de la red. Consulte la **Sección 8 del Capítulo 4** para obtener más información sobre las vacunas.

Todos los ejemplos anteriores son tipos de decisiones de cobertura. Esto significa que si denegamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión. En el **Capítulo 7** de esta guía (*Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones, apelaciones o quejas relativas a la cobertura]*) encontrará información sobre cómo realizar una apelación.

SECCIÓN 2 Cómo solicitar que le devolvamos el dinero

Sección 2.1 Cómo y a dónde enviarnos su solicitud de pago

Envíenos su solicitud de pago junto con un recibo que documente el pago que ha hecho. Es una buena idea hacer copias de los recibos para conservarlas en un registro.

Para asegurarse de que nos está dando toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede completar nuestro formulario de quejas para hacer su solicitud de pago.

- No es necesario que utilice el formulario, pero nos ayudará a procesar la información más rápido.
- Puede descargar una copia del formulario de nuestro sitio web (**MutualofOmahaRx.com**) o llamar a Servicio al Cliente y pedir el formulario. (Los números de teléfono de Servicio al Cliente figuran en la contraportada de esta guía).

Envíenos por correo su solicitud de pago, junto con las facturas o los recibos pagados, a esta dirección:

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

Debe presentarnos su queja en un plazo de 36 meses a partir de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.

Si tiene alguna pregunta, póngase en contacto con Servicio al Cliente (los números de teléfono figuran en la contraportada de esta guía). Si no sabe lo que debería haber pagado, podemos ayudarle. También puede llamar si desea darnos más información sobre una solicitud de pago que ya nos haya enviado.

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

SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y le informaremos sobre nuestra decisión

Sección 3.1 Verificaremos si debemos cubrir el medicamento y cuánto le debemos

Cuando recibamos su solicitud de pago, le informaremos si necesitamos que nos dé más información. De lo contrario, consideraremos su solicitud y tomaremos una decisión de cobertura.

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

Sección 3.2 Si le informamos que no pagaremos todo o parte del medicamento, puede presentar una apelación

Si cree que cometimos un error al rechazar su solicitud de pago o no está de acuerdo con el monto que estamos pagando, puede apelar. Si apela, nos pide que modifiquemos la decisión que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Para obtener información sobre cómo realizar una apelación, consulte el **Capítulo 7** de esta guía (*Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones, apelaciones o quejas relativas a la cobertura]*). El proceso de apelación es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Si nunca hizo una apelación, en la **Sección 4 del Capítulo 7 encontrará información útil para empezar**. **La Sección 4** es una sección introductoria que explica el proceso de decisiones de cobertura y de apelaciones, y ofrece definiciones de términos como *apelación*. Después de leer la **Sección 4**, puede consultar la **Sección 5.5 del Capítulo 7** para obtener una explicación paso a paso de cómo presentar una apelación.

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

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

En algunas situaciones, debe informarnos sobre los pagos que ha hecho por sus medicamentos. En estos casos, no nos está pidiendo un pago. En cambio, nos está informando sobre sus pagos para que podamos calcular correctamente los costos directos de su bolsillo. Esto puede ayudarlo a calificar para la Etapa de Cobertura Catastrófica más rápido.

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

A continuación se presentan dos situaciones en las que debe enviarnos copias de los recibos para informarnos sobre los pagos que ha realizado por sus medicamentos:

1. Cuando compra el medicamento a un precio más bajo que el nuestro

A veces, cuando se encuentra en la Etapa del Deducible y la Etapa de Falta de Cobertura, puede comprar su medicamento **en una farmacia de la red** a un precio más bajo que el nuestro.

- Por ejemplo, una farmacia puede ofrecer un precio especial por el medicamento. O puede tener una tarjeta de descuento además de nuestro beneficio que ofrece un precio más bajo.
- A menos que se apliquen condiciones especiales, debe usar una farmacia de la red en estas situaciones y su medicamento debe estar en nuestra Lista de Medicamentos.
- Guarde su recibo y envíenos una copia para que sus gastos directos de bolsillo cuenten para calificarlo para la Etapa de Cobertura Catastrófica.
- **Tenga en cuenta lo siguiente:** Si se encuentra en la Etapa del Deducible y en la Etapa de Falta de Cobertura, es posible que no paguemos ningún costo compartido de estos medicamentos. Pero recibir una copia del recibo nos permite calcular correctamente los costos directos de su bolsillo y puede ayudarlo a calificar para la Etapa de Cobertura Catastrófica más rápido.

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

Algunos miembros están inscritos en un programa de asistencia al paciente ofrecido por un fabricante de medicamentos que está fuera de los beneficios del plan. Si usted obtiene algún medicamento a través de un programa ofrecido por un fabricante de medicamentos, puede pagar un copago al programa de asistencia al paciente.

- Guarde su recibo y envíenos una copia para que sus gastos directos de bolsillo cuenten para calificarlo para la Etapa de Cobertura Catastrófica.
- **Tenga en cuenta lo siguiente:** Ya que está obteniendo su medicamento a través del programa de asistencia al paciente y no a través de los beneficios del plan, no pagaremos ninguna parte de los costos de estos medicamentos. Pero recibir una copia del recibo nos permite calcular correctamente los costos directos de su bolsillo y puede ayudarlo a calificar para la Etapa de Cobertura Catastrófica más rápido.

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

CAPÍTULO 6

Sus derechos y responsabilidades

Capítulo 6. Sus derechos y responsabilidades**Capítulo 6. Sus derechos y responsabilidades**

SECCIÓN 1	Nuestro plan debe respetar sus derechos como miembro del plan.....	102
Section 1.1	We must provide information in a way that works for you (in languages other than English, in braille, in large print or other alternate formats, etc.)	102
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	102
Sección 1.2	Debemos asegurarnos de que usted reciba sus medicamentos cubiertos de manera oportuna	103
Sección 1.3	Debemos proteger la privacidad de su información personal de salud	103
Sección 1.4	Debemos proporcionarle información sobre el plan, la red de farmacias y sus medicamentos cubiertos	104
Sección 1.5	Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su atención	105
Sección 1.6	Tiene derecho a presentar quejas y a pedirnos que reconsideremos las decisiones que tomamos	106
Sección 1.7	¿Qué puede hacer si cree que está recibiendo un trato injusto o que no se respetan sus derechos?	106
Sección 1.8	Cómo obtener más información sobre sus derechos.....	107
SECCIÓN 2	Tiene algunas responsabilidades como miembro del plan	107
Sección 2.1	¿Cuáles son sus responsabilidades?.....	107

Capítulo 6. Sus derechos y responsabilidades**SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos como miembro del plan****Section 1.1 We must provide information in a way that works for you (in languages other than English, in braille, in large print or other alternate formats, etc.)**

To get information from us in a way that works for you, please call Customer Service (phone numbers are printed on the back cover of this booklet).

Our plan has people and free interpreter services available to answer questions from disabled and non-English-speaking members. We also offer plan materials in Spanish. We can also give you information in braille, in large print, or other alternate formats at no cost if you need it. We are required to give you information about the plan's benefits in a format that is accessible and appropriate for you. To get information from us in a way that works for you, please call Customer Service (phone numbers are printed on the back cover of this booklet).

If you have any trouble getting information from our plan in a format that is accessible and appropriate for you, please call to file a grievance with our plan (see **Chapter 2, Section 1** for contact information). You may also file a complaint with Medicare by calling 1.800.MEDICARE (1.800.633.4227) or directly with the Office for Civil Rights. Contact information is included in this *Evidence of Coverage* or with this mailing, or you may contact Customer Service for additional information.

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 a Servicio al cliente (los números de teléfono figuran en la contraportada de esta guía).

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 a Servicio al cliente (los números de teléfono figuran en la contraportada de esta guía).

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.

Capítulo 6. Sus derechos y responsabilidades**Sección 1.2 Debemos asegurarnos de que usted reciba sus medicamentos cubiertos de manera oportuna**

Como miembro de nuestro plan, tiene derecho a que le surtan o resurtan sus recetas en cualquiera de las farmacias de nuestra red sin retrasos. Si cree que no está recibiendo los medicamentos de la Parte D en un plazo razonable, en la **Sección 7 del Capítulo 7** de esta guía se indica lo que puede hacer. (Si le denegamos la cobertura de sus medicamentos recetados y usted no está de acuerdo con nuestra decisión, en la **Sección 4 del Capítulo 7** se le indica lo que puede hacer).

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

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de su historia clínica y de su información personal de salud. Nosotros protegemos su información personal de salud como lo exigen estas leyes.

- Su *información personal de salud* incluye la información personal que nos dio cuando se inscribió en este plan, así como su historia clínica y otra información médica y de salud.
- Las leyes que protegen su privacidad le brindan derechos relacionados a obtener información y controlar cómo se utiliza su información de salud. Le brindamos un aviso por escrito llamado *Aviso sobre Prácticas de Privacidad* que habla sobre estos derechos y 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 o modifiquen sus registros.
- En la mayoría de los casos, si le proporcionamos su información de salud a alguien que no le está brindando atención médica *o que no paga por ella*, primero debemos obtener un *permiso por escrito de usted*. El permiso por escrito puede estar proporcionado por usted o por alguien a quien usted le haya dado la facultad legal para tomar decisiones en su nombre.
- Hay ciertas excepciones que no requieren que obtengamos su permiso por escrito primero. Estas excepciones están permitidas o exigidas por la ley.
 - Por ejemplo, se nos exige que proporcionemos información de salud a las agencias gubernamentales que controlan la calidad de la atención.
 - Como usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, estamos obligados a proporcionar su información de salud a Medicare, incluida la información sobre sus medicamentos recetados de la Parte D. Si Medicare divulga su información para fines de investigación u otros usos, esto se realizará de conformidad con los estatutos y regulaciones federales.

Puede ver la información en sus registros y saber cómo se compartió con otros

Tiene derecho a ver su historia clínica en el plan y a obtener una copia. Podemos cobrarle una tarifa por las copias. También tiene derecho a pedirnos que agreguemos o modifiquemos la información de su historia clínica. Si nos solicita que lo hagamos, trabajaremos con su proveedor de atención médica para decidir si se deben hacer los cambios.

Tiene derecho a saber cómo se compartió su información de salud con otros para cualquier propósito que no sea de rutina.

Capítulo 6. Sus derechos y responsabilidades

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su información personal de salud, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono figuran en la contraportada de esta guía).

Sección 1.4 Debemos proporcionarle información sobre el plan, la red de farmacias y sus medicamentos cubiertos

Como miembro de Mutual of Omaha Rx, tiene derecho a que le proporcionemos varios tipos de información. (Como se explicó anteriormente en la **Sección 1.1**, usted tiene derecho a que le proporcionemos información de una manera que funcione para usted. Esto incluye obtener la información en otros idiomas que no sean el inglés y en letra grande u otros formatos alternativos).

Si desea recibir cualquiera de los siguientes tipos de información, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono figuran en la contraportada de esta guía):

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la condición económica del plan. También incluye información sobre la cantidad de apelaciones que realizaron los miembros y las calificaciones por estrellas del plan, incluido cómo ha sido calificado por los miembros del plan y cómo se compara con otros planes de medicamentos recetados de Medicare.
- **Información sobre las farmacias de nuestra red.**
 - Por ejemplo, tiene derecho a que le proporcionemos información sobre las farmacias de nuestra red.
 - Para obtener una lista de las farmacias de la red del plan, consulte el *Directorio de Farmacias*.
 - Para obtener información más detallada sobre nuestras farmacias, puede llamar a Servicio al Cliente (los números de teléfono figuran en la contraportada de esta guía) o visitar nuestro sitio web en **MutualofOmahaRx.com**.
- **Información sobre su cobertura y las reglas que debe seguir cuando use su cobertura.**
 - Para obtener información sobre su cobertura de medicamentos recetados de la Parte D, consulte los **Capítulos 3 y 4** de esta guía, además de la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario) del plan*. Estos capítulos, junto con la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)*, le informan qué medicamentos están cubiertos y explican las reglas que debe seguir y las restricciones de su cobertura para ciertos medicamentos.
 - Si tiene preguntas sobre las reglas o restricciones, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono figuran en la contraportada de esta guía).
- **Información sobre el motivo por el cual algo no está cubierto y qué puede hacer al respecto.**
 - Si un medicamento de la Parte D no está cubierto para usted, o si su cobertura está restringida de alguna manera, puede pedirnos una explicación por escrito. Tiene derecho a recibir esta explicación aunque haya recibido el medicamento en una farmacia que no pertenezca a la red.
 - Si no está satisfecho o si no está de acuerdo con una decisión que tomemos sobre qué medicamento de la Parte D está cubierto para usted, tiene derecho a pedirnos que modifiquemos la decisión. Puede apelar para pedirnos que modifiquemos la decisión.

Capítulo 6. Sus derechos y responsabilidades

Para obtener más información sobre qué hacer si algo no está cubierto para usted de la forma en que usted cree que debería estarlo, consulte el **Capítulo 7** de esta guía. Allí encontrará los detalles sobre cómo realizar una apelación si desea que modifiquemos nuestra decisión. (En el **Capítulo 7**, también se explica cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera y otras inquietudes).

- Si desea solicitarle a nuestro plan que pague nuestra parte del costo de un medicamento recetado de la Parte D, consulte el **Capítulo 5** de esta guía.

Sección 1.5 Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su atención

Tiene derecho a dar instrucciones sobre lo que se debe hacer si no puede tomar decisiones médicas por usted mismo.

A veces las personas se vuelven incapaces de tomar decisiones de atención médica por sí mismas debido a accidentes o enfermedades graves. Tiene el derecho de decir lo que 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 proporcionarle a **alguien la facultad legal para tomar decisiones médicas en su nombre** si alguna vez queda incapacitado para tomar decisiones por usted mismo.
- **Brindarles a sus médicos instrucciones escritas** sobre cómo quiere que se encarguen de su atención médica si usted queda incapacitado para tomar decisiones por usted mismo.

Los documentos legales que puede usar para proporcionar sus instrucciones por adelantado en estas situaciones se denominan **instrucciones anticipadas**. Existen diferentes tipos de instrucciones anticipadas y diferentes nombres para ellas. Los documentos llamados **testamento en vida y poder notarial para la atención médica** son ejemplos de instrucciones anticipadas.

Si desea usar una *instrucción anticipada* para dar sus instrucciones, esto es lo que debe hacer:

- **Obtenga el formulario.** Si desea tener una instrucción anticipada, puede obtener un formulario de su abogado, de un trabajador social o de algunas tiendas de artículos de oficina. A veces, puede obtener formularios de instrucciones anticipadas de organizaciones que brindan información sobre Medicare.
- **Complételo y firmelo.** Independientemente de dónde obtenga este formulario, tenga en cuenta que es un documento legal. Debe considerar la posibilidad de que un abogado le ayude a completarlo.
- **Proporcione copias a las personas adecuadas.** Debe proporcionarles una copia del formulario a su médico y a la persona que designe en el formulario para tomar decisiones en su nombre en caso de que usted no pueda hacerlo. También puede proporcionarles copias a amigos cercanos o a familiares. Asegúrese de guardar una copia en casa.

Si sabe de antemano que va a ser hospitalizado y ha firmado una instrucción anticipada, **lleve una copia consigo al hospital.**

- Si se lo ingresa en un hospital, le preguntarán si ha firmado un formulario de instrucción anticipada y si lo lleva consigo.

Capítulo 6. Sus derechos y responsabilidades

- Si no ha firmado un formulario de instrucción anticipada, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntarán si quiere firmar uno.

Recuerde que usted es quien decide si desea completar una instrucción anticipada (incluso si desea firmarla cuando está en el hospital). De acuerdo con la ley, nadie puede negarle atención o discriminarlo por haber firmado o no una instrucción anticipada.

¿Qué sucede si no se siguen sus instrucciones?

Si firmó una instrucción anticipada y cree que un médico u hospital no la siguió, puede presentar una queja ante la Organización de Mejora de la Calidad (QIO) de su estado. Consulte el listado de la QIO, que se encuentra en el **Apéndice** de esta guía, para obtener información de contacto de la organización en su estado.

Sección 1.6 Tiene derecho a presentar quejas y a pedirnos que reconsideremos las decisiones que tomamos

Si tiene algún problema o inquietud acerca de los servicios o de la atención cubiertos, el **Capítulo 7** de esta guía le indica lo que puede hacer. Allí encontrará información sobre cómo tratar todo tipo de problemas y quejas. Lo que debe hacer para hacer un seguimiento de un problema o preocupación depende de la situación. Es posible que tenga que pedirle a nuestro plan que tome una decisión de cobertura por usted, que nos presente una para modificar una decisión de cobertura o que presente una queja. Independientemente de lo que haga (pedir una decisión de cobertura, presentar una apelación o presentar una queja) **estamos obligados a tratarlo de manera justa.**

Tiene derecho a obtener un resumen de la información sobre las apelaciones y las quejas que otros miembros han presentado contra nuestro plan en el pasado. Para obtener esta información, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono figuran en la contraportada de esta guía).

Sección 1.7 ¿Qué puede hacer si cree que está recibiendo un trato injusto o que no se respetan sus derechos?

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

Si cree que recibió un trato injusto o que sus derechos no se respetaron por motivos de raza, de discapacidad, de religión, de sexo, de salud, de etnia, de credo (creencias), de edad o de nacionalidad, debe llamar a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1.800.368.1019 o TTY 1.800.537.7697, o llamar a su Oficina de Derechos Civiles local.

¿Se trata de otra cosa?

Si cree que recibió un trato injusto o que sus derechos no se respetaron, y *no* se trata de un caso de discriminación, puede obtener ayuda para tratar el problema que tiene de las siguientes formas:

- Puede **llamar a Servicio al Cliente** (los números de teléfono figuran en la contraportada de esta guía).
- Puede **llamar al Programa Estatal de Asistencia de Seguros de Salud**. Para obtener información sobre esta organización y cómo ponerse en contacto con ella, consulte la **Sección 3 del Capítulo 2**.

Capítulo 6. Sus derechos y responsabilidades

- O bien, **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

Hay varios lugares donde puede obtener más información sobre sus derechos:

- Puede **llamar a Servicio al Cliente** (los números de teléfono figuran en la contraportada de esta guía).
- Puede **llamar al Programa Estatal de Asistencia de Seguros de Salud**. Para obtener información sobre esta organización y cómo ponerse en contacto con ella, consulte la **Sección 3 del Capítulo 2**.
- Puede comunicarse con **Medicare**.
 - Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación *Derechos y Protecciones de Medicare*. Esta publicación está disponible en inglés en: www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf.
 - O bien, 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 Tiene algunas responsabilidades como miembro del plan

Sección 2.1 ¿Cuáles son sus responsabilidades?

A continuación, se enumera lo que debe hacer como miembro del plan. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono figuran en la contraportada de esta guía). Estamos disponibles para ayudar.

- **Conozca sus medicamentos cubiertos y las reglas que debe seguir para obtenerlos.** Use esta guía de *Evidencia de Cobertura* para conocer lo que está cubierto para usted y las reglas que debe seguir para obtener sus medicamentos cubiertos.
 - **En los capítulos 3 y 4** se brinda información sobre su cobertura para los medicamentos recetados de la Parte D.
- **Si tiene otra cobertura de medicamentos recetados además de nuestro plan, debe informarnoslo.** Llame a Servicio al Cliente para informarnos (los números de teléfonos figuran en la contraportada de esta guía).
 - Debemos seguir las reglas de Medicare para asegurarnos de que esté usando todas sus coberturas juntas cuando obtenga sus medicamentos cubiertos de nuestro plan. Esto se denomina **coordinación de beneficios** porque se trata de coordinar los beneficios de medicamentos que obtiene de nuestro plan con otros beneficios de medicamentos que tenga disponibles. Le ayudaremos a coordinar sus beneficios. (Para obtener más información sobre la coordinación de beneficios, consulte la **Sección 10 del Capítulo 1**).
- **Dígale a su médico y a su farmacéutico que está inscrito en nuestro plan.** Muestre su tarjeta de miembro del plan cuando obtenga sus medicamentos recetados de la Parte D.

