

Información que pueden utilizar los socios sobre:

## “Explicación de beneficios” (EOB) para los planes de medicamentos de Medicare Advantage y Medicare

### ¿Qué es una EOB del plan Medicare Advantage?

Una EOB del plan Medicare Advantage brinda a los afiliados información clara y oportuna sobre sus reclamos médicos y los ayuda a tomar decisiones informadas sobre sus opciones de atención médica. Los planes Medicare Advantage (no los proveedores individuales) envían la EOB. **La EOB no es una factura.**

### ¿Qué incluye una EOB del Plan Medicare Advantage?

- Información clara de contacto para miembros del servicio.
- Instrucciones sobre cómo denunciar sospechas de fraude.
- Información sobre las reclamaciones y apelaciones denegadas.
- Información detallada para todas las reclamaciones del Plan Medicare Advantage (como los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B, incluida la cobertura de medicamentos de la Parte B, servicios preventivos, beneficios complementarios obligatorios y beneficios complementarios opcionales) procesados durante el período que se reporta.
- Información clara sobre el límite máximo de los gastos directos de su bolsillo del plan.
- Los gastos de bolsillo totales actuales del afiliado, en relación con el límite máximo de gastos de bolsillo del plan.
- Detalles sobre las cantidades que el afiliado ha pagado para los deducibles del plan.

### ¿Cuándo obtienen los afiliados una EOB del plan Medicare Advantage?

Los planes Medicare Advantage deben enviar a los afiliados una EOB, pero los planes tienen la opción de enviar la EOB mensualmente o por reclamo con resúmenes trimestrales adicionales.

## **Los planes Medicare Advantage no están obligados a enviar una EOB si se aplica alguna de las siguientes condiciones:**

- Un afiliado no ha tenido actividad de reclamos durante un período de informe.
- Un afiliado es un miembro con doble elegibilidad. Los “elegibles dobles” son elegibles tanto para Medicare como para Medicaid y, por lo general, tienen cubiertos la mayoría de sus costos de atención médica.

## **¿Qué deben hacer los afiliados con la EOB del Plan Medicare Advantage?**

### **Revise si hay errores**

Los afiliados deben conservar la EOB para sus registros y verificar la precisión de cada una. La forma más fácil de hacer esto es guardar sus recibos y compararlos con los reclamos enumerados en su EOB. Si tienen preguntas, encuentran errores o desean presentar una apelación, pueden comunicarse con su plan. Los Programas Estatales de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP, por sus siglas en inglés) también pueden ayudarlos a presentar una apelación. Los SHIP ofrecen asesoramiento gratuito sobre seguros de salud y ayuda personalizada. Obtenga los números de teléfono de SHIP más actualizados visitando [shiphelp.org](http://shiphelp.org) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

Los Programas de Prevención del Fraude a Medicare para Adultos Mayores (SMP) pueden ayudar si un miembro sospecha de errores o fraude. Busque un programa SMP local en el localizador de SMP en [smpresource.org](http://smpresource.org) o llame al 1-877-808-2468. Si un afiliado sospecha un fraude de Medicare, también puede llamar al 1-800-MEDICARE o al Contratista de Integridad de Medicamentos de Medicare (MEDIC) al 1-877-7SAFERX (1-877-772-3379).

## **Compruebe la información de su deducible y el máximo costo de su bolsillo (MOOP)**

Cada EOB debe incluir:

- Información clara sobre los deducibles del plan, para que los afiliados puedan seguir fácilmente su progreso hacia el cumplimiento de los deducibles.
- Tanto el nivel del plan como los deducibles de la categoría de servicio.
- El monto MOOP del plan y cuánto ha pagado el afiliado para el monto MOOP.

Cada EOB debe mostrar la cantidad en dólares que el afiliado ha gastado en deducibles y otros costos compartidos en relación con el MOOP del plan. Si el plan excluye el costo compartido de los beneficios complementarios de la cuenta para el MOOP, la EOB debe enumerar los artículos y servicios excluidos.

## **¿Dónde pueden las personas obtener más información sobre la EOB del Plan Medicare Advantage?**

- Los afiliados pueden llamar a los servicios para miembros del Plan Medicare Advantage al número de teléfono que se encuentra en la EOB.
- Los socios pueden visitar [CMS.gov/Medicare/HealthPlans/ManagedCareMarketing/MarketngModelsStandardDocumentsandEducationalMaterial](https://www.cms.gov/Medicare/HealthPlans/ManagedCareMarketing/MarketngModelsStandardDocumentsandEducationalMaterial) para revisar los materiales de la EOB de la Parte C.

## ¿Qué es la EOB del plan de medicamentos de Medicare?

La EOB del plan de medicamentos de Medicare brinda a los afiliados información clara y oportuna sobre cualquier receta de la Parte D que el plan de medicamentos llenó para un afiliado durante un mes. La EOB también incluye información sobre la etapa actual de beneficios de medicamentos de la Parte D del afiliado (que determina cuánto pagará por los medicamentos recetados). **La EOB no es una factura.**

**Nota:** Si un afiliado tiene un Plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos, el plan debe cumplir con estas reglas de la EOB del plan de medicamentos, así como con las reglas de la EOB del Plan Medicare Advantage descritas en la sección anterior.

