**[2025 EOC model]**

**Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2025**

**Evidencia de Cobertura:**

**La cobertura para medicamentos con receta de Medicare como miembro de *[insert 2025 plan name]******[insert plan type]***

*[****Optional:*** *Insert member name]*  
*[****Optional:*** *Insert member address]*

Este documento proporciona detalles acerca de la cobertura para medicamentos con receta de Medicare desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2025. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

**Si tiene alguna pregunta sobre este documento, comuníquese con Servicios para los miembros al *[insert phone number]***. **(Los usuarios de TTY deben llamar al *[insert TTY number]***). **Los horarios son *[insert days and hours of operation]***. **Esta llamada es gratuita.**

Este plan, *[insert 2025 plan name],* es ofrecido por *[insert Part D sponsor name] [insert DBA names in parentheses, as applicable, after listing required Part D sponsor names throughout this document]*. (Cuando en esta *Evidencia de Cobertura* dice “nosotros”, “nos” o “nuestro/a”, hace referencia a *[insert Part D sponsor name] [insert DBA names in parentheses, as applicable, after listing required Part D sponsor names]*. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a *[insert 2025 plan name]*).

[*Plans that meet the 5% alternative language threshold insert:* Este documento está disponible de forma gratuita en *[insert languages that meet the 5% threshold]*. *[Plans must insert language about availability of alternate formats (e.g., braille, large print, audio) as applicable.]*]

*[Remove terms as needed to reflect plan benefits]* Los beneficios, las primas, los deducibles o los copagos/el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2026.

*[Remove terms as needed to reflect plan benefits]* El formulario, la red de farmacias o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Usted recibirá un aviso cuando sea necesario. Notificaremos a los afiliados afectados sobre los cambios con al menos 30 días de anticipación.

Este documento explica sus beneficios y derechos. Utilice este documento para comprender acerca de lo siguiente:

* La prima del plan y el costo compartido.
* Sus beneficios de medicamentos con receta.
* Cómo presentar una queja si no está satisfecho con un servicio o tratamiento.
* Cómo ponerse en contacto con nosotros si necesita más ayuda.
* Otras protecciones requeridas por la ley de Medicare.

*[Insert Material ID: (H, R, S, or Y) number\_description of choice (M or C)]*

**Evidencia de Cobertura de 2025**

**Índice**

[CAPÍTULO 1: *Primeros pasos como miembro* 4](#_Toc172817288)

[SECCIÓN 1 Introducción 5](#_Toc172817289)

[SECCIÓN 2 ¿Qué requisitos son necesarios para ser miembro del plan? 6](#_Toc172817290)

[SECCIÓN 3 Materiales importantes para miembros que recibirá 7](#_Toc172817291)

[SECCIÓN 4 Sus costos mensuales para *[insert 2025 plan name]* 8](#_Toc172817292)

[SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual 13](#_Toc172817293)

[SECCIÓN 6 Mantener actualizado su registro de miembro del plan 15](#_Toc172817294)

[SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan 15](#_Toc172817295)

[CAPÍTULO 2: *Números de teléfono* *y recursos importantes* 17](#_Toc172817296)

[SECCIÓN 1 Contactos de *[Insert 2025 plan name]* (cómo comunicarse con nosotros, incluso cómo comunicarse con Servicios para los miembros) 18](#_Toc172817297)

[SECCIÓN 2 Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal Medicare) 21](#_Toc172817298)

[SECCIÓN 3 Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare) 23](#_Toc172817299)

[SECCIÓN 4 Organización para la mejora de la calidad 24](#_Toc172817300)

[SECCIÓN 5 Seguro Social 25](#_Toc172817301)

[SECCIÓN 6 Medicaid 26](#_Toc172817302)

[SECCIÓN 7 Información sobre programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos con receta 27](#_Toc172817303)

[SECCIÓN 8 Cómo puede ponerse en contacto con la Junta de jubilación para ferroviarios 30](#_Toc172817304)

[SECCIÓN 9 ¿Tiene un seguro grupal u otro seguro médico de un empleador? 31](#_Toc172817305)

[CAPÍTULO 3: *Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D* 32](#_Toc172817306)

[SECCIÓN 1 Introducción 33](#_Toc172817307)

[SECCIÓN 2 Obtenga sus medicamentos con receta en una farmacia de la red [*insert if applicable:* or through the plan's mail-order service] 34](#_Toc172817308)

[SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar en la Lista de medicamentos del plan 39](#_Toc172817309)

[SECCIÓN 4 Hay restricciones respecto de la cobertura de algunos medicamentos *[insert drug tiers if applicable]* 41](#_Toc172817310)

[SECCIÓN 5 ¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera? 43](#_Toc172817311)

[SECCIÓN 6 ¿Qué sucede si cambia la cobertura para alguno de sus medicamentos? 46](#_Toc172817312)

[SECCIÓN 7 ¿Qué tipos de medicamentos *no* cubre el plan? 49](#_Toc172817313)

[SECCIÓN 8 Surtir un medicamento con receta 51](#_Toc172817314)

[SECCIÓN 9 Cobertura para medicamentos de la Parte D en situaciones especiales 51](#_Toc172817315)

[SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad y administración de los medicamentos 54](#_Toc172817316)

[CAPÍTULO 4: *Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D* 57](#_Toc172817317)

[SECCIÓN 1 Introducción 58](#_Toc172817318)

[SECCIÓN 2 El precio que paga por un medicamento depende de la etapa de pago de medicamentos en la que esté al obtener el medicamento 60](#_Toc172817319)

[SECCIÓN 3 Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y la etapa de pago en la que se encuentra 61](#_Toc172817320)

[SECCIÓN 4 Durante la Etapa del deducible, usted paga el costo total de los medicamentos *[insert drug tiers if applicable]* 63](#_Toc172817321)

[SECCIÓN 5 Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga su parte 63](#_Toc172817322)

[SECCIÓN 6 Durante la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D 68](#_Toc172817323)

[SECCIÓN 7 Información de beneficios adicionales 69](#_Toc172817324)

[SECCIÓN 8 Vacunas de la Parte D Lo que usted paga depende de cómo y dónde las obtiene 69](#_Toc172817325)

[CAPÍTULO 5: *Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de los costos de medicamentos cubiertos* 72](#_Toc172817326)

[SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de los medicamentos cubiertos 73](#_Toc172817327)

[SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos un reembolso 74](#_Toc172817328)

[SECCIÓN 3 Analizaremos su solicitud de pago y decidiremos si le pagaremos o no 75](#_Toc172817329)

[CAPÍTULO 6: *Sus derechos y responsabilidades* 76](#_Toc172817330)

[SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades interculturales como miembro del plan 77](#_Toc172817331)

[SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan 82](#_Toc172817332)

[CAPÍTULO 7: *Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)* 84](#_Toc172817333)

[SECCIÓN 1 Introducción 85](#_Toc172817334)

[SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada 85](#_Toc172817335)

[SECCIÓN 3 ¿Qué proceso debe utilizar para tratar su problema? 86](#_Toc172817336)

[SECCIÓN 4 Una guía de los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones 87](#_Toc172817337)

[SECCIÓN 5 Medicamentos con receta de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación 89](#_Toc172817338)

[SECCIÓN 6 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más allá 99](#_Toc172817339)

[SECCIÓN 7 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes 101](#_Toc172817340)

[CAPÍTULO 8: *Cancelación de su membresía en el plan* 104](#_Toc172817341)

[SECCIÓN 1 Introducción a cómo cancelar su membresía en nuestro plan 105](#_Toc172817342)

[SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan? 105](#_Toc172817343)

[SECCIÓN 3 ¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan? 107](#_Toc172817344)

[SECCIÓN 4 Hasta que se cancele su membresía, debe seguir recibiendo sus medicamentos a través de nuestro plan 108](#_Toc172817345)

[SECCIÓN 5 *[Insert 2025 plan name]* debe cancelar su membresía en el plan en ciertas situaciones 109](#_Toc172817346)

[CAPÍTULO 9: *Avisos legales* 111](#_Toc172817347)

[SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes vigentes 112](#_Toc172817348)

[SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación 112](#_Toc172817349)

[SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare 112](#_Toc172817350)

[CAPÍTULO 10: *Definiciones de palabras importantes* 113](#_Toc172817351)

## CAPÍTULO 1: *Primeros pasos como miembro*

### SECCIÓN 1 Introducción

#### Sección 1.1 Usted está inscrito en *[insert 2025 plan name]*, que es un plan de medicamentos con receta de Medicare

Su atención médica está cubierta por Original Medicare u otro plan de salud, y ha elegido recibir su cobertura para medicamentos con receta de Medicare a través de nuestro plan, *[insert 2025 plan name]*.

