



| Plus Plan | Essential Plan | Premier Plan |

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2023

Evidencia de cobertura:

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

Este documento le brinda los detalles sobre su cobertura de medicamentos recetados de Medicare del 1 de enero al 31 de diciembre de 2023. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

Si tiene preguntas sobre este documento, comuníquese con Servicio al Cliente llamando al 1.855.864.6797. (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.

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 dice “plan” o “nuestro plan”, se hace referencia a Mutual of Omaha Rx).

Este documento está disponible de forma gratuita en español.
This document is available for free in English.

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, las primas, los deducibles o los copagos y coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2024.

El formulario o la red de farmacias pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando sea necesario. Notificaremos a los afiliados afectados sobre los cambios con al menos 30 días de anticipación.

En este documento se explican sus beneficios y derechos. Utilice este documento para entender estos puntos:

- Su prima del plan y los costos compartidos;
- Sus beneficios de medicamentos recetados;
- Cómo presentar una queja si no está conforme con un servicio o un tratamiento;
- Cómo comunicarse con nosotros si necesita más ayuda; y
- Otras protecciones que exija la ley de Medicare.

Evidencia de Cobertura para 2023**Índice**

CAPÍTULO 1:	<i>Comenzar como miembro</i>	4
SECCIÓN 1	Introducción	5
SECCIÓN 2	¿Qué lo hace elegible para ser miembro del plan?	6
SECCIÓN 3	Materiales importantes de la membresía que recibirá	7
SECCIÓN 4	Su costos mensuales para Mutual of Omaha Rx	8
SECCIÓN 5	Más información sobre su prima mensual	12
SECCIÓN 6	Mantener actualizado su registro de membresía del plan	14
SECCIÓN 7	Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan	15
CAPÍTULO 2:	<i>Números de teléfono y recursos importantes</i>	17
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)	18
SECCIÓN 2	Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal Medicare)	22
SECCIÓN 3	Programa Estatal de Asistencia de Seguros de Salud (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)	24
SECCIÓN 4	Organización de Mejora de la Calidad	24
SECCIÓN 5	Seguro Social	25
SECCIÓN 6	Medicaid	26
SECCIÓN 7	Información sobre programas para ayudar a las personas a pagar sus medicamentos recetados	26
SECCIÓN 8	Cómo ponerse en contacto con la Junta de Jubilación para Ferroviarios	29
SECCIÓN 9	¿Tiene un seguro grupal u otro seguro de salud de un empleador?	29
CAPÍTULO 3:	<i>Uso de la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D</i>	31
SECCIÓN 1	Introducción	32
SECCIÓN 2	Surta su receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedidos por correo del plan	33
SECCIÓN 3	Sus medicamentos deben estar en la “Lista de Medicamentos” del plan	37
SECCIÓN 4	Hay restricciones en la cobertura de algunos medicamentos	40
SECCIÓN 5	¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la forma en que le gustaría?	41
SECCIÓN 6	¿Qué sucede si su cobertura cambia para uno de sus medicamentos?	44
SECCIÓN 7	¿Qué tipos de medicamentos <i>no</i> están cubiertos por el plan?	46
SECCIÓN 8	Surtir una receta	47

Índice

SECCIÓN 9	Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales	47
SECCIÓN 10	Programas de seguridad y administración de medicamentos	50
CAPÍTULO 4:	<i>Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D</i>	53
SECCIÓN 1	Introducción	54
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	56
SECCIÓN 3	Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y la etapa de pago en la que usted se encuentra	58
SECCIÓN 4	Durante la Etapa de Deducible, usted paga:	
	• <i>Plus plan</i> : el costo total de sus medicamentos	59
	• <i>Essential plan</i> : el costo total de los medicamentos de Nivel 2, 3 y 5	59
	• <i>Premier plan</i> : el costo total de los medicamentos de Nivel 3, 4 y 5	59
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	60
SECCIÓN 6	Costos en la Etapa de Falta de Cobertura	75
SECCIÓN 7	Durante la Etapa de Cobertura Catastrófica, el plan paga la mayor parte del costo de sus medicamentos	76
SECCIÓN 8	Vacunas de la Parte D. Lo que usted paga depende de cómo y dónde las reciba	76
CAPÍTULO 5:	<i>Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de los costos de los medicamentos cubiertos</i>	79
SECCIÓN 1	Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de sus medicamentos cubiertos	80
SECCIÓN 2	Cómo solicitar que le devolvamos el dinero	82
SECCIÓN 3	Consideraremos su solicitud de pago y le informaremos sobre nuestra decisión	82
CAPÍTULO 6:	<i>Sus derechos y responsabilidades</i>	84
SECCIÓN 1	Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales como miembro del plan	85
SECCIÓN 2	Tiene algunas responsabilidades como miembro del plan	90
CAPÍTULO 7:	<i>Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones, apelaciones o quejas relativas a la cobertura)</i>	91
SECCIÓN 1	Introducción	92
SECCIÓN 2	Dónde obtener más información y asistencia personalizada	92
SECCIÓN 3	Para solucionar su problema, ¿qué proceso debería seguir?	93
SECCIÓN 4	Una guía de los fundamentos de las decisiones de cobertura y apelaciones	94
SECCIÓN 5	Sus medicamentos recetados de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación	96

Índice

SECCIÓN 6	Cómo elevar su apelación al Nivel 3 y a otros niveles	105
SECCIÓN 7	Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, Servicio al Cliente u otras inquietudes	107
CAPÍTULO 8:	<i>Finalizar su membresía en el plan</i>	111
SECCIÓN 1	Introducción a la finalización de su membresía en nuestro plan	112
SECCIÓN 2	¿Cuándo puede finalizar su membresía en nuestro plan?	112
SECCIÓN 3	¿Cómo termina su membresía en nuestro plan?	115
SECCIÓN 4	Debe continuar obteniendo sus medicamentos a través de nuestro plan hasta que finalice su membresía	116
SECCIÓN 5	Mutual of Omaha Rx debe finalizar su membresía en el plan en ciertas situaciones	116
CAPÍTULO 9:	<i>Avisos legales</i>	118
SECCIÓN 1	Aviso sobre leyes vigentes	119
SECCIÓN 2	Aviso sobre la no discriminación	119
SECCIÓN 3	Aviso sobre derechos de subrogación de Medicare como Pagador Secundario	119
CAPÍTULO 10:	<i>Definiciones de palabras importantes</i>	120

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 u otro plan de salud 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.

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 ¿En qué consiste el documento de <i>Evidencia de Cobertura</i>?

En este documento de *Evidencia de Cobertura* se explica cómo obtener sus medicamentos recetados. Se explican sus derechos y responsabilidades, lo que está cubierto, lo que usted paga como miembro del plan y cómo presentar una queja si no está conforme con una decisión o un tratamiento.

Los términos “cobertura” y “medicamentos cubiertos” hacen referencia a la cobertura de medicamentos recetados disponible para usted 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 *Evidencia de Cobertura*.

Si está confundido, preocupado o solo tiene una pregunta, comuníquese con Servicio al Cliente.

Sección 1.3 Información legal sobre la <i>Evidencia de Cobertura</i>
--

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 2023 y 31 de diciembre de 2023.

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 2023. También podemos optar por dejar de ofrecer el plan en su área de servicio después del 31 de diciembre de 2023.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) deben aprobar Mutual of Omaha Rx cada año. 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.

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 de Medicare o la Parte B de Medicare (o tiene ambas partes)
- y es un ciudadano de Estados Unidos o reside legalmente en Estados Unidos
- y vive en nuestra área geográfica de servicio (en la **Sección 2.2** a continuación se describe nuestra área de servicio). Las personas en prisión no se consideran que viven en el área de servicio geográfico, incluso si se encuentran físicamente en él.

Sección 2.2 Este es el área de servicio del plan para Mutual of Omaha Rx
--

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 de un estado o territorio a 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 tiene previsto mudarse fuera del área de servicio, no puede seguir siendo miembro de este plan. Comuníquese con Servicio al Cliente para ver si tenemos un plan en su nueva área. Cuando se mude, tendrá un Período Especial de Inscripción que le permitirá cambiarse a Original Medicare o inscribirse en un plan de salud o de medicamentos de Medicare que esté disponible en su nueva ubicación.

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 2.3 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 Materiales importantes de la membresía que recibirá

Sección 3.1 Su tarjeta de membresía del plan

Mientras sea miembro de nuestro plan, debe usar su tarjeta de miembro 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.

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

Sección 3.2 Directorio de Farmacias

En el directorio de farmacias se muestran nuestras farmacias de la red. Las **farmacias de la red** son todas las farmacias que han acordado surtir los medicamentos recetados cubiertos para los miembros de nuestro plan. Puede utilizar el *Directorio de Farmacias* para encontrar la farmacia de la red que desea utilizar. Consulte el **Capítulo 3, Sección 2.5** para obtener información sobre cuándo puede utilizar farmacias que no están en la red del plan.

El *Directorio de Farmacias* también le indicará qué farmacias de nuestra red tienen costo compartido preferido, que puede ser más bajo que el costo compartido estándar que ofrecen otras farmacias de la red para algunos medicamentos.

Si no tiene el *Directorio de Farmacias*, puede obtener una copia de Servicio al Cliente. También puede encontrar esta información en nuestro sitio web en mutualofomaharx.com. Puede llamar a Servicio al Cliente en cualquier momento para obtener información actualizada sobre los cambios en la red de farmacias.

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. Le informa qué medicamentos recetados de la Parte D están cubiertos según el beneficio de la Parte D incluido en Mutual of Omaha Rx. El plan selecciona los medicamentos de esta lista con la ayuda de un grupo de médicos y de farmacéuticos. La lista debe cumplir con 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.

SECCIÓN 4 Su costos mensuales para Mutual of Omaha Rx

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

- Prima del Plan (**Sección 4.1**)
- Prima Mensual de la Parte B de Medicare (**Sección 4.2**)
- Multa por Inscripción Tardía de la Parte D (**Sección 4.3**)
- Monto del Ajuste Mensual por Ingresos (**Sección 4.4**)

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 brinda más información 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”.

Las primas de la Parte B y la Parte D de Medicare son diferentes para personas que tienen ingresos distintos. Si tiene preguntas sobre estas primas, revise en su copia de la guía *Medicare y Usted de 2023*, la sección denominada “Costos de Medicare de 2023”. Si necesita una copia, puede descargarla desde 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.

Capítulo 1 Comenzar como miembro**Sección 4.1 Prima del 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.

Servicio Área	Plus Plan	Essential Plan	Premier Plan
Alabama	\$96.30	\$19.70	\$57.90
Alaska	\$94.70	\$22.50	\$66.60
Arizona	\$107.90	\$18.50	\$64.10
Arkansas	\$86.00	\$19.50	\$58.30
California	\$104.60	\$20.50	\$81.70
Colorado	\$100.10	\$21.30	\$95.50
Connecticut	\$95.60	\$20.40	\$94.20
Delaware	\$90.10	\$20.90	\$89.20
District of Columbia	\$90.10	\$20.90	\$89.20
Florida	\$91.30	\$20.20	\$95.80
Georgia	\$93.20	\$20.40	\$76.40
Hawaii	\$91.80	\$20.70	\$66.70
Idaho	\$91.00	\$19.30	\$64.50
Illinois	\$84.10	\$18.40	\$60.80
Indiana	\$85.10	\$19.00	\$61.90
Iowa	\$75.30	\$18.40	\$62.20
Kansas	\$86.90	\$18.20	\$52.20
Kentucky	\$85.10	\$19.00	\$61.90
Louisiana	\$90.70	\$19.80	\$64.10
Maine	\$100.90	\$19.50	\$86.00
Maryland	\$90.10	\$20.90	\$89.20
Massachusetts	\$95.60	\$20.40	\$94.20
Michigan	\$83.50	\$19.40	\$62.80
Minnesota	\$75.30	\$18.40	\$62.20
Mississippi	\$86.50	\$19.30	\$80.00

Servicio Área	Plus Plan	Essential Plan	Premier Plan
Missouri	\$86.60	\$19.10	\$56.00
Montana	\$75.30	\$18.40	\$62.20
Nebraska	\$75.30	\$18.40	\$62.20
Nevada	\$87.80	\$19.10	\$71.90
New Hampshire	\$100.90	\$19.50	\$86.00
New Jersey	\$89.70	\$21.70	\$65.70
New Mexico	\$93.30	\$18.10	\$52.10
North Carolina	\$78.20	\$19.90	\$63.20
North Dakota	\$75.30	\$18.40	\$62.20
Ohio	\$79.80	\$18.30	\$73.70
Oklahoma	\$82.80	\$21.60	\$53.30
Oregon	\$98.00	\$18.30	\$59.40
Pennsylvania	\$90.60	\$19.90	\$71.40
Rhode Island	\$95.60	\$20.40	\$94.20
South Carolina	\$94.50	\$20.50	\$77.90
South Dakota	\$75.30	\$18.40	\$62.20
Tennessee	\$96.30	\$19.70	\$57.90
Texas	\$98.50	\$19.60	\$81.70
Utah	\$91.00	\$19.30	\$64.50
Vermont	\$95.60	\$20.40	\$94.20
Virginia	\$91.10	\$19.50	\$74.90
Washington	\$98.00	\$18.30	\$59.40
West Virginia	\$90.60	\$19.90	\$71.40
Wisconsin	\$90.40	\$18.30	\$60.30
Wyoming	\$75.30	\$18.40	\$62.20

Sección 4.2	Prima Mensual de la Parte B de Medicare
--------------------	--

Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare

Además de pagar la prima mensual del plan, **debe continuar pagando sus primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan.** Esto incluye su prima para la Parte B. También puede incluir una prima para la Parte A, que afecta a los miembros que no son elegibles para recibir la Parte A libre de prima.

Sección 4.3	Multa por Inscripción Tardía de la Parte D
--------------------	---

Algunos miembros deben pagar una **multa por inscripción tardía** de la Parte D. La multa por inscripción multa de la Parte D es una prima adicional que se debe pagar por la cobertura de la Parte D si en cualquier momento después de que haya pasado el período de inscripción inicial, transcurre un período de 63 días o más seguidos durante los cuales usted no tenía la Parte D u otra cobertura acreditable de medicamentos recetados. La “cobertura acreditable de medicamentos recetados” es una cobertura que cumple las normas mínimas de Medicare, ya que se espera que pague, en promedio, por lo menos lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare. El monto de la multa por inscripción tardía depende del tiempo que estuvo sin cobertura de la Parte D u otra cobertura acreditable de medicamentos recetados. 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 avisaremos el monto de la multa. Si no paga su multa por inscripción tardía de la Parte D, podría perder los beneficios de medicamentos recetados.

No tendrá que pagarla si:

- Recibe “Ayuda Extra” de Medicare para pagar sus medicamentos recetados.
 - Ha pasado menos de 63 días calendario sin una cobertura acreditable.
 - Ha tenido cobertura acreditable de medicamentos a través de otra fuente, como un antiguo empleador, un 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 en el futuro.
- **Nota:** Cualquier aviso debe indicar que usted tenía una cobertura de medicamentos recetados “acreditable” que se espera que pague el monto que paga el plan de medicamentos recetados estándar de Medicare.
 - **Nota:** Las siguientes *no* son coberturas acreditables de medicamentos recetados: tarjetas de descuento de medicamentos recetados, clínicas gratuitas y sitios web de descuentos de medicamentos.

Capítulo 1 Comenzar como miembro

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

- Si transcurrieron 63 días o más en los que usted no tuvo la Parte D u otra cobertura acreditable de medicamentos recetados después de ser elegible primero para inscribirse en la Parte D, el plan contará el número de meses completos que usted no tuvo cobertura. La multa es del 1 % por cada mes que usted 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 2023, este monto de la prima promedio es de \$32.74.
- 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 \$32.74, lo que equivale a \$4.58. Esto se redondea a \$4.60. 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 lo mismo puede suceder con la prima mensual promedio.
- 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.

Si no está de acuerdo con su multa por inscripción tardía de la Parte D, usted o su representante pueden solicitar una revisión. 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. Sin embargo, 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.

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 lo hace, se podría cancelar su inscripción por no pagar las primas del plan.

Sección 4.4	Monto del Ajuste Mensual por Ingresos
--------------------	--

Es posible que algunos miembros deban pagar un cargo extra, conocido como Monto del Ajuste Mensual por Ingresos de la Parte D, también conocido como IRMAA. El cargo extra se calcula utilizando sus ingresos brutos ajustados modificados, como se informó en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años. Si este monto está por encima de un determinado monto, pagará el monto de la prima estándar y el monto adicional de IRMAA. Para obtener más información sobre el monto extra que

Capítulo 1 Comenzar como miembro

quizás deba pagar en función de sus ingresos, visite <https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans>.

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. El monto extra se retendrá de su cheque de beneficios del Seguro Social, de la Junta de Jubilación para Ferrovianos 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. Si no paga el monto extra, se cancelará su inscripción en el plan y perderá la cobertura de medicamentos recetados.**

Si no está de acuerdo con el pago de un monto extra, puede solicitarle 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 5 Más información sobre su prima mensual

Sección 5.1 Hay varias formas de pagar la prima de su plan

Hay cinco formas de pagar la prima del plan.

Opción 1: 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

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

Capítulo 1 Comenzar como miembro

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 solicitar 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.

Opción 5: Solicitar que su prima se descuenta de su cheque mensual del Seguro Social

Cambiar la forma de pago de la prima. 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. Para cambiar de método de pago, visite **mutualofomaharx.com** o llame a Servicio al Cliente.

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.

Si finalizamos su membresía porque no pagó sus primas, seguirá teniendo cobertura médica a través de Original Medicare. Además, es posible que no pueda recibir cobertura de la Parte D hasta el siguiente año si se inscribe en un plan nuevo durante el período de inscripción anual. (Si no tiene cobertura de 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 del monto 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, puede presentar una queja (también llamada queja formal); consulte el **Capítulo 7** para conocer cómo hacerlo. Si tuvo una circunstancia de emergencia que estaba fuera de su control e hizo que no pudiera pagar la prima de su plan en nuestro período de gracia, puede presentar una queja. En el caso de quejas, volveremos a revisar nuestra decisión. En el **Capítulo 7, Sección 7** de este documento se le informa cómo presentar una queja, o puede llamarnos 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 5.2 ¿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 6 Mantener actualizado su registro de membresía del plan

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).
- 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 esta información cambia, infórmenoslo llamando a Servicio al Cliente.

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**.

SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Otro seguro

Medicare requiere que recopilemos información sobre cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos que usted tenga. Eso es porque debemos coordinar cualquier otra cobertura que tenga con sus beneficios de nuestro plan. Esto se denomina **Coordinación de Beneficios**.

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 figura en la lista, llame a Servicio al Cliente. 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.

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. Si tiene otro seguro, informe a su médico, al hospital y a la farmacia.

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

- 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

Capítulo 1 Comenzar como miembro

- 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.

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)

Cómo comunicarse con Servicio al Cliente de nuestro plan

Para obtener asistencia con reclamaciones, 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. 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

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes**Cómo comunicarse con nosotros cuando solicita una decisión de cobertura**

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre su cobertura o sobre el monto que pagaremos por sus medicamentos recetados de la Parte D. 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]*).