Capítulo 6. Sus derechos y responsabilidades

- **Ayude a sus médicos y a otros proveedores a ayudarle brindándoles información, haciendo preguntas y supervisando su atención.**
 - Para lograr que sus médicos y otros proveedores de salud le brinden la mejor atención, infórmese todo lo que pueda sobre sus problemas de salud y bríndeles la información que necesiten sobre usted y su salud. Siga los planes de tratamiento y las instrucciones que usted y sus médicos hayan acordado.
 - Asegúrese de que sus médicos sepan todos los medicamentos que está tomando, incluidos los medicamentos, vitaminas y suplementos de venta libre.
 - Si tiene dudas, pregunte. Sus médicos y otros proveedores de atención médica deben explicarle las cosas de una manera que usted pueda entender. Si hace una pregunta y no entiende la respuesta que le dan, vuelva a preguntar.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:
 - Debe pagar las primas de su plan para seguir siendo miembro de nuestro plan.
 - Para la mayoría de los medicamentos cubiertos por el plan, debe pagar su parte del costo cuando obtenga el medicamento, que será un copago (un monto fijo) o un coseguro (un porcentaje del costo total). En el **Capítulo 4** se indica lo que debe pagar por sus medicamentos recetados de la Parte D.
 - Si obtiene medicamentos que no están cubiertos por nuestro plan ni por otro seguro que tenga, debe pagar el costo total.
 - Si no está de acuerdo con nuestra decisión de denegar la cobertura de un medicamento, puede presentar una apelación. Consulte el **Capítulo 7** de esta guía para obtener información sobre cómo presentar una apelación.
 - Si se requiere que pague una multa por inscripción tardía, debe pagar la multa para seguir siendo miembro del plan.
 - Si tiene que pagar el monto adicional de la Parte D debido a sus ingresos anuales, deberá pagar el monto adicional directamente al gobierno para continuar siendo miembro del plan.
- **Avísenos si se muda.** Si va a mudarse, es importante que nos avise de inmediato. Llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono figuran en la contraportada de esta guía).
 - **Si se muda fuera del área de servicio de nuestro plan, no puede seguir siendo miembro de nuestro plan.** (En el **Capítulo 1** se indica nuestra área de servicio). Podemos ayudarlo a determinar si se mudará fuera de nuestra área de servicio. Si se va de nuestra área de servicio, tendrá un Período Especial de Inscripción en el que podrá inscribirse en 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, también necesitamos saberlo** para que podamos mantener su registro de membresía actualizado y saber cómo contactarlo.
 - Si se muda, también es importante comunicárselo 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**.

Capítulo 6. Sus derechos y responsabilidades

- **Llame a Servicio al Cliente para obtener ayuda si tiene preguntas o inquietudes.** También agradecemos cualquier sugerencia que tenga para mejorar nuestro plan.
 - (Los números de teléfono y los horarios de atención de Servicio al Cliente figuran en la contraportada de esta guía).
 - Para obtener más información sobre cómo contactarnos, como nuestra dirección postal, consulte el **Capítulo 2**.

CAPÍTULO 7

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

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

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

SECCIÓN 1	Introducción	113
Sección 1.1	Qué hacer si tiene un problema o inquietud	113
Sección 1.2	¿Qué sucede con los términos legales?.....	113
SECCIÓN 2	Puede obtener ayuda de organizaciones gubernamentales que no estén relacionadas con nosotros	113
Sección 2.1	Dónde obtener más información y asistencia personalizada.....	113
SECCIÓN 3	Para solucionar su problema, ¿qué proceso debería seguir?	114
Sección 3.1.	¿Debería seguir el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O el proceso para presentar quejas?.....	114
DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES		115
SECCIÓN 4	Una guía de los fundamentos de las decisiones de cobertura y apelaciones.....	115
Sección 4.1	Solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: panorama general.....	115
Sección 4.2	Cómo obtener ayuda cuando solicita una decisión de cobertura o presenta una apelación	116
SECCIÓN 5	Sus medicamentos recetados de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación	116
Sección 5.1	En esta sección se indica qué hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si quiere que le reembolsemos por un medicamento de la Parte D	117
Sección 5.2	¿Qué es una excepción?.....	118
Sección 5.3	Información importante sobre la solicitud de excepciones.....	120
Sección 5.4	Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción	121
Sección 5.5	Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 (cómo solicitar que se revise una decisión de cobertura tomada por nuestro plan).....	124
Sección 5.6	Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2	126
SECCIÓN 6	Cómo elevar su apelación al Nivel 3 y a otros niveles.....	128
Sección 6.1	Apelaciones de los Niveles 3, 4 y 5 para las solicitudes de medicamentos de la Parte D.....	128

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

PRESENTACIÓN DE QUEJAS 130

**SECCIÓN 7 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los
tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes 130**

Sección 7.1 ¿Qué tipo de problemas tratan de resolverse mediante el proceso de quejas?130

Sección 7.2 La denominación oficial de *presentar una queja* es *interponer un reclamo*131

Sección 7.3 Paso a paso: Cómo presentar una queja.....131

Sección 7.4 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención a la
Organización de Mejora de la Calidad132

Sección 7.5 También puede informar a Medicare de su queja133

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

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Qué hacer si tiene un problema o inquietud

En este capítulo se explican los dos tipos de procesos para resolver problemas o inquietudes:

- Para algunos tipos de problemas, debe seguir el **proceso para decisiones de coberturas y apelaciones**.
- Para otros tipos de problemas, debe seguir el **proceso para presentar quejas**.

Medicare aprobó ambos procesos. Para garantizar la imparcialidad y la resolución rápida de sus problemas, cada proceso consta de un conjunto de reglas, procedimientos y plazos que nosotros y usted debemos seguir.

¿Cuál debe seguir usted? Depende del tipo de problema que tenga. La guía en la **Sección 3** le ayudará a identificar el proceso adecuado que debe utilizar.

Sección 1.2 ¿Qué sucede con los términos legales?

En este capítulo se explican los términos legales técnicos para algunas de las reglas, procedimientos y tipos de plazos. Muchos de estos términos son desconocidos para la mayoría de las personas y pueden ser difíciles de entender.

Para simplificar las cosas, en este capítulo se explican las reglas y los procedimientos legales con palabras más simples en lugar de determinados términos legales. Por ejemplo, este capítulo generalmente dice *presentar una queja* en lugar de *interponer un reclamo*, *decisión de cobertura* en lugar de *determinación de cobertura* o *determinación de riesgos* y *Organización de Revisión Independiente* en lugar de *Entidad de Revisión Independiente*. También se utilizan abreviaturas lo menos posible.

Sin embargo, puede ser útil, y a veces muy importante, que usted conozca los términos legales correctos para la situación en la que se encuentra. Conocer qué términos usar lo ayudará a comunicarse de forma más clara y precisa cuando esté tratando de resolver su problema y a obtener la ayuda o la información adecuada para su situación. Para ayudarlo a conocer qué términos usar, incluimos los términos legales cuando especificamos los detalles para resolver determinados tipos de situaciones.

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

Sección 2.1 Dónde obtener más información y asistencia personalizada

A veces puede ser confuso empezar o seguir el proceso para resolver un problema. Esto puede ser particularmente cierto si no se siente bien o tiene poca energía. En otras ocasiones, quizás no tenga los conocimientos que necesita para dar el siguiente paso.

Obtenga ayuda de una organización gubernamental independiente

Siempre estamos disponible para ayudarlo. Sin embargo, en algunas ocasiones, tal vez quiera obtener ayuda u orientación de alguien que no esté relacionado con nosotros. Siempre puede comunicarse con su

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

Programa Estatal de Asistencia de Seguros de Salud (SHIP). Este programa gubernamental capacitó a asesores en todos los estados. Este programa no está relacionado con nosotros ni con ninguna empresa de seguros o plan de salud. Los asesores del programa pueden ayudarlo a entender el proceso que debe seguir para solucionar el problema que tenga. También pueden responder sus preguntas, darle más información y ofrecerle orientación sobre qué hacer.

Los servicios de los asesores del SHIP son gratuitos. Puede encontrar los números de teléfono en el **Apéndice** de esta guía.

También puede obtener ayuda e información de Medicare

Para obtener más información y ayuda a fin de resolver un problema, también puede comunicarse con Medicare. Puede obtener información directamente de Medicare de estas dos formas:

- 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 (www.medicare.gov).

SECCIÓN 3 Para solucionar su problema, ¿qué proceso debería seguir?

Sección 3.1 ¿Debería seguir el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O el proceso para presentar quejas?

Si tiene un problema o una inquietud, solo necesita leer las partes de este capítulo que se aplican a su situación. La siguiente guía será de ayuda.

Para averiguar qué parte de este capítulo lo ayudará con su problema o inquietud específicos, **COMIENCE AQUÍ**

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

(Esto incluye los problemas relacionados con la cobertura de un servicio de atención médica o un medicamento en particular, la manera en la que están cubiertos y los problemas relacionados con el pago de la atención médica o los medicamentos recetados).

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

Consulte la siguiente sección de este capítulo, la **Sección 4: Una guía de los fundamentos de las decisiones de cobertura y apelaciones.**

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

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

**Capítulo 7. Qué hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones, apelaciones o quejas relativas a la cobertura)****DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES****SECCIÓN 4 Una guía de los fundamentos de las decisiones de
cobertura y apelaciones****Sección 4.1 Solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: panorama
general**

En el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones se abordan problemas relacionados con sus beneficios y cobertura para medicamentos recetados, entre ellos, problemas relacionados con el pago. Este es el proceso que debe seguir para cuestiones como saber si un medicamento está cubierto o no y la manera en que está cubierto el medicamento.

Solicitar decisiones de cobertura

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios o su cobertura o sobre el monto que pagaremos por sus medicamentos recetados.

Tomamos una decisión de cobertura para usted cuando decidimos qué está cubierto y cuánto pagamos. En algunos casos, quizás decidamos que un medicamento no está cubierto o tal vez ya no esté cubierto por Medicare. Si no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Presentar una apelación

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

El proceso de apelar una decisión por primera vez se denomina Apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que tomamos para comprobar que hayamos seguido correctamente todas las reglas. Otros revisores diferentes de los que tomaron la decisión negativa original se ocupan de su apelación. Cuando hayamos completado la revisión, le informaremos sobre nuestra decisión. En determinadas circunstancias, que analizaremos más adelante, usted puede solicitar una *decisión de cobertura rápida* o acelerada o una apelación rápida de una decisión de cobertura. En circunstancias limitadas, una solicitud de decisión de cobertura será desestimada, lo que significa que no revisaremos su solicitud. Algunos ejemplos de casos en los que una solicitud será desestimada son si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre pero no está legalmente autorizado para actuar en su nombre o si usted pide que se retire su solicitud. Si desestimamos una solicitud de decisión de cobertura, le enviaremos un aviso en el que explicaremos los motivos de la desestimación y cómo puede solicitar una revisión.

Si rechazamos la totalidad o parte de su Apelación de Nivel 1, puede solicitar una Apelación de Nivel 2. Una Organización de Revisión Independiente que no está relacionada con nosotros gestiona la Apelación de Nivel 2. Si no está conforme con su decisión de la Apelación de Nivel 2, puede continuar con otros niveles de apelación.

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

Sección 4.2 Cómo obtener ayuda cuando solicita una decisión de cobertura o presenta una apelación

¿Necesita ayuda? Estos son algunos recursos que puede usar si decide solicitarnos cualquier tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- Puede **llamarnos a Servicio al Cliente** (los números de teléfono figuran en la contraportada de esta guía).
- Puede **obtener ayuda gratuita** de su Programa Estatal de Asistencia de Seguros de Salud (consulte la **Sección 2** de este capítulo).
- **Su médico u otro médico prescriptor puede presentar una solicitud por usted.** Para los medicamentos recetados de la Parte D, su médico u otro médico prescriptor puede solicitar una decisión de cobertura o una Apelación de Nivel 1 o de Nivel 2 en su nombre. Para solicitar una apelación después del Nivel 2, debe designar a su médico u a otro médico prescriptor como su representante.
- **Puede solicitarle a alguien que actúe en su nombre.** Si quiere, puede nombra a otra persona para que actúe en su nombre como su *representante* para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
 - Quizás haya alguien que ya esté legalmente autorizado a actuar como su representante de conformidad con la legislación estatal.
 - Si quiere que un amigo, un familiar, su médico u otro médico prescriptor, u otra persona sea su representante, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono figuran en la contraportada de esta guía) y solicite el formulario de *Designación de Representante*. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en **MutualofOmahaRx.com**). Mediante el formulario se autoriza a esa persona a actuar en su nombre. Usted y la persona que desea que actúe en su nombre deben firmarlo. Debe entregarnos una copia del formulario firmado.
- **También tiene derecho a contratar a un abogado para que lo represente.** Puede contactar a su propio abogado o conseguir el nombre de un abogado en su colegio de abogados local u otro servicio de referencia. También hay grupos que le proveerán servicios legales gratuitos si usted califica. Sin embargo, **no es obligatorio que contrate a un abogado** para solicitar decisiones de cobertura o para apelar una decisión.

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



¿Leyó la Sección 4 de este capítulo (*Una guía de los fundamentos de las decisiones de cobertura y apelaciones*)? Si no la leyó, tal vez deba leerla antes de comenzar esta sección.

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

Sección 5.1 En esta sección se indica qué hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si quiere que le reembolsemos por un medicamento de la Parte D

Sus beneficios como miembro de nuestro plan incluyen la cobertura de muchos medicamentos recetados. Consulta la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* de nuestro plan. Para tener cobertura, su medicamento se debe usar para una indicación médicamente aceptada. (Una *indicación médicamente aceptada* es un uso del medicamento aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o respaldado por ciertos libros de referencia. Consulte la **Sección 3 del Capítulo 3** para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada).

- **Esta sección se refiere solo a sus medicamentos de la Parte D.** Para simplificar las cosas, por lo general nos referimos a medicamentos en el resto de esta sección, en lugar de repetir *medicamentos recetados para pacientes ambulatorios o medicamentos de la Parte D*.
- Para obtener más información sobre lo que queremos decir con medicamentos de la Parte D, la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)*, las reglas y las restricciones de cobertura y la información sobre los costos, consulte el **Capítulo 3** (*Usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D*) y el **Capítulo 4** (*Lo que usted paga por los medicamentos recetados de la Parte D*).

Decisiones de cobertura y apelaciones de la Parte D

Como se indica en la **Sección 4** de este capítulo, una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios o su cobertura o sobre el monto que pagaremos por sus medicamentos.

Términos legales

La decisión inicial de cobertura sobre sus medicamentos de la Parte D se denomina *determinación de cobertura*.

Estos son ejemplos de decisiones de cobertura que nos solicita que tomemos con respecto a sus medicamentos de la Parte D:

- Nos solicita que hagamos una excepción, como las siguientes:
 - Una solicitud para que cubramos un medicamento de la Parte D que no está en la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* del plan.
 - Una solicitud de una excepción a una restricción de la cobertura del plan para un medicamento (como límites en la cantidad del medicamento que puede obtener).
 - Solicitar pagar un monto más bajo de costo compartido para un medicamento cubierto en un nivel de costo compartido superior.
- Puede preguntarnos si cubrimos un medicamento para usted y si cumple las reglas de cobertura pertinentes. (Por ejemplo, cuando su medicamento está en la *Lista de Medicamentos Cubiertos [Formulario]* del plan, pero exigimos que obtenga nuestra aprobación antes de que lo cubramos).

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

- *Tenga en cuenta lo siguiente:* Si en su farmacia le informan que no puede surtir su receta como está escrita, le darán un aviso por escrito en el que se explica cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.
- Puede solicitarnos que paguemos un medicamento recetado que ya compró. Esta es una solicitud de decisión de cobertura sobre el pago.

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

En esta sección se indica cómo solicitar decisiones de cobertura y cómo solicitar una apelación. Use la tabla a continuación para ayudarle a determinar qué parte tiene información para su situación:

¿En cuál de estas situaciones se encuentra?

Si se encuentra en esta situación:	Esto es lo que puede hacer:
Necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de Medicamentos o que no apliquemos una regla o una restricción para 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.
Quiere que cubramos un medicamento de nuestra Lista de Medicamentos y considera que cumple cualquiera de las reglas o restricciones del plan (como obtener la aprobación por adelantado) para el medicamento que necesita.	Puede solicitarnos una decisión de cobertura. Consulte la Sección 5.4 de este capítulo.
Quiere solicitarnos que le reembolsemos por un medicamento que ya recibió y pagó.	Puede solicitarnos un reembolso. (Este es un tipo de decisión de cobertura). Consulte la Sección 5.4 de este capítulo.
Ya le informamos que no cubriremos o pagaremos un medicamento de la manera que quiere que lo cubramos o paguemos.	Puede presentar una apelación. (Esto significa que nos solicita que reconsideremos nuestra decisión). Consulte la Sección 5.5 de este capítulo.

Sección 5.2 ¿Qué es una excepción?

Si un medicamento no está cubierto de la manera que quiere que se cubra, puede solicitarnos que hagamos una *excepción*. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura. Al igual que ocurre con otros tipos de decisiones de cobertura, si rechazamos su solicitud de una excepción, puede apelar nuestra decisión.

Cuando solicita una excepción, su médico u otro médico prescriptor deberán explicar las razones médicas por las que necesita que se apruebe la excepción. Luego consideraremos su solicitud. Estos son tres ejemplos de excepciones que usted, su médico u otro médico prescriptor pueden solicitarnos:

1. **Cubrir un medicamento de la Parte D que no está en nuestra *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)*.**
(La denominamos *Lista de Medicamentos* para abreviar).

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

Términos legales

Solicitar la cobertura de un medicamento que no está en la Lista de Medicamentos a veces se denomina solicitar una *excepción del formulario*.

- Si aceptamos hacer una excepción y cubrir un medicamento que no está en la Lista de Medicamentos, usted deberá pagar el monto de costo compartido correspondiente a los medicamentos de Nivel 4 (Medicamentos no Preferidos). No puede solicitar una excepción al monto del copago o del coseguro que exigimos que pague por el medicamento.
2. **Eliminar una restricción de nuestra cobertura para un medicamento cubierto.** Hay reglas o restricciones adicionales que se aplican a determinados medicamentos de nuestra *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* (para obtener más información, consulte el **Capítulo 3**).

Términos legales

Solicitar que eliminemos una restricción de la cobertura para un medicamento a veces se denomina solicitar una *excepción del formulario*.

- Las reglas y restricciones adicionales de la cobertura para determinados medicamentos incluyen:
 - *El requisito de usar una versión genérica* de un medicamento en lugar del medicamento de marca.
 - *La obtención de la aprobación del plan por adelantado* antes de que aceptemos cubrir el medicamento. (Esto a veces se denomina “autorización previa”).
 - *El requisito de probar un medicamento diferente primero* antes de que aceptemos cubrir el medicamento que solicita. (Esto a veces se denomina “terapia escalonada”).
 - *Límites en la cantidad*. Para algunos medicamentos, hay restricciones en la cantidad del medicamento que puede obtener.
 - Si aceptamos hacer una excepción o no aplicar una restricción para usted, puede solicitar una excepción al monto del copago o del coseguro que exigimos que pague por el medicamento.
3. **Modificar la cobertura de un medicamento a un nivel de costo compartido más bajo.** Cada medicamento de nuestra Lista de Medicamentos se encuentra en uno de los cinco niveles de costo compartido. En general, cuanto más bajo sea el número del nivel de costo compartido, menor será lo que deba pagar de su parte del costo por el medicamento.

Términos legales

Solicitar pagar un precio menor por un medicamento no preferido cubierto a veces se denomina solicitar una *excepción de nivel*.

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

- Si nuestra Lista de Medicamentos tiene medicamentos alternativos para tratar su afección que están en un nivel de costo compartido inferior que su medicamento, puede solicitarnos que cubramos su medicamento al monto del costo compartido correspondiente a los medicamentos alternativos. Esto disminuiría la parte que le corresponde del costo del medicamento.
 - Si el medicamento que está tomando es un producto biológico, puede solicitarnos que cubramos su medicamento al monto del costo compartido correspondiente al menor nivel que contiene alternativas de productos biológicos para tratar su afección.
 - Si el medicamento que está tomando es un medicamento de marca, puede solicitarnos que cubramos su medicamento al monto del costo compartido correspondiente al menor nivel que contiene alternativas de medicamentos de marca para tratar su afección.
 - Si el medicamento que está tomando es un medicamento genérico, puede solicitarnos que cubramos su medicamento al monto del costo compartido correspondiente al menor nivel que contiene alternativas de medicamentos genéricos o de marca para tratar su afección.
- No puede solicitarnos que cambiemos el nivel de costo compartido para ningún medicamento del Nivel 5 (Nivel de Medicamentos Especializados).
- Si aprobamos su solicitud para una excepción de nivel y hay más de un nivel de costo compartido inferior con medicamentos alternativos que usted no puede tomar, por lo general pagará el monto más bajo.