*[Insert 2025 plan name]* es un plan de medicamentos con receta (PDP) de Medicare. Como todos los planes de Medicare, este plan de medicamentos con receta de Medicare está aprobado por Medicare y es administrado por una compañía privada.

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

Este documento, *Evidencia de Cobertura* describe cómo puede obtener sus medicamentos con receta. Explica sus derechos y responsabilidades, lo que está cubierto, lo que paga como miembro del plan y cómo presentar una queja si no está satisfecho con una decisión o tratamiento.

Los términos *cobertura* y *medicamentos cubiertos* hacen referencia a la cobertura para medicamentos con receta a su disposición como miembro de *[insert 2025 plan name]*.

Es importante que sepa cuáles son las normas del plan y cuál es la cobertura que está a su disposición. Le recomendamos que dedique un tiempo a leer este documento sobre la *Evidencia de Cobertura*.

Si hay algún tema que lo confunde o le preocupa, o simplemente tiene una pregunta, comuníquese con Servicios para los miembros.

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

Esta *Evidencia de Cobertura* es parte de nuestro contrato con usted sobre cómo *[insert 2025 plan name]* cubre su atención. Las otras partes de este contrato incluyen el formulario de inscripción, la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* y cualquier aviso que reciba de nuestra parte sobre las modificaciones en su cobertura o condiciones que puedan afectar su cobertura. En ocasiones, estos avisos se denominan *cláusulas adicionales* o *enmiendas*.

El contrato está vigente durante los meses en los que esté inscrito en *[insert 2025 plan name]* entre el 1 de enero de 2025 y el 31 de diciembre de 2025.

Cada año calendario, Medicare nos permite realizar cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de *[insert 2025 plan name]* después del 31 de diciembre de 2025. También podemos decidir dejar de ofrecer el plan en su área de servicio después del 31 de diciembre de 2025.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar *[insert 2025 plan name]* cada año. Puede seguir obteniendo la cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan cada año solo si decidimos continuar ofreciendo el plan y si Medicare renueva la aprobación del plan.

### SECCIÓN 2 ¿Qué requisitos son necesarios para ser miembro del plan?

#### Sección 2.1 Sus requisitos de elegibilidad

*Usted es elegible para ser miembro de nuestro plan, siempre y cuando cumpla con estos requisitos:*

* Tenga la Parte A o la Parte B de Medicare (o tanto la Parte A como la Parte B).
* *Sea* ciudadano estadounidense o resida legalmente en los Estados Unidos.
* Viva en nuestra área de servicio geográfica (la Sección 2.2, que se encuentra más abajo, describe el área de servicio) [*Plans with grandfathered members who were outside of area prior to January 1999, insert*: Si ha sido miembro de nuestro plan de manera ininterrumpida desde antes de enero de 1999 y vivía fuera de nuestra área de servicio antes de enero de 1999, aún es elegible, siempre que no se haya mudado desde antes de enero de 1999.] No se considera que las personas encarceladas vivan en el área de servicio geográfica, aun si se encuentran físicamente en esta área.

#### Sección 2.2 Esta es el área de servicio del plan de *[insert 2025 plan name]*

*[Insert 2025 plan name]* está disponible solo para personas que viven en el área de servicio de nuestro plan. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, debe continuar viviendo en el área de servicio del plan. El área de servicio se describe [*insert as appropriate:* a continuación *OR* en un apéndice de esta *Evidencia de Cobertura*].

[*Insert plan service area here or within an appendix. Plans may include references to territories as appropriate. Examples of the format for describing the service area are provided below:*Nuestra área de servicio incluye los 50 estados  
Nuestra área de servicio incluye los siguientes estados: *[insert states]*]

[*Optional information: multi-state plans may include the following:* Ofrecemos cobertura en[*insert as applicable:* varios *OR* todos] los estados [*insert if applicable: y*territorios]*.* Sin embargo, puede haber diferencias de costos o de otro tipo entre los planes que ofrecemos en cada estado. Si se muda fuera del estado [*insert if applicable: o*territorio] a un estado [*insert if applicable: o*territorio] que todavía se encuentra en nuestra área de servicio, debe llamar a Servicios para los miembros para actualizar su información. *[National plans delete this paragraph.]*]

Si planea mudarse fuera del área de servicio, no puede seguir siendo miembro de este plan. Póngase en contacto con Servicios para los miembros para consultar si contamos con algún plan en su nueva área. Si se muda, tendrá un Período de inscripción especial que le permitirá cambiar a Original Medicare o inscribirse en un plan de salud de Medicare o de medicamentos disponible en su nueva ubicación.

También es importante que usted llame al Seguro Social si se muda o cambia su 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 Ciudadanía estadounidense o presencia legal

Los miembros de los planes de salud de Medicare deben ser ciudadanos estadounidenses o estar legalmente presentes en los Estados Unidos. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificará a *[insert 2025 plan name] si no es elegible para seguir siendo miembro según este requisito. [Insert 2025 plan name]* debe cancelar su inscripción si no cumple con este requisito.

### SECCIÓN 3 Materiales importantes para miembros que recibirá

#### Sección 3.1 Tarjeta de miembro del plan

Mientras sea miembro de nuestro plan, debe usar su tarjeta de miembro para los medicamentos con receta que obtenga en las farmacias de la red. También debe mostrarle su tarjeta de Medicaid al proveedor, si corresponde. A continuación, encontrará un modelo de la tarjeta de miembro para que tenga una idea de cómo será la suya:

*[Insert picture of front and back of member ID card. Mark it as a sample card (for example, by superimposing the word:* sample *on the image of the card).]*

Lleve su tarjeta en todo momento y recuerde mostrarla cuando reciba los medicamentos cubiertos. Si la tarjeta de miembro del plan está dañada, se le pierde o se la roban, llame de inmediato a Servicios para los miembros para que le enviemos una tarjeta nueva.

Es posible que necesite usar la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para obtener atención médica y servicios cubiertos por Original Medicare.

#### Sección 3.2 Directorio de farmacias

El *Directorio de farmacias* *[insert URL]* enumera las farmacias de nuestra red. Las **farmacias de la red** son todas las farmacias que han aceptado surtir los medicamentos con receta cubiertos para los miembros de nuestro plan. Puede utilizar el *Directorio de farmacias* para encontrar la farmacia de la red en la que desee comprar los medicamentos. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 3 para obtener información sobre cuándo puede usar farmacias que no están en la red del plan.

[*Insert if plan has pharmacies that offer preferred cost sharing in its network:* El *Directorio de farmacias* también le indicará qué farmacias de nuestra red tienen un costo compartido preferido, que puede ser inferior al costo compartido estándar ofrecido por otras farmacias de la red para algunos medicamentos.]