Método	Decisiones de cobertura para los medicamentos recetados de la Parte D: información de contacto
TELÉFONO	1.800.935.6103 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 comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación

Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hayamos tomado. Para obtener más información sobre cómo solicitar 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	1.800.935.6103 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 comunicarse con nosotros cuando presenta una queja

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. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja, 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. Si ha recibido una factura o ha pagado por medicamentos (como una factura de farmacia) que cree que deberíamos pagar nosotros, puede que tenga que solicitar al plan el reembolso o el pago de la factura de farmacia; 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.

Método	Solicitudes de pago: información de contacto
TELÉFONO	1.855.864.6797 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.

Método	Medicare: información de contacto
TTY	1.877.486.2048 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.
SITIO WEB	www.medicare.gov 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 documentos que puede imprimir directamente desde su computadora. También puede encontrar contactos de Medicare en su estado. El sitio web de Medicare también tiene información detallada sobre su elegibilidad para Medicare y las opciones de inscripción con las siguientes herramientas: • 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 cálculo aproximado de los costos directos de su bolsillo que puede tener en diferentes planes de Medicare. También puede usar el sitio web para informar a Medicare sobre cualquier queja que tenga sobre Mutual of Omaha Rx: • Informe a Medicare sobre su queja: Puede presentar una queja sobre Mutual of Omaha Rx directamente a Medicare. Para presentar una queja ante 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 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. Encontrarán la información en el sitio web y revisarán la información con usted. (Puede llamar a Medicare al 1.800.MEDICARE [1.800.633.4227] las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1.877.486.2048).

SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia 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 este documento, para obtener información de contacto del SHIP en su estado.

El SHIP es un programa estatal independiente (no relacionado con ninguna compañía de seguros ni ningún plan de salud) que recibe dinero del gobierno federal para ofrecer asesoramiento local gratuito sobre seguros de salud a las personas que tienen Medicare.

Los asesores del SHIP 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 también pueden ayudarlo con sus preguntas y problemas relacionados con Medicare, a comprender sus opciones de planes de Medicare y a responder preguntas sobre los cambios de plan.

MÉTODO PARA ACCEDER AL SHIP Y A OTROS RECURSOS:

- Visite www.medicare.gov
- Haga clic en “**Talk to Someone**” (Hablar con alguien) en el medio de la página de inicio
- Ahora tiene las siguientes opciones.
 - Opción n.º 1: Puede **chatear en directo con un representante de 1.800.MEDICARE**
 - Opción n.º 2: 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 Organización de Mejora de la Calidad

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 este documento, 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 Medicare para controlar y ayudar a mejorar la calidad de la atención de 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 avisarles.

Método	Seguro Social: información de contacto
TELÉFONO	1.800.772.1213 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 7:00 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 8:00 a. m. a 7:00 p. m.
SITIO WEB	www.ssa.gov/

SECCIÓN 6 Medicaid

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. Los programas que se ofrecen a través de Medicaid ayudan a las personas que tienen Medicare a pagar los costos de Medicare, como sus primas de Medicare. Estos “Programas de Ahorro de Medicare” incluyen los siguientes:

- **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.
- **Personas Calificadas Discapacitadas que Trabajan (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 este documento.

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

En el sitio web Medicare.gov (<https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/costs-in-the-coverage-gap/5-ways-to-get-help-with-prescription-costs>) se incluye información sobre cómo reducir los costos de sus medicamentos recetados. Para las personas que tienen ingresos limitados, también hay otros programas de ayuda, que se describen a continuación.

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.

Si califica automáticamente para recibir “Ayuda Extra”, Medicare le enviará una carta por correo. No tendrá que presentar su solicitud. Si no califica automáticamente, es posible que pueda 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:

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

- 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 8:00 a. m. a 7:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1.800.325.0778 (solicitudes).
- O bien, 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.

- Es posible que el plan pueda aceptar las siguientes formas de la Mejor Evidencia Disponible (BAE) para determinar que califica para recibir Ayuda Extra, según una de las tres situaciones que se señalan. 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 de inscripción electrónica de su estado que muestre su estado de Medicaid durante cualquier mes después de junio del año calendario anterior
- Una captura de pantalla de los sistemas de Medicaid del estado que muestre el 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 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 adjudicación que recibió de la Administración del Seguro Social (SSA) en la que se indica que usted califica para recibir Ayuda Extra; dicha carta puede ser presentada por usted, su farmacéutico, su defensor, su representante, un miembro de su familia u otra persona que actúe en su nombre.

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

Si se encuentra en un centro de cuidado a largo plazo, es posible que podamos 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

- 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. Si tiene preguntas, comuníquese con Servicio al Cliente.

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

Muchos estados ofrecen ayuda para pagar los medicamentos recetados, las primas del plan de medicamentos u otros costos de medicamentos. 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 están en el formulario del ADAP califican para recibir asistencia con el costo compartido de los medicamentos recetados mediante el ADAP. Consulte el listado del ADAP, que se encuentra en el **Apéndice** de este documento, 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.

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 del Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP), ubicado en el **Apéndice** de este documento, para obtener información de contacto del 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 recibe Medicare a través de la Junta de Jubilación para Ferroviarios, es importante que les informe si se muda o cambia la dirección postal. Si tiene preguntas sobre sus beneficios de la Junta de Jubilación para Ferroviarios, póngase en contacto con la agencia.

Método	Junta de Jubilación para Ferroviarios: información de contacto
TELÉFONO	1.877.772.5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Si presiona “0”, puede hablar con un representante de la RRB de 9:00 a. m. a 3:30 p. m., los lunes, martes, jueves y viernes, y de 9:00 a. m. a 12:00 p. m. los miércoles. 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

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

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 este documento).

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:

*Uso de la cobertura del plan
para los medicamentos recetados
de la Parte D*

SECCIÓN 1 Introducción

En este Capítulo se explican las reglas para utilizar la cobertura de los medicamentos 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 la guía *Medicare y usted de 2023*). Sus medicamentos recetados de la Parte D están cubiertos por nuestro plan.

Sección 1.1 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 emitir su receta, que debe ser válida según las leyes estatales aplicables.
- Su médico prescriptor no debe estar en las Listas de Exclusión o de Impedimento de Medicare.
- 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 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” significa todos los medicamentos recetados de la Parte D que figuran en la Lista de Medicamentos del plan.

Sección 2.2 Farmacias de la Red

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

Para encontrar una farmacia de la red, puede consultar su *Directorio de Farmacias*, visitar nuestro sitio web (mutualofomaharx.com), o llamar a Servicio al Cliente.

Puede ir a cualquiera de las farmacias de nuestra red. Algunas de nuestras farmacias de la red brindan costos compartidos preferidos, que pueden ser menores que los costos compartidos en una farmacia que ofrece costo compartido estándar. En el *Directorio de Farmacias* encontrará cuáles son las farmacias de la red que ofrecen un costo compartido preferido. Comuníquese con nosotros para obtener más información sobre cómo podrían variar los costos directos de su bolsillo para distintos medicamentos.

¿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 preferida o de la red diferente, si corresponde. Para encontrar otra farmacia en su área, puede obtener ayuda de Servicio al Cliente o usar el *Directorio de Farmacias*. También puede encontrar información en nuestro sitio web en mutualofomaharx.com.

¿Qué sucede si necesita una farmacia especializada?

Algunas 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 LTC (como un hogar de ancianos) tiene su propia farmacia. 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.

Capítulo 3 Uso de la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

- 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 encontrar una farmacia especializada, consulte su *Directorio de Farmacias* o llame a Servicio al Cliente.

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. Estos medicamentos se marcan como **medicamentos de “pedidos 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 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 este documento).

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 este documento.

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 este documento. 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.

Capítulo 3 Uso de la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

- 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 en cualquier momento llamando Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este documento).

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 este documento).

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. Es importante que responda cada vez que la farmacia lo contacta para informarles si deben enviar, retrasar o cancelar la receta nueva.

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 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 usar nuestro programa de resurtido automático pero sigue deseando que la farmacia de pedido por correo le envíe su receta, comuníquese con su farmacia 14 días antes de que su receta actual se agote. De este modo, se asegurará de que su pedido se le envíe 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.

Si recibe un resurtido automáticamente por correo que no quiere, es posible que sea elegible para recibir un reembolso.

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).

1. Algunas farmacias minoristas de nuestra red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Otras farmacias minoristas pueden no aceptar los costos compartidos menores. En este caso, usted deberá pagar la diferencia de precio. Su *Directorio de*

Capítulo 3 Uso de la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

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.

2. También puede recibir medicamentos de mantenimiento a través de nuestro programa de pedido por correo. Para obtener más información, consulte la **Sección 2.3**.

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. **Consulte primero a Servicio al Cliente** para ver si hay una farmacia de la red cerca. Es muy probable que deba pagar la diferencia entre lo que paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia de la red.

A continuación se describen las situaciones en las que cubriremos las recetas surtidas en una farmacia fuera de la red:

- **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

Capítulo 3 Uso de la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

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.
- **Si fue un paciente en un departamento de emergencias o en otro centro ambulatorio.** Mientras se encuentra en un hospital o en un centro ambulatorio para una estadía de observación, es muy probable que el hospital o el centro ambulatorio administren sus Medicamentos Autoadministrados (SAD), aquellos que utiliza en su casa a diario. Estos servicios no estarán cubiertos por Medicare estándar. Deberá solicitar el reembolso de los medicamentos SAD.
- **Si se lo evacua o desplaza de su residencia debido a una catástrofe o a una emergencia sanitaria.** En caso de que se vea obligado a abandonar su área de servicio debido a una catástrofe o a una emergencia de sanitaria declarada estatal o federalmente, cubriremos las recetas en una farmacia fuera de la red en estas circunstancias.

¿Cómo se solicita el reembolso del plan?

Si debe utilizar una farmacia fuera de la red, normalmente tendrá que pagar el costo total (en lugar de su costo compartido habitual) al momento de surtir la receta. Puede pedirnos que le reembolsemos nuestra parte del costo. (En la **Sección 2 del Capítulo 5** se explica cómo pedirle al plan que le pague).

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 cumple con los requisitos de Medicare y ha sido aprobada por Medicare.

Los medicamentos de la Lista de Medicamentos son solo los que están cubiertos por la Parte D de Medicare.

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 para el diagnóstico o la afección para la que se está recetando.

Capítulo 3 Uso de la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

- *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 de marca, medicamentos genéricos y biosimilares.

Un medicamento de marca es un medicamento recetado que se vende con un nombre comercial propiedad del fabricante de medicamentos. Los medicamentos de marca que son más complejos que los medicamentos típicos (por ejemplo, los medicamentos que se basan en una proteína) se denominan productos biológicos. En la lista de medicamentos, cuando nos referimos a “medicamentos”, esto podría significar un medicamento o un producto biológico.

Un medicamento genérico es un medicamento de venta con receta que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Debido a que los productos biológicos son más complejos que los medicamentos típicos, en lugar de tener una forma genérica, tienen alternativas que se denominan biosimilares. En general, los genéricos y los biosimilares funcionan tan bien como el medicamento de marca o el producto biológico y normalmente cuestan menos. Existen sustitutos de medicamentos genéricos o alternativas biosimilares disponibles para muchos medicamentos de marca y algunos productos biológicos.

¿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, hemos decidido no incluir un medicamento en particular en la Lista de Medicamentos. En algunos casos, es posible que pueda obtener un medicamento que no está en la lista de medicamentos. Para obtener más información, consulte el **Capítulo 7**.

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 Uso de la cobertura del plan para los 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. Premier plan: Este nivel incluye las Insulinas Selectas.
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.
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.

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 los cubre el plan. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrolló estas reglas para alentarlos a usted y a su proveedor a utilizar los medicamentos de la manera más eficaz. Para averiguar si alguna de estas restricciones se aplica a un medicamento que usted toma o desea tomar, consulte la Lista de Medicamentos.

Tenga en cuenta que a veces un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra lista de medicamentos. Esto se debe a que los mismos medicamentos pueden diferir en función de la concentración, la cantidad o la forma del medicamento recetado por su proveedor de atención médica, y es posible que se apliquen distintas restricciones o costos compartidos a las distintas versiones del medicamento (por ejemplo, 10 mg frente a 100 mg; uno por día frente a dos por día; el comprimido frente al líquido).

Sección 4.2 ¿Qué tipo de restricciones?

En las secciones a continuación se informa más sobre los tipos de restricciones que usamos para ciertos medicamentos.

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. Comuníquese con Servicio al Cliente para saber qué debería hacer usted o su proveedor para obtener 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 el **Capítulo 7**.)

Restricción de medicamentos de marca cuando hay una versión genérica disponible

Por lo general, un medicamento “genérico” tiene la misma eficacia 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 en lugar del medicamento de marca.** 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).

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**”. Se ha realizado para garantizar la seguridad de los medicamentos y guiar el uso adecuado de determinados 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 determinados medicamentos, limitamos la cantidad de un medicamento que puede obtener cada vez que surte la 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 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
--------------------	---

Existen casos en los que hay un medicamento recetado que está tomando, o uno que usted y su proveedor consideran que debe tomar que no está en nuestro formulario o que se encuentra en nuestro formulario con restricciones. Por ejemplo:

- 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 para la cobertura de ese medicamento, como se explica en la **Sección 4**.
- 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.
- Puede tomar algunas medidas si su medicamento no se cubre como le gustaría. 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:

- Es posible que pueda obtener un suministro temporal del medicamento.
- Puede cambiar de medicamento.

Capítulo 3 Uso de la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

- 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 determinadas circunstancias, el plan debe proporcionar un suministro temporal de un medicamento que ya está tomando. Este suministro temporal le brinda tiempo para hablar con su proveedor sobre el cambio de cobertura y decidir qué hacer.

Para ser elegible para un suministro temporal, el medicamento que ha estado tomando **no debe estar en la Lista de Medicamentos del plan O ahora debe estar restringido de alguna manera.**

- **Si es un miembro nuevo**, cubriremos un suministro temporal de su medicamento **durante los primeros 90 días** de su membresía en el plan.
- **Si estuvo en el plan el año pasado**, cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros 90 días del año calendario.
- 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 y necesitan un suministro de inmediato:**

Cubriremos un suministro de emergencia de 31 días de un medicamento en particular, o menos si su receta es para menos días. Esto es además del 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 los cuidados paliativos
 - 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.

Si tiene preguntas sobre un suministro temporal, llame a Servicio al Cliente.

Durante el tiempo que esté utilizando un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando el suministro temporal se agote. Tiene dos opciones:

1) Puede cambiar a otro medicamento

Consulte a su proveedor sobre si hay un medicamento diferente cubierto por el plan que pueda funcionar igual de bien para usted. Puede llamar a Servicio al Cliente para solicitar una lista de los medicamentos

Capítulo 3 Uso de la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

cubiertos para tratar la misma afección. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que pueda funcionar para usted.

2) Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitarle al plan que haga una excepción y que cubra el medicamento de la manera que desearía que esté cubierto. Si su proveedor afirma que tiene razones médicas que justifican la solicitud de una excepción, su proveedor puede ayudarlo a solicitar una excepción. Por ejemplo, puede solicitar al plan que cubra un medicamento aunque no esté en la Lista de Medicamentos del plan. O puede pedirle al plan que haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

Si usted y su proveedor quieren solicitar una excepción, en la **Sección 5.4 del Capítulo 7** se le informa qué 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, hable con su proveedor. Es posible que 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.

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 5 de medicamentos especializados 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 su cobertura cambia para uno de sus medicamentos?

Sección 6.1 La Lista de Medicamentos puede cambiar durante el año

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

- **Agregar o quitar medicamentos de la Lista de Medicamentos.**
- **Mover un medicamento a un nivel de costo compartido más alto o más bajo.**
- **Agregar o eliminar una restricción sobre la cobertura de un medicamento.**
- **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 cambios en la cobertura de medicamentos

Cuando se producen cambios en la Lista de Medicamentos, publicamos información en nuestro sitio web sobre estos cambios. También actualizamos nuestra Lista de Medicamentos en línea con regularidad. A continuación, le indicamos cuándo recibiría un aviso directo si se realizan cambios en un medicamento que está tomando.

Cambios en su cobertura de medicamentos que le afectan durante el año del plan actual

- **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. El medicamento genérico aparecerá en el mismo nivel de costo compartido o uno más bajo y con las mismas restricciones o menos. Es posible que decidamos mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de Medicamentos, pero inmediatamente lo trasladamos a un nivel de costo compartido más alto, o que agregue nuevas restricciones o ambos cuando se agregue el nuevo genérico.
 - Es posible que no le informemos con anticipación antes de hacer ese cambio, incluso si actualmente está tomando el medicamento de marca. Si utiliza el medicamento de marca al momento del cambio, le brindaremos información sobre los cambios específicos. También se incluirá información sobre las medidas que puede tomar para solicitar una

Capítulo 3 Uso de la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

excepción para cubrir el medicamento de marca. Es posible que no reciba este aviso antes de que realicemos el cambio.

- 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**.
- **Medicamentos inseguros y otros medicamentos de la Lista de Medicamentos que se retiran del mercado**
 - A veces, es posible que un medicamento se considere inseguro o se saque del mercado por otra razón. Si esto sucede, es posible que eliminemos inmediatamente el medicamento de la Lista de Medicamentos. Si está tomando ese medicamento, le avisaremos inmediatamente.
 - 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 los medicamentos que esté usando una vez que el año haya comenzado. Por ejemplo, es posible que agreguemos un medicamento genérico que no es nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de nombre de marca de la Lista de Medicamentos, cambiar el nivel de costo compartido o agregar restricciones nuevas al medicamento de marca o a ambos. También podríamos hacer cambios basados en las advertencias de la FDA o en nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare.
 - Para estos cambios, 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 para cumplir con las restricciones nuevas sobre el medicamento que está usando.
 - 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**.

Cambios en la Lista de Medicamentos que no le afectan durante este año del plan

Es posible que hagamos determinados cambios en la Lista de Medicamentos que no se describen anteriormente. En estos casos, el cambio no se aplicará a usted si está usando el medicamento cuando se hace el cambio; sin embargo, es probable que estos cambios le afecten a partir del 1 de enero del próximo año del plan si permanece en el mismo plan.

En general, los cambios que no le afectarán durante el año del plan actual son:

- Trasladamos su medicamento a un nivel de costo compartido mayor.
- Hemos puesto una nueva restricción sobre el uso de su medicamento.
- Eliminamos su medicamento de la Lista de Medicamentos.

Capítulo 3 Uso de la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

Si ocurre alguno de estos cambios para un medicamento que está tomando (a excepción de los cambios porque se haya retirado del mercado, por el reemplazo de un medicamento de marca por un medicamento genérico y de otros cambios mencionados 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.

No le informaremos estos tipos de cambios directamente durante el año del plan actual. Tendrá que revisar la Lista de Medicamentos para el próximo año del plan (cuando la lista esté disponible durante el período de inscripción abierta) para ver si hay cambios en los medicamentos que está tomando que le afectarán durante el próximo año del plan.

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 recibe algún medicamento que esté excluido, deberá pagarlo usted mismo. Si apela y se considera que el medicamento solicitado no está excluido de la Parte D, pagaremos o cubriremos el medicamento. (Para obtener información sobre la apelación de una decisión, consulte el **Capítulo 7**).