Sección 5.3 Información importante sobre la solicitud de excepciones

Su médico debe informarnos las razones médicas

Su médico u otro médico prescriptor debe presentar una declaración en la que explique las razones médicas para solicitar una excepción. Para que la decisión sea más rápida, incluya esta información médica de su médico u otro médico prescriptor cuando solicite la excepción.

Por lo general, en nuestra Lista de Medicamentos se incluye más de un medicamento para tratar una afección determinada. Estas diferentes posibilidades se denominan medicamentos *alternativos*. Si un medicamento alternativo sería igual de eficaz que el medicamento que usted solicita y no le causaría más efectos secundarios u otros problemas de salud, por lo general *no* aprobaremos su solicitud de excepción. Si nos solicita una excepción de nivel, por lo general *no* aprobaremos su solicitud de excepción, a menos que los medicamentos alternativos de los niveles de costo compartido inferiores no sean tan eficaces para usted o puedan causarle una reacción adversa u otro daño.

Podemos aceptar o rechazar su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de excepción, nuestra aprobación suele ser válida hasta el final del año del plan. Esto es cierto siempre y cuando su médico siga recetándole el medicamento y ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su afección.
- Si rechazamos su solicitud de excepción, puede solicitarnos una revisión de nuestra decisión mediante una apelación. En la **Sección 5.5** se indica cómo presentar una apelación si rechazamos su solicitud.

En la siguiente sección se explica cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción.

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

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

Paso 1: Usted nos solicita una decisión de cobertura sobre los medicamentos o el pago que necesita. Si necesita una respuesta rápida debido a su salud, debe solicitarnos una *decisión de cobertura rápida*. No puede solicitar una decisión de cobertura rápida si nos solicita que le reembolsemos por un medicamento que ya compró.

Qué hacer

- **Solicite el tipo de decisión de cobertura que quiere.** En primer lugar, llámenos, escribanos o envíenos un fax para realizar su solicitud. Usted, su representante o su médico (u otro médico prescriptor) pueden hacerlo. También puede acceder al proceso de decisión de cobertura a través de nuestro sitio web. Para obtener más información, consulte la **Sección 1 del Capítulo 2** y busque la sección titulada *Cómo comunicarse con nosotros cuando solicita una decisión de cobertura sobre sus medicamentos recetados de la Parte D*. O si nos solicita que le reembolsemos por un medicamento, consulte la sección titulada *Adónde enviar una solicitud para que paguemos la parte que nos corresponde del costo de un medicamento que recibió*.
- **Usted, su médico o alguien que actúe en su nombre** pueden solicitar una decisión de cobertura. **En la Sección 4** de este capítulo se indica cómo otorgar una autorización por escrito para que alguien más actúe como su representante. También puede contratar a un abogado para que actúe en su nombre.
- **Si quiere solicitarnos que le reembolsemos el costo de un medicamento**, empiece por leer el **Capítulo 5** de esta guía: *Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de los costos de los medicamentos cubiertos*. **En el Capítulo 5** se describen las situaciones en las que puede necesitar solicitar un reembolso. También se indica cómo enviarnos la documentación para solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte del costo de un medicamento que pagó.
- **Si solicita una excepción, proporcione la declaración de respaldo.** Su médico u otro médico prescriptor debe indicarnos las razones médicas para la excepción de medicamento que solicita. (Esto se denomina “declaración de respaldo”). Su médico u otro médico prescriptor puede enviarnos la declaración por fax o por correo. O bien, su médico u otro médico prescriptor puede comunicarse con nosotros por teléfono y hacer un seguimiento por fax o enviar una declaración por escrito, si es necesario. Consulte las **Secciones 5.2 y 5.3** para obtener más información sobre las solicitudes de excepción.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito**, incluidas las solicitudes enviadas en el Formulario Modelo de Solicitud de Determinación de Cobertura de CMS, que está disponible en nuestro sitio web.
- **Puede presentar una solicitud de decisión de cobertura en línea en** express-scripts.com/consumer/site/coveragereviewdetermination

Si su salud lo requiere, puede solicitarnos una “decisión de cobertura rápida”

Términos legales

Una *decisión de cobertura rápida* se denomina una **determinación de cobertura acelerada**.

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

- Al informarle nuestra decisión, usaremos los plazos habituales, a menos que hayamos acordado hacerlo dentro de los plazos *rápidos*. Una decisión de cobertura *estándar* significa que le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibir la declaración de su médico. Una decisión de cobertura *rápida* significa que le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas después de recibir la declaración de su médico.
- **Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir dos requisitos:**
 - Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solo* si solicita un *medicamento que aún no recibió*. (No puede solicitar una decisión de cobertura rápida si nos solicita que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró).
 - Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solo* si seguir *los plazos estándares podría afectar gravemente su salud o perjudicar su capacidad funcional*.
- **Si su médico u otro médico prescriptor nos informa que su salud requiere una *decisión de cobertura rápida*, automáticamente aceptaremos darle una decisión de cobertura rápida.**
- Si usted solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta (sin el respaldo de su médico u otro médico prescriptor), decidiremos si su salud requiere que le demos una decisión de cobertura rápida.
 - Si decidimos que su afección no cumple los requisitos para una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta para informárselo (y, en cambio, seguiremos los plazos estándares).
 - En esta carta se indicará que, si su médico u otro médico prescriptor solicita la decisión de cobertura rápida, automáticamente se la daremos.
 - En la carta también se indicará que puede presentar una queja sobre nuestra decisión de darle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó. Además, en ella se explica cómo presentar una queja rápida, lo que significa que recibiría nuestra respuesta a su queja en un plazo de 24 horas después de recibir la queja. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso para las decisiones de cobertura y las apelaciones. Para obtener más información sobre el proceso de quejas, consulte la **Sección 7** de este capítulo).

Paso 2: Consideramos su solicitud y le damos una respuesta.

Plazos para una “decisión de cobertura rápida”

- Si seguimos los plazos rápidos, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 24 horas**.
 - Por lo general, esto significa en un plazo de 24 horas después de recibir su solicitud. Si usted solicita una excepción, le daremos nuestra respuesta en un plazo de 24 horas después de recibir la declaración de su médico que respalda su solicitud. Le daremos nuestra respuesta antes si su 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 de Revisión Independiente.

Más adelante en esta sección, se brinda más información sobre esta organización de revisión y se explica lo que sucede en el Nivel 2 de Apelaciones.

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

- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos proporcionar la cobertura que aceptamos en un plazo de 24 horas después de recibir su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una comunicación por escrito en la que se explique el motivo del rechazo. También le indicaremos cómo puede apelar.

Plazos para una decisión de cobertura “estándar” sobre un medicamento que aún no recibió

- Si seguimos los plazos estándares, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 72 horas**.
 - Por lo general, esto significa en un plazo de 72 horas después de recibir su solicitud. Si usted solicita una excepción, le daremos nuestra respuesta en un plazo de 72 horas después de recibir la declaración de su médico que respalda su solicitud. Le daremos nuestra respuesta antes si su 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 de Revisión Independiente. Más adelante en esta sección, se brindan más detalles sobre esta organización de revisión y se explica lo que sucede en el Nivel 2 de Apelaciones.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó:**
 - Si aprobamos su solicitud de cobertura, debemos **proporcionar la cobertura** que aceptamos **en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una comunicación por escrito en la que se explique el motivo del rechazo. También le indicaremos cómo puede apelar.

Plazos para una decisión de cobertura “estándar” sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 14 días seguidos** posteriores a la recepción de 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 de Revisión Independiente. Más adelante en esta sección, se brinda más información sobre esta organización de revisión y se explica lo que sucede en el Nivel 2 de Apelaciones.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, también debemos pagarle en un plazo de 14 días seguidos después de recibir su solicitud.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una comunicación por escrito en la que se explique el motivo del rechazo. También le indicaremos cómo puede apelar.

Paso 3: Si rechazamos su solicitud de cobertura, usted decide si quiere presentar una apelación.

- Si rechazamos su solicitud, tiene el derecho de solicitar una apelación. Solicitar una apelación significa solicitarnos que reconsideremos, y posiblemente que cambiemos, la decisión que tomamos.

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

Sección 5.5 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 (cómo solicitar que se revise una decisión de cobertura tomada por nuestro plan)

Términos legales

Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura con respecto a un medicamento de la Parte D se denomina **redeterminación**.

Paso 1: Usted se comunica con nosotros y presenta su Apelación de Nivel 1. Si su salud requiere una respuesta rápida, usted debe solicitar una **apelación rápida**.

Qué hacer

- **Para iniciar su apelación, usted (o su representante, su médico u otro médico prescriptor) debe comunicarse con nosotros.**
 - Para obtener más información sobre comunicarse con nosotros por teléfono, fax o correo, o en nuestro sitio web, para cualquier propósito relacionado con su apelación, consulte la **Sección 1 del Capítulo 2** y busque la sección titulada *Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación sobre sus medicamentos recetados de la Parte D*.
- **Si solicita una apelación estándar, presente su apelación mediante una solicitud por escrito.** También puede solicitar una apelación llamándonos por teléfono al número que figura en la **Sección 1 del Capítulo 2** (*Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación sobre sus medicamentos recetados de la Parte D*).
- **Si solicita una apelación rápida, puede presentar su apelación por escrito o puede llamarnos al número de teléfono que figura en la Sección 1 del Capítulo 2** (*Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación sobre sus medicamentos recetados de la Parte D*).
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito**, incluidas las solicitudes enviadas en el Formulario Modelo de Solicitud de Determinación de Cobertura de CMS, que está disponible en nuestro sitio web.
- **Puede presentar una solicitud de redeterminación de cobertura en línea en express-scripts.com/consumer/site/coveragereviewredetermination**
- **Debe presentar su solicitud de apelación en un plazo de 60 días seguidos** a partir de la fecha del aviso por escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta a su solicitud de una decisión de cobertura. Si no cumple este plazo y tiene una razón válida para no cumplirlo, podemos darle más tiempo para presentar su apelación. Algunas razones válidas para no cumplir el plazo son, por ejemplo, que haya tenido una enfermedad grave que le impidiera contactarnos o que la hayamos brindado información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información en su apelación y agregar más información.**
 - Tiene derecho a solicitarnos una copia de la información relativa a su apelación.

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

- Si así lo desea, usted, su médico u otro médico prescriptor pueden brindarnos información adicional para respaldar su apelación.

Si su salud lo requiere, solicite una “apelación rápida”

Términos legales
Una <i>apelación rápida</i> también se denomina <i>redeterminación acelerada</i> .

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre un medicamento que aún no recibió, usted, su médico u otro médico prescriptor deberán decidir si necesita una *apelación rápida*.
- Los requisitos para obtener una *apelación rápida* son los mismos que para obtener una *decisión de cobertura rápida* que figuran en la **Sección 5.4** de este capítulo.

Paso 2: Consideramos su apelación y le damos una respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, volvemos a examinar atentamente toda la información sobre su solicitud de cobertura. Comprobamos si seguimos todas las reglas cuando rechazamos su solicitud. Quizás nos comuniquemos con usted, su médico u otro médico prescriptor para obtener más información.

Plazos para una “apelación rápida”

- Si seguimos los plazos rápidos, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 72 horas después de recibir su apelación**. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud lo requiere.
 - Si no le damos una respuesta en un plazo de 72 horas, debemos remitir su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que una Organización de Revisión Independiente la examinará. (Más adelante en esta sección, mencionamos esta organización de revisión y explicamos lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones).
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos proporcionar la cobertura que aceptamos en un plazo de 72 horas después de recibir su apelación.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una comunicación por escrito en la que se explique el motivo del rechazo y se indique cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una “apelación” estándar

- Si seguimos los plazos estándares, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 7 días seguidos** después de recibir su apelación para un medicamento que aún no ha recibido. Le comunicaremos nuestra decisión antes si aún no recibió el medicamento y su estado de salud lo requiere. Si considera que su salud lo requiere, debe solicitarnos una *apelación rápida*.
 - Si no le damos una decisión en un plazo de 7 días seguidos, debemos remitir su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que una Organización de Revisión Independiente la examinará. Más adelante en esta sección, mencionamos esta organización de revisión y explicamos lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.

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

- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó:**
 - Si aprobamos su solicitud de cobertura, debemos **proporcionar la cobertura** que aceptamos tan rápido como su salud lo requiera, pero **a más tardar 7 días seguidos** después de recibir su apelación.
 - Si aprobamos una solicitud de **reembolso por un medicamento** que ya compró, debemos **enviarle el pago en un plazo de 30 días seguidos después de recibir** su solicitud de apelación.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una comunicación por escrito en la que se explique el motivo del rechazo y se indique cómo puede apelar nuestra decisión.
- Si solicita un reembolso por un medicamento que ya compró, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 14 días seguidos** después de recibir su solicitud.
 - Si no le damos una decisión en un plazo de 14 días seguidos, debemos remitir su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que una Organización de Revisión Independiente la examinará. Más adelante en esta sección, se brinda más información sobre esta organización de revisión y se explica lo que sucede en el Nivel 2 de Apelaciones.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, también debemos pagarle en un plazo de 30 días seguidos después de recibir su solicitud.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una comunicación por escrito en la que se explique el motivo del rechazo. También le indicaremos 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, en su lugar, presentar otra apelación.
- Si decide presentar otra, significa que su apelación pasa al Nivel 2 del proceso de apelaciones (véase más abajo).

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, en su lugar, presentar otra apelación. Si decide continuar con una Apelación de Nivel 2, la **Organización de Revisión Independiente** examinará la decisión que tomamos cuando rechazamos su primera apelación. Esta organización decidirá si debemos cambiar la decisión que tomamos.

Términos legales
<p>La denominación oficial de la <i>Organización de Revisión Independiente</i> es Entidad de Revisión Independiente. A veces se conoce como IRE.</p>

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

Paso 1: Para presentar una Apelación de Nivel 2, usted (o su representante, su médico u otro médico prescriptor) debe comunicarse con la Organización de Revisión Independiente y solicitar que se revise su caso.

- Si rechazamos su Apelación de Nivel 1, en el aviso por escrito que le enviaremos se incluirán **instrucciones sobre cómo presentar una Apelación de Nivel 2** con la Organización de Revisión Independiente. En estas instrucciones se indicará quién puede presentar la Apelación de Nivel 2, qué plazos debe respetar y cómo comunicarse con la organización de revisión.
- Cuando presente una apelación a la Organización de Revisión Independiente, le enviaremos la información que tengamos sobre su apelación a la organización. Esta información se denomina expediente del caso. **Tiene derecho a solicitarnos una copia del expediente de su caso.**
- Usted tiene derecho a proporcionar a la Organización de Revisión Independiente más información para sustentar su apelación.

Paso 2: La Organización de Revisión Independiente examina su apelación y le da una respuesta.

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no está relacionada con nosotros y no es un organismo gubernamental. Esta organización es una empresa que elige Medicare para revisar nuestras decisiones sobre los beneficios de la Parte D que le brindamos.
- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente examinarán atentamente toda la información relativa a su apelación. La organización le comunicará su decisión por escrito y le explicará las razones de dicha decisión.

Plazos para una “apelación rápida” de Nivel 2

- Si su salud lo requiere, solicite a la Organización de Revisión Independiente una *apelación rápida*.
- Si la organización de revisión acepta concederle una *apelación rápida*, la organización de revisión debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud de apelación.
- **Si la Organización de Revisión Independiente acepta parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos proporcionarle la cobertura de medicamentos que aprobó la organización de revisión **en un plazo de 24 horas** después de recibir la decisión de la organización de revisión.

Plazos para una “apelación estándar” de Nivel 2

- Si presenta una apelación estándar de Nivel 2, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días seguidos** después de recibir su apelación si solicita un medicamento que aún no recibió. Si solicita un reembolso por un medicamento que ya compró, la organización de revisión debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **en un plazo de 14 días seguidos** después de recibir su solicitud.
- **Si la Organización de Revisión Independiente acepta parte o la totalidad de lo que solicitó:**
 - Si la Organización de Revisión Independiente aprueba la solicitud de cobertura, debemos **proporcionarle la cobertura de medicamentos** que aprobó la organización de revisión **en un plazo de 72 horas** después de recibir la decisión de la organización de revisión.

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

- Si la Organización de Revisión Independiente aprueba una solicitud de reembolso por un medicamento que ya compró, debemos **enviarle el pago en un plazo de 30 días seguidos** después de recibir la decisión de la organización de revisión.

¿Y si la organización de revisión rechaza su apelación?

Si esta organización rechaza su apelación, significa que la organización está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. (Esto se denomina *sostener la decisión* o *rechazar su apelación*).

Si la Organización de Revisión Independiente *sostiene la decisión*, usted tiene derecho a una Apelación de Nivel 3. Sin embargo, para presentar otra apelación de Nivel 3, el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita debe cumplir un monto mínimo. Si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita es demasiado bajo, usted no puede presentar otra apelación y la decisión de Nivel 2 es definitiva. El aviso que reciba de la Organización de Revisión Independiente le indicará el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelación.

Paso 3: Si el valor en dólares de la cobertura que solicita cumple el requisito, usted decide si quiere seguir adelante con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelación).
- Si se rechaza su Apelación de Nivel 2 y usted cumple los requisitos para continuar con el proceso de apelación, debe decidir si quiere continuar con el Nivel 3 y presentar una tercera apelación. Si decide presentar una tercera apelación, encontrará información sobre cómo hacerlo en el aviso por escrito que recibió luego de la segunda apelación.
- La Apelación de Nivel 3 estará a cargo de un juez de Derecho Administrativo o de un árbitro. En la **Sección 6** hay más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 6 Cómo elevar su apelación al Nivel 3 y a otros niveles

Sección 6.1 Apelaciones de los Niveles 3, 4 y 5 para las solicitudes de medicamentos de la Parte D

Esta sección puede ser apropiada para usted si presentó una Apelación de Nivel 1 y una Apelación de Nivel 2, y ambas apelaciones se rechazaron.

Si el valor del medicamento por el que apeló alcanza un determinado monto en dólares, quizás pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si el monto en dólares es menor, no puede seguir apelando. En la respuesta por escrito a su Apelación de Nivel 2 que reciba se explicará con quién comunicarse y qué hacer para solicitar una Apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones que tienen que ver con apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan casi de la misma manera. Estas son las personas que se ocupan de la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

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

Apelación de Nivel 3 Un juez (llamado **Juez de Derecho Administrativo**) o un **abogado conciliador que trabaja para el gobierno federal** revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si la respuesta es afirmativa, el proceso de apelaciones termina.** Lo que solicitó en la apelación se aprueba. Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura del medicamento** que aprobó el juez de Derecho Administrativo o el abogado conciliador **en un plazo de 72 horas (24 horas para las apelaciones aceleradas) o realizar un pago a más tardar 30 días seguidos** después de recibir la decisión.
- **Si el juez de Derecho Administrativo o el abogado conciliador rechaza su apelación, el proceso de apelaciones puede terminar o no.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones termina.
 - Si usted no quiere aceptar la decisión, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el juez de derecho administrativo o el abogado conciliador rechaza su apelación, en el aviso que reciba se indicará qué hacer a continuación si decide seguir con su apelación.

Apelación de Nivel 4: El **Consejo de Apelaciones** de Medicare (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es afirmativa, el proceso de apelaciones termina.** Lo que solicitó en la apelación se aprueba. Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura del medicamento** que aprobó el Consejo **en un plazo de 72 horas (24 horas para las apelaciones aceleradas) o realizar un pago a más tardar 30 días seguidos** después de recibir la decisión.
- **Si la respuesta es negativa, el proceso de apelaciones puede terminar o no.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones termina.
 - Si usted no quiere aceptar la decisión, quizás pueda continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación o su solicitud para revisar la apelación, en el aviso que reciba se indicará si las reglas le permiten continuar con una Apelación de Nivel 5. Si las reglas le permiten continuar, en el aviso por escrito también se indicará con quién comunicarse y qué hacer a continuación si decide seguir con su apelación.

Apelación de Nivel 5 Un juez del **Tribunal Federal de Primera Instancia** revisará su apelación.

- Este es el último paso del proceso de apelaciones.

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

PRESENTACIÓN DE QUEJAS

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



Si su problema tiene que ver con decisiones relacionadas con sus beneficios, su cobertura o sus pagos, esta sección *no es para usted*. En cambio, debe seguir el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones. Consulte la Sección 4 de este capítulo.