Si no tiene el *Directorio de farmacias*, puede obtener una copia a través de Servicios para los miembros. También puede encontrar esta información en nuestro sitio web en *[insert URL]. [Plans may add detail describing additional information about network pharmacies available from Member Services or on the website.]*

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

El plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*. Nosotros la denominamos “Lista de medicamentos” para abreviarla. Indica qué medicamentos con receta de la Parte D están cubiertos por el beneficio de la Parte D incluido en *[insert 2025 plan name]*. El plan, con la colaboración de un equipo de médicos y farmacéuticos, selecciona los medicamentos de la lista. La lista debe cumplir con los requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la Lista de medicamentos de *[insert 2025 plan name]*.

La Lista de medicamentos le indica si existen restricciones para la cobertura de sus medicamentos.

Le proporcionaremos una copia de la Lista de medicamentos. [*Insert if applicable:* La Lista de medicamentos que le proporcionamos incluye información para los medicamentos cubiertos que más utilizan nuestros miembros. Sin embargo, cubrimos medicamentos adicionales que no están incluidos en la Lista de medicamentos proporcionada. Si algún medicamento no está incluido en la Lista de medicamentos, deberá visitar nuestro sitio web o comunicarse con Servicios para los miembros para averiguar si lo cubrimos.] Para obtener la información más completa y vigente sobre los medicamentos cubiertos, puede visitar el sitio web del plan (*[insert URL]*) o llamar a Servicios para los miembros.

### SECCIÓN 4 Sus costos mensuales para *[insert 2025 plan name]*

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)
* Importe ajustado mensual relacionado con los ingresos (Sección 4.4)
* Monto del plan de pago de recetas de Medicare (Sección 4.5)

En algunos casos, la prima del plan podría ser menor

*[Plans with no monthly premium: Omit this subsection.]*

[*Insert as appropriate, depending on whether SPAPs are discussed in Chapter 2:* Hay programas que ayudan a las personas con recursos limitados a pagar los medicamentos. Entre estos programas, se incluyen el programa de “Ayuda adicional” y los Programas estatales de asistencia farmacéutica. *OR* El programa de “Ayuda adicional” ayuda a las personas con recursos limitados a pagar los medicamentos.] La Sección 7 del Capítulo 2 explica más acerca de [*insert as applicable:* estos programas *OR* este programa]. Si reúne los requisitos, la inscripción en el programa podría reducir la prima mensual del plan.

Si *ya está inscrito* y está recibiendo ayuda de uno de estos programas, **la información de las primas en esta *Evidencia de Cobertura* [*insert as applicable:* puede *OR* no aplicarse]** **en su caso**. *[If not applicable, omit information about the LIS Rider.]*Hemos [*insert as appropriate:* incluido *OR* Le enviamos] un inserto separado, que se denomina *Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs* (Cláusula adicional a la Evidencia de Cobertura para las personas que reciben Ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta), también denominada Low-Income Subsidy Rider o LIS Rider (Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS), que le informa sobre la cobertura para sus medicamentos. Si no posee este inserto, comuníquese con Servicios para los miembros y pida la *Cláusula adicional LIS*.

Las primas de la Parte B y la Parte D de Medicare varían para las personas que tienen distintos ingresos. Si tiene preguntas sobre estas primas, revise su copia del folleto *Medicare & You 2025* (*Medicare y Usted 2025*), la sección titulada “2025 Medicare Costs” (Costos de Medicare de 2025). Si necesita una copia, puede descargarla del sitio web de Medicare ([www.medicare.gov/medicare-and-you](https://www.medicare.gov/medicare-and-you)). O bien, puede solicitar una copia impresa por teléfono al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

#### Sección 4.1 Prima del plan

Como miembro de nuestro plan, usted paga una prima mensual del plan. [*Select one of the following:* Para 2025, la prima mensual de *[insert 2025 plan name]* es de *[insert monthly premium amount]*. *OR* La siguiente tabla muestra el monto de la prima mensual del plan para cada región en la que prestamos servicios. *OR* La siguiente tabla muestra el monto de la prima mensual del plan para cada plan que ofrecemos en el área de servicio. *OR* El monto de la prima mensual para *[insert 2025 plan name]* se menciona en *[describe attachment]*. *[Plans may insert a list of or table with the state/region and monthly plan premium amount for each area included within the EOC. Plans may also include premium(s) in an attachment to the EOC]*.]

[Plans with no premium should replace the preceding paragraph with:No es necesario que pague por separado la prima mensual del plan *[insert 2025 plan name]*].

[*Insert if applicable:* Se le proporciona cobertura mediante un contrato con su empleador actual o con su empleador o sindicato anteriores. Para obtener más información sobre la prima de su plan, comuníquese con el administrador de beneficios del empleador o sindicato.]

#### Sección 4.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare

A muchos miembros se les exige que paguen otras primas de Medicare

*[Plans that include a Part B premium reduction benefit may describe the benefit within this section.]*

[*Plans with no monthly premium, omit:* Además de pagar la prima mensual del plan,] **debe seguir 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 la Parte A sin 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 tardía de la Parte D es una prima adicional que debe pagarse para la cobertura de la Parte D si, en algún momento después de que finaliza su período de inscripción inicial, hay un período de 63 días consecutivos o más en los que usted no tiene la Parte D u otra cobertura para medicamentos con receta acreditable. La cobertura para medicamentos con receta acreditable es la cobertura que cumple con los estándares mínimos de Medicare, ya que se espera que cubra, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura estándar para medicamentos con receta de Medicare. El costo de la multa por inscripción tardía depende de cuánto tiempo estuvo sin otra cobertura acreditable para medicamentos con receta o de la Parte D. Tendrá que pagar esta multa mientras tenga la cobertura de la Parte D.

La multa por inscripción tardía de la Parte D se agrega a su prima mensual o trimestral. *[Plans that do not allow quarterly premium payments, omit the quarterly portion of the sentence above.]* Cuando se inscribe por primera vez en *[insert 2025 plan name],* le informamos el montode la multa. [*Insert the following text if the plan disenrolls for failure to pay premiums*: Si no paga su multa por inscripción tardía de la Parte D, podría perder sus beneficios de medicamentos con receta.]

[*Plans with no plan premium, delete the first sentence in the paragraph above and continue with the remainder of the paragraph.*]

No **tendrá** que pagarla si se cumple lo siguiente:

* Usted recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos con receta.
* Ha pasado menos de 63 días seguidos sin cobertura acreditable.
* Ha tenido una cobertura de medicamentos acreditable a través de otra fuente, como un empleador anterior, un sindicato, TRICARE o la Administración de Salud de Veteranos (Veterans Health Administration, VA). Su asegurador o el departamento de recursos humanos le informarán cada año si su cobertura para medicamentos es una cobertura acreditable. Esta información se le puede enviar por carta o se la puede incluir en un boletín informativo del plan. Conserve esta información porque puede necesitarla si se une, en el futuro, al plan de medicamentos de Medicare.
  + **Nota:** Cualquier aviso debe indicar que tenía una cobertura para medicamentos con receta acreditable que se preveía que pagaría el mismo monto que el plan estándar para medicamentos con receta de Medicare.
  + **Nota:** Las siguientes *no* son una cobertura para medicamentos con receta acreditable: tarjetas de descuento para medicamentos con receta, clínicas gratis y sitios web de descuentos en medicamentos.

**Medicare determina el monto de la multa.** Esta es la manera en que funciona:

* Si estuvo 63 días o más sin la Parte D u otra cobertura acreditable de medicamentos con receta después de ser elegible por primera vez para inscribirse en la Parte D, el plan contará la cantidad de meses completos que no tuvo cobertura. La multa es del 1% por cada mes que no tuvo cobertura acreditable. Por ejemplo, si pasa 14 meses sin cobertura, la multa será del 14%.
* Luego, Medicare determina el monto de la prima mensual promedio para los planes de medicamentos de Medicare en la nación desde el año anterior. [*Insert EITHER:* Para 2025, el monto promedio de la prima es de $*[insert 2025 national base beneficiary premium]* *OR* Para 2024, el monto promedio de la prima fue de $*[insert 2024 national base beneficiary premium]*. Este monto puede cambiar para 2025.]
* Para calcular su multa mensual, usted multiplica el porcentaje de la multa y la prima mensual promedio y luego redondea el resultado a los 10 centavos más cercanos. En este ejemplo, sería 14% multiplicado por $*[insert base beneficiary premium]*, que es igual a $*[insert amount]*. Esto se redondea a $*[insert amount]*. Este monto se agregará a **la prima mensual de una persona que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D**.