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.
- Nuestro plan, por lo general, no puede cubrir el uso para una indicación no autorizada. “Uso para una indicación no autorizada” es cualquier uso distinto al indicado en la etiqueta de un medicamento aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos.
- La cobertura del “uso para una indicación no autorizada” en la ficha técnica se permite solo si 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.

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

- Medicamentos sin receta (también denominados medicamentos de venta libre).
- Medicamentos que se usan para estimular la fertilidad

Capítulo 3 Uso de la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

- Medicamentos que se usan para aliviar los síntomas de la tos o el resfriado
- Medicamentos que se usan con fines estéticos o para estimular el crecimiento del cabello
- Vitaminas con receta y productos minerales, salvo las vitaminas prenatales y preparaciones de flúor.
- 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
- Medicamentos para pacientes externos cuyo fabricante pretenda exigir como condición de venta que los exámenes asociados o servicios de supervisión se compren exclusivamente al fabricante.

SECCIÓN 8 Surtir una receta

Sección 8.1 Proporcione información sobre su membresía

Para surtir la receta, proporcione la información de la membresía de su plan, que se puede encontrar en su tarjeta de membresía, en la farmacia de la red que haya elegido. 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 información de membresía con usted?

Si no tiene información de membresía con usted cuando surte la receta, usted o la farmacia pueden llamar 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 del Capítulo 5** para obtener información sobre cómo solicitar el reembolso al plan).

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

Sección 9.1 ¿Qué sucede si se encuentra en un hospital o en un centro de enfermería especializada?

Si se lo ingresa en un hospital o en un centro de enfermería especializada, Original Medicare (o su plan de salud de Medicare con cobertura de las Partes A y B, si corresponde) generalmente cubrirá el costo de sus medicamentos recetados durante su estadía. Una vez que salga del hospital o del centro de

Capítulo 3 Uso de la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

enfermería especializada, nuestro plan cubrirá sus medicamentos recetados, siempre y cuando los medicamentos cumplan con todas nuestras reglas de cobertura descritas en este capítulo.

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

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

Revise su Directorio de Farmacias para averiguar si la farmacia de su centro de cuidado a largo plazo (LTC) o la que utiliza es parte de nuestra red. Si no lo es, o si necesita más información o asistencia, comuníquese con el Servicio al Cliente. Si se encuentra en un centro de LTC, debemos asegurarnos de que pueda recibir de manera habitual sus beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias LTC.

¿Qué sucede si es residente en un centro de atención a largo plazo (LTC) y necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de Medicamentos o está restringido de alguna manera?

Consulte la **Sección 5.2** para obtener información sobre un suministro temporal o de emergencia.

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

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

Algunos medicamentos pueden estar cubiertos por la Parte B de Medicare en algunas situaciones y por Mutual of Omaha Rx en otras. Pero ningún medicamento está cubierto 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.

Capítulo 3 Uso de la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

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?

Si actualmente 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**. Este puede ayudarlo a determinar cómo funcionará su cobertura actual de medicamentos recetados con nuestro plan.

En general, si usted tiene cobertura de su empleador o grupo de jubilación, la cobertura de medicamentos que recibe de nosotros será *secundaria* a su cobertura grupal. 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”.

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 este aviso sobre la cobertura acreditable porque es posible que la necesite más adelante. Si se inscribe en un plan de Medicare que incluye la cobertura de medicamentos de la Parte D, es posible que necesite estos avisos para demostrar que ha mantenido la cobertura acreditable. Si no recibe el aviso de cobertura acreditable, solicite una copia del administrador de beneficios del empleador o del grupo de jubilación, o del empleador o el sindicato.

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

Los cuidados paliativos y nuestro plan no cubren el mismo medicamento al mismo tiempo. Si se encuentra inscrito en un centro de cuidados paliativos de Medicare y requiere determinados medicamentos (p. ej., un medicamento para tratar las náuseas, un laxante, un analgésico o un ansiolítico) que no están cubiertos por sus cuidados paliativos porque no está relacionado con su enfermedad terminal y las afecciones relacionadas, nuestro plan debe recibir una notificación del médico prescriptor o de su proveedor de cuidados paliativos que indique que el medicamento no está relacionado antes de que nuestro plan pueda cubrirlo. Para evitar retrasos en la recepción de estos medicamentos que deben estar cubiertos por nuestro plan, pídale a su proveedor de cuidados paliativos o a su médico prescriptor que le proporcione una notificación antes de surtir la receta.

Capítulo 3 Uso de la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

En caso de que revocara su elección de cuidados paliativos o de que reciba el alta, nuestro plan debería cubrir sus medicamentos, como se explica en este documento. Para evitar cualquier retraso en una farmacia cuando finaliza su beneficio de cuidados paliativos de Medicare, lleve documentación a la farmacia para verificar su revocación o su alta.

SECCIÓN 10 Programas de seguridad y administración de medicamentos

Sección 10.1 Programas para ayudar a los miembros a usar los medicamentos de manera segura
--

Llevamos a cabo revisiones sobre los usos de medicamentos para nuestros miembros para ayudarlos a asegurarse de que estén recibiendo una atención segura y adecuada.

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

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

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 ayuda a garantizar que los miembros utilicen de manera segura los opioides recetados y otros medicamentos de los que se suele abusar. Este programa se denomina Programa de Administración 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 benzodiazepine recetados no es seguro, podemos limitar la forma en que obtiene esos medicamentos. Si lo colocamos en nuestro DMP, las limitaciones pueden ser las siguientes:

Capítulo 3 Uso de la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

- Obligación de obtener todas sus recetas de medicamentos opioides o benzodiazepine de determinadas farmacias
- Obligación de obtener todas sus recetas de medicamentos opioides o benzodiazepine de determinados médicos
- Limitación a la cantidad de opioides o benzodiacepinas que le cubriremos

Si planeamos limitar cómo puede obtener estos medicamentos o cuánto puede obtener, le enviaremos una carta con anticipación. En la carta se explican las limitaciones que creemos que deben aplicarse en su caso. Tendrá la oportunidad de decirnos qué médicos o farmacias prefiere utilizar y cualquier otra información que considere importante que conozcamos. Luego de que usted haya tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos, le enviaremos otra carta que confirma la limitación. Si cree que cometimos un error o no está de acuerdo con nuestra determinación o con la limitación, usted y su médico prescriptor tienen derecho a apelar. Si presenta una apelación, revisaremos su caso y le informaremos nuestra decisión. Si seguimos rechazando cualquier parte de su solicitud en relación con las limitaciones que se aplican a su acceso a los medicamentos, enviaremos su caso inmediatamente a un revisor independiente fuera de nuestro plan. Consulte el **Capítulo 7** para obtener información sobre cómo solicitar una apelación.

No se lo colocará en nuestro DMP si tiene determinadas afecciones, como dolor relacionado con el cáncer activo o drepanocitosis, si recibe cuidados paliativos o atención al final de su 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. Nuestro programa se denomina Programa de manejo del tratamiento farmacológico (MTM). Este programa es voluntario y gratuito. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrollaron el programa para ayudarnos a asegurarnos de que nuestros miembros obtengan el máximo beneficio de los medicamentos que toman.

Algunos miembros que toman medicamentos para diferentes afecciones médicas y tienen altos costos de medicamentos o que están en un DMP para que los ayude a utilizar sus opioides de forma segura pueden obtener los servicios de un programa de MTM. Un farmacéutico u otro profesional de la salud llevará a cabo una revisión integral de sus medicamentos. Durante la revisión, puede hablar de sus medicamentos, sus costos, y cualquier problema o pregunta que tenga sobre sus medicamentos recetados y de venta libre. Obtendrá un resumen por escrito que tiene una lista de tareas recomendadas que incluye los pasos que debe seguir para obtener el máximo beneficio de sus medicamentos. También obtendrá una lista de medicamentos que incluye todos los medicamentos que está tomando, qué cantidad toma, y cuándo y por qué los toma. Además, los miembros del programa de MTM recibirán información sobre la eliminación segura de medicamentos recetados que sean sustancias controladas.

Es una buena idea hablar con su médico sobre la lista de tareas recomendadas y la lista de medicamentos. Lleve el resumen a su visita o en cualquier momento que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. También debe mantener su lista de medicamentos actualizada y con usted (por ejemplo, con su identificación) en caso de que vaya al hospital o a la sala de emergencias.

Capítulo 3 Uso de la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

Si tenemos un programa que se adapte a sus necesidades, lo inscribiremos automáticamente en él y le enviaremos la información. Si decide no participar, infórmenoslo y lo retiraremos. Si tiene preguntas sobre este programa, comuníquese con Servicio al Cliente.

CAPÍTULO 4:

*Lo que paga por sus medicamentos
recetados de la Parte D*

¿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”.

SECCIÓN 1 **Introducción**

Sección 1.1	Utilice este Capítulo junto con otros materiales que explican su cobertura de medicamentos
--------------------	---

Este Capítulo se centra en lo que paga por los medicamentos recetados de la Parte D. Para simplificar, en este capítulo, cuando se habla de “medicamentos” nos referimos a los medicamentos recetados 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 de pago, debe saber qué medicamentos están cubiertos, dónde surtir las recetas y qué reglas seguir cuando recibe sus medicamentos cubiertos. En las **Secciones 1 a 4 del Capítulo 3** se explican estas reglas.

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

Existen distintos tipos de costos directos de su bolsillo para los medicamentos de la Parte D. 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 paga por los medicamentos antes de que nuestro plan comience a pagar su parte.
- El “**copago**” es un monto fijo que paga cada vez que surte una receta.
- El “**coseguro**” es un porcentaje del costo total del medicamento que paga cada vez que surte una receta.

Sección 1.3	Cómo calcula Medicare los costos directos de su bolsillo
--------------------	---

Medicare tiene reglas sobre lo que cuenta y lo que *no* cuenta para los costos directos de su bolsillo. Estas son las reglas que debemos seguir para mantener un seguimiento de sus costos directos de su bolsillo.

Estos pagos se incluyen en los costos directos de su bolsillo

Los costos directos de su bolsillo incluyen los pagos enumerados a continuación (siempre que sean para medicamentos cubiertos de la Parte D, y usted haya seguido las reglas de cobertura de medicamentos que se explican en el **Capítulo 3**):

- El monto que paga por los medicamentos cuando se encuentra en cualquiera de las siguientes etapas de pago de medicamentos:
 - Etapa de 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.
- Algunos pagos realizados por el Programa de Descuento para la Etapa de Falta de Cobertura de Medicare están incluidos. 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 \$7,400 en costos directos de su bolsillo dentro del año calendario, pasará de la Etapa de Falta de Cobertura a la Etapa de Cobertura Catastrófica.

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

Los costos directos de su bolsillo **no incluyen** ninguno de estos tipos de pagos:

- 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.

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

- 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 cualquier otra organización, como las que figuran anteriormente, paga parte o la totalidad de los costos directos de su bolsillo por los medicamentos, debe informarle a nuestro plan llamando a Servicio al Cliente.

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

- Lo ayudaremos. El informe de la Parte D de EOB que recibe incluye el monto actual de los costos directos de su bolsillo. Cuando este monto alcance los \$7,400, 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.

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?
--------------------	--

Hay cuatro “etapas de pago de medicamentos” para su cobertura de medicamentos recetados de Mutual of Omaha Rx. El monto que paga depende de la etapa en la que se encuentra cuando reciba una receta surtida o resurtida. Tenga en cuenta que usted siempre es responsable de la prima mensual del plan, independientemente de la etapa de pago de medicamentos. Los detalles de cada etapa figuran en las **Secciones 4 a 7** de este capítulo. Las etapas son:

Etapas 1: Etapa del Deducible Anual

Etapas 2: Etapa de Cobertura Inicial

Etapas 3: Etapa de Falta de Cobertura

Etapas 4: Etapa de Cobertura Catastrófica

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

Mensaje importante sobre lo que paga por insulina

No pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, independientemente del nivel de costo compartido en el que se encuentra, incluso si no ha pagado su deducible. Por el Premier plan, pagará \$25 para Insulinas Selectas de Nivel 3 en farmacias de la red preferidas.

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

Sección 3.1 Le enviamos un resumen mensual llamado Explicación de Beneficios de la Parte D (la “EOB de la Parte D”)

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 del 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.

Le enviaremos el *Explicación de Beneficios de la Parte D* (“EOB de la Parte D”) cuando usted haya surtido una o más recetas a través del plan durante el mes anterior. 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.
- **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 por sus medicamentos desde que comenzó el año.
- **Información sobre el precio de los medicamentos.** Esta información mostrará el precio total del medicamento y la información sobre los aumentos de precio desde el primer surtido para cada solicitud de receta de la misma cantidad.
- **Recetas alternativas de menor costo disponibles.** Esto incluirá información sobre otros medicamentos disponibles con costos compartidos más bajos para cada reclamación de medicamentos recetados.

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 membresía cada vez que surta una receta.** Esto nos ayuda a asegurarnos de que conozcamos las recetas que está surtiendo y lo que paga.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** En ocasiones, es posible que usted pague la totalidad del costo de un medicamento recetado. En estos casos, no recibiremos automáticamente la información que necesitamos para mantener un seguimiento de los costos

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

directos de su bolsillo. Para ayudarnos a controlar los costos directos de su bolsillo, entréguenos copias de sus recibos. Estos son ejemplos de cuándo debe entregarnos copias de sus recibos de 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.
 - 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**.
- **Envíenos información sobre los pagos que otros han hecho en su nombre.** Los pagos realizados por otras personas y organizaciones también cuentan para los costos directos de su bolsillo. 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. Guarde un registro de estos pagos y envíelos para que podamos hacer un seguimiento de sus costos.
 - **Revise el informe escrito que le enviamos.** Cuando reciba una “EOB de la Parte D”, revísela para asegurarse de que la información está completa y es correcta. Si cree que falta algo o tiene alguna pregunta, llame a Servicio al Cliente. 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**. Asegúrese de conservar estos informes.

SECCIÓN 4	Durante la Etapa de Deducible, usted paga: • <i>Plus plan:</i> el costo total de sus medicamentos • <i>Essential plan:</i> el costo total de los medicamentos de Nivel 2, 3 y 5 • <i>Premier plan:</i> el costo total de los medicamentos de Nivel 3, 4 y 5
------------------	---

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

Plus plan:

Esta etapa comienza cuando surte la primera receta del 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 \$505 para el año 2022. 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 en farmacias de la red.

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

Una vez que haya pagado \$505 por sus medicamentos, dejará la Etapa de Deducible y pasará a la siguiente etapa de pago de medicamentos, la Etapa de Cobertura Inicial.

Essential plan:

Pagará un deducible anual de \$505 para el año 2023 por medicamentos de Nivel 3, 4 y 5. **Debe pagar el costo total de sus medicamentos de Nivel 2, 3, 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. El “**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 en farmacias de la red.

Una vez que haya pagado \$505 por sus medicamentos de Nivel 2, 3, 4 y 5, dejará la Etapa de Deducible y pasará a la Etapa de Cobertura Inicial.

Premier plan:

Pagará un deducible anual de \$505 para el año 2023 por medicamentos de Nivel 3, 4 y 5. Durante la Etapa de Deducible, el costo directo de su bolsillo para estas insulinas selectas será de \$25 para un suministro de 1 mes en farmacias de la red preferidas. 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 Nivel 3, 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 en farmacias de la red.

Una vez que haya pagado \$505 por sus medicamentos de Nivel 3, 4 y 5, abandona la Etapa de Deducible y pasa a la próxima etapa de pago de medicamentos, 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.

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

continuación	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. Premier plan: Este nivel incluye las Insulinas Selectas.
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	Este nivel incluye medicamentos de marca no preferidos y medicamentos genéricos. Es posible que haya 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.

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. Los costos pueden ser menores en las farmacias con costo compartido preferido.
- Una farmacia fuera de la red del plan. Cubrimos recetas surtidas en farmacias fuera de la red únicamente en situaciones limitadas. Consulte la **Sección 2.5 del Capítulo 3** saber 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

- 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** y el *Directorio de Farmacias* del plan.

Sección 5.2	Tabla que muestra su costo para un suministro de <i>un mes</i> de un medicamento
--------------------	---

Durante la Etapa de Cobertura Inicial, su parte del costo de un medicamento cubierto será un copago o coseguro. Como se muestra en la siguiente tabla, el monto del copago o del coseguro depende del nivel de costo compartido en el que se encuentre su medicamento. A veces, el costo del medicamento es menor que su copago. En estos casos, usted paga el precio más bajo por el medicamento en lugar del copago.

Plus Plan

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

Nivel	Farmacia Minorista Estándar Costo Compartido (Dentro de la red) (suministro de hasta 30 días)	Costo Compartido en Una Farmacia Minorista Preferida (Dentro de la red) (suministro de hasta 30 días)	Costo Compartido en una Farmacia de Pedidos por Correo (suministro de hasta 30 días)	Cuidado a Largo Plazo (LTC) Costo Compartido (suministro de hasta 31 días)	Costo Compartido en 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 1 de costo compartido (Medicamentos genéricos preferidos)	Copago de \$8	Copago de \$1	El pedido por correo no está disponible para medicamentos de Nivel 1	Copago de \$8	Copago de \$8
Nivel 2 de costo compartido (Medicamentos genéricos)	Copago de \$12	Copago de \$5	El pedido por correo no está disponible para medicamentos de Nivel 2	Copago de \$12	Copago de \$12

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

Nivel	Farmacia Minorista Estándar Costo Compartido (Dentro de la red) (suministro de hasta 30 días)	Costo Compartido en Una Farmacia Minorista Preferida (Dentro de la red) (suministro de hasta 30 días)	Costo Compartido en una Farmacia de Pedidos por Correo (suministro de hasta 30 días)	Cuidado a Largo Plazo (LTC) Costo Compartido (suministro de hasta 31 días)	Costo Compartido en 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 3 de costo compartido Medicamentos de marca preferidos)	Coseguro del 20%-23%	Coseguro del 18%-21%	El pedido por correo no está disponible para medicamentos de Nivel 3	Coseguro del 20%-23%	Coseguro del 20%-23%
Algunos montos del costo compartido varían según el estado. Consulte la Tabla A en las páginas 64 - 65 para conocer el coseguro en su estado.					
Nivel 4 de costo compartido (Medicamentos no preferidos)	Coseguro del 38%-44%	Coseguro del 36%-42%	Coseguro del 36%-42%	Coseguro del 38%-44%	Coseguro del 38%-44%
Algunos montos del costo compartido varían según el estado. Consulte la Tabla A en las páginas 64 - 65 para conocer el coseguro en su estado.					
Nivel 5 de costo compartido (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: Plus Plan****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 *tres meses* de medicamentos recetados cubiertos la Parte D del Nivel 3 (Medicamentos de marca preferidos) y Nivel 4 (Medicamentos de no preferidos). **Nota:** Los medicamentos de Nivel 3 *no* están disponibles para un suministro de *un mes* por correo.