## ¿Qué incluye una EOB de un plan de medicamentos de Medicare?

- Un resumen de las reclamaciones que el plan procesó para el afiliado durante el período de informe mensual, incluidos el nombre y el costo de cada medicamento.
- Un resumen de los pagos realizados por el afiliado, el plan y otros programas u organizaciones (si corresponde).
- La etapa actual del beneficio de medicamentos del afiliado (deducible, cobertura inicial, período sin cobertura o cobertura catastrófica).
- Un registro de los costos totales de bolsillo del afiliado y los costos totales de medicamentos.
- El costo de cada medicamento, incluidos los montos que pagó el afiliado, el plan y otros programas.
- El cambio en el costo total de cada medicamento (mostrado como un porcentaje) desde la primera vez que el afiliado obtuvo el medicamento en el año de beneficios actual.
- Una lista de medicamentos alternativos de menor costo (si están disponibles) que son similares a los medicamentos que recibe actualmente el afiliado. Estos podrían ser medicamentos con costos compartidos más bajos o un precio de medicamento más bajo.
- Cualquier ajuste (como por un reclamo revocado) o correcciones (como un error administrativo) a la información de costos para el año de beneficios, incluyendo:
  - Costos totales de medicamentos para el mes (según corresponda)
  - Costos totales de medicamentos para el año
  - Costos de bolsillo totales del afiliado
- Cualquier actualización del formulario que afecte la cobertura o el costo de los medicamentos que toma el afiliado.
- Información de contacto de servicios para miembros.
- Instrucciones para denunciar sospechas de fraude, apelar la decisión de cobertura de un plan o informar un error.

## ¿Cuándo obtienen los afiliados una EOB del plan de medicamentos de Medicare?

Los afiliados deben obtener una EOB al final del mes posterior al mes en que surtieron una receta utilizando la cobertura de su plan de medicamentos. Por ejemplo, si un afiliado surte una receta en junio utilizando la cobertura de su plan de medicamentos, debe obtener una EOB para fines de julio.

## ¿Qué reclamos de medicamentos incluye la EOB del plan de medicamentos de Medicare?

La EOB incluye reclamos de medicamentos para:

- Todos los medicamentos cubiertos por la Parte D.
- Cualquier medicamento complementario que cubra el plan que no cubra la Parte D (como medicamentos para la tos y el resfriado o para bajar de peso).

La EOB no incluye medicamentos ni suministros que cubran la Parte A y/o la Parte B (Medicare original), o que cubra un plan de salud de Medicare (como un plan Medicare Advantage).

## ¿Qué deben hacer los afiliados con la EOB del plan de medicamentos de Medicare?

### Revise si hay errores

Los afiliados deben conservar la EOB para sus registros y verificar la precisión de cada una. La forma más fácil de hacer esto es guardar sus recibos y compararlos con los reclamos enumerados en su EOB. Si tienen preguntas, encuentran errores o desean presentar una apelación, pueden comunicarse con su plan. Los Programas Estatales de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP, por sus siglas en inglés) también pueden ayudar a los afiliados a presentar una apelación. Los SHIP brindan asesoramiento gratuito sobre seguros de salud y ayuda personalizada. Obtenga los números de teléfono de SHIP más actualizados visitando [shiphelp.org](http://shiphelp.org) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

Los Programas de Prevención del Fraude a Medicare para Adultos Mayores (SMP) pueden ayudar si un miembro sospecha de errores o fraude. Busque un programa SMP local en el localizador de SMP en [smpresource.org](http://smpresource.org) o llame al 1-877-808-2468. Si un afiliado sospecha un fraude de Medicare, también puede llamar al 1-800-MEDICARE o al Contratista de Integridad de Medicamentos de Medicare (MEDIC) al 1-877-7SAFERX (1-877-772-3379).

## **Observe el gasto en las diferentes etapas de cobertura.**

La EOB brinda resúmenes mensuales y anuales hasta la fecha de los costos del plan de medicamentos de un afiliado. Estos resúmenes desglosan los costos de los medicamentos que pagó el afiliado durante cada etapa del beneficio de medicamentos. Esta información ayuda a los afiliados a saber cuánto más tienen que pagar en su etapa actual de beneficios de medicamentos antes de pasar a la siguiente etapa.

## **Revise las actualizaciones al formulario del plan**

Cuando un plan cambia su formulario y el cambio afecta el costo o la cobertura de un afiliado, el EOB tiene información actualizada sobre el cambio.

Los planes pueden eliminar medicamentos de sus formularios, cambiar el nivel donde se coloca el medicamento, o agregar reglas de cobertura sobre ciertos medicamentos durante todo el año. En ciertos casos, si un afiliado actualmente está tomando un medicamento cuando el plan deja de cubrirlo, el plan continuará cubriendo el medicamento por el resto del año del plan. En otros casos, los cambios en el formulario entran en vigencia 30 días después de que el plan notifique al afiliado sobre el cambio.

La EOB informa a los afiliados qué opciones tienen después de un cambio, como hablar con su médico para averiguar si pueden tomar otros medicamentos cubiertos o solicitar una excepción al cambio de cobertura del plan.

## **¿Dónde pueden las personas obtener más información sobre la EOB del plan de medicamentos de Medicare?**

- Los afiliados pueden llamar a los servicios para miembros del plan de medicamentos al número de teléfono que se encuentra en la EOB del afiliado.
- Los socios pueden visitar [CMS.gov/Medicare/Prescription-Drug-Coverage/PrescriptionDrugCovContra/Part-D-Model-Materials](https://www.cms.gov/Medicare/Prescription-Drug-Coverage/PrescriptionDrugCovContra/Part-D-Model-Materials) para revisar los materiales EOB del plan de medicamentos de Medicare.

Usted tiene derecho a obtener la información de Medicare en un formato accesible, como letra grande, braille o audio. También tiene derecho a presentar una queja si siente que ha sido discriminado. Visite [Medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice](https://www.medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice) (en inglés), o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para más información. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

Este producto fue financiado con dinero de los contribuyentes de los Estados Unidos.