Hay tres aspectos importantes a tener en cuenta con respecto a esta multa mensual por la multa por inscripción tardía de la Parte D:

* Primero, **la multa puede cambiar cada año**, ya que la prima mensual promedio puede cambiar cada año.
* Segundo, **usted seguirá pagando una multa** cada mes durante el tiempo que esté inscrito en un plan que incluya los beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare, incluso si cambia de plan.
* Tercero, si es menor de 65 y actualmente recibe los beneficios de Medicare, la multa por inscripción tardía en la Parte D se reajustará cuando cumpla 65 años. Después de los 65 años, la multa por inscripción tardía de la Parte D se basará solo en los meses en los que no tenga cobertura después del período de inscripción inicial para envejecer en Medicare.

**Si está en desacuerdo con su multa por inscripción tardía de la Parte D, usted o su representante pueden solicitar una revisión.** Por lo general, debe solicitar la revisión **dentro de los 60 días** a partir de la fecha de la primera carta que recibió en la que se le informa que debe pagar una multa por inscripción tardía. Sin embargo, si pagó una multa antes de inscribirse en nuestro plan, quizás no tenga otra oportunidad de solicitar una revisión de esa multa por inscripción tardía.

**Importante:** No deje de pagar su multa por inscripción tardía de la Parte D mientras espera que revisemos la decisión sobre su multa por inscripción tardía. Si lo hace, se podría cancelar su inscripción por falta de pago de las primas de su plan.]

#### Sección 4.4 Importe ajustado mensual relacionado con los ingresos

Es posible que algunos miembros deban pagar un cargo adicional, conocido como el monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso, también conocido como IRMAA (Income Related Monthly Adjustment Amount), de la Parte D. El cargo adicional se calcula utilizando su ingreso bruto ajustado modificado según lo informado en su declaración de impuestos del IRS de hace dos años. Si este monto es superior a cierto monto, pagará el monto de la prima estándar y el IRMAA adicional. Para obtener más información sobre el monto adicional que quizás deba pagar según sus ingresos, visite [https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/  
costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans](https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans).

Si debe pagar un monto adicional, el Seguro Social, no su plan de Medicare, le enviará una carta en la que se le indicará cuál será ese monto adicional. El monto adicional será retenido de su cheque de beneficios del Seguro Social, de la Junta de jubilación para ferroviarios o de la Oficina de Administración de personal, independientemente de cómo pague siempre su prima del plan, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir el monto adicional adeudado. Si el monto de su cheque de beneficios no cubre el monto adicional, recibirá una factura de Medicare. **Deberá pagar el monto adicional al gobierno. No se puede pagar con su prima mensual del plan. Si no paga el monto adicional, su inscripción en el plan se cancelará y perderá la cobertura para medicamentos con receta.**

Si está en desacuerdo con pagar un monto adicional, puede solicitar al Seguro Social que revise la decisión. Para obtener más información al respecto, comuníquese con el Seguro Social al 1‑800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

#### Sección 4.5 Monto del plan de pago de recetas de Medicare

Si está participando en el plan de pago de recetas de Medicare, cada mes pagará la prima del plan (si la tiene) y recibirá una factura de su plan de salud o de medicamentos por sus medicamentos con receta (en lugar de pagar en la farmacia). Su factura mensual se basa en lo que debe por cualquier receta que obtenga, además del saldo del mes anterior, dividido por la cantidad de meses que le restan del año.

La Sección 7 del Capítulo 2 explica más acerca del plan de pago de recetas de Medicare. Si no está de acuerdo con el monto facturado como parte de esta opción de pago, puede seguir los pasos descritos en el Capítulo 7 para presentar una queja o apelación.

### SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual

#### Sección 5.1 Existen diversas formas de pagar la prima del plan

*[Plans indicating in Section 4.1 that there is no monthly premium: Rename this section:* Si paga una multa por inscripción tardía de la Parte D, existen varias formas de pagar la multa*, and use the alternative text as instructed below.]*

Existen *[insert number of payment options]* formas de pagar la prima del plan.

[*Plans without a monthly premium: Replace the preceding paragraph with the following:* Existen *[insert number of payment options]* formas de pagar la multa.

Opción 1: Pagar con cheque

*[Insert plan specifics regarding premium/penalty payment intervals (e.g., monthly, quarterly- please note that members must have the option to pay their premiums monthly), how they can pay by check, including an address, whether they can drop off a check in person, and by what day the check must be received (e.g., the 5th of each month). It should be emphasized that checks should be made payable to the Plan and not CMS nor HHS. If the Plan uses coupon books, explain when they will receive it and to call Member Services for a new one if they run out or lose it. In addition, include information if you charge for bounced checks.]*

Opción 2: *[Insert option type]*

*[If applicable: Insert information about other* *premium/penalty payment options. Or delete this option.*

*Include information about all relevant choices (e.g., automatically withdrawn from your checking or savings account, charged directly to your credit or debit card, or billed each month directly by the plan). Insert information on the frequency of automatic deductions (e.g., monthly, quarterly – please note that members must have the option to pay their premiums monthly), the approximate day of the month the deduction will be made, and how this can be set up. Please note that furnishing discounts for members who use direct payment electronic payment methods is prohibited.]*

*[Include the option below only if applicable. SSA only deducts plan premiums below $300.]*

Opción *[insert number]*: Hacer que la prima se descuente de su cheque mensual del Seguro Social

**Cambiar la forma en que paga su [*plans with a premium insert:* prima del plan] [*plans without a premium insert:* multa por inscripción tardía de la Parte D.]**

Si decide cambiar la opción por la que paga su **[*plans with a premium insert:* prima del plan] [*plans without a premium insert:* multa por inscripción tardía de la Parte D]**, el nuevo método de pago puede tardar hasta tres meses en entrar en vigencia. Mientras procesamos su solicitud para un nuevo método de pago, usted es responsable de asegurarse de que su [*plans with a premium insert:* prima del plan] [*plans without a premium insert:* multa por inscripción tardía de la Parte D] se pague a tiempo. Para cambiar el método de pago, *[plans must indicate how the member can inform the plan of the procedure for changing that choice.]*.

Qué puede hacer si tiene problemas para pagar la prima del plan

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

Debemos recibir el pago de la prima del plan en nuestra oficina antes del *[insert day of the month]*. *[Plans with no premium:* Si debe pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D, se debe pagar en nuestra oficina antes del *[insert day of the month]*. Si no hemos recibido su prima antes del *[insert day of the month]*, le enviaremos un aviso en el que le informamos que su membresía en el plan se cancelará si no recibimos el pago de su prima en *[insert length of plan grace period]*.

Si tiene problemas para pagar su prima a tiempo, comuníquese con Servicios para los miembros para ver si podemos referirlo a programas que lo ayuden con la prima de su plan.

Si cancelamos su membresía porque no pagó sus primas, Original Medicare aún brindará su cobertura médica. Además, posiblemente no podrá recibir la cobertura de la Parte D hasta el año siguiente si se inscribe en un plan nuevo durante el período de inscripción anual. (Si supera los 63 días sin cobertura para medicamentos acreditable, tal vez tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D mientras tenga la cobertura de la Parte D).