Estado	Montos de costo compartido para: – Farmacia Minorista Estándar (Dentro de la red) – Cuidado a Largo Plazo (LTC) – Fuera de la red		Montos de costo compartido para: Minorista preferido (Dentro de la red)		Montos de costo compartido para: Pedido Por Correo
	Nivel 3	Nivel 4	Nivel 3	Nivel 4	Nivel 4
Alabama	20%	40%	18%	38%	38%
Alaska	22%	39%	20%	37%	37%
Arizona	22%	40%	20%	38%	38%
Arkansas	21%	39%	19%	37%	37%
California	22%	38%	20%	36%	36%
Colorado	21%	39%	19%	37%	37%
Connecticut	22%	40%	20%	38%	38%
Delaware	22%	40%	20%	38%	38%
Dist. of Columbia	22%	40%	20%	38%	38%
Florida	21%	38%	19%	36%	36%
Georgia	21%	39%	19%	37%	37%
Hawaii	22%	41%	20%	39%	39%
Idaho	21%	40%	19%	38%	38%
Illinois	22%	39%	20%	37%	37%
Indiana	22%	40%	20%	38%	38%
Iowa	20%	39%	18%	37%	37%
Kansas	20%	39%	18%	37%	37%
Kentucky	22%	40%	20%	38%	38%
Louisiana	20%	39%	18%	37%	37%
Maine	22%	42%	20%	40%	40%
Maryland	22%	40%	20%	38%	38%
Massachusetts	22%	40%	20%	38%	38%
Michigan	21%	38%	19%	36%	36%
Minnesota	20%	39%	18%	37%	37%
Mississippi	20%	40%	18%	38%	38%
Missouri	20%	40%	18%	38%	38%

Capítulo 4 Lo que usted paga por los medicamentos recetados de la Parte D**Tabla A: Plus Plan, 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 *tres meses* de medicamentos recetados cubiertos la Parte D del Nivel 3 (Medicamentos de marca preferidos) y Nivel 4 (Medicamentos de no preferidos). **Nota:** Los medicamentos de Nivel 3 *no* están disponibles para un suministro de *un mes* por correo.

Estado	Montos de costo compartido para: – Farmacia Minorista Estándar (Dentro de la red) – Cuidado a Largo Plazo (LTC) – Fuera de la red		Montos de costo compartido para: Minorista preferido (Dentro de la red)		Montos de costo compartido para: Pedido Por Correo
	Nivel 3	Nivel 4	Nivel 3	Nivel 4	Nivel 4
Montana	20%	39%	18%	37%	37%
Nebraska	20%	39%	18%	37%	37%
Nevada	22%	41%	20%	39%	39%
New Hampshire	22%	42%	20%	40%	40%
New Jersey	22%	40%	20%	38%	38%
New Mexico	21%	38%	19%	36%	36%
North Carolina	22%	44%	20%	42%	42%
North Dakota	20%	39%	18%	37%	37%
Ohio	22%	41%	20%	39%	39%
Oklahoma	20%	40%	18%	38%	38%
Oregon	21%	39%	19%	37%	37%
Pennsylvania	23%	42%	21%	40%	40%
Rhode Island	22%	40%	20%	38%	38%
South Carolina	22%	39%	20%	37%	37%
South Dakota	20%	39%	18%	37%	37%
Tennessee	20%	40%	18%	38%	38%
Texas	22%	41%	20%	39%	39%
Utah	21%	40%	19%	38%	38%
Vermont	22%	40%	20%	38%	38%
Virginia	23%	41%	21%	39%	39%
Washington	21%	39%	19%	37%	37%
West Virginia	23%	42%	21%	40%	40%
Wisconsin	20%	38%	18%	36%	36%
Wyoming	20%	39%	18%	37%	37%

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

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

Nivel	Farmacia Minorista Estándar Costo Compartido (Dentro de la red) (suministro de hasta 30 días)	Costo Compartido en Una Farmacia Minorista Preferida (Dentro de la red) (suministro de hasta 30 días)	Costo Compartido en una Farmacia de Pedidos por Correo (suministro de hasta 30 días)	Cuidado a Largo Plazo (LTC) Costo Compartido (suministro de hasta 31 días)	Costo Compartido en 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 1 de costo compartido (Medicamentos genéricos preferidos)	Copago de \$15	Copago de \$0	El pedido por correo no está disponible para medicamentos de Nivel 1	Copago de \$15	Copago de \$15
Nivel 2 de costo compartido (Medicamentos genéricos)	Copago de \$20	Copago de \$15	El pedido por correo no está disponible para medicamentos de Nivel 2	Copago de \$20	Copago de \$20
Nivel 3 de costo compartido Medicamentos de marca preferidos)	Coseguro del 22%	Coseguro del 20%	El pedido por correo no está disponible para medicamentos de Nivel 3	Coseguro del 22%	Coseguro del 22%
Nivel 4 de costo compartido (Medicamentos no preferidos)	Coseguro del 50%	Coseguro del 48%	Coseguro del 48%	Coseguro del 50%	Coseguro del 50%
Nivel 5 de costo compartido (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**Premier Plan**

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

Nivel	Farmacia Minorista Estándar Costo Compartido (Dentro de la red) (suministro de hasta 30 días)	Costo Compartido en Una Farmacia Minorista Preferida (Dentro de la red) (suministro de hasta 30 días)	Costo Compartido en una Farmacia de Pedidos por Correo (suministro de hasta 30 días)	Cuidado a Largo Plazo (LTC) Costo Compartido (suministro de hasta 31 días)	Costo Compartido en 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 1 de costo compartido (Medicamentos genéricos preferidos)	Copago de \$8	Copago de \$1	El pedido por correo no está disponible para medicamentos de Nivel 1	Copago de \$8	Copago de \$8
Nivel 2 de costo compartido (Medicamentos genéricos)	Copago de \$17	Copago de \$10	El pedido por correo no está disponible para medicamentos de Nivel 2	Copago de \$17	Copago de \$17
Nivel 3 de costo compartido Medicamentos de marca preferidos)	Copago de \$47	Copago de \$45	El pedido por correo no está disponible para medicamentos de Nivel 3	Copago de \$47	Copago de \$47
Nivel 3 de Costo Compartido para Insulinas Selectas* Medicamentos de marca preferidos)	Copago de \$35	Copago de \$25	El pedido por correo no está disponible para medicamentos de Nivel 3	Copago de \$35	Copago de \$35

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

Nivel	Farmacia Minorista Estándar Costo Compartido (Dentro de la red) (suministro de hasta 30 días)	Costo Compartido en Una Farmacia Minorista Preferida (Dentro de la red) (suministro de hasta 30 días)	Costo Compartido en una Farmacia de Pedidos por Correo (suministro de hasta 30 días)	Cuidado a Largo Plazo (LTC) Costo Compartido (suministro de hasta 31 días)	Costo Compartido en 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 4 de costo compartido (Medicamentos no preferidos)	Coseguro del 47%	Coseguro del 45%	Coseguro del 45%	Coseguro del 47%	Coseguro del 47%
Nivel 5 de costo compartido (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.

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
--------------------	--

Normalmente, el monto que paga por un medicamento recetado cubre el suministro de un mes completo. Es posible que haya momentos en que usted o su médico deseen que tenga menos de un mes de suministro de un medicamento (por ejemplo, cuando está probando un medicamento por primera vez). También puede solicitarle a su médico que recete y a su farmacéutico que dispense el suministro de sus medicamentos para menos de un mes completo, si esto le ayudará a planificar mejor las fechas de resurtido de distintas recetas.

Si recibe un suministro de menos de un mes completo de determinados medicamentos, no tendrá que pagar el suministro del mes completo.

- Si usted tiene que pagar el coseguro, paga un *porcentaje* del costo total del medicamento. Debido a que el coseguro se basa en el costo total del medicamento, su costo será menor, ya que el costo total del medicamento será menor.
- Si es responsable de un copago por el medicamento, solo pagará el número de días del medicamento que recibe en lugar de un mes completo. Calcularemos el monto que paga por día por su medicamento (la “tasa diaria de costo compartido”) y lo multiplicaremos por la cantidad de días de medicamento que recibe.

Sección 5.4	Tabla que muestra sus costos por un suministro a <i>largo plazo</i> (hasta 90 días) de un medicamento
--------------------	--

Para algunos medicamentos, puede obtener un suministro a largo plazo (también llamado “suministro extendido”). Un suministro a largo plazo es un suministro de hasta 90 días.

La siguiente tabla muestra lo que usted paga cuando obtiene un suministro a largo plazo de un medicamento.

- A veces, el costo del medicamento es menor que su copago. En estos casos, usted paga el precio más bajo por el medicamento en lugar del copago.

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

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

Nivel	Farmacia Minorista Estándar Costo Compartido (Dentro de la red) (suministro de hasta 90 días)	Minorista preferido Costo Compartido (Dentro de la red) (suministro de hasta 90 días)	Pedido por correo Costo Compartido (suministro de hasta 90 días)
Costo Compartido Nivel 1 (Medicamentos genéricos preferidos)	Copago de \$24	Copago de \$3	Copago de \$2.50
Costo Compartido Nivel 2 (Medicamentos genéricos)	Copago de \$36	Copago de \$15	Copago de \$12.50
Costo Compartido Nivel 3 (Medicamentos de marca preferidos)	Coseguro del 20%- 23%	Coseguro del 18%- 21%	Coseguro del 18%- 21%
Algunos montos del costo compartido varían según el estado. Consulte la Tabla B en las páginas 71 - 72 para conocer el coseguro en su estado.			
Costo Compartido Nivel 4 (Medicamentos no preferidos)	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos del Nivel 4.		
Costo Compartido Nivel 5 (Medicamentos especializados)	Un suministro a largo plazo no está disponible para medicamentos del Nivel 5.		

Capítulo 4 Lo que usted paga por los medicamentos recetados de la Parte D**Tabla B: Plus Plan****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 de costo compartido para: – Farmacia Minorista Estándar (en la Red) – Cuidado a Largo Plazo (LTC) – Fuera de la red	Montos de costo compartido para: – Farmacia Minorista Preferida (en la Red) – Pedido Por Correo
Alabama	20%	18%
Alaska	22%	20%
Arizona	22%	20%
Arkansas	21%	19%
California	22%	20%
Colorado	21%	19%
Connecticut	22%	20%
Delaware	22%	20%
Dist. of Columbia	22%	20%
Florida	21%	19%
Georgia	21%	19%
Hawaii	22%	20%
Idaho	21%	19%
Illinois	22%	20%
Indiana	22%	20%
Iowa	20%	18%
Kansas	20%	18%
Kentucky	22%	20%
Louisiana	20%	18%
Maine	22%	20%
Maryland	22%	20%
Massachusetts	22%	20%
Michigan	21%	19%
Minnesota	20%	18%
Mississippi	20%	18%
Missouri	20%	18%

Capítulo 4 Lo que usted paga por los medicamentos recetados de la Parte D**Tabla B: Plus Plan, 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 de costo compartido para: – Farmacia Minorista Estándar (en la Red) – Cuidado a Largo Plazo (LTC) – Fuera de la red	Montos de costo compartido para: – Farmacia Minorista Preferida (en la Red) – Pedido Por Correo
Montana	20%	18%
Nebraska	20%	18%
Nevada	22%	20%
New Hampshire	22%	20%
New Jersey	22%	20%
New Mexico	21%	19%
North Carolina	22%	20%
North Dakota	20%	18%
Ohio	22%	20%
Oklahoma	20%	18%
Oregon	21%	19%
Pennsylvania	23%	21%
Rhode Island	22%	20%
South Carolina	22%	20%
South Dakota	20%	18%
Tennessee	20%	18%
Texas	22%	20%
Utah	21%	19%
Vermont	22%	20%
Virginia	23%	21%
Washington	21%	19%
West Virginia	23%	21%
Wisconsin	20%	18%
Wyoming	20%	18%

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

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

Nivel	Farmacia Minorista Estándar Costo Compartido (Dentro de la red) (suministro de hasta 90 días)	Minorista preferido Costo Compartido (Dentro de la red) (suministro de hasta 90 días)	Pedido por correo Costo Compartido (suministro de hasta 90 días)
Costo Compartido Nivel 1 (Medicamentos genéricos preferidos)	Copago de \$45	Copago de \$0	Copago de \$0
Costo Compartido Nivel 2 (Medicamentos genéricos)	Copago de \$60	Copago de \$45	Copago de \$37.50
Costo Compartido Nivel 3 (Medicamentos de marca preferidos)	Coseguro del 22%	Coseguro del 20%	Coseguro del 20%
Costo Compartido Nivel 4 (Medicamentos no preferidos)	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos del Nivel 4.		
Costo Compartido Nivel 5 (Medicamentos especializados)	Un suministro a largo plazo no está disponible para medicamentos del Nivel 5.		

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

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

Nivel	Farmacia Minorista Estándar Costo Compartido (Dentro de la red) (suministro de hasta 90 días)	Minorista preferido Costo Compartido (Dentro de la red) (suministro de hasta 90 días)	Pedido por correo Costo Compartido (suministro de hasta 90 días)
Costo Compartido Nivel 1 (Medicamentos genéricos preferidos)	Copago de \$24	Copago de \$3	Copago de \$2.50
Costo Compartido Nivel 2 (Medicamentos genéricos)	Copago de \$51	\$30 copago	Copago de \$25
Costo Compartido Nivel 3 (Medicamentos de marca preferidos)	Copago de \$141	Copago de \$135	Copago de \$112.50
Costo Compartido del Nivel 3 para Insulinas Selectas* (Medicamentos de marca preferidos)	Copago de \$105	Copago de \$75	Copago de \$75
Costo Compartido Nivel 4 (Medicamentos no preferidos)	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos del Nivel 4.		
Costo Compartido Nivel 5 (Medicamentos especializados)	Un suministro a largo plazo no está disponible para medicamentos del Nivel 5.		

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

Sección 5.5	Permanecerá en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que sus costos totales de medicamentos para el año alcancen los \$4,660
--------------------	---

Permanece en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que el monto total de los medicamentos recetados que ha surtido alcance **el límite de \$4,660 para la Etapa de Cobertura Inicial**.

El EOB de la Parte D que recibe le ayudará a hacer un seguimiento de lo que usted, el plan y cualquier tercero han gastado en su nombre durante el año. Muchas personas no alcanzan el límite de \$4,660 en un año.

Le avisaremos si alcanza este monto. Si alcanza este monto, dejará la Etapa de Cobertura Inicial y pasará a la Etapa de Falta de Cobertura. Consulte la **Sección 1.3** para obtener información sobre cómo calcula Medicare los costos directos de su bolsillo.

SECCIÓN 6 Costos en la Etapa de Falta de Cobertura

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.

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.

Plus plan:

Sigue pagando estos costos hasta que los pagos directos anuales de su bolsillo alcancen el monto máximo que ha fijado Medicare. Una vez que alcance este monto (\$7,400), dejará la Etapa de Falta de Cobertura y pasará a la Etapa de Cobertura Catastrófica.

Medicare tiene reglas sobre lo que cuenta y lo que *no* cuenta como costos directos de su bolsillo (**Sección 1.3**).

Essential plan:

Sigue pagando estos costos hasta que los pagos directos anuales de su bolsillo alcancen el monto máximo que ha fijado Medicare. Una vez que alcance este monto (\$7,400), dejará la Etapa de Falta de Cobertura y pasará a la Etapa de Cobertura Catastrófica.

Medicare tiene reglas sobre lo que cuenta y lo que *no* cuenta como costos directos de su bolsillo (**Sección 1.3**).

Premier plan:

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 para un suministro de un mes en farmacias de la red

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

preferidas. 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).

Sigue pagando estos costos hasta que los pagos directos anuales de su bolsillo alcancen el monto máximo que ha fijado Medicare. Una vez que alcance este monto (\$7,400), dejará la Etapa de Falta de Cobertura y pasará a la Etapa de Cobertura Catastrófica.

Medicare tiene reglas sobre lo que cuenta y lo que *no* cuenta como costos directos de su bolsillo (Sección 1.3).

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

Entra en la Etapa de Cobertura Catastrófica cuando los costos directos de su bolsillo han alcanzado el límite de \$7,400 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. Pagará lo siguiente:

- **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*, \$4.15 por un medicamento genérico o un medicamento tratado como genérico, y \$10.35 por todos los demás medicamentos.

SECCIÓN 8 Vacunas de la Parte D. Lo que usted paga depende de cómo y dónde las reciba.

Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas: Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D de Medicare sin cargo para usted, incluso si no ha pagado su deducible. Llame a Servicio al Cliente para obtener más información.

Existen dos partes de nuestra cobertura de vacunaciones de la Parte D:

- La primera parte de la cobertura es el costo de **la vacuna en sí**.
- La segunda parte de la cobertura es el costo de **colocarle la vacuna**. (Esto a veces se denomina la “administración” de la vacuna).

Sus costos para la vacunación de la Parte D dependen de tres cosas:

- 1. El tipo de vacuna** (contra qué se está vacunando)
 - Algunas vacunas se consideran beneficios médicos.

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

- Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas en la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* del plan.

2. Dónde recibe la vacuna

- La vacuna en sí puede dispensarse en una farmacia o proporcionarse en el consultorio médico.

3. Quién le administra la vacuna

- Un farmacéutico puede administrar la vacuna en la farmacia u otro proveedor puede entregarla en el consultorio médico.

Lo que paga al momento de recibir la vacunación de la Parte D puede variar según las circunstancias y en la Etapa de Medicamento en la que se encuentra.

- A veces, cuando se vacuna, tiene que pagar el costo total de la vacuna en sí misma y el costo para el proveedor que le administra la vacuna. Puede pedirle a nuestro plan que le pague nuestra parte del costo.
- En otros momentos, cuando se vacune, solo pagará su parte del costo según su beneficio de la Parte D.

A continuación, se muestran tres ejemplos de maneras en que podría adquirir una vacuna de la Parte D.

Situación 1: Recibe la vacuna en la farmacia de la red. (Tendrá esta opción según el lugar donde vive. Algunos estados no permiten que las farmacias vacunen.)

- Pagará en la farmacia su coseguro o copago por la vacuna en sí, lo que incluye el costo de su administración.
- Nuestro plan pagará el resto de los costos.

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

- Cuando reciba la vacuna, pagará el costo total de la vacuna en sí y el costo que el proveedor que se la administre.
- Después puede solicitarle a nuestro plan que pague nuestra parte del costo mediante los procedimientos que se describen en el **Capítulo 5**.
- 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 luego la traslada al consultorio de su médico, donde le administran la vacuna.

- Tendrá que pagar en la farmacia su coseguro o copago por la vacuna en sí.
- 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**.

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

- Se le reembolsará el monto que haya cobrado el médico por la administración de la vacuna.

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

A veces, cuando recibe un medicamento recetado, es posible que deba pagar el costo total. En otro momento, puede encontrar que ha pagado más de lo que esperaba según las reglas de cobertura del plan o que puede recibir una factura de un proveedor. En estos casos, puede pedir a nuestro plan que le devuelva el dinero (devolverle el dinero suele llamarse “reembolso”). Es posible que haya fechas límites que debe cumplir para recibir el reembolso. Consulte la **Sección 2** de este capítulo.

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 **Capítulo 7**).

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

Si va a una farmacia fuera de la red, es posible que la farmacia no pueda presentar la reclamación directamente a nosotros. Cuando eso suceda, tendrá que pagar el costo total de su receta.

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos solicite que le devolvamos nuestra parte del costo. Tenga en cuenta que solo cubrimos las farmacias fuera de la red en circunstancias limitadas. Consulte la **Sección 2.5 del Capítulo 3** para conocer estas circunstancias.

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 un medicamento recetado 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. (Esto 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 cualquiera de sus medicamentos después de la fecha de inscripción, puede solicitarnos que le devolvamos nuestra parte de los costos. Tendrá que presentar la documentación para que nosotros nos encarguemos del reembolso.