Sección 7.1 **¿Qué tipo de problemas tratan de resolverse mediante el proceso de quejas?**

En esta sección se explica cómo seguir el proceso para presentar quejas. El proceso de quejas se utiliza *únicamente* para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que reciba. Estos son ejemplos de los tipos de problemas que se tratan de resolver mediante el proceso de quejas.

Si tiene alguno de estos tipos de problemas, puede *presentar una queja*

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Está insatisfecho con la calidad de la atención que recibió?
Protección de la privacidad	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cree que alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información sobre usted que considera que debería ser confidencial?
Falta de respeto, servicio de atención al cliente deficiente u otros comportamientos negativos	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Alguien lo trató de forma grosera o irrespetuosa? • ¿Está insatisfecho con el modo en que nuestro Servicio al Cliente lo trató? • ¿Considera que lo animaron a dejar el plan?
Tiempos de espera	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Nuestros farmacéuticos lo hicieron esperar demasiado? ¿O nuestro Servicio al Cliente u otro miembro del personal del plan? <ul style="list-style-type: none"> ○ Entre los ejemplos se incluyen esperar demasiado al teléfono o al obtener un medicamento recetado.
Limpieza	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Está insatisfecho con la limpieza o el estado de una farmacia?
Información que recibe de nosotros	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cree que no le dimos un aviso que debemos darle? • ¿Considera que la información por escrito que le dimos es difícil de entender?

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

Queja	Ejemplo
<p>Puntualidad (Todos estos tipos de quejas están relacionados con la <i>puntualidad</i> de nuestras medidas relacionadas con las decisiones de cobertura y las apelaciones).</p>	<p>El proceso para solicitar una decisión de cobertura y presentar apelaciones se explica en las Secciones 4-6 de este capítulo. Si desea solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación, use ese proceso en lugar del proceso de quejas.</p> <p>Sin embargo, si ya nos solicitó una decisión de cobertura o ya presentó una apelación y cree que no le dimos una respuesta lo suficientemente rápido, también puede presentar una queja sobre nuestra lentitud. Por ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si nos solicitó una “decisión de cobertura rápida” o “una apelación rápida” y se lo hemos denegado, puede presentar una queja. • Si considera que no cumplimos los plazos para darle una decisión de cobertura o una respuesta a una apelación, puede presentar una queja. • Cuando se revisa una decisión de cobertura que tomamos y nos informan que debemos cubrir o darle un reembolso por determinados medicamentos, debemos respetar ciertos plazos. Si considera que no estamos cumpliendo estos plazos, puede presentar una queja. • Cuando no le damos una decisión a tiempo, debemos remitir su caso a la Organización de Revisión Independiente. Si no lo hacemos en el plazo requerido, puede presentar una queja.

Sección 7.2 La denominación oficial de *presentar una queja* es *interponer un reclamo*

Términos legales

- Lo que en esta sección se denomina *queja* también se denomina *reclamo*.
- Otro término para *presentar una queja* es *interponer un reclamo*.

Otra manera de decir *seguir el proceso para quejas* es *seguir el proceso para interponer un reclamo*.

Sección 7.3 Paso a paso: Cómo presentar una queja

Paso 1: Comuníquese con nosotros de inmediato: por teléfono o por escrito.

- **Por lo general, llamar a Servicio al Cliente es el primer paso.** Si necesita hacer algo más, Servicio al Cliente se lo informará. Llámenos al **1.855.864.6797**. Los usuarios de TTY deben

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

llamar al **1.800.716.3231**. Servicio al Cliente está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

- **Si no quiere llamar (o llamó y no quedó satisfecho), usted puede escribir su queja y enviárnosla.** Si escribe su queja, la responderemos por escrito.
- Si llama para presentar una queja, se intentará resolver su queja por teléfono. Si no podemos resolver su queja por teléfono, le responderemos en un plazo de 30 días.
- Si prefiere presentar una queja por escrito, envíe una carta con toda la información posible a Mutual of Omaha Rx, Attn: Grievance Resolution Team, P.O. Box 3610, Dublin, OH 43016-0307. Todas las quejas por escrito se responderán en un plazo de 30 días.
- Si tiene un reclamo con respecto al rechazo de una solicitud de *decisión de cobertura rápida* o de una apelación rápida, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas.
- **Ya sea que llame o escriba, debe comunicarse con Servicio al Cliente de inmediato.** La queja debe presentarse en un plazo de 60 días seguidos después de tener el problema del cual quiere quejarse.
- **Si presenta una queja porque rechazamos su solicitud de una *decisión de cobertura rápida* o de una *apelación rápida*, automáticamente le daremos una *queja rápida*.** Si usted tiene una queja rápida, significa que le daremos **una respuesta en un plazo de 24 horas**.

Términos legales

Lo que en esta sección se denomina *queja rápida* también se denomina *reclamo acelerado*.

Paso 2: Investigaremos su queja y le daremos nuestra respuesta.

- **Si es posible, le responderemos de inmediato.** Si nos llama con una queja, es posible que podamos darle una respuesta por teléfono durante la misma llamada. Si su estado de salud requiere que le respondamos rápido, lo haremos.
- **La mayoría de las quejas se responden en un plazo de 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora es lo mejor para usted o si solicita más tiempo, podemos tomarnos hasta 14 días seguidos adicionales (44 días seguidos totales) para responder su queja. Si decidimos tomarnos días adicionales, se lo informaremos por escrito.
- **Si no estamos de acuerdo** con parte o la totalidad de su queja o no nos responsabilizamos del problema del cual se está quejando, se lo informaremos. En nuestra respuesta se incluirán nuestras razones para darle dicha respuesta. Debemos responder independientemente de si estamos de acuerdo con la queja o no.

Sección 7.4 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención a la Organización de Mejora de la Calidad

Puede presentar su queja sobre la calidad de la atención que recibió siguiendo el proceso paso a paso descrito anteriormente.

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

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

- **Puede presentar su queja a la Organización de Mejora de la Calidad.** Si prefiere, puede presentar su queja sobre la calidad de la atención que recibió directamente a esta organización (*sin* presentar la queja a nosotros).
 - La Organización de Mejora de Calidad es un grupo de médicos practicantes y otros expertos de la salud a quienes el gobierno federal les paga para controlar y mejorar la atención que se les brinda a los pacientes de Medicare.
 - Para encontrar el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización de Mejora de la Calidad de su estado, consulte el **Apéndice** de esta guía. Si presenta una queja a esta organización, trabajaremos con ella para resolverla.
- **O bien, puede presentar su queja a ambos al mismo tiempo.** Si así lo desea, puede presentarnos su queja sobre la calidad de la atención a nosotros y también a la Organización de la Mejora de la Calidad.

Sección 7.5	También puede informar a Medicare de su queja
--------------------	--

Puede presentar una queja sobre Mutual of Omaha Rx directamente a Medicare. Para enviar una queja a Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma las quejas muy en serio y usará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa Medicare.

Si tiene algún otro comentario o inquietud, o si considera que el plan no está ocupándose de su problema, llame al 1.800.MEDICARE (1.800.633.4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.877.486.2048.

CAPÍTULO 8

Finalizar su membresía en el plan

Capítulo 8. Finalizar su membresía en el plan**Capítulo 8. Finalizar su membresía en el plan**

SECCIÓN 1	Introducción	136
Sección 1.1	Este capítulo se centra en finalizar su membresía en nuestro plan	136
SECCIÓN 2	¿Cuándo puede finalizar su membresía en nuestro plan?	136
Sección 2.1	Puede dar de baja su membresía en el plan durante el Período de Inscripción Anual	136
Sección 2.2	En determinadas situaciones, puede finalizar su membresía durante un Período Especial de Inscripción	137
Sección 2.3	¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía?	139
SECCIÓN 3	¿Cómo termina su membresía en nuestro plan?	139
Sección 3.1	Por lo general, usted termina su membresía al inscribirse en otro plan	139
SECCIÓN 4	Hasta que su membresía finalice, debe seguir obteniendo sus medicamentos con nuestro plan	141
Sección 4.1	Hasta que su membresía finalice, sigue siendo miembro de nuestro plan	141
SECCIÓN 5	Mutual of Omaha Rx debe finalizar su membresía en el plan en ciertas situaciones	141
Sección 5.1	¿Cuándo debemos finalizar su membresía en el plan?.....	141
Sección 5.2	<u>No podemos</u> pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado a su salud	142
Sección 5.3	Tiene el derecho de presentar una queja si finalizamos su membresía en nuestro plan	143

Capítulo 8. Finalizar su membresía en el plan**SECCIÓN 1 Introducción****Sección 1.1 Este capítulo se centra en finalizar su membresía en nuestro plan**

Finalizar su membresía de Mutual of Omaha Rx puede ser una medida **voluntaria** (cuando es su decisión) o **involuntaria** (una decisión ajena):

- Puede dejar nuestro plan porque decidió que *quiere* dejarlo.
 - Puede finalizar voluntariamente su membresía en el plan solo durante determinados momentos del año o en determinadas situaciones. En la **Sección 2** se indica *cuándo* puede finalizar su membresía en el plan.
 - El proceso para finalizar voluntariamente su membresía varía según el tipo de cobertura nueva que elija. En la **Sección 3** se indica *cómo* finalizar su membresía en cada situación.
- También hay situaciones limitadas en las que no elige irse del plan, pero debemos finalizar su membresía. **En la Sección 5** se describen las situaciones en las que debemos finalizar su membresía.

Si usted deja nuestro plan, debe continuar obteniendo sus medicamentos recetados de la Parte D con nuestro plan hasta que finalice su membresía.

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

Puede finalizar su membresía en nuestro plan solo durante determinados momentos del año, conocidos como períodos de inscripción. Todos los miembros tienen la oportunidad de dejar el plan durante el Período de Inscripción Anual. En determinadas situaciones, también puede ser elegible para dejar el plan en otros momentos del año.

Sección 2.1 Puede dar de baja su membresía en el plan durante el Período de Inscripción Anual

Puede dar de baja su membresía en el plan durante el **Período de Inscripción Anual** (también conocido como el Período Anual de Inscripción Abierta). Este es el momento en el que debe revisar su cobertura de atención médica y medicamentos y tomar una decisión sobre su cobertura para el año siguiente.

- **¿Cuándo es el Período de Inscripción Anual?** Es del 15 de octubre al 7 de diciembre.
- **¿A qué tipo de plan puede cambiarse durante el Período de Inscripción Anual?** Puede elegir mantener su cobertura actual o hacer cambios a su cobertura para el año siguiente. 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.
 - **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, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya cancelado la inscripción automática.

Capítulo 8. Finalizar su membresía en el plan

- *O bien*, un plan de salud de Medicare. Un plan de salud de Medicare es un plan que ofrece una empresa privada con un contrato con Medicare para proporcionar todos los beneficios de la Parte A de Medicare (seguro de hospital) y la Parte B (seguro médico). 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, cancelaremos su inscripción en Mutual of Omaha Rx cuando comience la cobertura de su nuevo plan. Sin embargo, si elige un plan Private Fee-for-Service sin la cobertura de medicamentos de la Parte D de Medicare, un plan Medical Savings Account de Medicare o un plan Cost de Medicare, puede inscribirse en ese plan y mantener Mutual of Omaha Rx para su cobertura de medicamentos. Si no quiere mantener nuestro plan, puede elegir inscribirse en otro plan de medicamentos recetados de Medicare o dejar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare.

Nota: Si se cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y pasa 63 días seguidos o más sin una cobertura de medicamentos recetados acreditable, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante. (Cobertura *acreditable* significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, al menos lo mismo que 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 finaliza su membresía?** Su membresía finalizará el 1 de enero cuando comience la cobertura de su nuevo plan.

Sección 2.2	En determinadas situaciones, puede finalizar su membresía durante un Período Especial de Inscripción
--------------------	---

En determinadas 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 un 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 obtener una lista completa, puede comunicarse con el plan, llamar a Medicare o visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov):
 - Si se mudó fuera del área de servicio de su plan.
 - Si tiene Medicaid.
 - Si es elegible para obtener *Ayuda Extra* para pagar sus medicamentos recetados de Medicare.
 - Si incumplimos nuestro contrato con usted.
 - Si obtiene atención en una institución, como una residencia de ancianos o un centro de cuidado a largo plazo (LTC).

Capítulo 8. Finalizar su membresía en el plan

- Si se inscribe en Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE). PACE no está disponible en todos los estados. Si desea saber si PACE está disponible en su estado, comuníquese con el Departamento de Servicio al Cliente (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de esta guía).
- **Nota:** Si está en un programa de administración de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de plan. En la **Sección 10 del Capítulo 3** se brinda más información sobre los programas de administración de medicamentos.
- **¿Cuándo son los Períodos Especiales de Inscripción?** Los períodos de inscripción varían según su situación.
- **¿Qué puede hacer?** Para averiguar si es elegible para un Período Especial de Inscripción, llame a Medicare al 1.800.MEDICARE (1.800.633.4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1.877.486.2048. Si usted es elegible para finalizar su membresía por una situación especial, puede elegir cambiar su cobertura médica y su 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 se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya cancelado la inscripción automática.
 - *O bien*, un plan de salud de Medicare. Un plan de salud de Medicare es un plan que ofrece una empresa privada con un contrato con Medicare para proporcionar todos los beneficios de la Parte A de Medicare (seguro de hospital) y la Parte B (seguro médico). 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, automáticamente cancelaremos su inscripción en Mutual of Omaha Rx cuando comience la cobertura de su nuevo plan. Sin embargo, si elige un plan Private Fee-for-Service sin la cobertura de medicamentos de la Parte D de Medicare, un plan Medical Savings Account de Medicare o un plan Cost de Medicare, puede inscribirse en ese plan y mantener Mutual of Omaha Rx para su cobertura de medicamentos. Si no quiere mantener nuestro plan, puede elegir inscribirse en otro plan de medicamentos recetados de Medicare o dejar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare.

Nota: Si se cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y pasa un período de 63 días seguidos o más sin una cobertura de medicamentos recetados acreditable, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante. (Cobertura *acreditable* significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, al menos lo mismo que 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. Finalizar su membresía en el plan

- **¿Cuándo finaliza su membresía?** Su membresía por lo general finalizará el primer día del mes después de que recibamos su solicitud para cambiar de plan.

Sección 2.3 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía?

Si tiene preguntas o le gustaría recibir más información acerca de cuándo puede finalizar su membresía:

- Puede **llamar a Servicio al Cliente** (los números de teléfono figuran en la contraportada de esta guía).
- Puede encontrar la información en la guía *Medicare y usted del 2022*
 - Todos los que tienen Medicare reciben una copia de la guía *Medicare y usted de 2022* cada año en otoño. Aquellos que son nuevos en Medicare la reciben en el mes siguiente a su inscripción.
 - También puede descargar una copia del sitio web de Medicare (www.medicare.gov). O bien, puede pedir una copia impresa llamando a Medicare al número que figura debajo.
- 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 termina su membresía en nuestro plan?

Sección 3.1 Por lo general, usted termina 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 más información sobre los períodos de inscripción). Sin embargo, hay dos situaciones en las que necesitará finalizar su membresía de manera diferente:

- Si desea cambiarse de nuestro plan a Original Medicare *sin* un plan de medicamentos recetados de Medicare, debe solicitar que cancelen su inscripción en nuestro plan.
- Si se inscribe en un plan Private Fee-for-Service sin la cobertura de medicamentos de la Parte D de Medicare, un plan Medical Savings Account de Medicare o un plan Cost de Medicare, no finalizará la membresía en nuestro plan con la inscripción en el nuevo plan. En este caso, puede inscribirse en ese plan y mantener Mutual of Omaha Rx para su cobertura de medicamentos. Si no quiere mantener nuestro plan, puede elegir inscribirse en otro plan de medicamentos recetados de Medicare o pedir que cancelen su inscripción en nuestro plan.

Si se encuentra en una de estas dos situaciones y quiere dejar nuestro plan, hay dos maneras en las que puede pedir que cancelen su inscripción:

- Puede presentarnos una solicitud por escrito. Comuníquese con Servicio al Cliente si necesita más información sobre cómo hacerlo (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de esta guía).

Capítulo 8. Finalizar su membresía en el plan

- *O bien*, 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 se cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y pasa 63 días seguidos o más sin una cobertura de medicamentos recetados acreditable, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante. (Cobertura acreditable significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, al menos lo mismo que 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 tabla a continuación se explica cómo debería finalizar su membresía en nuestro plan.

Si quiere cambiarse 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"> • Inscribáse en el nuevo plan de medicamentos recetados de Medicare entre el 15 de octubre y 7 de diciembre. Automáticamente cancelaremos 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"> • Inscribáse en un plan de salud de Medicare antes del 7 de diciembre. En la mayoría de los planes de salud de Medicare, automáticamente cancelaremos su inscripción en Mutual of Omaha Rx cuando comience la cobertura de su nuevo plan. Sin embargo, si elige un plan Private Fee-for-Service sin la cobertura de medicamentos de la Parte D de Medicare, un plan Medical Savings Account de Medicare o un plan Cost de Medicare, puede inscribirse en ese plan nuevo y mantener Mutual of Omaha Rx para su cobertura de medicamentos. Si quiere dejar nuestro plan, <i>debe</i> inscribirse en otro plan de medicamentos recetados de Medicare o solicitar que cancelen su inscripción. Para solicitar que cancelen su inscripción, debe enviarnos una solicitud por escrito (comuníquese con Servicio al Cliente [los números de teléfono se encuentran en la contraportada de esta guía] si necesita más información sobre cómo hacerlo) o comuníquese con Medicare al 1.800.MEDICARE (1.800.633.4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana (los usuarios de TTY deben llamar al 1.877.486.2048).

Capítulo 8. Finalizar su membresía en el plan

Si quiere cambiarse de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
<ul style="list-style-type: none"> Original Medicare <i>sin</i> un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado. <p>Nota: Si cancela su inscripción en un plan de medicamentos recetados de Medicare y pasa 63 días seguidos o más sin una cobertura de medicamentos recetados acreditable, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía si se inscribe en 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.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Envíenos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Comuníquese con Servicio al Cliente si necesita más información sobre cómo hacerlo (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de esta guía). 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 solicitar que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1.877.486.2048.

SECCIÓN 4 Hasta que su membresía finalice, debe seguir obteniendo sus medicamentos con nuestro plan

Sección 4.1 Hasta que su membresía finalice, sigue siendo miembro de nuestro plan

Si deja Mutual of Omaha Rx, es posible que pase tiempo hasta que su membresía finalice y su nueva cobertura de Medicare entre en vigencia. (Consulte la **Sección 2** para obtener información sobre cuándo comienza su nueva cobertura). Durante este tiempo, debe seguir obteniendo sus medicamentos recetados mediante nuestro plan.

- **Debe seguir utilizando nuestra red de farmacias para obtener sus medicamentos recetados hasta que su membresía en nuestro plan finalice.** Normalmente, sus medicamentos recetados están cubiertos solo si se obtienen en una farmacia de la red, incluso mediante el servicio de farmacia de pedidos por correo.

SECCIÓN 5 Mutual of Omaha Rx debe finalizar su membresía en el plan en ciertas situaciones

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos finalizar su membresía en el plan?

Mutual of Omaha Rx debe finalizar su membresía en el plan si sucede alguna de las siguientes situaciones:

- Si usted ya no tiene la Parte A o Parte B de Medicare (o ambas).

Capítulo 8. Finalizar su membresía en el plan

- Si se muda de nuestra área de servicio a otra área.
- Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio durante más de 12 meses.
 - Si se muda o hace un viaje largo, debe llamar a Servicio al Cliente para averiguar si el lugar a donde se muda o al que viaja está en el área de nuestro plan. (Los números de teléfono de Servicio al Cliente figuran en la contraportada de esta guía).
- Si va a la prisión.
- Si no es ciudadano de Estados Unidos o reside legalmente en Estados Unidos.
- Si miente u oculta información sobre otro seguro que tenga que cubra medicamentos recetados.
- Si nos da información incorrecta intencionalmente al inscribirse a nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos hacer que deje el plan por este motivo a menos que antes obtengamos permiso de Medicare).
- Si continuamente se comporta de una manera que incomoda, lo que dificulta que le brindemos atención médica para usted y otros miembros de nuestro plan. (No podemos hacer que deje el plan por este motivo a menos que antes obtengamos permiso de Medicare).
- Si permite que alguien más utilice su tarjeta de miembro para obtener medicamentos recetados. (No podemos hacer que deje el plan por este motivo a menos que antes obtengamos permiso de Medicare).
 - Si damos por finalizada su membresía por esta razón, Medicare puede disponer que el inspector general investigue su caso.
- Si no paga las primas del plan durante 2 meses calendario.
 - Debemos notificarle por escrito que tiene 2 meses calendario para pagar la prima de su plan antes de que finalicemos su membresía.
- Si se le requiere que pague el monto extra de la Parte D por sus ingresos y no lo paga, Medicare cancelará su inscripción en nuestro plan y perderá la cobertura de medicamentos recetados.