[*Insert if applicable:* En el momento en que cancelemos su membresía, es posible que nos siga debiendo las primas que aún no haya pagado. [*Insert one or both statements as applicable for the plan:* Tenemos derecho a solicitar el pago del monto que nos deba. *AND/OR* En el futuro, si desea volver a inscribirse en nuestro plan (u otro plan que ofrecemos), deberá pagar el monto adeudado antes de poder inscribirse.]]

Si cree que cancelamos su membresía por error, puede presentar una queja (también denominado reclamo); consulte el Capítulo 7 para obtener información sobre cómo presentar una queja. Si experimentó una circunstancia de emergencia de fuerza mayor que le impidió pagar su [*plans with a premium insert:* prima del plan] [*plans without a premium insert:* multa por inscripción tardía de la Parte D, si se debe,] dentro de nuestro período de gracia, puede presentar una queja. En el caso de las quejas, revisaremos nuestra decisión nuevamente. La Sección 7 del Capítulo 7 de este documento le indica cómo presentar una queja o puede llamarnos al *[insert phone number]* de *[insert hours of operation]*. Los usuarios de TTY deben llamar al *[insert TTY number]*. Debe realizar la solicitud antes de los 60 días calendario posteriores a la fecha en que se cancela su membresía.

#### Sección 5.2 ¿Podemos modificar la prima mensual de su plan durante el año?

**No.** No podemos cambiar el monto que cobramos por la prima mensual del plan durante el año. Si la prima mensual del plan llegara a cambiar el próximo año, se lo informaremos en septiembre y la modificación entrará en vigencia el 1 de enero.

No obstante, en algunos casos, es posible que la parte que le corresponde pagar a usted de la prima sufra algunas modificaciones durante el año. Por ejemplo, si resulta ser elegible para el programa “Ayuda adicional” o si pierde su elegibilidad para el programa “Ayuda adicional” durante el año. Si un miembro es elegible para recibir “Ayuda adicional” para pagar los costos de sus medicamentos con receta, el programa “Ayuda adicional” 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. En la Sección 7 del Capítulo 2, encontrará más información sobre el programa “Ayuda adicional”.

### SECCIÓN 6 Mantener actualizado su registro de miembro del plan

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

Su registro de miembro contiene información del formulario de inscripción, incluso su dirección y número de teléfono. Muestra su cobertura específica del plan.

Los farmacéuticos de la red del plan deben tener información correcta sobre usted. **Estos proveedores de la red utilizan su registro de miembro para saber cuáles son los medicamentos que están cubiertos y los montos de costo compartido.** Es por ello que es muy importante que nos ayude a mantener actualizada su información.

**Infórmenos sobre las siguientes modificaciones:**

* Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono.
* Cambios en cualquier otra cobertura médica o de medicamentos que tenga (por ejemplo, de su empleador, del empleador de su cónyuge o pareja doméstica, un seguro de indemnización por accidentes laborales o Medicaid).
* Si existe alguna reclamación de responsabilidad civil, por ejemplo, por un accidente automovilístico.
* Si fue ingresado en un centro de cuidados.
* Si cambia la parte responsable designada por usted (como un cuidador).

Si hay algún cambio en su información, llame a Servicios para los miembros *[Plans that allow members to update this information on-line may describe that option here.]*

También es importante que se comunique con el Seguro Social si se muda o cambia su 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

Otros seguros

*[Plans collecting information by phone revise heading and section as needed to reflect process.]* Medicare exige que le pidamos información sobre la cobertura de cualquier otro seguro médico o para medicamentos que tenga. Esto se debe a que tenemos que coordinar las demás coberturas que tenga con los beneficios que obtiene de nuestro plan. A esto se lo denomina **coordinación de beneficios**.

Una vez por año le enviaremos una carta con el detalle de las demás coberturas médicas o para medicamentos de las que tengamos conocimiento. Lea atentamente esta información. Si es correcta, no será necesario que haga nada. Si la información es incorrecta o si tiene alguna otra cobertura que no está incluida en la lista, llame a Servicios para los miembros. Es posible que sus otros aseguradores le requieran el número de identificación de miembro del plan (una vez que haya confirmado su identidad) para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

Cuando tiene otro seguro (como una cobertura de salud grupal del empleador), hay normas establecidas por Medicare que determinan si nuestro plan o su otro seguro paga en primer término. El seguro que primero paga se denomina pagador principal, y paga hasta el máximo de su cobertura. El que paga en segundo término, denominado pagador secundario, solo paga si quedaron costos sin cubrir de la cobertura principal. El pagador secundario puede no pagar todos los costos sin cubrir. Si usted tiene otro seguro, infórmele a su médico, hospital y farmacia.

Estas normas se aplican para la cobertura del plan de salud de un sindicato o empleador:

* Si tiene una cobertura de jubilados, Medicare paga primero.
* Si la cobertura de su plan de salud grupal se basa en su empleo actual o el de un miembro de su familia, el pagador primario dependerá de su edad, la cantidad de trabajadores del empleador y si usted tiene Medicare debido a su edad, una discapacidad o enfermedad renal terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD):
  + Si es menor de 65 años y está discapacitado, y usted o un miembro de su familia todavía trabajan, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 100 o más empleados o si este es parte de un plan de empleadores múltiples en el cual, al menos, uno de ellos tiene más de 100 empleados.
  + Si tiene más de 65 años y usted o su cónyuge o pareja doméstica todavía trabajan, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 20 empleados o más, o si este es parte de un plan de empleadores múltiples en el cual, al menos, uno de ellos tiene más de 20 empleados.
* Si usted tiene Medicare debido a una ESRD, su plan de salud grupal pagará primero durante los primeros 30 meses luego de haber sido elegible para Medicare.

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

* Seguro sin culpa (incluido el seguro automovilístico).
* Responsabilidad (incluido el seguro automovilístico).
* Beneficios por neumoconiosis.
* Compensación laboral.

Medicaid y TRICARE nunca pagan primero por 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 *[Insert 2025 plan name]* (cómo comunicarse con nosotros, incluso cómo comunicarse con Servicios para los miembros)

Cómo puede ponerse en contacto con Servicios para los miembros del plan

Para obtener ayuda con las reclamaciones o la facturación, o si tiene alguna pregunta sobre la tarjeta de miembro, llame o escriba a Servicios para los miembros de *[insert 2025 plan name]*. Con gusto lo ayudaremos.

| Método | Servicios para los miembros: información de contacto |
| --- | --- |
| **LLAME AL** | *[Insert phone number(s)]*  Las llamadas a este número son gratuitas. *[Insert days and hours of operation, including information on the use of alternative technologies.]*  Servicios para los miembros también ofrece un servicio gratuito de interpretación para las personas que no hablan inglés. |
| **TTY** | *[Insert number]*  [*Insert if plan uses a direct TTY number:* Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.]  Las llamadas a este número son gratuitas. *[Insert days and hours of operation.]* |
| **FAX** | *[Optional: insert fax number]* |
| **ESCRIBA A** | *[Insert address]*  *[****Note****: plans may add email addresses here.]* |
| **SITIO WEB** | *[Insert URL]* |

*[****Note****: If your plan uses the same contact information for the Part D coverage determinations, appeals, and/or complaints, you may combine the appropriate sections below.]*

Cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura o una apelación

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a su cobertura o en relación con el monto que pagaremos por los medicamentos con receta de la Parte D. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura para medicamentos con receta de la Parte D, consulte el Capítulo 7 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

| Método | **Decisiones de cobertura y apelaciones para medicamentos con receta de la Parte D: información de contacto** |
| --- | --- |
| **LLAME AL** | *[Insert phone number]*  Las llamadas a este número son *[insert if applicable:* *not]*gratuitas. *[Insert days and hours of operation][****Note****: You may also include reference to 24-hour lines here.][****Note****: If you have a different number for accepting expedited coverage determinations, also include that number here.]* |
| **TTY** | *[Insert number]*  [*Insert if plan uses a direct TTY number:* Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.]  Las llamadas a este número son gratuitas. *[Insert days and hours of operation][****Note****: If you have a different TTY number for accepting expedited coverage determinations, also include that number here.]* |
| **FAX** | *[Optional: insert fax number] [****Note****: If you have a different fax number for accepting expedited coverage determinations, also include that number here.]* |
| **ESCRIBA A** | *[Insert address]* *[****Note****: If you have a different address for accepting expedited coverage determinations, also include that address here.]*  *[****Note****: plans may add email addresses here.]* |
| **SITIO WEB** | *[Optional:* *Insert URL]* |