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 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 de este documento 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 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 este documento hay información sobre cómo hacer una apelación.

SECCIÓN 2 Cómo solicitar que le devolvamos el dinero

Puede solicitarnos que le devolvamos el dinero enviando una solicitud por escrito. Si envía una solicitud por escrito, envíe su recibo documentando el pago que ha realizado. Es una buena idea hacer copias de los recibos para conservarlas en un registro. **Debe presentarnos su queja en un plazo de 36 meses** a partir de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.

Para asegurarse de que nos está dando toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede completar nuestro formulario de reclamaciones 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 desde nuestro sitio web (**mutualofomaharx.com**) o llamar al Servicio al Cliente y solicitar el formulario.

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

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 usted siguió todas las reglas, pagaremos nuestra parte del costo. Le enviaremos por correo el reembolso de nuestra parte del costo. Enviaremos el pago en un plazo de 30 días a partir de la recepción de su solicitud.

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

- Si decidimos que el medicamento *no* está cubierto, o que usted *no* siguió todas las reglas, no pagaremos nuestra parte del costo. Le enviaremos una carta en la que se explicarán los motivos por los que no enviamos el pago y sus derechos para apelar esa decisión.

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

Si cree que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago o el monto que pagamos, puede presentar una apelación. Si apela, nos pide que modifiquemos la decisión que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago. El proceso de apelación es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Para conocer los detalles sobre cómo presentar esta apelación, vaya al **Capítulo 7** de este documento.

CAPÍTULO 6:

Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales como miembro del plan

Sección 1.1	Debemos proporcionar información de una manera que funcione para usted y sea compatible con sus sensibilidades culturales (en otros idiomas además de inglés, en braille, en letra grande o en otros formatos alternativos, etc.)
--------------------	--

Su plan debe garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se brinden de una manera culturalmente competente y sean accesibles para todos los afiliados, incluidas las personas que tienen una competencia limitada en inglés, habilidades de lectura limitadas o una discapacidad auditiva, o personas con orígenes culturales y étnicos diversos. Algunos ejemplos de cómo un plan puede cumplir estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros, la prestación de servicios de traductores, servicios de intérpretes, teletipos o conexión de TTY (teléfono de texto o teléfono de teletipo).

Nuestro plan cuenta con servicios gratuitos de intérpretes que están a su disposición para responder preguntas de miembros que no hablan inglés. También ofrecemos los materiales del plan en español. Si lo necesita, también podemos brindarle información en braille, letra grande u otros formatos alternativos sin costo alguno. Debemos brindarle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea adecuado para usted y al que pueda acceder. Para obtener información de parte nuestra de una manera que funcione para usted, llame a Servicio al Cliente.

Si tiene problemas para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, llame para presentar una queja formal ante nuestro plan (consulte la **Sección 1** del **Capítulo 2** para obtener la información de contacto). También puede presentar una queja ante Medicare si llama al 1.800.MEDICARE (1.800.633.4227) o directamente a la Oficina de Derechos Civiles al 1.800.368.1019 o TTY: 1.800.537.7697.

Section 1.1	We must provide information in a way that works for you and is consistent with your cultural sensitivities (in languages other than English, in braille, in large print, or other alternate formats, etc.)
--------------------	---

Your plan is required to ensure that all services, both clinical and non-clinical, are provided in a culturally competent manner and are accessible to all enrollees, including those with limited English proficiency, limited reading skills, hearing incapacity, or those with diverse cultural and ethnic backgrounds. Examples of how a plan may meet these accessibility requirements include, but are not limited to, provision of translator services, interpreter services, teletypewriters, or TTY (text telephone or teletypewriter phone) connection.

Our plan has free interpreter services available to answer questions from 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.

Capítulo 6 Sus derechos y responsabilidades

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 at 1.800.368.1019 or TTY 1.800.537.7697.

Sección 1.2	Debemos asegurarnos de que usted reciba sus medicamentos cubiertos de manera oportuna
--------------------	--

Tiene derecho a surtir o resurtir sus recetas en cualquiera de nuestras farmacias de la red sin largos retrasos. Si considera que no está recibiendo sus medicamentos de la Parte D en un plazo de tiempo razonable, en el **Capítulo 7** se le informa qué 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.
- Tiene derechos relacionados con su información y el control de cómo se utiliza su información médica. Le damos un aviso por escrito, denominado “Aviso sobre Prácticas de Privacidad”, en el que se le informa sobre estos derechos y se explica cómo protegemos la privacidad de su información médica.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información de salud?

- Nos aseguramos de que las personas no autorizadas no vean o modifiquen sus registros.
- Excepto por las circunstancias que se señalan a continuación, si tenemos la intención de brindar su información médica a cualquier persona que no le está brindando atención médica o que no paga por su atención, *debemos obtener un permiso por escrito de usted o de alguien a quien usted haya dado poder legal para tomar decisiones por usted.*
- Hay ciertas excepciones que no requieren que obtengamos su permiso por escrito primero. Estas excepciones están permitidas o exigidas por la ley.
 - Debemos entregar información médica a las agencias gubernamentales que verifican la calidad de la atención.
 - Como usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, estamos obligados a proporcionar su información médica a Medicare, incluida la información sobre sus medicamentos recetados de la Parte D. Si Medicare divulga su información para investigación u otros usos, esto se hará de acuerdo con los estatutos y las reglas federales; normalmente, esto requiere que la información que lo identifica de manera única no se comparta.

Capítulo 6 Sus derechos y responsabilidades

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.

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su información de salud personal, llame a Servicio al Cliente.

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.

Si desea obtener cualquiera de los siguientes tipos de información, llame a Servicio al Cliente:

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la condición económica del plan.
- **Información sobre las farmacias de nuestra red.** Tiene derecho a obtener información sobre las calificaciones de las farmacias de nuestra red y cómo le pagamos a las farmacias de nuestra red.
- **Información sobre su cobertura y las reglas que debe seguir cuando use su cobertura.** En los **Capítulos 3 y 4** se brinda información sobre la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D.
- **Información sobre el motivo por el cual algo no está cubierto y qué puede hacer al respecto.** En el **Capítulo 7** se proporciona información sobre cómo solicitar una explicación por escrito sobre los motivos por los que un medicamento de la Parte D no está cubierto o si su cobertura está restringida. En el **Capítulo 7** también se proporciona información sobre cómo solicitarnos que cambiemos una decisión, lo que también se conoce como apelación.

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:

Capítulo 6 Sus derechos y responsabilidades

- 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 dar 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.** Puede obtener un formulario de instrucción anticipada de su abogado, de un trabajador social o de algunas tiendas de suministros 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 entregar una copia del formulario a su médico y a la persona que nombra en el formulario que puede tomar decisiones por usted en caso de que usted no pueda. Le recomendamos entregar copias a amigos o familiares cercanos. Guarde una copia en su casa.

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

- El hospital le preguntará si ha firmado un formulario de instrucción anticipada y si lo tiene con usted.
- 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, ubicado en el **Apéndice** de este documento, para obtener información de contacto de la organización en su estado.

Capítulo 6 Sus derechos y responsabilidades**Sección 1.6 Tiene derecho a presentar quejas y a pedirnos que reconsideremos las decisiones que tomamos**

Si tiene problemas, inquietudes o quejas, y necesita solicitar cobertura o hacer una apelación, en el **Capítulo 7** de este documento se le informa qué puede hacer. Independientemente de lo que haga (pedir una decisión de cobertura, presentar una apelación o presentar una queja) **estamos obligados a tratarlo de manera justa.**

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 se lo ha tratado de manera injusta o que sus derechos no se han respetado debido a su raza, discapacidad, religión, sexo, salud, etnia, credo (creencias), edad, orientación sexual o nacionalidad, debe llamar a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1.800.368.1019 o a TTY 1.800.537.7697, o llamar a su Oficina local de Derechos Civiles.

¿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.**
- Puede **llamar al SHIP.** Para más detalles, consulte la **Sección 3 del Capítulo 2.**
- También **puede llamar a Medicare** al 1.800.MEDICARE (1.800.633.4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 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.**
- Puede **llamar al SHIP.** Para más detalles, consulte la **Sección 3 del Capítulo 2.**
- Puede comunicarse con **Medicare.**
 - Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación “Medicare Rights & Protections” (“Derechos y protecciones de Medicare”). (La publicación está disponible 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. (TTY: 1.877.486.2048).

SECCIÓN 2 Tiene algunas responsabilidades como miembro del plan

A continuación, se enumera lo que debe hacer como miembro del plan. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicio al Cliente.

- **Conozca sus medicamentos cubiertos y las reglas que debe seguir para obtenerlos.** Use esta *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 informárnoslo.** En el **Capítulo 1** se le informa sobre la coordinación de estos beneficios.
- **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.
- **Ayude a sus médicos y a otros proveedores a ayudarle brindándoles información, haciendo preguntas y supervisando su atención.**
 - Para ayudarle a recibir la mejor atención, comuníquese con sus médicos y otros proveedores de salud sobre sus problemas de 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 sin receta, las vitaminas y los suplementos.
 - Si tiene alguna pregunta, asegúrese de consultar y obtener una respuesta que pueda entender.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:
 - Debe pagar las primas de su plan.

Para la mayoría de los medicamentos cubiertos por el plan, debe pagar su parte del costo cuando obtenga el medicamento,
 - Si se requiere que pague una multa por inscripción tardía, debe pagar la multa para seguir siendo miembro del plan.
 - Si se requiere que pague el monto extra de la Parte D por sus ingresos anuales, debe continuar pagando el monto extra directamente al gobierno para seguir siendo miembro del plan.
- **Si se muda *dentro de* nuestra área de servicio, debemos saberlo** para mantener actualizado su registro de membresía y saber cómo comunicarnos con usted.
- Si se muda *fuera* del área de servicio de nuestro plan, no puede seguir siendo miembro de nuestro plan.
- Si se muda, también es importante comunicárselo al Seguro Social (o a la Junta de Jubilación para Ferroviarios).

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

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 problemas, debe usar el **proceso para decisiones de cobertura y apelaciones**.
- Para otros problemas, debe usar el **proceso para presentar quejas**; también denominadas quejas formales.

Medicare aprobó ambos procesos. Cada proceso tiene un conjunto de reglas, procedimientos, y fechas límites que debemos seguir nosotros y usted.

En la guía de la **Sección 3** obtendrá ayuda para identificar el proceso correcto de uso y lo que debe hacer.

Sección 1.2 ¿Qué sucede con los términos legales?

Existen términos legales para algunas de las reglas, procedimientos y tipos de fechas límites que se explican en este capítulo. Muchos de estos términos son desconocidos para la mayoría de las personas y pueden ser difíciles de entender. Para hacer las cosas más fáciles, este Capítulo cuenta con lo siguiente:

- Utiliza palabras más sencillas en lugar de determinados términos legales. Por ejemplo, este Capítulo generalmente dice “presentar una queja” en lugar de “interponer una queja formal”, “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 utiliza la menor cantidad de abreviaturas posible.

Sin embargo, puede ser útil, y a veces muy importante, que conozca los términos legales correctos. Saber qué términos usar le ayudará a comunicarse de manera más precisa para 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 Dónde obtener más información y asistencia personalizada

Siempre estamos disponible para ayudarlo. Incluso si tiene una queja sobre nuestro trato hacia usted, estamos obligados a respetar su derecho a quejarse. Por lo tanto, siempre debe comunicarse con el Servicio al Cliente para solicitar ayuda. Sin embargo, en algunas ocasiones, tal vez quiera obtener ayuda u orientación de alguien que no esté relacionado con nosotros. A continuación, encontrará dos entidades que pueden ayudarlo.

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)

Cada estado tiene un programa gubernamental con asesores capacitados. 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. Encontrará los números de teléfono y las URL del sitio web en el **Apéndice** de este documento.

Medicare

También puede comunicarse con Medicare para obtener ayuda. Para comunicarse con Medicare:

- Puede llamar al 1.800.MEDICARE (1.800.633.4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1.877.486.2048.
- También puede visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov).

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

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.

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

(Esto incluye problemas sobre si los medicamentos recetados están cubiertos o no, la manera en que están cubiertos y los problemas relacionados con el pago de los medicamentos recetados).

Sí.

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

No.

Consulte la **Sección 7** al final de este capítulo: **“Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, 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**

Las decisiones de cobertura y las apelaciones se refieren a problemas relacionados con sus beneficios y cobertura de medicamentos recetados, incluidos los pagos. 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 antes de recibir los servicios

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, ya sea antes o después de recibir un servicio, y usted no está conforme, puede “apelar” la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hayamos tomado. En determinadas circunstancias, que analizamos más adelante, puede solicitar una “apelación rápida” o acelerada de una decisión de cobertura. A su apelación la manejan revisores distintos de aquellos que tomaron la decisión original.

El proceso de apelar una decisión por primera vez se denomina apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que hemos tomado para verificar si estábamos siguiendo correctamente las reglas. Cuando hayamos completado la revisión, le informaremos sobre nuestra decisión.

En circunstancias limitadas, una solicitud de apelación de Nivel 1 será desestimada, lo que significa que no revisaremos la 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 apelación de Nivel 1, enviaremos un aviso en el que se explica el motivo por el que se desestimó la solicitud y cómo solicitar una revisión de la desestimación.

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

Si no desestimamos su caso, pero negamos la totalidad o parte de su apelación de Nivel 1, puede pasar a una apelación de Nivel 2. Una organización de revisión independiente que no está relacionada con nosotros gestiona la apelación de Nivel 2. (Las apelaciones por servicios médicos y medicamentos de la Parte B se enviarán automáticamente a la organización de revisiones independiente para una apelación de Nivel 2; usted no debe hacer nada. Para las apelaciones de medicamentos de la Parte D, si negamos la totalidad o parte de su apelación, tendrá que solicitar una apelación de Nivel 2. Las apelaciones de la Parte D se analizan en más detalle en la **Sección 5** de este capítulo). Si no está conforme con la decisión en la apelación de Nivel 2, podría continuar con otros niveles de apelación (en la **Sección 6** de este Capítulo se explica el proceso de apelación de Nivel 3, 4 y 5).

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

Estos son los recursos si decide solicitar cualquier tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- **Puede llamarnos a Servicio al Cliente.**
- **Puede obtener ayuda gratuita** de su Programa Estatal de Asistencia de Seguros de Salud.
- **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 pueden solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si su apelación de Nivel 1 es denegada, su médico o médico prescriptor puede solicitar una apelación de Nivel 2.
- **Puede solicitarle a alguien que actúe en su nombre.** Si quiere, puede nombrar a otra persona para que actúe en su nombre como su “representante” para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
 - Si quiere que un amigo, familiar u otra persona sea su representante, llame a Servicio al Cliente 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. Debe estar firmado por usted y la persona que usted desea que actúe en su nombre. Debe entregarnos una copia del formulario firmado.
 - Aunque podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos iniciar o completar nuestra revisión hasta que la recibamos. Si no recibimos el formulario en un plazo de 44 días calendario después de recibir su solicitud de apelación (nuestra fecha límite para tomar una decisión sobre su apelación), su solicitud de apelación será desestimada. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito en el que se explica su derecho a solicitar a la organización de revisiones independiente que revise nuestra decisión de desestimar su apelación.
- **También tiene derecho a contratar a un abogado.** Puede contactar a su propio abogado o conseguir el nombre de un abogado en su colegio de abogados local o en otro servicio de remisiones. 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.

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

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

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 incluyen cobertura para muchos medicamentos recetados. Para tener cobertura, su medicamento se debe usar para una indicación médicamente aceptada. (Consulte el **Capítulo 3** para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada). Para obtener más información sobre los medicamentos de la Parte D, las reglas, las restricciones y los costos, consulte los **Capítulos 3 y 4**.

- **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” cada vez. También utilizamos el término “lista de medicamentos” en lugar de “Lista de Medicamentos Cubiertos” o “Formulario”.
- Si no sabe si un medicamento está cubierto o si cumple con las reglas, puede consultarnos. Algunos medicamentos requieren que reciba nuestra aprobación antes de que los cubramos.
- 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.

Decisiones de cobertura y apelaciones de la Parte D

Término legal
La decisión inicial de cobertura sobre sus medicamentos de la Parte D se denomina “ determinación de cobertura ”.

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre el monto que pagaremos por sus medicamentos. Esta sección le informa qué puede hacer si se encuentra en cualquiera de las siguientes situaciones:

- Solicitar que se cubra un medicamento de la Parte D que no se encuentra en la *Lista de Medicamentos Cubiertos* del plan. **Solicitar una excepción. Sección 5.2**
- Solicitar que renuncie a una restricción en la cobertura del plan para un medicamento (como los límites en la cantidad de medicamento que puede obtener). **Solicitar una excepción. Sección 5.2**
- Solicitar pagar un monto más bajo de costo compartido para un medicamento cubierto en un nivel de costo compartido superior. **Solicitar una excepción. Sección 5.2**
- Solicitar la aprobación previa para un medicamento. **Solicitar una decisión de cobertura. Sección 5.4**

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

- Pagar un medicamento recetado que ya compró. **Pedirnos que le reembolsemos el pago.**
Sección 5.4

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.

Sección 5.2 ¿Qué es una excepción?

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”**.

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

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

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.

Para que tengamos en cuenta su solicitud de excepción, su médico u otro médico prescriptor tendrán que explicar las razones médicas por las que necesita que la excepción esté aprobada. A continuación, se muestran tres ejemplos de excepciones que usted, su médico u otro médico prescriptor pueden solicitarnos que hagamos:

1. **Cubrir un medicamento de la Parte D que no está en nuestra Lista de Medicamentos.** Si aceptamos cubrir un medicamento que no se encuentra en la Lista de Medicamentos, tendrá que pagar el monto de costo compartido que se aplica al Nivel 4 (Medicamentos No Preferidos). No puede solicitar una excepción al monto de costo compartido que requerimos para pagar el medicamento.
2. **Eliminar una restricción para un medicamento cubierto.** En el **Capítulo 3** se describen las reglas o restricciones extra que se aplican a determinados medicamentos de nuestra Lista de Medicamentos. Si aceptamos hacer una excepción y no aplicar una restricción para usted, puede solicitar una excepción para 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.
 - 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

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

cubramos su medicamento al monto del costo compartido correspondiente a los medicamentos alternativos.

- Si el medicamento que está tomando es un producto biológico, puede solicitarnos que cubramos su medicamento a un monto menor de costo compartido. Este sería el costo del nivel más bajo que contiene alternativas de productos biológicos para el tratamiento de 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.
- Puede solicitarnos que cambiemos el nivel de costo compartido para cualquier medicamento del Nivel 5 (Nivel de Medicamentos Especializados).
- Si aprobamos su solicitud de excepción de nivel y hay más de un nivel de costo compartido menor con medicamentos alternativos que no puede tomar, normalmente 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 niveles, por lo general, *no* aprobaremos su solicitud de excepción a menos que ninguno de todos los medicamentos alternativos en los niveles más bajos de costo compartido funcione igual de bien para usted o su uso pueda causarle una reacción adversa o algún 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 denegamos su solicitud, puede solicitar otra revisión haciendo una apelación.

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

Término legal

Una “decisión de cobertura rápida” se denomina “**determinación de cobertura acelerada**”.