¿Dónde puedo obtener más información?

Si tiene preguntas o le gustaría recibir más información acerca de cuándo podemos finalizar su membresía:

- Puede llamar a **Servicio al Cliente** para obtener más información (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de esta guía).

Sección 5.2 No podemos pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado a su salud

Mutual of Omaha Rx no tiene permitido pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado a su salud.

Capítulo 8. Finalizar su membresía en el plan

¿Qué debe hacer si esto sucede?

Si piensa que le están pidiendo que deje nuestro plan por un motivo médico, llame 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.

Sección 5.3	Tiene el derecho de presentar una queja si finalizamos su membresía en nuestro plan
--------------------	--

Si finalizamos su membresía en nuestro plan, debemos informarle por escrito los motivos por los cuales finalizamos su membresía. También debemos explicarle cómo presentar una queja formal o una queja sobre nuestra decisión de finalizar su membresía. También puede obtener información sobre cómo presentar una queja en la **Sección 7 del Capítulo 7**.

CAPÍTULO 9

Avisos legales

Capítulo 9. Avisos legales

Capítulo 9. Avisos legales

SECCIÓN 1	Aviso sobre leyes vigentes	146
SECCIÓN 2	Aviso sobre la no discriminación	146
SECCIÓN 3	Aviso sobre derechos de subrogación de Medicare como Pagador Secundario	146

Capítulo 9. Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes vigentes

Muchas leyes aplican a esta *Evidencia de Cobertura*, y algunas disposiciones adicionales pueden aplicar ya que están requeridas por la ley. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades incluso si las leyes no están incluidas o explicadas en este documento. La ley principal que aplica a este documento es el Título XVIII de la Ley de Seguro Social y las regulaciones creadas por la Ley de Seguro Social por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Además, se pueden aplicar otras leyes federales y, en ciertas circunstancias, las leyes del estado donde reside.

SECCIÓN 2 Aviso sobre la no discriminación

Nuestro plan debe obedecer las leyes que lo protegen contra la discriminación o el trato injusto. **No discriminamos** por motivos de raza, etnia, origen nacional, color, religión, sexo, género, edad, discapacidad mental o física, estado de salud, experiencia de reclamaciones, historia clínica, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que proporcionan planes de medicamentos recetados de Medicare, como nuestro plan, deben cumplir las leyes federales contra la discriminación, incluido el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, el Acta de Discriminación por la Edad de 1975, la Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley de Cuidado de Salud Asequible, todas las otras leyes que aplican a organizaciones que obtienen financiación federal y cualquier otra ley y regulación que aplique por cualquier otro motivo.

Para obtener más información o si tiene inquietudes 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 una discapacidad y necesita ayuda para recibir atención, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de esta guía). Si tiene una queja, como un problema con el acceso en silla de ruedas, el Departamento de Servicio al Cliente puede ayudar.

SECCIÓN 3 Aviso sobre derechos de subrogación de Medicare como Pagador Secundario

Tenemos el derecho y la obligación de cobrar por los medicamentos recetados cubiertos por Medicare, si Medicare no es el pagador primario. Según las regulaciones de los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS), en el título 42 del Código de Regulaciones Federales (CFR), secciones 422.108 y 423.462, Mutual of Omaha Rx, como patrocinador del plan de medicamentos recetados de Medicare, ejercerá los mismos derechos de resarcimiento que la Secretaría ejerce según las regulaciones de los CMS en las subpartes B a D de la parte 411 del título 42 del CFR, y las regulaciones establecidas en esta sección sustituyen las leyes estatales.

CAPÍTULO 10

Definiciones de palabras importantes

Capítulo 10. Definiciones de palabras importantes

Capítulo 10. Definiciones de palabras importantes

Apelación: algo que realiza si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar una solicitud de cobertura de medicamentos recetados o el pago de medicamentos que ya recibió. Por ejemplo, puede solicitar una apelación si no pagamos un medicamento que usted considera que debería recibir. En el **Capítulo 7** se explican las apelaciones, incluido el proceso de presentar una apelación.

Autorización Previa: aprobación por adelantado para obtener ciertos medicamentos que puede que estén en nuestro formulario. Algunos medicamentos solo están cubiertos si su médico u otros proveedores de la red reciben una *autorización previa* de nuestra parte. En el formulario se indican los medicamentos cubiertos que requieren autorización previa.

Ayuda Extra: programa de Medicare para ayudar a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos recetados de Medicare, como las primas, los deducibles y el coseguro.

Área de Servicio: área geográfica donde un plan de medicamentos recetados acepta miembros con un límite de membresía basado en el lugar donde viven las personas. El plan puede cancelar su membresía si se muda permanentemente fuera del área de servicio del plan.

Cancelar la Inscripción o Cancelación de la Inscripción: proceso de finalizar la membresía en nuestro plan. La cancelación de la inscripción puede ser voluntaria (por elección propia) o involuntaria (no por elección propia).

Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS): agencia federal que administra Medicare. En el **Capítulo 2** se explica cómo contactar a los CMS.

Cobertura Acreditable de Medicamentos Recetados: cobertura de medicamentos recetados (por ejemplo, de un empleador o de un sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de los medicamentos recetados de Medicare. Cuando las personas que tienen este tipo de cobertura son elegibles para Medicare, por lo general, pueden mantener la cobertura sin necesidad de pagar una multa, si más adelante deciden inscribirse en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare.

Cobertura de Medicamentos Recetados de Medicare (Parte D de Medicare): seguro que ayuda a pagar los medicamentos recetados, las vacunas, los productos biológicos y algunos suministros para pacientes ambulatorios que no están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare.

Copago: monto que le corresponde pagar como su parte del costo de un medicamento recetado. Un copago es un monto fijo, en vez de un porcentaje. Por ejemplo, puede pagar \$10 o \$20 por un medicamento recetado.

Coseguro: monto que le corresponde pagar como su parte del costo por medicamentos recetados después de haber pagado cualquier deducible. El coseguro suele ser un porcentaje (por ejemplo, 20 %).

Costo Compartido Estándar: costo compartido diferente al costo compartido preferido que le ofrecen en una farmacia de la red.

Capítulo 10. Definiciones de palabras importantes

Costo Compartido Preferido: costo compartido más bajo para ciertos medicamentos cubiertos por la Parte D en ciertas farmacias de la red.

Costo Directo de su Bolsillo: consulte la definición de costo compartido. El requisito del costo compartido por el cual un miembro debe pagar una parte de los medicamentos recibidos, también llamado el requisito del miembro de costo directo de su bolsillo.

Costo compartido: monto que un miembro debe pagar cuando recibe medicamentos. (Además de la prima mensual del plan). El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pago: (1) cualquier monto deducible que pueda requerir un plan antes de cubrir los medicamentos; (2) cualquier monto de copago fijo que requiera un plan cuando se recibe un medicamento específico, o (3) cualquier monto de coseguro, un porcentaje del monto total pagado por un medicamento, que requiere un plan cuando se recibe un medicamento específico. Puede que se aplique una tasa diaria de costo compartido cuando su médico le recete un suministro de menos de un mes para ciertos medicamentos y usted deba pagar un copago.

Deducible: monto que debe pagar por los medicamentos recetados antes de que nuestro plan comience a pagarlos.

Determinación de Cobertura: decisión que determina si el plan cubrirá su medicamento recetado y el monto, si corresponde, que deberá pagar por la receta. Por lo general, si lleva su receta a una farmacia y en la farmacia le informan que su plan no cubre la receta, no se considera una determinación de cobertura. Debe llamar o escribirles a los representantes de su plan para solicitar una decisión formal de cobertura. Las determinaciones de cobertura se llamarán decisiones de cobertura en esta guía. En el **Capítulo 7** encontrará información sobre cómo solicitar una decisión de cobertura.

Emergencia: situación en la que usted, o cualquier persona prudente con un conocimiento promedio de salud y de medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para prevenir la pérdida de la vida, la pérdida de una extremidad o la pérdida de la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, dolor intenso o una afección que empeora rápidamente.

Etapas de Cobertura Catastrófica: etapa del beneficio de los medicamentos de la Parte D en la que paga un copago o un coseguro bajo por los medicamentos luego de que usted u otras partes calificadas en su nombre hayan gastado \$7,050 en medicamentos cubiertos durante el año cubierto.

Etapas de Cobertura Inicial: etapa antes de que los costos totales de los medicamentos alcancen los \$4,430, que incluyen los montos que usted y el plan pagaron durante el año.

Evidencia de Cobertura (EOC) y Divulgación de Información: este documento, junto con su formulario de inscripción y otros documentos adjuntos, anexos o cobertura opcional seleccionada, que explica la cobertura, lo que debemos hacer, sus derechos y lo que usted debe hacer como miembro de nuestro plan.

Excepción: tipo de decisión de cobertura que, si se aprueba, le permite obtener un medicamento que no se encuentra en el formulario del patrocinador del plan (una excepción del formulario) u obtener un medicamento no preferido a un nivel de costo compartido más bajo (una excepción del nivel). También puede solicitar una excepción si el patrocinador de su plan requiere que pruebe otro medicamento antes

Capítulo 10. Definiciones de palabras importantes

de recibir el medicamento que está solicitando, o si el plan limita la cantidad o dosis del medicamento que está solicitando (una excepción del formulario).

Farmacia Fuera de la Red: farmacia que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar o brindar medicamentos cubiertos a miembros de nuestro plan. Como se explica en esta *Evidencia de Cobertura*, la mayoría de los medicamentos que se obtengan de farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que se apliquen ciertas condiciones.

Farmacia de la Red: farmacia donde los miembros de nuestro plan pueden obtener beneficios para 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 nuestras farmacias de la red.

Indicación Medicamento Aceptada: uso de un medicamento aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o respaldado por ciertos libros de referencia. Consulte la **Sección 3 del Capítulo 3** para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada.

Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario o Lista de Medicamentos): lista de medicamentos recetados que cubre el plan. Los medicamentos de esta lista están seleccionados por el plan con la ayuda de médicos y farmacéuticos. En la lista se incluyen medicamentos de marca y genéricos.

Límite de Cobertura Inicial: límite máximo de cobertura en la Etapa de Cobertura Inicial.

Límites en la Cantidad: herramienta de gestión diseñada para limitar el uso de medicamentos seleccionados por razones de calidad, seguridad o uso. Los límites pueden ser sobre la cantidad de medicamento que cubrimos por receta o por un período de tiempo determinado.

Medicaid (o Asistencia Médica): programa conjunto del gobierno federal y estatal que ayuda con los costos médicos a personas con bajos ingresos y con recursos limitados. Los programas de Medicaid varían según el estado, pero la mayoría de los costos de atención médica están cubiertos si usted califica para Medicare y Medicaid. Consulte la **Sección 6 del Capítulo 2** para obtener información sobre cómo contactar Medicaid en su estado.

Medicamento de marca: medicamento recetado producido y vendido por la empresa farmacéutica que originalmente investigó y desarrolló el medicamento. Los medicamentos de marca presentan la misma fórmula de principios activos que las versiones genéricas del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos son producidos y vendidos por otros productores de medicamentos y, por lo general, no están disponibles hasta después que se vence la patente del medicamento de marca.

Medicamento genérico: medicamento recetado que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) por tener los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Generalmente, un medicamento genérico funciona igual que un medicamento de marca y cuesta menos.

Medicamentos cubiertos: todos los medicamentos recetados que nuestro plan cubre.

Medicamentos de la Parte D: medicamentos que pueden estar cubiertos en virtud de la Parte D. Puede que ofrezcamos todos los medicamentos de la Parte D o no. (Consulte su formulario para ver el listado específico de medicamentos cubiertos). El Congreso excluyó específicamente algunas categorías de medicamentos para que no estén cubiertos como medicamentos de la Parte D.

Capítulo 10. Definiciones de palabras importantes

Medicare: programa federal de seguro médico para personas mayores de 65 años, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas con enfermedad renal en etapa terminal (generalmente aquellas con insuficiencia renal permanente que necesitan diálisis o un trasplante de riñón). Las personas que tienen Medicare pueden obtener su cobertura médica de Medicare a través de Original Medicare, un plan Medicare Cost, un plan PACE o un plan Medicare Advantage.

Miembro (miembro de nuestro plan o miembro del plan): persona que tiene Medicare, que es elegible para recibir servicios cubiertos, que se ha inscrito a nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS).

Monto del Ajuste Mensual por Ingreso (IRMAA): si su ingreso bruto ajustado modificado según lo declarado en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años supera cierto monto, usted pagará el monto de la prima estándar y un Monto del Ajuste Mensual por Ingreso, también conocido como IRMAA. El IRMAA es un cargo adicional que se suma a su prima. Esto afecta a menos del 5 % de las personas con Medicare, por lo que la mayoría no pagará una prima más alta.

Multa por Inscripción Tardía de la Parte D: monto agregado a su prima mensual de cobertura de medicamentos de Medicare si no tiene cobertura acreditable (cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar para medicamentos recetados de Medicare) por un período continuo de 63 días o más después de ser elegible por primera vez para inscribirse en un plan de la Parte D. Usted paga este monto mayor mientras tenga un plan de medicamentos de Medicare. Hay algunas excepciones. Por ejemplo, si recibe *Ayuda Extra* de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos recetados, las reglas de multa por inscripción tardía no se aplican a usted. Si recibe *Ayuda Extra*, no paga una multa por inscripción tardía.

Nivel de Costo Compartido: cada medicamento en la lista de medicamentos cubiertos pertenece a uno de los cinco niveles de costo compartido. Por lo general, mientras más alto sea el nivel de costo compartido, más costoso será el medicamento.

Organización de Mejora de Calidad (QIO): grupo de médicos practicantes y otros expertos de la salud a quienes el gobierno federal les paga para controlar y mejorar la atención que se les brinda a los pacientes de Medicare. Consulte la **Sección 4 del Capítulo 2** para obtener información sobre cómo contactar a la QIO en su estado.

Original Medicare (Medicare Tradicional o Fee-for-Service Medicare): plan ofrecido por el gobierno; no es un plan privado de salud como los planes de Medicare Advantage y los planes de medicamentos recetados. En virtud de Original Medicare, los servicios de Medicare están cubiertos mediante el pago a médicos, hospitales y otros proveedores de salud, de sumas establecidas por el Congreso. Puede atenderse con cualquier médico, hospital u otro proveedor de salud que acepte Medicare. Debe pagar el deducible. Medicare paga su parte del monto aprobada por Medicare, y usted paga su parte. Original Medicare tiene dos partes: la Parte A (seguro de hospital) y la Parte B (seguro médico), y está disponible en todo Estados Unidos.

Parte C: consulte el plan Medicare Advantage (MA).

Parte D: Programa Voluntario de Beneficios de Medicamentos Recetados de Medicare. (Para facilitar la consulta, nos referiremos al Programa Voluntario de Beneficios de Medicamentos como la Parte D).

Capítulo 10. Definiciones de palabras importantes

Período Especial de Inscripción: plazo establecido en el que los miembros pueden cambiar sus planes de salud o medicamentos, o bien cambiarse a Original Medicare. Situaciones en las que puede ser elegible para un Período Especial de Inscripción: si se muda fuera del área de servicio, obtiene *Ayuda Extra* con los costos de medicamentos recetados, se muda a un hogar de ancianos o no cumplimos con el contrato.

Período de Inscripción Anual: plazo establecido cada otoño durante el cual los miembros pueden cambiar sus planes de salud o de medicamentos, o cambiarse a Original Medicare. El Período de Inscripción Anual es desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre.

Período de Inscripción Inicial: período de tiempo en el que puede inscribirse en la Parte A y la Parte B de Medicare cuando es elegible para tener Medicare por primera vez. Por ejemplo, si es elegible para tener Medicare cuando cumple 65 años, su período de inscripción inicial es el período de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que cumple 65 años, incluye el mes en que cumple 65 y termina 3 meses después del mes en que cumple 65.

Plan Medicare Advantage (MA): (también llamado la Parte C de Medicare) plan ofrecido por una empresa privada que tiene un contrato con Medicare para brindarle todos los beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare. Un plan Medicare Advantage puede ser un HMO, un PPO, un plan Private Fee-for-Service (PFFS) o un plan Medical Savings Account (MSA) de Medicare. Si usted está inscripto en un plan Medicare Advantage, los servicios de Medicare están cubiertos por el plan y no a través de 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 llaman **Planes Medicare Advantage con Cobertura de Medicamentos Recetados**. Todas las personas que tienen las Partes A y B de Medicare son elegibles para unirse a cualquier plan de salud Medicare Advantage que se ofrezca en su región.

Plan PACE: plan (Program of All-Inclusive Care for the Elderly, PACE) que combina servicios médicos, sociales y de cuidado a largo plazo (LTC) para ancianos a fin de ayudarlos a ser independientes y vivir en sus comunidades (en vez de mudarse a un asilo de ancianos), durante el mayor tiempo posible, y al mismo tiempo recibir la atención médica de alta calidad que necesitan. Las personas inscriptas en planes PACE reciben beneficios de Medicare y Medicaid mediante el plan. PACE no está disponible en todos los estados. Si desea saber si PACE está disponible en su estado, comuníquese con el Departamento de Servicio al Cliente (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de esta guía).

Plan de Costos de Medicare: plan operado por una Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO) o un Competitive Medical Plan (CMP) conforme a un contrato de reembolso de costos de la sección 1876(h) de la ley.

Plan de salud de Medicare: plan ofrecido por una empresa privada que tiene un contrato con Medicare para brindarles los beneficios de la Parte A y la Parte B a personas con Medicare que se inscriban al plan. Este término incluye todos los planes de Medicare Advantage, de Medicare Cost, de programas de demostración o pilotos y de Programs of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE).

Prima: pago periódico a Medicare, a una empresa de seguros o a un plan de servicios de salud para obtener cobertura de salud o de medicamentos recetados.

Capítulo 10. Definiciones de palabras importantes

Programa de Descuentos para la Etapa de Falta de Cobertura de Medicare: programa que proporciona descuentos en la mayoría de los medicamentos de marca cubiertos por la Parte D para miembros de la Parte D que alcanzaron la etapa de Falta de Cobertura y no reciben *Ayuda Extra*. Los descuentos provienen de acuerdos entre el gobierno federal y ciertos fabricantes de medicamentos. Es por ello que la mayoría de los medicamentos de marca, aunque no todos, tienen descuento.

Póliza Medigap (Seguro Complementario de Medicare): seguro complementario de Medicare vendido por empresas de seguro privadas para llenar brechas en Original Medicare. Las pólizas Medigap solo funcionan con Original Medicare. (Un plan de Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

Queja formal: tipo de queja que hace sobre nosotros o sobre una de las farmacias de nuestra red, incluso una relacionada con la calidad de su atención. Este tipo de queja no involucra disputas de pago o cobertura.

Queja: la denominación oficial de presentar una queja es interponer un reclamo. El proceso de quejas se utiliza *únicamente* para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que reciba. Consulte también el término Queja Formal en esta lista de definiciones.

Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI): beneficio mensual que el Seguro Social le paga a las personas con discapacidad, no videntes o de 65 años o más que tienen ingresos y recursos limitados. Los beneficios de la SSI no son los mismos que los beneficios del Seguro Social.

Servicio al Cliente: departamento dentro de nuestro plan responsable de responder las preguntas sobre su membresía, los beneficios, las quejas formales y las apelaciones. Consulte el **Capítulo 2** para obtener información sobre cómo comunicarse con el Departamento de Servicio al Cliente.

Servicios Cubiertos por Medicare: servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare.

Subsidio por Bajos Ingresos (LIS): consulte *Ayuda Extra*.

Tarifa de Dispensación: tarifa que se cobra cada vez que se dispensa un medicamento cubierto para pagar el costo de surtir una receta. La tarifa de dispensación cubre costos como el tiempo que le lleva al farmacéutico preparar y empaquetar la receta.