Cómo puede comunicarse con nosotros para presentar una queja

Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre alguna de nuestras farmacias de la red, incluso respecto de la calidad de su atención. Este tipo de queja no está relacionado con disputas de cobertura ni de pago. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja, consulte el Capítulo 7 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

| Método | Quejas: información de contacto |
| --- | --- |
| **LLAME AL** | *[Insert phone number]*  Las llamadas a este número son *[insert if applicable:* *not]* gratuitas. *[Insert days and hours of operation]* *[****Note****: You may also include reference to 24-hour lines here.] [****Note****: If you have a different number for accepting expedited grievances, also include that number here.]* |
| **TTY** | *[Insert number]*  [*Insert if plan uses a direct TTY number:* Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.]  Las llamadas a este número son gratuitas. *[Insert days and hours of operation][****Note****: If you have a different TTY number for accepting expedited grievances, also include that number here.]* |
| **FAX** | *[Optional: insert fax number] [****Note****: If you have a different fax number for accepting expedited grievances, also include that number here.]* |
| **ESCRIBA A** | *[Insert address]* *[****Note****: If you have a different address for accepting expedited grievances, also include that address here.]*  *[****Note****: plans may add email addresses here.]* |
| **SITIO WEB DE MEDICARE** | Puede presentar una queja sobre *[insert 2025 plan name]* directamente a Medicare. Para presentar una queja a Medicare, ingrese en [www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx](http://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx). |

Dónde enviar una solicitud en la que se nos pide que paguemos la parte que nos corresponde del costo de un medicamento que recibió

El proceso de determinación de cobertura incluye la determinación de solicitudes para pagar la parte que nos corresponde del costo del medicamento que recibió. Si recibió una factura o pagó por medicamentos (como la factura de una farmacia) que cree que deberíamos pagar, es posible que deba solicitar al plan un reembolso o pagar la factura de la farmacia. Consulte el Capítulo 5 (*Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de los costos de medicamentos cubiertos*).

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

| Método | Solicitudes de pago: información de contacto |
| --- | --- |
| **LLAME AL** | *[Optional: Insert phone number and days and hours of operation] [****Note****: You are required to accept payment requests in writing, and may choose to also accept payment requests by phone.]*  Las llamadas a este número [*insert if applicable:* no] son gratuitas. |
| **TTY** | *[Optional: Insert number] [****Note****: You are required to accept payment requests in writing, and may choose to also accept payment requests by phone.]*  [*Insert if plan uses a direct TTY number:* Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.]  Las llamadas a este número son gratuitas. *[Insert days and hours of operation]* |
| **FAX** | *[Optional: Insert fax number] [****Note****: You are required to accept payment requests in writing, and may choose to also accept payment requests by fax.]* |
| **ESCRIBA A** | *[Insert address]*  *[****Note****: plans may add email addresses here.]* |
| **SITIO WEB** | *[Insert URL]* |

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

Medicare es el programa federal de seguros médicos destinado a personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con discapacidades y personas que padecen enfermedad renal terminal (insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante de riñón).

La agencia federal a cargo de Medicare son los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (a veces denominados CMS). Esta agencia tiene contratos con planes de medicamentos con receta de Medicare, incluido el nuestro.

| Método | Medicare: información de contacto |
| --- | --- |
| **LLAME AL** | 1-800-MEDICARE o 1-800-633-4227  Las llamadas a este número son gratuitas.  Durante las 24 horas, los 7 días de la semana. |
| **TTY** | 1-877-486-2048  Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.  Las llamadas a este número son gratuitas. |
| **SITIO WEB** | [www.Medicare.gov](http://www.Medicare.gov)  Este es el sitio web gubernamental oficial de Medicare.Proporciona información actualizada sobre Medicare y cuestiones actuales relacionadas con Medicare. También contiene información sobre hospitales, centros de cuidados, médicos, agencias de atención médica a domicilio y centros de diálisis. Incluye documentos que se pueden imprimir directamente de su computadora. También puede encontrar la información de contacto de Medicare en su estado.  El sitio web de Medicare también tiene información detallada sobre las opciones de elegibilidad e inscripción de Medicare con las siguientes herramientas:   * **Medicare Eligibility Tool (Herramienta de elegibilidad de Medicare): Brinda** información sobre el estado de elegibilidad de Medicare. * **Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare):** brinda información personalizada sobre los planes de medicamentos con receta de Medicare, los planes de salud de Medicare y las pólizas Medigap (seguro complementario de Medicare) disponibles en su área. Estas herramientas brindan un valor estimativo de los costos que podría pagar de su bolsillo en diferentes planes de Medicare.   También puede utilizar el sitio web para informar a Medicare sobre cualquier queja que tenga de *[insert 2025 plan name]*:   * **Informe a Medicare sobre su queja:** Puede presentar una queja sobre *[insert 2025 plan name]* directamente a Medicare. Para presentar una queja ante Medicare ingrese en [www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx](http://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx). Medicare toma sus quejas de manera seria y utilizará esta información para mejorar la calidad del programa de Medicare.   Si no tiene una computadora, la biblioteca o el centro para personas de edad avanzada locales pueden ayudarlo a ingresar al sitio web con sus computadoras. O bien, puede llamar a Medicare para pedirles la información que está buscando. Ellos buscarán la información en el sitio web y revisarán la información con usted. (Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1‑800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). |

### SECCIÓN 3 Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)

*[Organizations offering plans in multiple states: Revise the second and third paragraphs in this section to use the generic name (State Health Insurance Assistance Program or SHIP), and include a list of names, phone numbers, and addresses for all SHIPs in your service area. Plans have the option of including a separate exhibit to list information for all states in which the plan is filed, and should refer to that exhibit below.]*

El Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa del gobierno con asesores capacitados en todos los estados. *[Multiple-state plans inserting information in an exhibit, replace rest of this paragraph with a sentence referencing the exhibit where members will find SHIP information.]* [*Multiple-state plans inserting information in the EOC add:* A continuación, encontrará una lista de los Programas estatales de asistencia sobre seguro médico en cada estado en el que atendemos:] *[Multiple-state plans inserting information in the EOC use bullets for the following sentence, inserting separate bullets for each state.]* En *[insert state]*, el SHIP se denomina *[insert state-specific SHIP name]*.

*[Insert state-specific SHIP name]* es un programa estatal independiente (que no tiene relación con ninguna empresa de seguros ni plan de salud) que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros médicos, a nivel local y de forma gratuita, a las personas que tienen Medicare.