Paso 1: Decida si necesita una “decisión de cobertura estándar” o una “decisión de cobertura rápida”.

Las “**decisiones de cobertura estándar**” se toman en un plazo de **72 horas** después de recibir la declaración de su médico. Las “**decisiones de cobertura rápida**” se toman en un plazo de **24 horas** después de recibir la declaración de su médico.

Si su salud lo requiere, puede solicitarnos una “decisión de cobertura rápida”. Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir dos requisitos:

- Debe solicitar un *medicamento que todavía no ha recibido*. (No puede solicitar una decisión de cobertura rápida para que se le reembolse por un medicamento que ya compró).
- El uso de las fechas límites estándar podría *ocasionar un grave daño a su salud o dañar su capacidad de funcionar*.
- **Si su médico u otro médico prescriptor nos dice que su salud requiere una “decisiones de cobertura rápida”, automáticamente le daremos una decisión de cobertura rápida.**
- **Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta, sin el respaldo de su médico o médico prescriptor, decidiremos si su salud requiere que le demos una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta en la que:
 - Se explica que usaremos las fechas límites estándar.
 - Se explica que, si su médico u otro médico prescriptor solicita la decisión de cobertura rápida, automáticamente le daremos una decisión de cobertura rápida.
 - Se le informa cómo puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de brindarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó. Responderemos su queja en un plazo de 24 horas a partir de la recepción.

Paso 2: Solicite una “decisión de cobertura estándar” o una “decisiones de cobertura rápida”.

Comience llamando, escribiendo o enviando un fax a nuestro plan para solicitar que autoricemos o brindemos cobertura para la receta que desee. También puede acceder al proceso de decisión de cobertura a través de nuestro sitio web. 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. El **Capítulo 2** tiene información de contacto. Puede presentar una solicitud de decisión de cobertura en línea en [express-](#)

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

scripts.com/consumer/site/coveragereviewdetermination. Para ayudarnos a procesar su solicitud, asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información para identificar las reclamaciones denegadas que se están apelando.

Usted, su médico (u otro médico prescriptor) o su representante pueden hacerlo. También puede contratar a un abogado para que actúe en su nombre. En la **Sección 4** de este Capítulo se indica cómo otorgar una autorización por escrito para que alguien más actúe como su representante.

- **Si solicita una excepción, proporcione la “declaración de respaldo”,** que es la razón médica de la excepción. Su médico u otro médico prescriptor pueden 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.

Paso 3: Consideramos su solicitud y le damos nuestra respuesta.

Plazos para una “decisión de cobertura rápida”

- En general, debemos brindarle nuestra respuesta en un plazo de **24 horas** después de recibir su solicitud.
 - Si hay alguna excepción, le brindaremos nuestra respuesta en un plazo de 24 horas después de recibir la declaración de respaldo de su médico. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud 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.
- **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

- En general, debemos brindarle nuestra respuesta **en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud.
 - Si hay alguna excepción, le brindaremos nuestra respuesta en un plazo de 72 horas después de recibir la declaración de respaldo de su médico. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud 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.
- **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 solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.

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

- 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 calendario** 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.
- Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó, también debemos pagarle en un plazo de 14 días calendario 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 4: Si rechazamos su solicitud de cobertura, puede hacer una apelación.

- Si la rechazamos, tiene derecho a solicitarnos que reconsideremos esta decisión mediante una apelación. Esto significa volver a solicitar la cobertura de medicamentos que quiere. Si hace una apelación, significa que pasará al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 5.5 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Término legal

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

Una “apelación rápida” también se denomina “**redeterminación acelerada**”.

Paso 1: Decida si necesita una “apelación estándar” o una “apelación rápida”.

Normalmente, una “apelación estándar” se realiza en un plazo de 7 días. En general, una “apelación rápida” se realiza en un plazo de 72 horas. Si su salud lo requiere, solicite una “apelación rápida”.

- 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.

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

Paso 2: Usted, su representante, médico u otro médico prescriptor deben comunicarse con nosotros y realizar su apelación de Nivel 1. Si su salud requiere una respuesta rápida, usted debe solicitar una “**apelación rápida**”.

- **Para las apelaciones estándar, envíe una solicitud por escrito o llámenos.** El Capítulo 2 tiene información de contacto.
- **Para apelaciones rápidas, envíe su apelación por escrito o llámenos al 1.800.935.6103.** El Capítulo 2 tiene información de contacto.
- **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. Asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información sobre su reclamación para ayudarnos a procesar su solicitud.
- **Puede enviar 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 calendario** a partir de la fecha del aviso por escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si no cumple con este plazo y tiene una buena razón para no hacerlo, al presentar la apelación, explique el motivo de la demora. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Algunos ejemplos de buena causa pueden incluir una enfermedad grave que le impide comunicarse con nosotros o si le brindamos información incorrecta o incompleta sobre la fecha límite para solicitar una apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información en su apelación y agregar más información.** Usted y su médico pueden agregar más información para respaldar su apelación.

Paso 3: 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”

- Para apelaciones rápidas, debemos brindarle 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. En la **Sección 5.6** se explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **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.

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

Fechas límites para una apelación “estándar” para un medicamento que todavía no ha recibido

- Para las apelaciones estándar, debemos brindarle nuestra respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación. Le comunicaremos nuestra decisión antes si aún no recibió el medicamento y su estado de salud lo requiere.
 - Si no le informamos nuestra decisión en un plazo de 7 días calendario, debemos remitir su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que una organización de revisión independiente la examinará. En la **Sección 5.6** se explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a parte o a la totalidad de lo que solicitó**, debemos brindar la cobertura tan rápido como su salud requiere, pero a más tardar **7 días calendario** 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.

Fechas límites para una “apelación estándar” sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 14 días calendario** 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.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, también debemos pagarle en un plazo de 30 días calendario 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 4: Si rechazamos su apelación, usted decide si quiere continuar con el proceso de apelaciones y presentar otra apelación.

- Si decide presentar otra apelación, significa que su apelación pasará al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Sección 5.6	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2
--------------------	---

Término legal
La denominación oficial de la “organización de revisión independiente” es “ Entidad de Revisión Independiente ”. A veces se conoce como “ IRE ”.

La **organización de revisión independiente** es una **organización independiente contratada por Medicare**. No está relacionado con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización decidirá si debemos cambiar la decisión que tomamos. Medicare supervisa su trabajo.

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

Paso 1: Usted (o su representante, su médico u otro médico prescriptor) deben 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. Sin embargo, si no completamos nuestra revisión dentro del plazo aplicable o tomamos una decisión desfavorable sobre la determinación de “riesgo” según nuestro programa de administración de medicamentos, enviaremos automáticamente su reclamación a la IRE.
- Enviaremos la información que tengamos sobre su apelación a esta organización. Esta información se denomina “expediente del caso”. **Tiene derecho a solicitarnos una copia del expediente de su caso.**
- Tiene derecho a brindar a la organización de revisión independiente información adicional para respaldar su apelación.

Paso 2: La organización de revisión independiente revisa su apelación.

- Los revisores de la organización de revisión independiente examinarán atentamente toda la información relativa a su apelación.

Fechas límites para una “apelación rápida”

- Si su salud lo requiere, solicite a la organización de revisión independiente una “apelación rápida”.
- Si la organización 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.

Fechas límites para una “apelación estándar”

- En el caso de las apelaciones estándar, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** 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 calendario** después de recibir su solicitud.

Paso 3: La organización de revisión independiente le brinda su respuesta.

En el caso de las “apelaciones rápidas”:

- **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.

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

En el caso de las “apelaciones estándar”:

- Si la Organización de Revisión Independiente acepta parte o la totalidad de su solicitud de cobertura, debemos brindar la cobertura de medicamentos aprobada por la organización de revisión en un plazo de 72 horas después de recibir la decisión de la organización de revisión.
- Si la organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de su solicitud de reembolso por un medicamento que ya compró, debemos enviarle el pago en un plazo de 30 días calendario después de recibir la decisión de la organización de revisión.

¿Y si la organización de revisión rechaza su apelación?

Si esta organización rechaza parte o la totalidad de su apelación, significa que está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud (o parte de su solicitud). (Esto se denomina “sostener la decisión”. O “rechazar su apelación”). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta:

- En la que se explique su decisión.
- En la que se le notifique el derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que usted solicita alcanza un monto mínimo determinado. 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.
- En la que se le informe el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelaciones.

Paso 4: Si su caso cumple con los requisitos, usted decide si quiere seguir adelante con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (un total de cinco niveles de apelación).
- Si desea continuar con una apelación de Nivel 3, en el aviso por escrito que recibe después de su apelación de Nivel 2 se indica cómo hacerlo.
- Un juez de Derecho Administrativo o un abogado conciliador se ocupa de la apelación de Nivel 3. En la **Sección 6** de este Capítulo contiene más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

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 se rechazaron ambas apelaciones.

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

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.

Apelación de Nivel 3 Un 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. Debemos autorizar o brindar la cobertura de medicamentos que fue aprobada por 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 calendario 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 decide aceptar esta decisión que deniega su apelación, el proceso de apelación habrá terminado.
 - Si usted no quiere aceptar la decisión, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. En el aviso que reciba se indicará qué hacer para una apelación de Nivel 4.

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. 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 calendario después de recibir la decisión.
- Si la respuesta es negativa, el proceso de apelaciones *puede terminar o no*.
 - Si decide aceptar esta decisión que deniega su apelación, el proceso de apelación habrá terminado.
 - 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 se indicará si las reglas le permiten continuar con una apelación de Nivel 5. También se le indicará con quién comunicarse y qué hacer a continuación si decide seguir con su apelación.

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

Apelación de Nivel 5 Un juez del **Tribunal Federal de Primera Instancia** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si *aceptar* o *rechazar* su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación después del Tribunal Federal de Primera Instancia.

PRESENTACIÓN DE QUEJAS

SECCIÓN 7 **Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, Servicio al Cliente u otras inquietudes**

Sección 7.1 **¿Qué tipo de problemas tratan de resolverse mediante el proceso de 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 Servicio al Cliente. Estos son ejemplos de los tipos de problemas que se tratan de resolver mediante el proceso de quejas.

Queja	Ejemplo
Calidad de la atención	• ¿Está insatisfecho con la calidad de la atención que recibió?
Protección de la privacidad	• ¿Alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial?
Falta de respeto, Servicio al Cliente deficiente u otros comportamientos negativos	• ¿Alguien lo trató de forma grosera o irrespetuosa? • ¿Está insatisfecho con nuestro Servicio al Cliente? • ¿Considera que lo animaron a dejar el plan?
Tiempos de espera	• ¿Nuestros farmacéuticos lo hicieron esperar demasiado? ¿O nuestro Servicio al Cliente u otro miembro del personal del plan? ○ Algunos ejemplos son esperar demasiado tiempo en el teléfono, en la sala de espera o para obtener un medicamento recetado.
Limpieza	• ¿Está insatisfecho con la limpieza o el estado de una farmacia?
Información que recibe de nosotros	• ¿No le hemos dado un aviso obligatorio? • ¿Es difícil de entender nuestra información escrita?

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

Queja	Ejemplo
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)	Si solicitó una decisión de cobertura o presentó una apelación, y considera que no respondemos lo suficientemente rápido, también puede presentar una queja sobre nuestra lentitud. Por ejemplo: - Nos solicitó una “decisión de cobertura rápida” o una “apelación rápida” y la rechazamos; puede presentar una queja. - Considera que no cumplimos con los plazos para responder a una decisión de cobertura o a una apelación; puede presentar una queja. - Considera que no cumplimos con los plazos para cubrir o reembolsarle determinados medicamentos que se aprobaron; puede presentar una queja. - Considera que no hemos cumplido con los plazos requeridos para derivar su caso a la organización de revisión independiente; puede presentar una queja.

Sección 7.2 Cómo presentar una queja

Términos legales
- La “queja” también se denomina “queja formal”. “Presentar una queja” también se conoce como “interponer una queja formal”. “Seguir el proceso para quejas” también se conoce como “seguir el proceso para interponer una queja formal”. - La “queja rápida” también se denomina “queja formal acelerada”.

Sección 7.3 Paso a paso: Cómo presentar una queja

Paso 1: Póngase en contacto con nosotros de inmediato, ya sea 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.
- **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.

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

- Si tiene una queja formal 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.
- La **fecha límite** para presentar una queja es **60 días calendario** desde el momento en que tuvo el problema del cual quiere quejarse.

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.
- **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 calendario adicionales (44 días calendario totales) para responder su queja. Si decidimos tomarnos días adicionales, se lo informaremos por escrito.
- **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.**
- **Si no estamos de acuerdo** con parte o la totalidad de su queja o no nos responsabilizamos del problema del cual se está quejando, incluiremos nuestros motivos en la respuesta que le demos.

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

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

Cuando su queja está relacionada con la *calidad de la atención*, también tiene dos opciones adicionales:

- **Puede presentar su queja directamente ante la Organización de Mejora de la Calidad.** 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. En el **Capítulo 2**, tiene información de contacto.

O bien

- **Puede presentar su queja ante la Organización de Mejora de la Calidad y ante nosotros al mismo tiempo.**

Sección 7.5 También puede informar a Medicare de su queja

Puede presentar una queja sobre Mutual of Omaha Rx directamente a Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. También puede llamar al 1.800.MEDICARE (1.800.633.4227). Los usuarios de TTY/TDD pueden llamar al 1.877.486.2048.

CAPÍTULO 8:

Finalizar su membresía en el plan

SECCIÓN 1 Introducción a la finalización de 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. Las **Secciones 2 y 3** brindan información sobre la finalización de su membresía de manera voluntaria.
- También hay situaciones limitadas en las que debemos finalizar su membresía. En la **Sección 5** se describen las situaciones en las que debemos finalizar su membresía.

Si deja nuestro plan, el plan debe seguir proporcionando sus medicamentos recetados, y usted seguirá pagando sus costos compartidos hasta que finalice la membresía.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede finalizar su membresía en nuestro plan?

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”). Durante este tiempo, revise su cobertura de atención médica y medicamentos y tomar una decisión sobre su cobertura para el año siguiente.

- **El Período de Inscripción Anual es del 15 de octubre al 7 de diciembre.**
- Elija entre 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 *con* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.
 - Original Medicare *sin* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.
 - Si elige esta opción, 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 que tiene 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 Private Fee-for-Service plan sin la cobertura de medicamentos de la Parte D de Medicare, un Medicare Medical Savings Account plan o un Medicare Cost Plan, puede inscribirse en ese plan y mantener Mutual of Omaha Rx para su cobertura de medicamentos. Si no desea mantener nuestro plan, puede optar por inscribirse en otro

Capítulo 8 Finalizar su membresía en el plan

plan de medicamentos recetados de Medicare o renunciar a la cobertura de medicamentos recetados de Medicare.

- **Su membresía en nuestro plan finalizará** cuando comience la cobertura de su nuevo plan el 1 de enero.

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 si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

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**.

- **Puede ser elegible para finalizar su membresía durante un Período Especial de Inscripción** si cualquiera de las siguientes situaciones se aplica a usted. 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 recibe atención en un centro, como un hogar de ancianos o un hospital de cuidado a largo plazo (LTC).
 - Si se inscribe en un Programa de Cuidado Integral para Ancianos (PACE). PACE no está disponible en todos los estados. Si desea saber si PACE está disponible en su estado, comuníquese con Servicio al Cliente.
 - **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.
- **Los períodos de tiempo de inscripción varían** según su situación.
- **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. Puede elegir:
 - Otro plan de medicamentos recetados de Medicare.
 - Original Medicare *sin* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.

Capítulo 8 Finalizar su membresía en el plan

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.

- **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 que tiene 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 Private Fee-for-Service plan sin la cobertura de medicamentos de la Parte D de Medicare, un Medicare Medical Savings Account plan o un Medicare Cost Plan, 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.
- **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 sobre la finalización de su membresía, puede hacer lo siguiente:

- **Llamar a Servicio al Cliente.**
- Buscar la información en la guía *Medicare y Usted de 2023*.
- Comunicarse con **Medicare** al 1.800.MEDICARE (1.800.633.4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (TTY: 1.877.486.2048).

SECCIÓN 3 ¿Cómo termina su membresía en nuestro plan?

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:
Otro plan de medicamentos recetados de Medicare.	Inscríbase 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.
Un plan de salud de Medicare.	Inscríbase 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 Private Fee-for-Service plan sin la cobertura de medicamentos de la Parte D de Medicare, un Medicare Medical Savings Account plan o un Medicare Cost Plan, puede inscribirse en ese plan nuevo y mantener Mutual of Omaha Rx para su cobertura de medicamentos. Si quiere dejar nuestro plan, debe 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 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).
Original Medicare <i>sin</i> un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.	Envíenos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con Servicio al Cliente. - 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 Debe continuar obteniendo sus medicamentos a través de nuestro plan hasta que finalice su membresía

Hasta que su membresía finalice y comience su nueva cobertura de Medicare, debe seguir recibiendo sus medicamentos recetados a través de nuestro plan.

- **Continúe utilizando nuestras farmacias de la red o de pedido por correo para surtir sus medicamentos recetados.**

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).
- 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, llame a Servicio al Cliente para averiguar si el lugar a donde se muda o al que viaja está en el área de nuestro plan.
- Si va a la prisión.
- Si ya 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 a usted y a 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.

Capítulo 8 Finalizar su membresía en el plan

- 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 puede obtener más información?

Si tiene preguntas o le gustaría recibir más información acerca de cuándo podemos finalizar su membresía: llamar a Servicio al Cliente.

Sección 5.2	<u>No podemos</u> 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 con su salud.

¿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), las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY: 1.877.486.2048.

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.

CAPÍTULO 9:

Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes vigentes

La ley principal que se aplica a este documento de *Evidencia de Cobertura* es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y las regulaciones creadas por la Ley del 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. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades incluso si las leyes no están incluidas o explicadas en este documento.

SECCIÓN 2 Aviso sobre la no discriminación

No discriminamos por motivos de raza, etnia, nacionalidad, color, religión, sexo, género, edad, orientación sexual, 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, la Ley de Discriminación por 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 médica, llámenos a Servicio al Cliente. Si tiene una queja, como un problema con el acceso en silla de ruedas, el 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

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.

Área de Servicio: Área geográfica en la que debe vivir para unirse a un plan de medicamentos recetados determinado. El plan puede cancelar su inscripción si se muda permanentemente fuera del área de servicio del plan.

Autorización Previa: aprobación por adelantado para obtener ciertos medicamentos. En el formulario se indican los medicamentos cubiertos que requieren autorización previa.

Ayuda Extra: programa estatal o 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.

Cancelar la Inscripción o Cancelación de la Inscripción: Proceso de finalizar la membresía en nuestro plan.

Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS): agencia federal que administra Medicare.

Chronic-Care Special Needs Plan: los C-SNP son SNP que restringen la inscripción a personas con necesidades especiales y con afecciones crónicas específicas graves o incapacitantes, según se define en la sección 422.2 del título 42 del CFR. Un C-A SNP debe tener atributos específicos que vayan más allá de la prestación de servicios básicos de las Partes A y B de Medicare y de la coordinación de la atención que se exige a todos los planes de atención coordinada de Medicare Advantage, para recibir la designación especial y las adaptaciones de comercialización e inscripción que se ofrecen a los C-SNP.

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 (por ejemplo, \$10), en vez de un porcentaje.