Tasa Diaria de Costo Compartido: tasa que puede aplicarse cuando su médico le receta un suministro de menos de un mes para ciertos medicamentos, y usted tiene que pagar un copago. Una tasa diaria de costo compartido es el copago dividido por la cantidad de días en el suministro de un mes. Por ejemplo, si el copago del suministro de un mes de un medicamento es de \$30, y el suministro de un mes en su plan es de 30 días, su tasa diaria de costo compartido es de \$1 por día. Esto significa que paga \$1 por el suministro de cada día cuando surte la receta.

Terapia Escalonada: herramienta de utilización que requiere que primero pruebe otro medicamento para tratar su afección antes de que cubramos el primer medicamento que puede haberle recetado su médico.

Apéndice: Números de teléfono y recursos importantes**Apéndice: Números de teléfono y recursos importantes**

Programas Estatales de Asistencia de Seguros de Salud (SHIP)		
Los números TTY requieren un teléfono especial y son solo para las personas que tienen dificultades para oír o para hablar. Si no hay un número TTY indicado, puede intentar con el 711. La información en este Apéndice está vigente a partir del 08/05/2021.		
Estado:	Dirección de la agencia y sitio web:	Teléfono y horario:
Alabama	State Health Insurance Assistance Program (SHIP) Alabama Department of Senior Services RSA Tower 201 Monroe Street, Suite 350 Montgomery, AL 36104 http://www.alabamaageline.gov/	Línea gratuita: 1.800.243.5463 Línea gratuita: 1.877.425.2243 Local: 1.334.242.5743 Lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.
Alaska	State Health Insurance Assistance Program (SHIP) Alaska Medicare Information Office 550 W 7th Ave., Suite 1230 Anchorage, AK 99501 http://dhss.alaska.gov/dsds/Pages/medicare/default.aspx	Línea gratuita: 1.800.478.6065 <i>(solo dentro del estado)</i> Local: 1.907.269.3680 TTY: 1.800.770.8973 Lunes a viernes, de 8 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, MC 6288 Phoenix, AZ 85007 https://des.az.gov/services/older-adults/medicare-assistance	Línea gratuita: 1.800.432.4040 Local: 1.602.489.9635 Lunes a viernes, de 7 a. m. a 3:30 p. m., excepto días festivos
Arkansas	Senior Health Insurance Information Program Arkansas Insurance Department 1 Commerce Way Little Rock, AR 72202 https://insurance.arkansas.gov/pages/consumer-services/seniorhealth/	Línea gratuita: 1.800.224.6330 Local: 1.501.371.2782 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 TTY requieren un teléfono especial y son solo para las personas que tienen dificultades para oír o para hablar. Si no hay un número TTY indicado, puede intentar con el 711.		
Estado:	Dirección de la agencia y sitio web:	Teléfono y horario:
California	California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) California Department of Aging 1300 National Drive, Suite 200 Sacramento, CA 95834-1992 www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling	Línea gratuita: 1.800.434.0222
Colorado	Senior Health Insurance Assistance Program (SHIP) Colorado Division of Insurance 1560 Broadway, Suite 850 Denver, CO 80202 https://www.colorado.gov/pacific/dora/senior-healthcaremedicare	Línea gratuita: 1.888.696.7213 TTY: 711 Lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.
Connecticut	CHOICES 55 Farmington Ave., 12th Floor Hartford, CT 06105-3730 https://portal.ct.gov/AgingandDisability/Content-Pages/Programs/CHOICES-Connecticuts-program-for-Healthinsurance-assistance-Outreach-Information-and-referral-Couns	Línea gratuita: 1.800.994.9422 <i>(solo dentro del estado)</i> Local: 1.860.424.5274 los usuarios de TTY deben llamar al 1.860.247.0775 Lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 4:30 p. m.
Delaware	Delaware Medicare Assistance Bureau (DMAB) 1351 West North Street, Suite 101 Dover, DE 19904 https://insurance.delaware.gov/divisions/dmab/	Línea gratuita: 1.800.336.9500 Local: 1.302.674.7364 Lunes a viernes, de 8 a. m. a 4:30 p. m.
District of Columbia	State Health Insurance Assistance Program 250 E Street SW, 6th Floor Washington, DC 20024 https://dcoa.dc.gov/service/dc-state-health-insurance-assistanceprogram-ship	Local: 1.202.727.8370 De lunes a viernes, de 9 a. m. a 1 p. m.

Apéndice: Números de teléfono y recursos importantes

Programas Estatales de Asistencia de Seguros de Salud (SHIP)		
Los números TTY requieren un teléfono especial y son solo para las personas que tienen dificultades para oír o para hablar. Si no hay un número TTY indicado, puede intentar con el 711.		
Estado:	Dirección de la agencia y sitio web:	Teléfono y horario:
Florida	SHINE Program Florida Department of Elder Affairs 4040 Esplanade Way, Suite 270 Tallahassee, FL 32399-7000 http://www.floridashine.org/	Línea gratuita: 1.800.963.5337 TTY/TDD: 1.800.955.8770 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 http://www.mygeorgiacares.org/	Línea gratuita: 1.866.552.4464 <i>opción n.º 4</i> Local: 1.404.657.5258 De lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.
Hawaii	Hawaii SHIP Executive Office on Aging Department of Health No. 1 Capitol District 250 South Hotel Street, Suite 406 Honolulu, HI 96813-2831 https://www.hawaiiship.org	Línea gratuita: 1.888.875.9229 Local: 1.808.586.7299 TTY: 1.866.810.4379
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	Línea gratuita: 1.800.247.4422 Lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m., excepto días festivos
Illinois	Senior Health Insurance Program (SHIP) Illinois Department of Insurance One Natural Resources Way, Suite 100 Springfield, IL 62702-1271 https://www2.illinois.gov/aging/ship/Pages/default.aspx	Línea gratuita: 1.800.252.8966 TTY: 1.888.206.1327 Lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5 p. m.

Apéndice: Números de teléfono y recursos importantes

Programas Estatales de Asistencia de Seguros de Salud (SHIP)		
Los números TTY requieren un teléfono especial y son solo para las personas que tienen dificultades para oír o para hablar. Si no hay un número TTY indicado, puede intentar con el 711.		
Estado:	Dirección de la agencia y sitio web:	Teléfono y horario:
Indiana	State Health Insurance Assistance Program (SHIP) Indiana Department of Insurance 311 W. Washington Street, 2nd Floor Indianapolis, IN 46204-2787 www.medicare.in.gov	Línea gratuita: 1.800.452.4800 TDD: 1.866.846.0139 Lunes a viernes, de 8 a. m. a 4:30 p. m.
Iowa	Senior Health Insurance Information Program (SHIIP) Iowa Insurance Division 1963 Bell Avenue, Suite 100 Des Moines, IA 50315 www.shiip.state.ia.us	Línea gratuita: 1.800.351.4664 TTY: 1.800.735.2942 <i>(solo dentro del estado)</i> Lunes a viernes, de 8 a. m. a 4 p. m., excepto los días festivos 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-onaging/medicare-programs/shick	Línea gratuita: 1.800.860.5260 Línea gratuita: 1.800.432.3535 <i>(solo dentro del estado)</i> TTY: 1.800.766.3777 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 275 East Main Street 3E-E Frankfort, KY 40621 https://chfs.ky.gov/agencies/dail/Pages/ship.aspx	Línea gratuita: 1.877.293.7447 <i>opción n.º 2</i> Local: 1.502.564.6930 TTY: 1.888.642.1137 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 TTY requieren un teléfono especial y son solo para las personas que tienen dificultades para oír o para hablar. Si no hay un número TTY indicado, puede intentar con el 711.		
Estado:	Dirección de la agencia y sitio web:	Teléfono y horario:
Louisiana	Senior Health Insurance Information Program (SHIIP) Louisiana Department of Insurance P.O. Box 94214 Baton Rouge, LA 70802 http://www.lds.la.gov/consumers/senior-health-shiip	Línea gratuita: 1.800.259.5300 o 1.800.259.5301 <i>(solo dentro del estado)</i> Local: 1.225.342.5301 los usuarios de TTY deben llamar al 711 Lunes a viernes, de 8 a. m. a 4:30 p. m.
Maine	State Health Insurance Assistance Program 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	Línea gratuita: 1.800.262.2232 Local: 1.207.287.9200 TTY: 711 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-InsuranceProgram.aspx	Línea gratuita: 1.800.243.3425 <i>(solo dentro del estado)</i> Local: 1.410.767.1100 Desde fuera del estado: 1.844.627.5465 los usuarios de TTY deben llamar al 711 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, 5th Floor Boston, MA 02108 https://www.mass.gov/health-insurance-counseling	Línea gratuita: 1.800.243.4636 Local: 1.617.727.7750 TTY: 1.800.439.2370 Lunes a viernes, de 9 a. m. a 5 p. m.

Apéndice: Números de teléfono y recursos importantes

Programas Estatales de Asistencia de Seguros de Salud (SHIP)		
Los números TTY requieren un teléfono especial y son solo para las personas que tienen dificultades para oír o para hablar. Si no hay un número TTY indicado, puede intentar con el 711.		
Estado:	Dirección de la agencia y sitio web:	Teléfono y horario:
Michigan	Michigan Medicare/Medicaid Assistance Program (MMAP, Inc.) 6105 West St. Joseph Highway, Suite 204 Lansing, MI 48917 www.mmapinc.org	Línea gratuita: 1.800.803.7174 Local: 1.517.886.0899 De lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.
Minnesota	Senior LinkAge Line 540 Cedar Street St. Paul, MN 55164 http://mn.gov/senior-linkage-line/	Línea gratuita: 1.800.333.2433 los usuarios de TTY deben llamar al 711 Lunes a viernes, de 8 a. m. a 4:30 p. m.
Mississippi	State Health Insurance Assistance Program (SHIP) Mississippi Department of Human Services Division of Aging & Adult Services 200 South Lamar Street Jackson, MS 39201 http://www.mdhs.ms.gov/adults-seniors/	Línea gratuita: 1.844.822.4622 Local: 1.601.359.4500 los usuarios de TTY deben llamar al 711 Lunes a viernes, de 8 a. m. a 4:30 p. m.
Missouri	Missouri CLAIM 1105 Lakeview Avenue Columbia, MO 65201 www.missouricclaim.org	Línea gratuita: 1.800.390.3330 Local: 1.573.817.8300 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 1100 N Last Chance Gulch, 4th Floor Helena, MT 59601 https://dphhs.mt.gov/SLTC/aging/SHIP	Línea gratuita: 1.800.551.3191 los usuarios de TTY deben llamar al 1.800.253.4091 o 1.800.253.4093 Lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.

Apéndice: Números de teléfono y recursos importantes

Programas Estatales de Asistencia de Seguros de Salud (SHIP)		
Los números TTY requieren un teléfono especial y son solo para las personas que tienen dificultades para oír o para hablar. Si no hay un número TTY indicado, puede intentar con el 711.		
Estado:	Dirección de la agencia y sitio web:	Teléfono y horario:
Nebraska	Nebraska Senior Health Insurance Information Program (SHIIP) 2717 South 8th Street, Suite 4 Lincoln, NE 68502 www.doi.nebraska.gov/shiip	Línea gratuita: 1.800.234.7119 De lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.
Nevada	State Health Insurance Assistance Program (SHIP) 3416 Goni Road, Suite D-132 Carson City, NV 89706 http://adسد.nv.gov/Programs/Seniors/SHIP/SHIP_Prog/	Línea gratuita: 1.800.307.4444 Local: 1.702.486.3478
New Hampshire	State Health Insurance Assistance Program 105 Pleasant Street Concord, NH 03301 www.nh.gov/servicelink	Línea gratuita: 1.866.634.9412 los usuarios de TTY deben llamar al 711 Lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 4:30 p. m.
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/	Línea gratuita: 1.800.792.8820 <i>(solo dentro del estado)</i> 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	Línea gratuita: 1.800.432.2080 Local: 1.505.476.4799 TTY: 1.505.476.4937 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	Línea gratuita: 1.855.408.1212 Local: 1.919.807.6900 TTY: 1.800.735.2962 Lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.

Apéndice: Números de teléfono y recursos importantes

Programas Estatales de Asistencia de Seguros de Salud (SHIP)		
Los números TTY requieren un teléfono especial y son solo para las personas que tienen dificultades para oír o para hablar. Si no hay un número TTY indicado, puede intentar con el 711.		
Estado:	Dirección de la agencia y sitio web:	Teléfono y horario:
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	Línea gratuita: 1.888.575.6611 Local: 1.701.328.2440 TTY: 1.800.366.6888 Lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m., excepto los días festivos estatales
Ohio	Ohio Senior Health Insurance Information Program (OSHIIP) Ohio Department of Insurance 50 West Town Street, 3rd Floor, Suite 300 Columbus, OH 43215 https://insurance.ohio.gov/wps/portal/gov/odi/aboutus/divisions/oshiip#:~:text=The%20department%27s%20Ohio%20Senior%20Health%20Insurance%20Information%20Program,%28Part%20D%29%2C%20Medicare%20Advantage%20options%2C%20Medicare%20supplement%20insurance.	Línea gratuita: 1.800.686.1578 Local: 1.614.644.2673 TTY: 711 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 https://www.oid.ok.gov/consumers/information-forseniors/senior-health-insurance-counseling-program-ship/	Línea gratuita: 1.800.763.2828 <i>(solo dentro del estado)</i> Local: 1.405.521.6628 Lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m., excepto los días festivos estatales
Oregon	Senior Health Insurance Benefits Advisors (SHIBA) 350 Winter Street NE Salem, OR 97309-0405 http://healthcare.oregon.gov/shiba/Pages/index.aspx	Línea gratuita: 1.800.722.4134 Local: 1.503.947.7979 De lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.

Apéndice: Números de teléfono y recursos importantes

Programas Estatales de Asistencia de Seguros de Salud (SHIP)		
Los números TTY requieren un teléfono especial y son solo para las personas que tienen dificultades para oír o para hablar. Si no hay un número TTY indicado, puede intentar con el 711.		
Estado:	Dirección de la agencia y sitio web:	Teléfono y horario:
Pennsylvania	Pennsylvania Medicare Education and Decision Insight PA MEDI Pennsylvania Department of Aging 555 Walnut Street, 5th Floor Harrisburg, PA 17101-1919 https://www.aging.pa.gov/	Línea gratuita: 1.800.783.7067 Local: 1.717.783.1550 De lunes a viernes, de 8 a. m. a 4 p. m.
Rhode Island	Health Insurance Assistance Program (SHIP) Office of Healthy Aging 25 Howard Avenue, Bldg. 57 Cranston, RI 02920 http://www.dea.ri.gov/	Línea gratuita: 1.888.884.8721 Local: 1.401.462.3000 TTY: 1.401.462.0740 Lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 4 p. m.
South Carolina	South Carolina Department on Aging 1301 Gervais Street, Suite 350 Columbia, SC 29201 https://aging.sc.gov/	Línea gratuita: 1.800.868.9095 Local: 1.803.734.9900 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	Línea gratuita: 1.800.536.8197 Local: 1.605.333.3314 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	Línea gratuita: 1.877.801.0044 Local: 1.615.741.2056 TTY: 1.800.848.0299 Lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.

Apéndice: Números de teléfono y recursos importantes

Programas Estatales de Asistencia de Seguros de Salud (SHIP)		
Los números TTY requieren un teléfono especial y son solo para las personas que tienen dificultades para oír o para hablar. Si no hay un número TTY indicado, puede intentar con el 711.		
Estado:	Dirección de la agencia y sitio web:	Teléfono y horario:
Texas	Health Information Counseling and Advocacy Program (HICAP) – Texas Health and Human Services Commission P.O. Box 149030 Austin, TX 78714-9030 https://hhs.texas.gov/services/health/medicare	Línea gratuita: 1.800.252.9240 los usuarios de TTY deben llamar al 1.800.735.2989 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	Línea gratuita: 1.800.541.7735 Local: 1.801.538.3910 De lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.
Vermont	State Health Insurance Program (SHIP) 875 Roosevelt Hwy, Suite 210 Colchester, VT 05446 http://asd.vermont.gov/services/ship	Línea gratuita: 1.800.642.5119 <i>(solo dentro del estado)</i> Local: 1.802.865.0360 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	Línea gratuita: 1.800.552.3402 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/advocatefor-consumers/shiba/	Línea gratuita: 1.800.562.6900 TTY: 1.360.586.0241 Lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m., excepto días festivos

Apéndice: Números de teléfono y recursos importantes

Programas Estatales de Asistencia de Seguros de Salud (SHIP)		
Los números TTY requieren un teléfono especial y son solo para las personas que tienen dificultades para oír o para hablar. Si no hay un número TTY indicado, puede intentar con el 711.		
Estado:	Dirección de la agencia y sitio web:	Teléfono y horario:
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	Línea gratuita: 1.877.987.4463 Local: 1.304.558.3317 Lunes a viernes, de 8 a. m. a 4 p. m.
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	Línea gratuita: 1.800.242.1060 Local: 1.608.266.1865 TTY: 1.888.701.1251 Lunes a viernes, de 8 a. m. a 4:30 p. m.
Wyoming	Wyoming State Health Insurance Information Program (WSHIIP) 106 West Adams Avenue Riverton, WY 82501 http://www.wyomingseniors.com/services/wyoming-statehealth-insurance-information-program	Línea gratuita: 1.800.856.4398 Local: 1.307.856.6880 Lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.

Apéndice: Números de teléfono y recursos importantes

Organizaciones de Mejora de la Calidad		
<p>Los números TTY requieren un teléfono especial y son solo para las personas que tienen dificultades para oír o para hablar. Si no hay un número TTY indicado, puede intentar con el 711. La información en este Apéndice está vigente a partir del 08/05/2021.</p>		
Región:	Dirección de la agencia y sitio web:	Teléfono y horario:
Región 1	KEPRO 5201 W. Kennedy Blvd., Suite 900 Tampa, FL 33609 https://www.keproqio.com/	Línea gratuita: 1.888.319.8452 Local: 1.216.447.9604 los usuarios de TTY deben llamar al 711 Fax: 1.844.878.7921 Lunes a viernes, de 9 a. m. a 5 p. m., hora local Fines de semana y días festivos de 11 a. m. a 3 p. m. hora local
En la región 1 se encuentran Connecticut, Maine, Massachusetts, New Hampshire, Rhode Island y Vermont.		
Región 2	Livanta, LLC BFCC-QIO 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701-1105 https://www.livantaqio.com	Línea gratuita: 1.866.815.5440 TTY: 1.866.868.2289 Fax: 1.855.236.2423 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 Buzón de voz disponible las 24 horas
En la región 2 se encuentra New Jersey.		
Región 3	Livanta, LLC BFCC-QIO 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701-1105 https://www.livantaqio.com	Línea gratuita: 1.888.396.4646 TTY: 1.888.985.2660 Fax: 1.855.236.2423 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 Buzón de voz disponible las 24 horas
En la región 3 se encuentran Delaware, District of Columbia, Maryland, Pennsylvania, Virginia y West Virginia.		

Apéndice: Números de teléfono y recursos importantes

Organizaciones de Mejora de la Calidad		
Los números TTY requieren un teléfono especial y son solo para las personas que tienen dificultades para oír o para hablar. Si no hay un número TTY indicado, puede intentar con el 711.		
Región:	Dirección de la agencia y sitio web:	Teléfono y horario:
Región 4	KEPRO 5201 W. Kennedy Blvd., Suite 900 Tampa, FL 33609 https://www.keproqio.com/	Línea gratuita: 1.888.317.0751 Local: 1.813.280.8256 los usuarios de TTY deben llamar al 711 Fax: 1.844.878.7921 Lunes a viernes, de 9 a. m. a 5 p. m., hora local Fines de semana y días festivos de 11 a. m. a 3 p. m., hora local
En la región 4 se encuentran 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	Línea gratuita: 1.888.524.9900 TTY: 1.888.985.8775 Fax: 1.855.236.2423 Lunes a viernes, de 9 a. m. a 5 p. m., hora local Fines de semana y días festivos de 11 a. m. a 3 p. m., hora local Buzón de voz disponible las 24 horas
En la región 5 se encuentran Illinois, Indiana, Michigan, Minnesota, Ohio y Wisconsin.		
Región 6	KEPRO 5201 W. Kennedy Blvd., Suite 900 Tampa, FL 33609 https://www.keproqio.com/	Línea gratuita: 1.888.315.0636 Local: 1.813.280.8256 TTY: 1.855.843.4776 Fax: 1.844.878.7921 Lunes a viernes, de 9 a. m. a 5 p. m., hora local Fines de semana y días festivos de 11 a. m. a 3 p. m., hora local
En la región 6 se encuentran Arkansas, Louisiana, New Mexico, Oklahoma y Texas.		