Los asesores de *[Insert state-specific SHIP name]* pueden ayudarlo a que entienda sus derechos en relación con Medicare, a presentar quejas sobre la atención o el tratamiento médicos y a solucionar problemas con las facturas de Medicare. Los asesores de *[Insert state-specific SHIP name]* también pueden ayudarlo con preguntas o problemas relacionados con Medicare y ayudarlo a comprender las opciones de los planes de Medicare y a responder preguntas sobre cómo cambiar de plan.

| MÉTODO PARA ACCEDER A SHIP y OTROS RECURSOS: |
| --- |
| Visite <https://www.shiphelp.org> (haga clic en SHIP LOCATOR en el medio de la página).  Seleccione su **ESTADO** de la lista. Lo llevará a una página que tiene los números de teléfono y recursos específicos de su estado. |

| Método | *[Insert state-specific SHIP name] [If the SHIP’s name does not include the name of the state, add:* (*[insert state name]* SHIP)]: información de contacto |
| --- | --- |
| **LLAME AL** | *[Insert phone number(s)]* |
| **TTY** | *[Insert number, if available. Or delete this row.]*  [*Insert if the SHIP uses a direct TTY number:* Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.] |
| **ESCRIBA A** | *[Insert address]*  *[****Note****: plans may add email addresses here.]* |
| **SITIO WEB** | *[Insert URL]* |

### SECCIÓN 4 Organización para la mejora de la calidad

*[Organizations offering plans in multiple states: Revise the second and third paragraphs of this section to use the generic name (Quality Improvement Organization) when necessary, and include a list of names, phone numbers, and addresses for all QIOs in your service area. Plans have the option of including a separate exhibit to list the QIOs in all states, or in all states in which the plan is filed, and should refer to that exhibit below.]*

En cada estado hay una Organización para la mejora de la calidad designada que trabaja para los beneficiarios de Medicare. *[Multi-state plans inserting information in an exhibit, replace the rest of this paragraph with a sentence referencing the exhibit where members will find QIO information.]* [*Multiple-state plans inserting information in the EOC add:* A continuación, encontrará una lista de las Organizaciones para la mejora de la calidad en cada estado en el que atendemos:] *[Multi-state plans inserting information in the EOC use bullets for the following sentence, inserting separate bullets for each state.]* Para *[insert state]*, la Organización para la mejora de la calidad sobre su apelación se denomina *[insert state-specific QIO name]*.

*[Insert state-specific QIO name]* tiene un grupo de médicos y otros profesionales de la salud a quienes Medicare paga para controlar y ayudar a mejorar la calidad de la atención de las personas con Medicare. *[Insert state-specific QIO name]* es una organización independiente. No tiene ninguna relación con nuestro plan.

Si tiene una queja sobre la calidad de la atención que recibió, debe ponerse en contacto con *[insert state-specific QIO name]*. Por ejemplo, puede ponerse en contacto con *[insert state-specific QIO name]* si le dieron mal los medicamentos o si se le dieron medicamentos que interactúan de forma negativa.

| Método | *[Insert state-specific QIO name]* [*If the QIO’s name does not include the name of the state, add:* (Organización para la mejora de la calidad de *[insert state name]*)]: información de contacto |
| --- | --- |
| **LLAME AL** | *[Insert phone number(s) and days and hours of operation]* |
| **TTY** | *[Insert number, if available. Or delete this row.]*  [*Insert if the QIO uses a direct TTY number:* Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.] |
| **ESCRIBA A** | *[Insert address]*  *[****Note****: plans may add email addresses here.]* |
| **SITIO WEB** | *[Insert URL]* |

### SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social es responsable de determinar la elegibilidad y manejar las inscripciones en Medicare. Los ciudadanos estadounidenses y los residentes legales permanentes de 65 años o más, o que tienen una discapacidad o padecen enfermedad renal terminal y cumplen con determinadas condiciones son elegibles para recibir Medicare. Si ya está recibiendo cheques del Seguro Social, la inscripción en Medicare es automática. Si no está recibiendo cheques del Seguro Social, debe inscribirse en Medicare. Para solicitar la cobertura de Medicare, puede llamar al Seguro Social o dirigirse a su oficina local.

El Seguro Social también es responsable de determinar quién debe pagar un monto adicional por la cobertura de medicamentos de la Parte D debido a que tiene un ingreso mayor. Si recibió una carta de parte del Seguro Social en la que se indica que debe pagar el monto adicional y tiene preguntas sobre el monto, o si sus ingresos disminuyeron a causa de un evento que le cambió la vida, puede llamar al Seguro Social para solicitar una reconsideración.

Si se muda o cambia su dirección postal, es importante que se comunique con el Seguro Social para informar dichos cambios.

| Método | Seguro Social: información de contacto |
| --- | --- |
| **LLAME AL** | 1-800-772-1213  Las llamadas a este número son gratuitas.  El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m.  Puede utilizar los servicios telefónicos automáticos del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunas gestiones durante las 24 horas. |
| **TTY** | 1-800-325-0778  Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.  Las llamadas a este número son gratuitas.  El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m. |
| **SITIO WEB** | [www.ssa.gov/](http://www.ssa.gov/) |

### SECCIÓN 6 Medicaid

*[Organizations offering plans in multiple states: Revise this section to include a list of agency names, phone numbers, days and hours of operation, and addresses for all states in your service area. Plans have the option of including a separate exhibit to list Medicaid information in all states or in all states in which the plan is filed and should refer to that exhibit below.]*

*[Plans may adapt this generic discussion of Medicaid to reflect the name or features of the Medicaid program in the plan’s state or states.]*

Medicaid es un programa conjunto del estado y del gobierno federal que brinda ayuda con los costos médicos a determinadas personas con ingresos y recursos limitados. Algunos beneficiarios de Medicare también son elegibles para ser beneficiarios de Medicaid. Los programas que se ofrecen a través de Medicaid ayudan a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare, como las primas de Medicare. Estos **Programas de ahorros de Medicare** incluyen:

* **Beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB):** ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare, y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos). (Algunos beneficiarios de QMB también son elegibles para beneficios totales de Medicaid [QMB+]).
* **Beneficiario de Medicare con ingresos bajos específicos (Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLMB):** ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunos beneficiarios de SLMB también son elegibles para beneficios totales de Medicaid [SLMB+]).
* **Persona que reúne los requisitos (Qualifying Individual, QI):** ayuda a pagar las primas de la Parte B.
* **Trabajadores discapacitados calificados (Qualified Disabled & Working Individual, QDWI):** ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Para obtener más información sobre Medicaid y sus programas, comuníquese con *[insert state-specific Medicaid agency]*.

| Método | *[Insert state-specific Medicaid agency]* [*If the agency’s name does not include the name of the state, add:* (programa Medicaid de *[insert state name]*)]: información de contacto |
| --- | --- |
| **LLAME AL** | *[Insert phone number(s) and days and hours of operation]* |
| **TTY** | *[Insert number, if available. Or delete this row.]*  [*Insert if the state Medicaid program uses a direct TTY number:* Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.] |
| **ESCRIBA A** | *[Insert address]*  *[****Note****: plans may add email addresses here.]* |
| **SITIO WEB** | *[Insert URL]* |

### SECCIÓN 7 Información sobre programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos con receta

El sitio web Medicare.gov (<https://www.medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs>) brinda información sobre cómo reducir los costos de sus medicamentos con receta. Para las personas con ingresos limitados, también existen otros programas de asistencia, que se describen a continuación.

Programa “Ayuda adicional” de Medicare

Medicare ofrece “Ayuda adicional” para pagar los costos de los medicamentos con receta a personas que tienen ingresos y recursos limitados. Los recursos incluyen sus ahorros y acciones, pero no su casa ni su auto. Si reúne los requisitos, obtendrá ayuda para pagar la prima mensual del plan de medicamentos de Medicare, el deducible anual y los copagos y coseguros de los medicamentos con receta. Esta “Ayuda adicional” también cuenta para los costos que paga de su bolsillo.

Si usted califica automáticamente para la “Ayuda adicional”, Medicare le enviará una carta. No tendrá que aplicar. Si no califica automáticamente, es posible que pueda obtener “Ayuda adicional” para pagar las primas y los costos de los medicamentos con receta. Para saber si reúne los requisitos para recibir “Ayuda adicional”, llame:

* Al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, durante las 24 horas, los 7 días de la semana;
* A la Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778; o
* A la oficina de Medicaid de su estado (Para obtener la información de contacto, consulte la Sección 6 de este capítulo).