Coseguro: monto que le corresponde pagar, expresado como un porcentaje (por ejemplo, el 20 %), como su parte del costo por medicamentos recetados después de pagar cualquier deducible.

Costo Compartido Estándar: costo compartido diferente al costo compartido que le ofrecen en una farmacia de la red.

Costo Compartido Preferido: costo compartido más bajo para ciertos medicamentos cubiertos por la Parte D en ciertas farmacias de la red.

Capítulo 10 Definiciones de palabras importantes

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) un monto deducible que pueda requerir un plan antes de cubrir los medicamentos; (2) un monto de “copago” fijo que requiera un plan cuando se recibe un medicamento específico, o (3) un monto de “coseguro”, un porcentaje del monto total pagado por un medicamento, que requiera un plan cuando se recibe un medicamento específico.

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”.

Deducible: Monto que debe pagar por los medicamentos recetados antes de que este plan comience a pagar.

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 el medicamento recetado, 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 llaman “decisiones de cobertura” en este documento.

Dual Eligible Special Needs Plan (D-SNP): en los D-SNP se inscriben las personas que tienen derecho tanto a recibir Medicare (Título XVIII de la Ley del Seguro Social como a recibir asistencia médica de un plan estatal en virtud de Medicaid (Título XIX). Los estados cubren algunos costos de Medicare, según el estado y la elegibilidad de la persona.

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 (y, si es una mujer embarazada, la pérdida de un feto), la pérdida de una extremidad o la pérdida de la función de una extremidad o la pérdida o el deterioro grave de una función corporal. 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 \$7,400 en medicamentos cubiertos durante el año cubierto.

Etapas de Cobertura Inicial: etapa antes de que los costos totales de los medicamentos alcancen los \$4,660, 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 nuestro formulario (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

Capítulo 10 Definiciones de palabras importantes

una excepción si nuestro plan requiere que pruebe otro medicamento antes de recibir el medicamento que está solicitando, o si nuestro plan limita la cantidad o dosis del medicamento que está solicitando (una excepción del formulario).

Farmacia de la Red: Farmacia que tiene contratos con nuestro plan donde los miembros de nuestro plan pueden obtener beneficios para medicamentos recetados. En la mayoría de los casos, las recetas están cubiertas únicamente si se surten en una de nuestras farmacias de la red.

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. 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.

Indicación Medicamento Aceptada: uso de un medicamento aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o respaldado por ciertos libros de referencia.

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.

Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario o “Lista de Medicamentos”): Lista de medicamentos recetados que cubre el plan.

Medicaid (o Medical Assistance): programa conjunto del gobierno federal y estatal que ayuda con los costos médicos a personas con bajos ingresos y con recursos limitados. Los programas estatales de Medicaid varían, pero la mayoría de los costos de atención médica están cubiertos si usted califica tanto para Medicare como para Medicaid.

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. Por lo general, un medicamento “genérico” tiene la misma eficacia 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. El Congreso ha excluido algunas categorías de medicamentos para que no estén cubiertos como medicamentos de la Parte D.

Capítulo 10 Definiciones de palabras importantes

Medicare Advantage (MA) Plan: (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 Medicare Advantage Plan puede ser un plan i) HMO, ii) PPO, iii) Private Fee-for-Service (PFFS) o iv) Medicare Medical Savings Account (MSA). Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan Medicare Advantage HMO o PPO también puede ser un Special Needs Plan (SNP). 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 **Medicare Advantage Plans con Cobertura de Medicamentos Recetados**.

Medicare Cost Plan: 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.

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).

Miembro (Miembro de nuestro Plan o “Miembro del Plan”): Persona que tiene Medicare, que es elegible para recibir servicios cubiertos, que se ha inscripto a nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS).

Monto del Ajuste Mensual por Ingresos (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 sobre 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 de medicamentos recetados de Medicare) por un periodo continuo de 63 días o más después de ser elegible por primera vez para inscribirse en un plan de la Parte D.

Nivel de Costo Compartido: cada medicamento en la lista de medicamentos cubiertos pertenece a uno de los cinco niveles de costo compartido. En general, cuanto más alto sea el nivel de costo compartido, más deberá pagar por 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.

Original Medicare (“Traditional Medicare” 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

Capítulo 10 Definiciones de palabras importantes

paga su parte. Original Medicare tiene dos partes: Parte A (seguro de hospital) y la Parte B (seguro médico), y está disponible en todo Estados Unidos.

Parte C: consulte el “Medicare Advantage (MA) Plan”.

Parte D: Programa Voluntario de Beneficios de Medicamentos Recetados de Medicare.

Período de Inscripción Anual: el período del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año durante el cual los miembros pueden cambiar sus planes de salud o de medicamentos, o cambiarse a Original Medicare.

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. 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.

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.

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 Medicare Advantage Plans, Medicare Cost Plan, Special Needs Plan, de Programas de Demostración o Pilotos y de Programas de Cuidado Integral para Ancianos (PACE).

Plan PACE: Un plan PACE (Programa de Cuidado Integral para Ancianos) 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. Las personas inscritas 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 Servicio al Cliente.

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 Medicare Advantage Plan no es una póliza Medigap).

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.

Programa de Descuento 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.

Capítulo 10 Definiciones de palabras importantes

Queja Formal: tipo de queja que hace sobre nuestro plan, proveedores o farmacias, incluso una relacionada con la calidad de su atención. Esto no implica 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. También incluye quejas si su plan no sigue los períodos de tiempo en el proceso de apelación.

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.

Servicios Cubiertos de Medicare: Servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. El término Servicios Cubiertos de Medicare no incluye los beneficios extra, como los beneficios de visión, dentales o auditivos, que un Medicare Advantage plan puede ofrecer.

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, 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 completo para ciertos medicamentos, y usted debe 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.

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

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 auditivas o del habla. Si no se indica un número TTY, puede intentar con el 711. La información en este Apéndice está vigente a partir del 08/01/2022.		
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 De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 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 De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 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 De lunes a viernes, de 7:00 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/senior-health/	Línea gratuita: 1.800.224.6330 Local: 1.501.371.2782 De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 4:30 p. m.
California	California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) California Department of Aging 2880 Gateway Oaks Drive, Suite 200 Sacramento, CA 95833 https://aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling	Línea gratuita: 1.800.434.0222

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 auditivas o del habla. Si no se indica un número TTY, puede intentar con el 711.		
Estado:	Dirección de la agencia y sitio web:	Teléfono y horario:
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-healthcare-medicare	Línea gratuita: 1.888.696.7213 TTY: 711 De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 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-Health-insurance-assistance-Outreach-Information-and-referral-Couns	Línea gratuita: 1.800.994.9422 (solo dentro del estado) Local: 1.860.424.5274 TTY: 1.860.247.0775 De 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 De lunes a viernes, de 8:00 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-assistance-program-ship	Local: 1.202.727.8370 De lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 4:30 p. m.
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 De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
Georgia	Georgia SHIP Georgia DHS Division of Aging Services 2 Peachtree Street, NW, 33rd Floor Atlanta, GA 30303 https://aging.georgia.gov/georgia-ship	Línea gratuita: 1.866.552.4464 opción n.º 4 Local: 1.404.657.5258 De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

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 auditivas o del habla. Si no se indica un número TTY, puede intentar con el 711.		
Estado:	Dirección de la agencia y sitio web:	Teléfono y horario:
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.hawaiiiship.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 De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., excepto los días festivos estatales
Illinois	Senior Health Insurance Program (SHIP) Illinois Department on Aging One Natural Resources Way, Suite 100 Springfield, IL 62702-1271 https://www2.illinois.gov/aging/ship/Pages/default.aspx	Línea gratuita: 1.800.252.8966 TTY: 711 De lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5:00 p. m.
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 De lunes a viernes, de 8:00 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 (solo dentro del estado) De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 4:00 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-on-aging/medicare-programs/shick	Línea gratuita: 1.800.860.5260 Línea gratuita: 1.800.432.3535 (solo dentro del estado) TTY: 1.800.766.3777 De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

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 auditivas o del habla. Si no se indica un número TTY, puede intentar con el 711.		
Estado:	Dirección de la agencia y sitio web:	Teléfono y horario:
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 De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 4:30 p. m.
Louisiana	Senior Health Insurance Information Program (SHIIP) Louisiana Department of Insurance P.O. Box 94214 Baton Rouge, LA 70802 http://www.lda.la.gov/consumers/senior-health-shiip	Línea gratuita: 1.800.259.5300 o 1.800.259.5301 (solo dentro del estado) Local: 1.225.342.5301 TTY: 711 De lunes a viernes, de 8:00 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/oasds/community-support/ship.html	Línea gratuita: 1.800.262.2232 Local: 1.207.287.9200 TTY: 711 De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
Maryland	State Health Insurance Assistance Program (SHIP) Maryland Department of Aging 301 West Preston Street, Suite 1007 Baltimore, MD 21201 https://aging.maryland.gov/Pages/State-Health-Insurance-Program.aspx	Línea gratuita: 1.800.243.3425 (solo dentro del estado) Local: 1.410.767.1100 Fuera del estado: 1.844.627.5465 TTY: 711 De lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5:00 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 De lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 5:00 p. m.
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 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

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 auditivas o del habla. Si no se indica un número TTY, puede intentar con el 711.		
Estado:	Dirección de la agencia y sitio web:	Teléfono y horario:
Minnesota	Senior LinkAge Line 540 Cedar Street St. Paul, MN 55164 http://mn.gov/senior-linkage-line/	Línea gratuita: 1.800.333.2433 TTY: 711 De lunes a viernes, de 8:00 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 TTY: 711 De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 4:30 p. m.
Missouri	Missouri CLAIM 1105 Lakeview Avenue Columbia, MO 65201 www.missouriclaim.org	Línea gratuita: 1.800.390.3330 Local: 1.573.817.8300 De lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 4:00 p. m.
Montana	Montana State Health Insurance Assistance Program (SHIP) Senior and Long Term Care Division 1100 North Last Chance Gulch, 4th Floor Helena, MT 59601 https://dphhs.mt.gov/SLTC/aging/SHIP	Línea gratuita: 1.800.551.3191 TTY: 1.800.253.4091 o 1.800.253.4093 De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
Nebraska	Nebraska Senior Health Insurance Information Program (SHIP) 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 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
Nevada	State Health Insurance Assistance Program (SHIP) 3416 Goni Road, Suite D-132 Carson City, NV 89706 http://adsd.nv.gov/Programs/Seniors/SHIP/SHIP_Prog/	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 TTY: 711 De lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 4:30 p. m.

Programas Estatales de Asistencia de Seguros de Salud (SHIP) Los números TTY requieren un teléfono especial y son solo para las personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Si no se indica un número TTY, puede intentar con el 711.		
Estado:	Dirección de la agencia y sitio web:	Teléfono y horario:
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> De lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 4:30 p. m.
New Mexico	Benefits Counseling Program New Mexico Aging and Long-Term Services Department P.O. Box 27118 Santa Fe, NM 87502-7118 http://www.nmaging.state.nm.us/senior-services.aspx	Línea gratuita: 1.800.432.2080 Local: 1.505.476.4799 TTY: 1.505.476.4937 De lunes a viernes, de 7:45 a. m. a 5:00 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 De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
North Dakota	State Health Insurance Counseling Program (SHIC) North Dakota Insurance Department 600 East Boulevard Avenue Bismarck, ND 58505-0320 www.nd.gov/ndins/shic	Línea gratuita: 1.888.575.6611 Local: 1.701.328.2440 TTY: 1.800.366.6888 De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 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/about-us/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 De lunes a viernes, de 7:30 a. m. a 5:00 p. m.

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 auditivas o del habla. Si no se indica un número TTY, puede intentar con el 711.		
Estado:	Dirección de la agencia y sitio web:	Teléfono y horario:
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-for-seniors/senior-health-insurance-counseling-program-ship/	Línea gratuita: 1.800.763.2828 <i>(solo dentro del estado)</i> Local: 1.405.521.6628 De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., excepto los días festivos estatales
Oregon	Senior Health Insurance Benefits Assistance (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 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
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 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
Rhode Island	Health Insurance Assistance Program (SHIP) Office of Healthy Aging 25 Howard Avenue, Bldg. 57 Cranston, RI 02920 https://oha.ri.gov/	Línea gratuita: 1.888.884.8721 Local: 1.401.462.3000 TTY: 1.401.462.0740 De lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 4:00 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 De lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5:00 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 De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 4:30 p. m.

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 auditivas o del habla. Si no se indica un número TTY, puede intentar con el 711.		
Estado:	Dirección de la agencia y sitio web:	Teléfono y horario:
Tennessee	Tennessee State Health Insurance Assistance Program (TN 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 De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 4:30 p. m.
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 TTY: 1.800.735.2989 De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 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 8:00 a. m. a 5:00 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 (solo dentro del estado) Local: 1.802.865.0360 De lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 4:30 p. m.
Virginia	Virginia Insurance Counseling and Assistance Program (VICAP) Virginia Division for Community Living Office for Aging Services 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/advocate-for-consumers/shiba/	Línea gratuita: 1.800.562.6900 TTY: 1.360.586.0241 De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., excepto días festivos

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 auditivas o del habla. Si no se indica un número TTY, 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 De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 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 De lunes a viernes, de 8:00 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-state-health-insurance-information-program	Línea gratuita: 1.800.856.4398 Local: 1.307.856.6880 De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 4:00 p. m.

Organizaciones de Mejora de la Calidad

Los números TTY requieren un teléfono especial y son solo para las personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Si no se indica un número TTY, puede intentar con el 711.

La información en este Apéndice está vigente a partir del 08/01/2022.

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 TTY: 711 Fax: 1.844.878.7921 De lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 5:00 p. m., hora local Fines de semana y días festivos de 11:00 a. m. a 3:00 p. m., hora local Correo de voz disponible las 24 horas
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 De lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 5:00 p. m., hora local Sábados y domingos, de 11:00 a. m. a 3:00 p. m., hora local Correo 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 De lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 5:00 p. m., hora local Sábados y domingos, de 11:00 a. m. a 3:00 p. m., hora local Correo de voz disponible las 24 horas
En la región 3 se encuentran Delaware, District of Columbia, Maryland, Pennsylvania, Virginia y West Virginia.		

Organizaciones de Mejora de la Calidad		
Los números TTY requieren un teléfono especial y son solo para las personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Si no se indica un número TTY, 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 TTY: 711 Fax: 1.844.878.7921 De lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 5:00 p. m., hora local Fines de semana y días festivos de 11:00 a. m. a 3:00 p. m., hora local Correo de voz disponible las 24 horas
La Región 4 incluye Alabama, Florida, Georgia, Kentucky, Mississippi, North Carolina, South Carolina y Tennessee.		
Región 5	Livanta, LLC BFCC-QIO 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701-1105 https://www.livantaqio.com	Línea gratuita: 1.888.524.9900 TTY: 1.888.985.8775 Fax: 1.855.236.2423 De lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 5:00 p. m., hora local Fines de semana y días festivos de 11:00 a. m. a 3:00 p. m., hora local Correo 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 TTY: 711 Fax: 1.844.878.7921 De lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 5:00 p. m., hora local Fines de semana y días festivos de 11:00 a. m. a 3:00 p. m., hora local Correo de voz disponible las 24 horas
En la región 6 se encuentran Arkansas, Louisiana, New Mexico, Oklahoma y Texas.		

Organizaciones de Mejora de la Calidad		
Los números TTY requieren un teléfono especial y son solo para las personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Si no se indica un número TTY, 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 De lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 5:00 p. m., hora local Fines de semana y días festivos de 11:00 a. m. a 3:00 p. m., hora local Correo 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 TTY: 711 Fax: 1.844.878.7921 De lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 5:00 p. m., hora local Fines de semana y días festivos de 11:00 a. m. a 3:00 p. m., hora local Correo de voz disponible las 24 horas
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 De lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 5:00 p. m., hora local Sábados y domingos, de 11:00 a. m. a 3:00 p. m., hora local Correo de voz disponible las 24 horas
La Región 9 incluye Arizona, California, Hawaii y Nevada.		

Organizaciones de Mejora de la Calidad

Los números TTY requieren un teléfono especial y son solo para las personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Si no se indica un número TTY, 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 TTY: 711 Fax: 1.844.878.7921 De lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 5:00 p. m., hora local Fines de semana y días festivos de 11:00 a. m. a 3:00 p. m., hora local Correo de voz disponible las 24 horas

En la región 10 se encuentran Alaska, Idaho, Oregon y Washington.

Oficinas Estatales de Medicaid Los números TTY requieren un teléfono especial y son solo para las personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Si no se indica un número TTY, puede intentar con el 711. La información en este Apéndice está vigente a partir del 08/01/2022.		
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 De lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 8:00 p. m. Sábados, de 9:00 a. m. a 5:00 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 TTY: 1.907.586.4265 De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 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 TTY: 1.800.842.6520 De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
Arkansas	Division of Medical Services P.O. Box 1437, Slot S401 Little Rock, AR 72203-1437 https://humanservices.arkansas.gov/divisions-shared-services/medical-services/contact-dms-2/	Línea gratuita: 1.800.482.8988 Local: 1.501.682.8233 De lunes a viernes, de 8:00 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	Línea gratuita: 1.800.541.5555 Local: 1.916.636.1980 De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Cerrado los días festivos
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 De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 4:30 p. m. Cerrado los viernes de 2:30 p. m. a 3:30 p. m. Cerrado los días festivos

Oficinas Estatales de Medicaid Los números TTY requieren un teléfono especial y son solo para las personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Si no se indica un número TTY, puede intentar con el 711.		
Estado:	Dirección de la agencia y sitio web:	Teléfono y horario:
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 De lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 6:00 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 De lunes a viernes, de 8:00 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 De lunes a viernes, de 8:15 a. m. a 4:45 p. m.
Florida	Florida Agency for Health Care Administration P.O. Box 5197, MS 62 Tallahassee, FL 32314 http://www.flmedicaidmanagedcare.com/	Línea gratuita: 1.877.711.3662 TDD: 1.866.467.4970 De lunes a jueves, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Viernes, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m.
Georgia	Georgia Department of Community Health 2 Peachtree Street NW Atlanta, GA 30303 https://medicaid.georgia.gov	Línea gratuita: 1.877.423.4746 Local: 1.404.657.5468 De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
Hawaii	Med-QUEST P.O. Box 3490 Honolulu, HI 96811 https://medquest.hawaii.gov/	Local: 1.808.524.3370 TTY/TDD: 1.808.692.7182 <i>(Oahu)</i> Línea gratuita: 1.800.316.8005 TTY/TDD: 1.800.603.1201 <i>(Islas vecinas)</i> De lunes a viernes, de 7:45 a. m. a 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 De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

Oficinas Estatales de Medicaid		
Los números TTY requieren un teléfono especial y son solo para las personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Si no se indica un número TTY, puede intentar con el 711.		
Estado:	Dirección de la agencia y sitio web:	Teléfono y horario:
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 TTY: 1.866.324.5553 De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 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 De lunes a viernes, de 8:00 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 De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
Kansas	Kansas Medical Assistance Program P.O. Box 3571 Topeka, KS 66601 http://www.kancare.ks.gov/	Línea gratuita: 1.866.305.5147 TTY: 1.800.766.3777 De 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 40621 http://chfs.ky.gov/agencies/dms/Pages/default.aspx	Línea gratuita: 1.800.635.2570 Local: 1.502.564.4321 De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 7:00 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 De lunes a viernes, de 8:00 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: 1.866.690.5585 TTY: 711 De lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 6:00 p. m.
Maryland	Department of Health and Mental Hygiene 201 West Preston Street Baltimore, MD 21201-2399 https://health.maryland.gov	Línea gratuita: 1.877.463.3464 Local: 1.410.767.6500 De lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5:00 p. m.