Apéndice: Números de teléfono y recursos importantes

Organizaciones de Mejora de la Calidad		
Los números TTY requieren un teléfono especial y son solo para las personas que tienen dificultades para oír o para hablar. Si no hay un número TTY indicado, puede intentar con el 711.		
Región:	Dirección de la agencia y sitio web:	Teléfono y horario:
Región 7	Livanta, LLC BFCC-QIO 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701-1105 https://www.livantaqio.com	Línea gratuita: 1.888.755.5580 TTY: 1.888.985.9295 Fax: 1.855.694.2929 Lunes a viernes, de 9 a. m. a 5 p. m., hora local Fines de semana y días festivos de 11 a. m. a 3 p. m., hora local Buzón de voz disponible las 24 horas
En la región 7 se encuentran Iowa, Kansas, Missouri y Nebraska.		
Región 8	KEPRO 5201 W. Kennedy Blvd., Suite 900 Tampa, FL 33609 https://www.keproqio.com/	Línea gratuita: 1.888.317.0891 Local: 1.216.447.9604 los usuarios de TTY deben llamar al 711 Fax: 1.844.878.7921 Lunes a viernes, de 9 a. m. a 5 p. m., hora local Fines de semana y días festivos de 11 a. m. a 3 p. m. hora local
En la región 8 se encuentran 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	Línea gratuita: 1.877.588.1123 TTY: 1.855.887.6668 Fax: 1.855.694.2929 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 Buzón de voz disponible las 24 horas
La Región 9 incluye Arizona, California, Hawaii y Nevada.		

Apéndice: Números de teléfono y recursos importantes**Organizaciones de Mejora de la Calidad**

Los números TTY requieren un teléfono especial y son solo para las personas que tienen dificultades para oír o para hablar. Si no hay un número TTY indicado, puede intentar con el 711.

Región:	Dirección de la agencia y sitio web:	Teléfono y horario:
Región 10	KEPRO 5201 W. Kennedy Blvd., Suite 900 Tampa, FL 33609 https://www.keproqio.com/	Línea gratuita: 1.888.305.6759 Local: 1.216.447.9604 los usuarios de TTY deben llamar al 711 Fax: 1.844.878.7921 Lunes a viernes, de 9 a. m. a 5 p. m., hora local Fines de semana y días festivos de 11 a. m. a 3 p. m. hora local

En la región 10 se encuentran Alaska, Idaho, Oregon y Washington.

Apéndice: Números de teléfono y recursos importantes

Oficinas Estatales de Medicaid		
Los números TTY requieren un teléfono especial y son solo para las personas que tienen dificultades para oír o para hablar. Si no hay un número TTY indicado, puede intentar con el 711. La información en este Apéndice está vigente a partir del 08/05/2021.		
Estado:	Dirección de la agencia y sitio web:	Teléfono y horario:
Alabama	Alabama Medicaid Agency P.O. Box 5624 Montgomery, AL 36103-5624 http://www.medicaid.alabama.gov	Línea gratuita: 1.800.362.1504 Local: 1.334.242.5000 Lunes a viernes, de 7 a. m. a 8 p. m., sábados de 9 a. m. a 5 p. m. Cerrado los días festivos
Alaska	Alaska Department of Health and Social Services 3901 Old Seward Highway, Suite 131 Anchorage, AK 99503 http://dhss.alaska.gov/	Línea gratuita: 1.800.478.7778 los usuarios de TTY deben llamar al 1.907.586.4265 Lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.
Arizona	Arizona Health Care Cost Containment System (Arizona Medicaid Program) 801 East Jefferson Street Phoenix, AZ 85034 http://www.azahcccs.gov/	Línea gratuita: 1.855.432.7587 Local: 1.602.417.4000 los usuarios de TTY deben llamar al 1.800.842.6520 Lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.
Arkansas	Division of Medical Services P.O. Box 1437, Slot S401 Little Rock, AR 72203-1437 https://humanservices.arkansas.gov/divisions-sharedservices/medical-services/contact-dms-2/	Línea gratuita: 1.800.482.8988 Local: 1.501.682.8233 Lunes a viernes, de 8 a. m. a 4:30 p. m.
California	Medi-Cal Dept. of Health Care Services/Beneficiary Services Ctr. P.O. Box 138008 Sacramento, CA 95813-8008 http://www.dhcs.ca.gov	Local: 1.916.552.9200 Lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. Cerrado los días festivos

Apéndice: Números de teléfono y recursos importantes

Oficinas Estatales de Medicaid		
Los números TTY requieren un teléfono especial y son solo para las personas que tienen dificultades para oír o para hablar. Si no hay un número TTY indicado, puede intentar con el 711.		
Estado:	Dirección de la agencia y sitio web:	Teléfono y horario:
Colorado	Department of Health Care Policy and Financing 1570 Grant Street Denver, CO 80203-1818 http://www.colorado.gov/hcpf	Línea gratuita: 1.800.221.3943 Local: 1.303.866.2993 TTY: 711 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 días festivos
Connecticut	Husky Health Program c/o Department of Social Services 55 Farmington Avenue Hartford, CT 06105 http://www.ct.gov/hh/site/default.asp	Línea gratuita: 1.877.284.8759 TTY: 1.866.492.5276 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/	Línea gratuita: 1.866.843.7212 Local: 1.302.571.4900 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/	Local: 1.202.442.5988 TTY: 711 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/	Línea gratuita: 1.877.711.3662 TDD: 1.866.467.4970 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 NW Atlanta, GA 30303 https://medicaid.georgia.gov	Local: 1.404.656.4507 Lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.

Apéndice: Números de teléfono y recursos importantes

Oficinas Estatales de Medicaid		
Los números TTY requieren un teléfono especial y son solo para las personas que tienen dificultades para oír o para hablar. Si no hay un número TTY indicado, puede intentar con el 711.		
Estado:	Dirección de la agencia y sitio web:	Teléfono y horario:
Hawaii	Med-QUEST P.O. Box 3490 Honolulu, HI 96811 www.medquest.hawaii.gov	Local: 1.808.524.3370 TTY/TDD: 1.808.692.7182 (Oahu) Línea gratuita: 1.800.316.8005 TTY/TDD: 1.800.603.1201 (Islas vecinas) Lunes a viernes, de 7:45 a. m. 4:30 p. m. Cerrado los días festivos
Idaho	Idaho Department of Health and Welfare P.O. Box 83720 Boise, ID 83720-0036 http://www.healthandwelfare.idaho.gov	Local: 1.877.456.1233 TTY/TDD: 1.888.791.3004 Lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.
Illinois	Illinois Department of Human Services Administrative Offices 100 South Grand Avenue East Springfield, IL 62704 https://www.dhs.state.il.us/page.aspx	Línea gratuita: 1.800.843.6154 los usuarios de TTY deben llamar al 1.866.324.5553 Lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.
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/	Línea gratuita: 1.800.403.0864 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	Línea gratuita: 1.800.338.8366 Local: 1.515.256.4606 TTY: 1.800.735.2942 Lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.

Apéndice: Números de teléfono y recursos importantes

Oficinas Estatales de Medicaid		
Los números TTY requieren un teléfono especial y son solo para las personas que tienen dificultades para oír o para hablar. Si no hay un número TTY indicado, puede intentar con el 711.		
Estado:	Dirección de la agencia y sitio web:	Teléfono y horario:
Kansas	Kansas Medical Assistance Program P.O. Box 3571 Topeka, KS 6660 http://www.kancare.ks.gov/	Línea gratuita: 1.866.305.5147 los usuarios de TTY deben llamar al 1.800.766.3777 Lunes a viernes, de 7:30 a. m. a 5:30 p. m.
Kentucky	Department for Medicaid Services 275 East Main Street 6W-A Frankfort, KY 40601 http://chfs.ky.gov/agencies/dms/Pages/default.aspx	Línea gratuita: 1.800.635.2570 Local: 1.502.564.4321 Lunes a viernes, de 8 a. m. a 7 p. m.
Louisiana	Department of Health P.O. Box 629 Baton Rouge, LA 70821-0629 http://www.dhh.louisiana.gov	Línea gratuita: 1.888.342.6207 Local: 1.225.342.9500 Lunes a viernes, de 8 a. m. a 4:30 p. m.
Maine	Office for Family Independence 114 Corn Shop Lane Farmington, ME 04938 http://mainecare.maine.gov	Línea gratuita: 1.800.977.6740 Línea gratuita: 1.855.797.4357 los usuarios de TTY deben llamar al 711 Lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.
Maryland	Department of Health and Mental Hygiene 201 West Preston Street Baltimore, MD 21201-2399 http://mmcp.dhmh.maryland.gov/	Línea gratuita: 1.877.463.3464 Local: 1.410.767.6500 Lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5 p. m.
Massachusetts	MassHealth Office of Medicaid 100 Hancock St., 6th Floor Quincy, MA 02171 http://www.mass.gov/masshealth	Línea gratuita: 1.800.841.2900 los usuarios de TTY deben llamar al 1.800.497.4648 Lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.

Apéndice: Números de teléfono y recursos importantes

Oficinas Estatales de Medicaid		
Los números TTY requieren un teléfono especial y son solo para las personas que tienen dificultades para oír o para hablar. Si no hay un número TTY indicado, puede intentar con el 711.		
Estado:	Dirección de la agencia y sitio web:	Teléfono y horario:
Michigan	Michigan Department of Health and Human Services Medicaid Program 333 S. Grand Avenue P.O. Box 30195 Lansing, MI 48909 www.michigan.gov/medicaid	Línea gratuita: 1.800.642.3195 los usuarios de TTY deben llamar al 711 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	Línea gratuita: 1.800.657.3739 Local: 1.651.431.2670 TTY: 1.800.627.3529 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 http://www.medicaid.ms.gov	Línea gratuita: 1.800.421.2408 Local: 1.601.359.6050 TTY: 1.228.206.6062 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	Línea gratuita: 1.800.392.2161 Local: 1.573.751.3425 TTY: 1.800.735.2966 Lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.
Montana	Department of Public Health and Human Services Health Resources Division Cogswell Building, 1400 East Broadway Helena, MT 59601-5231 http://www.dphhs.mt.gov/	Línea gratuita: 1.888.706.1535 los usuarios de TTY deben llamar al 1.800.833.8503 Lunes a viernes, de 7 a. m. a 6 p. m.

Apéndice: Números de teléfono y recursos importantes

Oficinas Estatales de Medicaid		
Los números TTY requieren un teléfono especial y son solo para las personas que tienen dificultades para oír o para hablar. Si no hay un número TTY indicado, puede intentar con el 711.		
Estado:	Dirección de la agencia y sitio web:	Teléfono y horario:
Nebraska	Nebraska Department of Health and Human Services P.O. Box 95026 Lincoln, NE 68509-5026 http://dhhs.ne.gov/	Línea gratuita: 1.855.632.7633 Local: 1.402.473.7000 <i>(Lincoln)</i> Local: 1.402.595.1178 <i>(Omaha)</i> los usuarios de TTY deben llamar al 1.402.471.7256 Lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.
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/	Línea gratuita: 1.877.638.3472 TTY: 711 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.nh.gov/index.htm	Línea gratuita: 1.800.852.3345 <i>extensión 4344</i> <i>(solo dentro del estado)</i> Local: 1.603.271.4344 TDD: 1.800.735.2964 Lunes a viernes, de 8 a. m. a 4:30 p. m.
New Jersey	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	Línea gratuita: 1.800.356.1561 <i>(solo dentro del estado)</i> los usuarios de TTY deben llamar al 711 Lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 4:45 p. m.
New Mexico	NM Human Services Department Medical Assistance Division P.O. Box 2348 Santa Fe, NM 87504-2348 https://www.hsd.state.nm.us/	Línea gratuita: 1.800.283.4465 los usuarios de TTY deben llamar al 1.855.227.5485 Lunes a viernes, de 8 a. m. a 4:30 p. m.

Apéndice: Números de teléfono y recursos importantes

Oficinas Estatales de Medicaid		
Los números TTY requieren un teléfono especial y son solo para las personas que tienen dificultades para oír o para hablar. Si no hay un número TTY indicado, puede intentar con el 711.		
Estado:	Dirección de la agencia y sitio web:	Teléfono y horario:
North Carolina	North Carolina Medicaid Division of Health Benefits 2501 Mail Service Center Raleigh, NC 27699-2501 http://www.ncdhhs.gov/dma	Línea gratuita: 1.888.245.0179 Local: 1.919.855.4100 Lunes a viernes, 8 a. m. – 5 p. m. Cerrado los días festivos
North Dakota	Medical Services Division North Dakota Department of Human Services 600 East Boulevard Avenue, Department 325 Bismarck, ND 58505-0250 http://www.nd.gov/dhs	Línea gratuita: 1.800.755.2604 Local: 1.701.328.7068 los usuarios de TTY deben llamar al 1.800.366.6888 Lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.
Ohio	Department of Medicaid 50 West Town Street, Suite 400 Columbus, OH 43215 http://medicaid.ohio.gov/	Línea gratuita: 1.800.324.8680 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/	Línea gratuita: 1.800.987.7767 Local: 1.405.522.7300 TTY: 711 Lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.
Oregon	Oregon Health Plan Health Systems Division 500 Summer Street, NE, E-20 Salem, OR 97301-1097 http://www.oregon.gov/oha/Pages/Contact-Us.aspx	Línea gratuita: 1.800.527.5772 Local: 1.503.945.5772 TTY: 711 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/	Línea gratuita: 1.800.842.2020 los usuarios de TTY deben llamar al 711 Lunes a viernes, de 8:30 a. m. 4:30 p. m.

Apéndice: Números de teléfono y recursos importantes

Oficinas Estatales de Medicaid		
Los números TTY requieren un teléfono especial y son solo para las personas que tienen dificultades para oír o para hablar. Si no hay un número TTY indicado, puede intentar con el 711.		
Estado:	Dirección de la agencia y sitio web:	Teléfono y horario:
Rhode Island	Rhode Island Executive Office of Health and Human Services 3 West Road Cranston, RI 02920 http://www.dhs.ri.gov	Local: 1.401.784.8100 TTY: 1.800.745.5555 Lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.
South Carolina	Department of Health and Human Services P.O. Box 8206 Columbia, SC 29202-8206 http://www.scdhhs.gov	Línea gratuita: 1.888.549.0820 TTY: 1.888.842.3620 Lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m.
South Dakota	Department of Social Services Attn: Medicaid 700 Governors Drive Pierre, SD 57501 http://dss.sd.gov	Local: 1.605.773.4678 Local: 1.605.668.3100 Lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.
Tennessee	TennCare 310 Great Circle Road Nashville, TN 37243 http://www.tn.gov/tenncare/	Línea gratuita: 1.855.259.0701 Línea gratuita: 1.800.342.3145 los usuarios de TTY deben llamar al 1.800.848.0298 Lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.
Texas	Texas Health and Human Services Commission P.O. Box 149024 Austin, TX 78714-9024 http://yourtexasbenefits.com	Línea gratuita: 1.800.335.8957 Línea gratuita: 1.800.252.8263 TTY: 711 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/	Línea gratuita: 1.800.662.9651 Local: 1.801.538.6155 (Área de Salt Lake City) Lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. Jueves, 11 a. m. – 5 p. m. Cerrado los días festivos

Apéndice: Números de teléfono y recursos importantes

Oficinas Estatales de Medicaid		
Los números TTY requieren un teléfono especial y son solo para las personas que tienen dificultades para oír o para hablar. Si no hay un número TTY indicado, puede intentar con el 711.		
Estado:	Dirección de la agencia y sitio web:	Teléfono y horario:
Vermont	Green Mountain Care Health Access Member Services Department of Vermont Health Access 280 Estado Drive Waterbury, VT 05671-1010 http://www.greenmountaincare.org/	Local: 1.800.250.8427 los usuarios de TTY deben llamar al 711 Lunes a viernes, de 8 a. m. a 4:30 p. m. Cerrado los días festivos
Virginia	Department of Medical Assistance Services 600 East Broad Street Richmond, VA 23219 http://www.dmas.virginia.gov/	Línea gratuita: 1.855.242.8282 TDD: 1.888.221.1590 Lunes a viernes, de 8 a. m. a 7 p. m., sábados 9 a. m. – 12 p. m.
Washington	Washington State Health Care Authority Cherry Street Plaza 626 8th Avenue SE Olympia, WA 98501 http://www.hca.wa.gov/medicaid/Pages/index.aspx	Línea gratuita: 1.800.562.3022 TTY: 711 Lunes a viernes, de 7 a. m. a 5 p. m. Cerrado los días festivos
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	Local: 1.304.558.1700 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/	Línea gratuita: 1.800.362.3002 los usuarios de TTY deben llamar al 711 Lunes a viernes, de 8 a. m. a 4 p. m.
Wyoming	Wyoming Department of Health 122 W 25th St., 4th Floor West Cheyenne, WY 82001 http://www.health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/	Línea gratuita: 1.855.294.2127 los usuarios de TTY deben llamar al 1.855.329.5204 Lunes a viernes, de 7 a. m. a 6 p. m. Cerrado los días festivos

Apéndice: Números de teléfono y recursos importantes

Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica (SPAP)		
<p>Los números TTY requieren un teléfono especial y son solo para las personas que tienen dificultades para oír o para hablar. Si no hay un número TTY indicado, puede intentar con el 711. La información en este Apéndice está vigente a partir del 08/05/2021.</p>		
Estado:	Dirección de la agencia y sitio web:	Teléfono y horario:
Colorado	Bridging the Gap Colorado Department of Public Health and Environment 4300 Cherry Creek Drive South Denver, CO 80246-1530 https://cdphe.colorado.gov/state-drug-assistance-program	Local: 1.303.692.2716 Lunes a viernes, 9 a. m. – 5 p. m.
Delaware	Chronic Renal Disease Program (CRDP) Milford State Service Center at Riverwalk 253 NE Front Street Milford, DE 19963 www.dhss.delaware.gov/dhss/dmma/crdprog.html	Línea gratuita: 1.800.464.4357 <i>(solo dentro del estado)</i> Local: 1.302.424.7180 Lunes a viernes, de 8 a. m. a 4:30 p. m.
Delaware	Delaware Prescription Assistance Program P.O. Box 950 New Castle, DE 19720 http://dhss.delaware.gov/dhss/dmma/dpap.html	Línea gratuita: 1.844.245.9580 <i>(opción 2)</i> 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, 4th Floor P.O. Box 83720 Boise, ID 83720-0036 http://healthandwelfare.idaho.gov/Health/FamilyPlanningSTDHIV/HIVCareandTreatment/tabid/391/Default.aspx	Línea gratuita: 1.800.926.2588 Local: 1.208.334.5612 TTY/TDD: 1.208.332.7205 Lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.
Indiana	HoosierRx P.O. Box 6224 Indianapolis, IN 46206-6224 https://payingforseniorcare.com/pharmaceutical-assistance/inhoosierx.html	Línea gratuita: 1.866.267.4679 Local: 1.317.234.1381 Lunes a viernes, de 7 a. m. a 3 p. m.

Apéndice: Números de teléfono y recursos importantes

Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica (SPAP)		
Los números TTY requieren un teléfono especial y son solo para las personas que tienen dificultades para oír o para hablar. Si no hay un número TTY indicado, puede intentar con el 711.		
Estado:	Dirección de la agencia y sitio web:	Teléfono y horario:
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/	Línea gratuita: 1.800.262.2232 Local: 1.207.287.9200 TTY: 711 Lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.
Maryland	Maryland Senior Prescription Drug Assistance Program (SPDAP) c/o International Software Systems, Inc. P.O. Box 749 Greenbelt, MD 20768-0749 http://marylandspdap.com	Línea gratuita: 1.800.551.5995 TTY: 1.800.877.5156 Lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.
Maryland	Kidney Disease Program 201 West Preston Street, Room SS-3 Baltimore, MD 21201 https://mmcp.health.maryland.gov/familyplanning/Pages/kidneydisease.aspx	Local: 1.410.767.5000 Lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5 p. m. (excepto los días festivos estatales)
Massachusetts	Prescription Advantage P.O. Box 15153 Worcester, MA 01615-0153 www.prescriptionadvantagemma.org	Línea gratuita: 1.800.243.4636 (opción 3) los usuarios de TTY deben llamar al 1.877.610.0241 Lunes a viernes, 9 a. m. – 5 p. m.
Missouri	Missouri Rx Plan P.O. Box 6500 Jefferson City, MO 65102-6500 www.payingforseniorcare.com/missouri/missouri-rx-plan	Línea gratuita: 1.800.375.1406 Lunes a viernes, de 7 a. m. a 6 p. m.
Montana	Big Sky Rx Program P.O. Box 202915 Helena, MT 59620-2915 www.bigskyrx.mt.gov	Línea gratuita: 1.866.369.1233 Local: 1.406.444.1233 TTY: 711 Lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.

Apéndice: Números de teléfono y recursos importantes

Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica (SPAP)		
Los números TTY requieren un teléfono especial y son solo para las personas que tienen dificultades para oír o para hablar. Si no hay un número TTY indicado, puede intentar con el 711.		
Estado:	Dirección de la agencia y sitio web:	Teléfono y horario:
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	Línea gratuita: 1.888.866.0328 Local: 1.406.444.3964 Lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.
Montana	Department of Public Health and Human Services HIV/STD/Viral Hepatitis Prevention Bureau Cogswell Building 1400 E. Broadway, Room C-211 Helena, MT 59620 https://dphhs.mt.gov/publichealth/hivstd	Local: 1.406.444.3565 los usuarios de TTY deben llamar al 711 Lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.
Nevada	Senior Rx Program 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/	Línea gratuita: 1.866.303.6323 (opción 2) Local: 1.775.687.4210 (Reno, Carson City, Gardnerville) 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/	Línea gratuita: 1.800.792.9745 Las 24 horas del día, los 7 días de la semana, sistema automatizado
North Carolina	North Carolina HIV SPAP 1902 Mail Service Center Raleigh, NC 27699-1902 http://epi.publichealth.nc.gov/cd/hiv/hmap.html o http://www.ramsellcorp.com/individuals/nc.aspx	Línea gratuita: 1.877.466.2232 (solo dentro del estado) Local: 1.919.733.9161 Lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.

Apéndice: Números de teléfono y recursos importantes

Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica (SPAP)		
Los números TTY requieren un teléfono especial y son solo para las personas que tienen dificultades para oír o para hablar. Si no hay un número TTY indicado, puede intentar con el 711.		
Estado:	Dirección de la agencia y sitio web:	Teléfono y horario:
Pennsylvania	Chronic Renal Disease Program Pennsylvania Department of Health Eligibility Unit P.O. Box 8811 Harrisburg, PA 17105-8811 http://www.health.pa.gov/spbp	Línea gratuita: 1.800.225.7223 los usuarios de TTY deben llamar al 1.800.222.9004 Lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5 p. m.
Pennsylvania	PACE/PACENET Program Bureau of Pharmaceutical Assistance P.O. Box 8807 Harrisburg, PA 17105-8807 https://pacecares.magellanhealth.com/	Línea gratuita: 1.800.225.7223 los usuarios de TTY deben llamar al 1.800.222.9004 Lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5 p. m.
Pennsylvania	Special Pharmaceutical Benefits Program (SPBP) P.O. Box 8808 Harrisburg, PA 17105-8808 https://www.health.pa.gov/topics/programs/HIV/Pages/Special-Pharmaceutical-Benefits.aspx	Línea gratuita: 1.800.922.9384 los usuarios de TTY deben llamar al 1.800.222.9004 Lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5 p. m.
Rhode Island	Rhode Island Pharmaceutical Assistance to the Elderly (RIPAE) Program Attn: RIPAE, Rhode Island Department of Human Services Office of Healthy Aging 57 Howard Avenue, Louis Pasteur Building, 2nd Floor Cranston, RI 02920 http://oha.ri.gov/	Local: 1.401.462.3000 TTY: 1.401.462.0740 Lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 4 p. m.
Texas	Kidney Health Care Program (KHC) Office of Primary and Specialty Health, MC 1938 P.O. Box 149347 Austin, TX 78714-9347 https://hhs.texas.gov/services/health/kidney-health-care	Línea gratuita: 1.800.222.3986 Local: 1.512.776.7150 los usuarios de TTY deben llamar al 1.800.735.2989 o 711 Lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.

Apéndice: Números de teléfono y recursos importantes

Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica (SPAP)		
Los números TTY requieren un teléfono especial y son solo para las personas que tienen dificultades para oír o para hablar. Si no hay un número TTY indicado, puede intentar con el 711.		
Estado:	Dirección de la agencia y sitio web:	Teléfono y horario:
Vermont	VPharm/Healthy Vermonters 280 Estado Drive Waterbury, VT 05671-1500 https://www.payingforseniorcare.com/vermont/vpharm-vhapvscript	Línea gratuita: 1.800.250.8427 TTY: 1.888.834.7898 Lunes a viernes, de 8 a. m. a 4:30 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-SPAPVirginiaStatePharmAssistPrm.php	Línea gratuita: 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	Línea gratuita: 1.800.877.5187 Lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.
Wisconsin	Wisconsin Chronic Disease Program Attn: Eligibility Unit P.O. Box 6410 Madison, WI 53716-0410 https://www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/wcdp.htm	Línea gratuita: 1.800.362.3002 Lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m.
Wisconsin	Wisconsin SeniorCare P.O. Box 6710 Madison, WI 53716-0710 www.dhs.wisconsin.gov/seniorcare	Línea gratuita: 1.800.657.2038 los usuarios de TTY deben llamar al 711 Lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m.

Apéndice: Números de teléfono y recursos importantes

Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA		
Los números TTY requieren un teléfono especial y son solo para las personas que tienen dificultades para oír o para hablar. Si no hay un número TTY indicado, puede intentar con el 711. La información en este Apéndice está vigente a partir del 08/05/2021.		
Estado:	Dirección de la agencia y sitio web:	Teléfono y horario:
Alabama	Alabama AIDS Drug Assistance Program Alabama Department of Public Health Office of HIV Prevention and Care, The RSA Tower 201 Monroe Street, Suite 1400 Montgomery, AL 36104 http://www.alabamapublichealth.gov/hiv/adap.html	Línea gratuita: 1.866.574.9964 Lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. (excepto los días festivos estatales)
Alaska	Alaskan Aids Assistance Association 1057 W. Fireweed Lane, Suite 102 Anchorage, AK 99503 http://www.alaskanids.org/	Línea gratuita: 1.800.478.2437 Local: 1.907.263.2050 Lunes a viernes, 9 a. m. – 5 p. m.
Arizona	Arizona Department of Health Services 150 N. 18th Avenue, Suite 110 Phoenix, AZ 85007 https://www.azdhs.gov/preparedness/epidemiology-diseasecontrol/disease-integration-services/index.php	Línea gratuita: 1.800.334.1540 Local: 1.602.364.3610 Lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. (excepto los días festivos estatales)
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/programsservices/topics/ryan-white-faqs	Línea gratuita: 1.800.462.0599 Local: 1.501.661.2408 Lunes a viernes, de 8 a. m. a 4:30 p. m.
California	Office of AIDS Center for Infectious Diseases California Department of Public Health MS 7700, P.O. Box 997426 Sacramento, CA 95899-7426 https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OAadap.a.spx	Línea gratuita: 1.844.421.7050 Local: 1.916.558.1784 Lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. (excepto los días festivos)

Apéndice: Números de teléfono y recursos importantes

Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA		
Los números TTY requieren un teléfono especial y son solo para las personas que tienen dificultades para oír o para hablar. Si no hay un número TTY indicado, puede intentar con el 711.		
Estado:	Dirección de la agencia y sitio web:	Teléfono y horario:
Colorado	Colorado Department of Public Health & Environment ADAP Enrollment – A3 4300 Cherry Creek Drive South Denver, CO 80246 https://www.colorado.gov/pacific/cdphe/state-drug-assistanceprogram	Local: 1.303.692.2716 Lunes a viernes, 9 a. m. – 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/	Línea gratuita: 1.800.424.3310 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	Local: 1.302.744.1050 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	Local: 1.202.671.4900 TTY: 711 Lunes a viernes, de 8:15 a. m. a 4:45 p. m. (excepto los días festivos del Distrito)
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-andconditions/aids/adap/index.html	Línea gratuita: 1.800.352.2437 TTY: 1.888.503.7118 Lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.
Georgia	Georgia Department of Public Health Office of HIV/AIDS 2 Peachtree Street, NW Atlanta, GA 30303 https://dph.georgia.gov/office-hivaids	Local: 1.404.657.3100 Lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.

Apéndice: Números de teléfono y recursos importantes

Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA		
Los números TTY requieren un teléfono especial y son solo para las personas que tienen dificultades para oír o para hablar. Si no hay un número TTY indicado, puede intentar con el 711.		
Estado:	Dirección de la agencia y sitio web:	Teléfono y horario:
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/	Local: 1.808.733.9360 los usuarios de TTY deben llamar al 711 Lunes a viernes, de 7:45 a. m. 4:30 p. m. (excepto los días festivos estatales)
Idaho	Idaho AIDS Drug Assistance Program Department of Health and Welfare Idaho Ryan White Part B Program 450 West State Street, 4th Floor P.O. Box 83720 Boise, ID 83720-0036 http://healthandwelfare.idaho.gov/Health/FamilyPlanning_STDHIV/HIVCareandTreatment/tabid/391/Default.aspx	Línea gratuita: 1.800.926.2588 Local: 1.208.334.5612 TTY/TDD: 1.208.332.7205 Lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.
Illinois	Illinois Department of Public Health Programa Ryan White Parte B 525 W. Jefferson Street, 1st Floor Springfield, IL 62761 https://www.dph.illinois.gov/topics-services/diseases-andconditions/hiv-aids/ryan-white-care-and-hopwa-services	Línea gratuita: 1.800.825.3518 Local: 1.217.524.5983 los usuarios de TTY deben llamar al 1.800.547.0466 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	Línea gratuita: 1.866.588.4948 Lunes a viernes, de 8:15 a. m. a 4:45 p. m.
Iowa	Iowa Department of Public Health 321 East 12th Street Des Moines, IA 50319-0075 http://idph.iowa.gov/hivstdhep/hiv/support	Local: 1.515.281.7689 TTY: 711 Lunes a viernes, de 8 a. m. a 4:30 p. m.
Kansas	Kansas Department of Health & Environment 1000 SW Jackson, Suite 210 Topeka, KS 66612 http://www.kdheks.gov/sti_hiv/ryan_white_care.htm	Local: 1.785.296.1982 Lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.

Apéndice: Números de teléfono y recursos importantes

Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA		
Los números TTY requieren un teléfono especial y son solo para las personas que tienen dificultades para oír o para hablar. Si no hay un número TTY indicado, puede intentar con el 711.		
Estado:	Dirección de la agencia y sitio web:	Teléfono y horario:
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	Línea gratuita: 1.866.510.0005 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/	Local: 1.504.568.7474 Lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.
Maine	Maine Center For Disease Control and Prevention AIDS Drug Assistance Program 286 Water Street, 6th Floor 11 State House Station Augusta, ME 04333-0011 https://www.maine.gov/dhhs/mecdc/infectious-disease/hivstd/services/aids-drug-assist.shtml	Línea gratuita: 1.800.821.5821 Local: 1.207.287.3747 TTY: 711 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://health.maryland.gov/phpa/OIDPCS/Pages/MADAP.aspx	Línea gratuita: 1.800.205.6308 Local: 1.410.767.6535 TTY: 1.800.735.2258 Lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 4:30 p. m.
Massachusetts	Community Research Initiative The Schrafft's City Center 529 Main Street, Suite 330 Boston, MA 02129 https://crine.org/hdap	Línea gratuita: 1.800.228.2714 Local: 1.617.502.1700 Lunes a viernes, 9 a. m. – 5 p. m.

Apéndice: Números de teléfono y recursos importantes

Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA		
Los números TTY requieren un teléfono especial y son solo para las personas que tienen dificultades para oír o para hablar. Si no hay un número TTY indicado, puede intentar con el 711.		
Estado:	Dirección de la agencia y sitio web:	Teléfono y horario:
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	Línea gratuita: 1.888.826.6565 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/	Línea gratuita: 1.800.657.3761 Local: 1.651.431.2414 TTY: 1.800.627.3529 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	Línea gratuita: 1.888.343.7373 Local: 1.601.362.4879 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 https://health.mo.gov/living/healthcondiseases/communicable/hiv_aids/casemgmt.php	Línea gratuita: 1.866.628.9891 (opción 5) Local: 1.573.751.6439 los usuarios de TTY deben llamar al 1.800.735.2966 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	Local: 1.406.444.4744 Lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.

Apéndice: Números de teléfono y recursos importantes

Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA		
Los números TTY requieren un teléfono especial y son solo para las personas que tienen dificultades para oír o para hablar. Si no hay un número TTY indicado, puede intentar con el 711.		
Estado:	Dirección de la agencia y sitio web:	Teléfono y horario:
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	Local: 1.402.471.2101 Lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.
Nevada	Office of HIV Nevada Division of Public and Behavioral Health 1840 E. Sahara Avenue, Suite 110-111 Las Vegas, NV 89104 https://endhivnevada.org/end-hiv-nevada-program/nevadasaids-drug-assistance-program-adap/	Local: 1.702.486.0768 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	Línea gratuita: 1.800.852.3345 <i>extensión</i> <i>4502</i> <i>(solo dentro del estado)</i> Local: 1.603.271.4502 TTY: 1.800.735.2964 Lunes a viernes, de 8 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	Línea gratuita: 1.877.613.4533 Lunes a viernes, 9 a. m. – 5 p. m.
New Mexico	New Mexico Department of Health HIV Services Program 1190 S. St. Francis Drive Santa Fe, NM 87505 https://nmhealth.org/about/phd/idb/hats/	Local: 1.505.476.3628 Lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.

Apéndice: Números de teléfono y recursos importantes

Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA		
Los números TTY requieren un teléfono especial y son solo para las personas que tienen dificultades para oír o para hablar. Si no hay un número TTY indicado, puede intentar con el 711.		
Estado:	Dirección de la agencia y sitio web:	Teléfono y horario:
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	Línea gratuita: 1.877.466.2232 <i>(solo dentro del estado)</i> Fuera del estado: 1.919.733.9161 Lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.
North Dakota	North Dakota DOH Division of Infectious Disease 600 E. Boulevard Ave., Dept. 301 P.O. Box 5520 Bismarck, ND 58505 https://www.ndhealth.gov/hiv/	Línea gratuita: 1.800.472.2180 <i>(solo dentro del estado)</i> Local: 1.701.328.2379 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-ourprograms/Ryan-White-Part-B-HIV-Client-Services/AIDSDrug-Assistance-Program/	Línea gratuita: 1.800.777.4775 Lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.
Oklahoma	HIV/Sexual Health and Harm Reduction Services Oklahoma State Department of Health 123 Robert S. Kerr Ave. Oklahoma City, OK 73102-6406 https://oklahoma.gov/health/prevention-and-preparedness/sexual-health-and-harm-reduction-service.html	Local: 1.405.271.4636 Lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. (excepto los días festivos)
Oregon	CAREAssist Program P.O. Box 14450 Portland, OR 97293 http://www.oregon.gov/oha/PH/DISEASESCONDITIONS/HIVSTDVIRALHEPATITIS/HIVCARETREATMENT/CAREASSIST/Pages/index.aspx	Línea gratuita: 1.800.805.2313 Local: 1.971.673.0144 los usuarios de TTY deben llamar al 1.971.673.6372 Lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.

Apéndice: Números de teléfono y recursos importantes

Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA		
Los números TTY requieren un teléfono especial y son solo para las personas que tienen dificultades para oír o para hablar. Si no hay un número TTY indicado, puede intentar con el 711.		
Estado:	Dirección de la agencia y sitio web:	Teléfono y horario:
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	Línea gratuita: 1.800.922.9384 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 Virks Building, Suite 227 3 West Road Cranston, RI 02920 http://www.eohhs.ri.gov/Consumer/Adults/RyanWhiteHIV/AIDS.aspx	Local: 1.401.462.3294 Lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 3:30 p. m.
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/	Línea gratuita: 1.800.856.9954 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/	Línea gratuita: 1.800.592.1861 Local: 1.605.773.3737 Lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.
Tennessee	Tennessee AIDS Drug Assistance Program (ADAP) Tennessee Department of Health 710 James Robertson Parkway Nashville, TN 37243 https://www.tn.gov/health/health-programareas/std/std/ryanwhite.html	Línea gratuita: 1.800.525.2437 Local: 1.615.741.7500 Lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 4:30 p. m.

Apéndice: Números de teléfono y recursos importantes

Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA		
Los números TTY requieren un teléfono especial y son solo para las personas que tienen dificultades para oír o para hablar. Si no hay un número TTY indicado, puede intentar con el 711.		
Estado:	Dirección de la agencia y sitio web:	Teléfono y horario:
Texas	Texas Department of State Health Services Medication Program ATTN: MSJA, MC 1873 P.O. Box 149347 Austin, TX 78714-9347 http://www.dshs.texas.gov/hivstd/meds/	Línea gratuita: 1.800.255.1090 los usuarios de TTY deben llamar al 1.800.735.2989 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/	Local: 1.801.538.6197 Lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.
Vermont	Vermont Department of Health Vermont Medication Assistance Program P.O. Box 70, Drawer 41 – IDEPI Burlington, VT 05402 http://www.healthvermont.gov/immunizations-infectious-disease/hiv/care	Local: 1.802.951.4005 Local: 1.802.863.7245 Lunes a viernes, de 7:45 a. m. a 4:30 p. m.
Virginia	Virginia Department of Health HCS Unit, 1st Floor 109 Governor Street Richmond, VA 23219 http://www.vdh.virginia.gov/disease-prevention/eligibility/	Línea gratuita: 1.855.362.0658 Lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.
Washington	EIP Client Services P.O. Box 47841 Olympia, WA 98504-7841 https://www.doh.wa.gov/YouandYourFamily/IllnessandDisease/HIVAIDS/HIVCareClientServices/ADAPandEIP	Línea gratuita: 1.877.376.9316 (solo dentro del estado) Local: 1.360.236.3475 Lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. (excepto los días festivos estatales)
West Virginia	West Virginia Department of Health and Human Resources Office of Epidemiology and Preventive Services 350 Capitol Street, Room 125 Charleston, WV 25301 https://oeps.wv.gov/Pages/default.aspx	Local: 1.304.558.2195 Lunes a viernes, 9 a. m. – 5 p. m.

Apéndice: Números de teléfono y recursos importantes

Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA		
Los números TTY requieren un teléfono especial y son solo para las personas que tienen dificultades para oír o para hablar. Si no hay un número TTY indicado, puede intentar con el 711.		
Estado:	Dirección de la agencia y sitio web:	Teléfono y horario:
Wisconsin	Department of Health Services Division of Public Health, Attn: ADAP P.O. Box 2659 Madison, WI 53701 https://www.dhs.wisconsin.gov/aids-hiv/adap.htm	Línea gratuita: 1.800.991.5532 los usuarios de TTY deben llamar al 1.800.947.3529 Lunes a viernes, de 8 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-diseaseunit/hiv/resources-for-patients/	Local: 1.307.777.5856 Lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.

Esta página se dejó intencionalmente en blanco

Esta página se dejó intencionalmente en blanco

Servicio al Cliente de Mutual of Omaha Rx

Método	Servicio al Cliente: información de contacto
TELÉFONO	1.855.864.6797 Las llamadas a este número son gratuitas. Servicio al Cliente está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Servicio al Cliente también tiene servicios de interpretación gratuitos disponibles para las personas que no hablan inglés.
TTY	1.800.716.3231 Este número requiere un aparato telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El Departamento de Servicio al Cliente está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
CORREO	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 recibe fondos del gobierno federal para brindar asesoramiento gratuito local sobre los seguros de salud a personas con Medicare.

Podrá encontrar la información de contacto del SHIP en su estado en el **Apéndice** de esta guía.

La red de farmacias de Mutual of Omaha Rx incluye una cantidad limitada de farmacias preferidas de menor costo en áreas rurales de Alaska. Los costos más bajos publicitados en los materiales de nuestros planes para estas farmacias podrían no estar disponibles en su farmacia. Para obtener información actualizada sobre las farmacias de la red, incluso los datos sobre alguna farmacia preferida con costos más bajos en su área, llame al Servicio al Cliente al **1.855.864.6797**; los usuarios de TTY deben llamar al **1.800.716.3231**. O bien, consulte el directorio de farmacias en línea en **MutualofOmahaRx.com/2022network**.

Express Scripts es el administrador de beneficios de farmacia para Mutual of Omaha Rx y brindará algunos servicios en nombre de Mutual of Omaha Rx.

Declaración de divulgación de la PRA De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995 (PRA, por sus siglas en inglés), ninguna persona tiene la obligación de responder a un instrumento de recolección de datos que no exhiba un número de control válido emitido por la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB, por sus siglas en inglés). El número de control válido de la OMB para este cuestionario es 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escribanos a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.