Oficinas Estatales de Medicaid		
Los números TTY requieren un teléfono especial y son solo para las personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Si no se indica un número TTY, puede intentar con el 711.		
Estado:	Dirección de la agencia y sitio web:	Teléfono y horario:
Massachusetts	MassHealth Office of Medicaid 100 Hancock St., 6th Floor Quincy, MA 02171 http://www.mass.gov/masshealth	Línea gratuita: 1.800.841.2900 TTY: 1.800.497.4648 De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
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 TTY: 711 De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 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 De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 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 De lunes a viernes, de 7:30 a. m. a 5:00 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 De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 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 TTY: 1.800.833.8503 De lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 6:00 p. m.

Oficinas Estatales de Medicaid Los números TTY requieren un teléfono especial y son solo para las personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Si no se indica un número TTY, 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 (Lincoln) Local: 1.402.595.1178 (Omaha) TTY: 1.402.471.7256 De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 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 De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
New Hampshire	Department of Health and Human Services Office of Medicaid Business and Policy 129 Pleasant Street Concord, NH 03301 https://www.dhhs.nh.gov/programs-services/medicaid	Línea gratuita: 1.844.275.3447 Local: 1.603.271.4344 TDD: 1.800.735.2964 De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 4:00 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: 1.800.701.0712 (solo dentro del estado) TTY: 711 De 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 TTY: 1.855.227.5485 De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 4:30 p. m.
North Carolina	North Carolina Medicaid Division of Health Benefits 2501 Mail Service Center Raleigh, NC 27699-2501 https://medicaid.ncdhhs.gov/	Línea gratuita: 1.888.245.0179 Local: 1.919.855.4100 De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Cerrado los días festivos

Oficinas Estatales de Medicaid Los números TTY requieren un teléfono especial y son solo para las personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Si no se indica un número TTY, puede intentar con el 711.		
Estado:	Dirección de la agencia y sitio web:	Teléfono y horario:
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: 1.800.472.2622 Local: 1.701.328.2310 TTY: 1.800.366.6888 De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 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 De lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 8:00 p. m. Sábados, de 8:00 a. m. a 5:00 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 De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 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 De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 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 TTY: 711 De lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 4:30 p. m.
Rhode Island	Rhode Island Department of Human Services P.O. Box 8709 Cranston, RI 02920-8787 http://www.dhs.ri.gov	Local: 1.855.697.4347 TTY: 711 De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 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 De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m.

Oficinas Estatales de Medicaid		
Los números TTY requieren un teléfono especial y son solo para las personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Si no se indica un número TTY, puede intentar con el 711.		
Estado:	Dirección de la agencia y sitio web:	Teléfono y horario:
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 De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
Tennessee	TennCare 310 Great Circle Road Nashville, TN 37243 http://www.tn.gov/tenncare/	Línea gratuita: 1.855.259.0701 Línea gratuita: 1.800.342.3145 TTY: 1.800.848.0298 De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
Texas	Texas Health and Human Services Commission P.O. Box 149024 Austin, TX 78714-9024 http://yourtexasbenefits.com	Línea gratuita: 1.800.252.8263 TTY: 711 De lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 7:00 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) De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Jueves, de 11:00 a. m. a 5:00 p. m. Cerrado los días festivos
Vermont	Green Mountain Care Health Access Member Services Department of Vermont Health Access 280 State Drive Waterbury, VT 05671-1010 http://www.greenmountaincare.org/	Local: 1.800.250.8427 TTY: 711 De lunes a viernes, de 7:45 a. m. a 4:30 p. m. Cerrado los días festivos
Virginia	Department of Medical Assistance Services 600 East Broad Street Richmond, VA 23219 https://www.dmas.virginia.gov/	Línea gratuita: 1.855.242.8282 TDD: 1.888.221.1590 De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m. Sábados, de 9:00 a. m. a 12:00 p. m.

Oficinas Estatales de Medicaid		
Los números TTY requieren un teléfono especial y son solo para las personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Si no se indica un número TTY, puede intentar con el 711.		
Estado:	Dirección de la agencia y sitio web:	Teléfono y horario:
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 De lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 5:00 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 De lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 7:00 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 TTY: 711 De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 4:00 p. m.
Wyoming	Wyoming Department of Health 122 W 25th St., 4th Floor West Cheyenne, WY 82001 https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid	Local: 1.307.777.7531 De lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 6:00 p. m. Cerrado los días festivos

Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP) Los números TTY requieren un teléfono especial y son solo para las personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Si no se indica un número TTY, puede intentar con el 711. La información en este Apéndice está vigente a partir del 08/01/2022.		
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 De lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 5:00 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 De lunes a viernes, de 8:00 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> De lunes a viernes, de 8:00 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/FamilyPlanningS/TDHIV/HIVCareandTreatment/tabid/391/Default.aspx	Línea gratuita: 1.800.926.2588 Local: 1.208.334.5612 TTY/TDD: 1.208.332.7205 De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
Indiana	HoosierRx P.O. Box 6224 Indianapolis, IN 46206-6224 https://payingforseniorcare.com/pharmaceutical-assistance/in-hoosierx.html	Línea gratuita: 1.866.267.4679 Local: 1.317.234.1381 De lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 3:00 p. m.
Maine	Low Cost Drugs for the Elderly and Disabled Program (DEL) Office of Aging & Disability Services Maine Department of Health and Human Services 11 State House Station 41 Anthony Avenue Augusta, ME 04333 http://www.maine.gov/dhhs/oads/	Línea gratuita: 1.800.262.2232 Local: 1.207.287.9200 TTY: 711 De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP) Los números TTY requieren un teléfono especial y son solo para las personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Si no se indica un número TTY, puede intentar con el 711.		
Estado:	Dirección de la agencia y sitio web:	Teléfono y horario:
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 De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 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 De lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5:00 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 <i>(opción 3)</i> TTY: 1.877.610.0241 De lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 5:00 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 De lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 6:00 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 De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
Montana	Mental Health Services Plan (MHSP) Addictive and Mental Disorders Division 100 North Park Avenue, Suite 300, P.O. Box 202905 Helena, MT 59620-2905 http://dphhs.mt.gov/amdd/Mentalhealthservices/MHSP	Línea gratuita: 1.888.866.0328 Local: 1.406.444.3964 De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 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 TTY: 711 De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP) Los números TTY requieren un teléfono especial y son solo para las personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Si no se indica un número TTY, puede intentar con el 711.		
Estado:	Dirección de la agencia y sitio web:	Teléfono y horario:
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 <i>(opción 2)</i> Local: 1.775.687.4210 <i>(Reno, Carson City, Gardnerville)</i> De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 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 bien 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 bien http://www.ramsellcorp.com/individuals/nc.aspx	Línea gratuita: 1.877.466.2232 <i>(solo dentro del estado)</i> Local: 1.919.733.9161 De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
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 TTY: 1.800.222.9004 De lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5:00 p. m.
Pennsylvania	PACE/PACENET Program Bureau of Pharmaceutical Assistance P.O. Box 8806 Harrisburg, PA 17105-8806 https://pacecares.magellanhealth.com/	Línea gratuita: 1.800.225.7223 TTY: 1.800.222.9004 De lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5:00 p. m.

Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP) Los números TTY requieren un teléfono especial y son solo para las personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Si no se indica un número TTY, puede intentar con el 711.		
Estado:	Dirección de la agencia y sitio web:	Teléfono y horario:
Pennsylvania	Department of Health 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 TTY: 1.800.222.9004 De lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5:00 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 25 Howard Avenue, Building 57 Cranston, RI 02920 http://oha.ri.gov/	Local: 1.401.462.3000 TTY: 1.401.462.0740 De lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 4:00 p. m.
Texas	Kidney Health Care Program (KHC) Office of Primary and Specialty Health, MC 1938 P.O. Box 149030 Austin, TX 78714-9947 https://hhs.texas.gov/services/health/kidney-health-care	Línea gratuita: 1.800.222.3986 Local: 1.512.776.7150 TTY: 1.800.735.2989 o 711 De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
Vermont	VPharm/Healthy Vermonters 280 State Drive Waterbury, VT 05671-1500 https://www.payingforseniorcare.com/vermont/vpharm-vhap-vscript	Línea gratuita: 1.800.250.8427 TTY: 1.888.834.7898 De lunes a viernes, de 8:00 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-SPAPVirginiaStatePharmAssistPrgm.php	Línea gratuita: 1.800.366.7741 Lunes, martes, jueves y viernes, de 8:30 a. m. a 5:00 p. m. Miércoles de 9:30 a. m. a 5:00 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 De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP)		
Los números TTY requieren un teléfono especial y son solo para las personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Si no se indica un número TTY, puede intentar con el 711.		
Estado:	Dirección de la agencia y sitio web:	Teléfono y horario:
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 De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m.
Wisconsin	Wisconsin SeniorCare P.O. Box 6710 Madison, WI 53716-0710 www.dhs.wisconsin.gov/seniorcare	Línea gratuita: 1.800.657.2038 TTY: 711 De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m.

Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA Los números TTY requieren un teléfono especial y son solo para las personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Si no se indica un número TTY, puede intentar con el 711. La información en este Apéndice está vigente a partir del 08/01/2022.		
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 De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 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 De lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 5:00 p. m.
Arizona	Arizona Department of Health Services 150 N. 18th Avenue, Suite 110 Phoenix, AZ 85007 https://www.azdhs.gov/preparedness/epidemiology-disease-control/disease-integration-services/index.php	Línea gratuita: 1.800.334.1540 Local: 1.602.364.3610 De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 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/programs-services/topics/ryan-white-faqs	Línea gratuita: 1.800.462.0599 Local: 1.501.661.2408 De lunes a viernes, de 8:00 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/OA_adap.aspx	Línea gratuita: 1.844.421.7050 Local: 1.916.558.1784 De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. (excepto los días festivos)
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-assistance-program	Local: 1.303.692.2716 De lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 5:00 p. m.

Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA Los números TTY requieren un teléfono especial y son solo para las personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Si no se indica un número TTY, puede intentar con el 711.		
Estado:	Dirección de la agencia y sitio web:	Teléfono y horario:
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 De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 4:00 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 De lunes a viernes, de 8:00 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: 1.202.671.4815 TTY: 711 De 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 Tallahassee, FL 32399 http://www.floridahealth.gov/diseases-and-conditions/aids/adap/index.html	Línea gratuita: 1.800.352.2437 TTY: 1.888.503.7118 De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 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 De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
Hawaii	Hawaii Department of Health Harm Reduction Services Branch HIV Medical Management Services 3627 Kilauea Avenue, Suite 306 Honolulu, HI 96816 https://health.hawaii.gov/harmreduction/about-us/hiv-programs/hiv-medical-management-services/	Local: 1.808.733.9360 TTY: 711 De lunes a viernes, de 7:45 a. m. a 4:30 p. m. (excepto los días festivos estatales)

Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA Los números TTY requieren un teléfono especial y son solo para las personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Si no se indica un número TTY, puede intentar con el 711.		
Estado:	Dirección de la agencia y sitio web:	Teléfono y horario:
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 De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
Illinois	Illinois Department of Public Health Ryan White Part B Program 525 W. Jefferson Street, 1st Floor Springfield, IL 62761 https://www.dph.illinois.gov/topics-services/diseases-and-conditions/hiv-aids/ryan-white-care-and-hopwa-services	Línea gratuita: 1.800.825.3518 Local: 1.217.524.5983 TTY: 1.800.547.0466 De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 4:00 p. m.
Indiana	Indiana Department of Health 2 North Meridian Street Indianapolis, IN 46204 http://www.in.gov/isdh/17740.htm	Línea gratuita: 1.866.588.4948 De 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 De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 4:30 p. m.
Kansas	Kansas Department of Health & Environment 1000 SW Jackson, Suite 210 Topeka, KS 66612 https://www.kdhe.ks.gov/355/The-Ryan-White-Part-B-Program	Local: 1.785.296.6174 De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
Kentucky	Kentucky Department for Public Health Cabinet for Health and Family Services HIV/AIDS Branch 275 East Main Street, HS2E-C Frankfort, KY 40621 https://chfs.ky.gov/agencies/dph/dehp/hab/Pages/services.aspx	Línea gratuita: 1.866.510.0005 De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 4:30 p. m.

Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA Los números TTY requieren un teléfono especial y son solo para las personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Si no se indica un número TTY, puede intentar con el 711.		
Estado:	Dirección de la agencia y sitio web:	Teléfono y horario:
Louisiana	Louisiana Office of Public Health 1450 Poydras Street, Suite 2136 New Orleans, LA 70112 https://www.lahap.org/	Local: 1.504.568.7474 De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 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/hiv-std/services/ryan-white-b.shtml	Línea gratuita: 1.800.821.5821 Local: 1.207.287.3747 TTY: 711 De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
Maryland	Maryland Department of Health Maryland AIDS Drug Assistance Program (MADAP) 1223 W. Pratt Street Baltimore, MD 21223 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 De lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 4:30 p. m.
Massachusetts	Community Research Initiative Schrafft's Center 529 Main Street, Suite 301 Boston, MA 02129 https://crine.org/hdap	Línea gratuita: 1.800.228.2714 Local: 1.617.502.1700 De lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 5:00 p. m.
Michigan	Michigan Drug Assistance Program Michigan Department of Health and Human Services Division of HIV and STI Programs P.O. Box 30727 Lansing, MI 48909 https://www.michigan.gov/mdhhs/keep-mi-healthy/chronicdiseases/hivsti/michigan-drug-assistance-program/michigan-drug-assistance-program	Línea gratuita: 1.888.826.6565 De lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 5:00 p. m.
Minnesota	HIV 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/programs-services/	Línea gratuita: 1.800.657.3761 Local: 1.651.431.2414 TTY: 1.800.627.3529 De lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 4:30 p. m.

Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA Los números TTY requieren un teléfono especial y son solo para las personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Si no se indica un número TTY, puede intentar con el 711.		
Estado:	Dirección de la agencia y sitio web:	Teléfono y horario:
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 De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 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 <i>(opción 5)</i> Local: 1.573.751.6439 TTY: 1.800.735.2966 De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
Montana	Montana Dept. of Public Health and Human Services Cogswell Bldg., Room C-211 1400 Broadway Helena, MT 59620-2951 https://dphhs.mt.gov/publichealth/hivstd/treatment	Local: 1.406.444.3565 De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
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 De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
Nevada	Office of HIV/AIDS Nevada Division of Public and Behavioral Health 1840 E. Sahara Avenue, Suite 110-111 Las Vegas, NV 89104 https://dpbh.nv.gov/Programs/HIV-Ryan/Ryan_White_Part_B_-_Home/	Local: 1.702.486.0767 De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 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 4502</i> <i>(solo dentro del estado)</i> Local: 1.603.271.4502 TTY: 1.800.735.2964 De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 4:30 p. m.

Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA Los números TTY requieren un teléfono especial y son solo para las personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Si no se indica un número TTY, puede intentar con el 711.		
Estado:	Dirección de la agencia y sitio web:	Teléfono y horario:
New Jersey	New Jersey Department of Health AIDS Drug Distribution Program (ADDP) P.O. Box 360 Trenton, NJ 08625-0360 http://www.nj.gov/health/hivstdtb/hiv-aids/medications.shtml	Línea gratuita: 1.877.613.4533 De lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 5:00 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 De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
North Carolina	Communicable Disease Branch Epidemiology Section, Division of Public Health N.C. Dept. of Health and Human Services 1902 Mail Service Center Raleigh, NC 27699-1902 http://epi.publichealth.nc.gov/cd/hiv/program.html	Línea gratuita: 1.877.466.2232 <i>(solo dentro del estado)</i> Fuera del estado: 1.919.733.9161 De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 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 De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
Ohio	Ohio Department of Health Ohio AIDS Drug Assistance Program (ADAP) HIV Client Services 246 North High Street Columbus, OH 43215 https://odh.ohio.gov/wps/portal/gov/odh/know-our-programs/Ryan-White-Part-B-HIV-Client-Services/AIDS-Drug-Assistance-Program/	Línea gratuita: 1.800.777.4775 De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 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 De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. (excepto los días festivos)

Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA Los números TTY requieren un teléfono especial y son solo para las personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Si no se indica un número TTY, puede intentar con el 711.		
Estado:	Dirección de la agencia y sitio web:	Teléfono y horario:
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 TTY: 711 De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
Pennsylvania	Department of Health Special Pharmaceutical Benefits Program P.O. Box 8808 Harrisburg, PA 17105-8808 https://www.health.pa.gov/topics/programs/HIV/Pages/Services.aspx	Línea gratuita: 1.800.922.9384 De lunes a viernes, de 8:00 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 De 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 De lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5:00 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 De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 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-program-areas/std/std/ryanwhite.html	Línea gratuita: 1.800.525.2437 Local: 1.615.741.7500 De lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 4:30 p. m.

Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA Los números TTY requieren un teléfono especial y son solo para las personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Si no se indica un número TTY, 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 P.O. Box 149347 Austin, TX 78714-9347 http://www.dshs.texas.gov/hivstd/meds/	Línea gratuita: 1.800.255.1090 TTY: 1.800.735.2989 De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
Utah	Utah Department of Health Bureau of Epidemiology 288 North 1460 West, P.O. Box 142104 Salt Lake City, UT 84114-2104 https://ptc.health.utah.gov/treatment/ryan-white/	Local: 1.801.538.6191 De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 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 De 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 De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
Washington	EIP Client Services P.O. Box 47841 Olympia, WA 98504-7841 https://doh.wa.gov/you-and-your-family/illness-and-disease-z/hiv/hiv-care-client-services/early-intervention-program	Línea gratuita: 1.877.376.9316 <i>(solo dentro del estado)</i> Local: 1.360.236.3426 De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. (excepto los días festivos estatales)
West Virginia	West Virginia Department of Health and Human Resources Office of Epidemiology and Prevention Services 350 Capitol Street, Room 125 Charleston, WV 25301 https://oeeps.wv.gov/rwp/pages/default.aspx	Local: 1.304.558.2195 De lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 5:00 p. m.

Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA		
Los números TTY requieren un teléfono especial y son solo para las personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Si no se indica un número TTY, 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 TTY: 1.800.947.3529 De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 4:30 p. m.
Wyoming	Wyoming Department of Health Public Health Division Communicable Disease Treatment Program 122 West 25th Street, 3rd Floor West Cheyenne, WY 82001 https://health.wyo.gov/publichealth/communicable-disease-unit/hiv/resources-for-patients/	Local: 1.307.777.5856 De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

Esta página se dejó en blanco intencionalmente

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. El equipo de 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 equipo 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

State Health Insurance Assistance Program

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 este documento.

La red de farmacias de Mutual of Omaha Rx incluye una cantidad limitada de farmacias preferidas de menor costo en áreas urbanas de Mississippi. 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/2023network**.

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), 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). El número de control válido de la OMB para este cuestionario es 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escríbanos a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.