Si cree que reúne los requisitos para recibir “Ayuda adicional” y que cuando va a la farmacia a comprar un medicamento con receta está pagando una cantidad incorrecta correspondiente al costo compartido, nuestro plan tiene un proceso que le permite solicitar ayuda para conseguir las pruebas que demuestren cuál es su nivel de copago correcto, o que le permite entregarlas si es que ya tiene las pruebas.

* *[****Note****: Insert plan’s process for allowing members to request assistance with obtaining best available evidence, and for providing this evidence.]*
* Cuando recibamos las pruebas que demuestren su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que pueda abonar el copago correcto cuando obtenga su próximo medicamento con receta en la farmacia. Si el copago que abona es superior a lo que le correspondería pagar, le reembolsaremos la diferencia. Para ello, le enviaremos un cheque por la diferencia o haremos una compensación en los futuros copagos. Si la farmacia no le ha cobrado el copago y lo tiene registrado como un monto que usted le adeuda, es posible que efectuemos el pago directamente a la farmacia. Si el estado pagó en su nombre, tal vez le paguemos directamente al estado. Póngase en contacto con Servicios para los miembros si tiene preguntas.

[*Plans in U.S. Territories, replace the “Extra Help” section with the following language if the EOC is used for plans only in the U.S. Territories. Add the following language to the “Extra Help” section if the EOC is used for plans in the U.S Territories and mainland regions:* En Puerto Rico, las Islas Vírgenes de los Estados Unidos, Guam, las Islas Mariana del Norte y Samoa Americana existen programas que ayudan a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos de Medicare. Los programas en estas áreas pueden variar. Comuníquese con la oficina de Asistencia Médica (Medicaid) local para conocer más sobre sus normas (los números de teléfono se encuentran en la Sección 6 de este capítulo). O llame al 1‑800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana y diga *Medicaid* para obtener más información. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede visitar [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) para obtener más información.]

**¿Qué ocurre si tiene Ayuda adicional y cobertura del Programa estatal de asistencia farmacéutica (State Pharmaceutical Assistance Program, SPAP)?**

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

Muchos estados y las Islas Vírgenes de EE. UU. ofrecen ayuda para pagar recetas, primas de planes de medicamentos u otros costos de medicamentos. Si está inscrito en un Programa estatal de asistencia farmacéutica (State Pharmaceutical Assistance Program, SPAP), la Ayuda adicional de Medicare paga primero.

*[Insert State-specific SPAP information.]*

**¿Qué ocurre si tiene Ayuda adicional y cobertura del Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP)?**   
**¿Qué es el Programa de Asistencia de Medicamentos para el Sida (AIDS Drug Assistance Program, ADAP)?**

El Programa de Asistencia de Medicamentos para el Sida (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a que las personas elegibles para el ADAP que tienen VIH/sida tengan acceso a medicamentos para el VIH que salvan vidas. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están en el formulario ADAP califican para la asistencia con los costos compartidos para medicamentos con receta a través de *[insert State-specific ADAP information]*.

**Nota:** Para ser elegible para el ADAP que funciona en su estado, las personas deben cumplir con ciertos criterios, incluso comprobante de residencia en el estado y estado del VIH, comprobante de bajos ingresos según lo establece el estado, y estado de no asegurado/con seguro insuficiente. Si cambia de plan, notifique a su encargado local de inscripción del ADAP para que pueda continuar recibiendo asistencia. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al *[insert State-specific ADAP contact information].*

Programas estatales de asistencia farmacéutica

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

*[Organizations offering plans in multiple states: Revise this section to include a list of SPAP names, phone numbers, and addresses for all states in your service area. Plans have the option of including a separate exhibit to list the SPAPs in all states or in all states in which the plan is filed and should refer to that exhibit below.]*

Muchos estados tienen Programas estatales de asistencia farmacéutica que ayudan a algunas personas a pagar sus medicamentos con receta de acuerdo con la necesidad financiera, la edad, la afección o la discapacidad. Cada estado se rige por distintas normas para brindar cobertura para medicamentos a sus miembros.

*[Multiple-state plans inserting information in an exhibit, replace rest of this paragraph with a sentence referencing the exhibit where members will find SPAP information.]* [*Multiple-state plans inserting information in the EOC add:* A continuación encontrará una lista de los Programas estatales de asistencia farmacéutica en cada estado en los que atendemos:] *[Multi-state plans inserting information in the EOC use bullets for the following sentence, inserting separate bullets for each state.]* En *[insert state name]*, el Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica es *[insert state-specific SPAP name]*.

| Método | *[Insert state-specific SPAP name] [If the SPAP’s name does not include the name of the state, add:* (Programa estatal de asistencia farmacéutica de *[insert state name]*)]: información de contacto |
| --- | --- |
| **LLAME AL** | *[Insert phone number(s) and days and hours of operation]* |
| **TTY** | *[Insert number, if available. Or delete this row.]*  [*Insert if the SPAP uses a direct TTY number:* Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.] |
| **ESCRIBA A** | *[Insert address]*  *[****Note****: plans may add email addresses here.]* |
| **SITIO WEB** | *[Insert URL]* |

El plan de pago de recetas de Medicare

El plan de pago de recetas de Medicare es una nueva opción de pago que funciona con su cobertura actual para medicamentos y puede ayudarlo a administrar los costos de los medicamentos extendiéndolos a través de los **pagos mensuales que varían durante todo el año** (de enero a diciembre). **Esta opción de pago podría ayudarlo a administrar sus gastos, pero no le ahorrará dinero ni reducirá los costos de sus medicamentos.** La “Ayuda adicional” de Medicare y la ayuda de su SPAP y ADAP, para las personas que reúnen los requisitos, es más ventajosa que la participación en el Plan de pago de recetas de Medicare. Todos los miembros son elegibles para participar en esta opción de pago, independientemente del nivel de ingreso, y todos los planes de medicamentos de Medicare y los planes de salud de Medicare con cobertura para medicamentos deben ofrecer esta opción de pago. Comuníquese con nosotros o visite Medicare.gov para averiguar si esta opción de pago es adecuada para usted.

| **Método** | **El plan de pago de recetas de Medicare: información de contacto** |
| --- | --- |
| **LLAME AL** | *[Insert phone number(s)]*  Las llamadas a este número son gratuitas. *[Insert days and hours of operation, including information on the use of alternative technologies.]*  Servicios para los miembros también ofrece un servicio gratuito de interpretación para las personas que no hablan inglés. |
| **TTY** | *[Insert number]*  [*Insert if plan uses a direct TTY number:* Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.]  Las llamadas a este número son gratuitas. *[Insert days and hours of operation.]* |
| **FAX** | *[Optional: insert fax number]* |
| **ESCRIBA A** | *[Insert address]*  *[****Note****: plans may add email addresses here.]* |
| **SITIO WEB** | *[Insert URL]* |

### SECCIÓN 8 Cómo puede ponerse en contacto con la Junta de jubilación para ferroviarios

La Junta de jubilación para ferroviarios es una agencia federal independiente que administra los programas integrales de beneficios destinados a los trabajadores ferroviarios del país y a sus familias. Si recibe sus beneficios de Medicare a través de la Junta de jubilación para ferroviarios, es importante que les comunique si se muda o cambia su dirección postal. Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios de la Junta de jubilación para ferroviarios, comuníquese con la agencia.

| Método | Junta de jubilación para ferroviarios: información de contacto |
| --- | --- |
| **LLAME AL** | 1-877-772-5772  Las llamadas a este número son gratuitas.  Si presiona “0”, podrá hablar con un representante de la Junta de jubilación para ferroviarios (Railroad Retirement Board, 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 e información grabada de la RRB durante las 24 horas, incluidos los fines de semana y días feriados. |
| **TTY** | 1-312-751-4701  Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.  Las llamadas a este número *no* son gratuitas. |
| **SITIO WEB** | [rrb.gov/](https://rrb.gov/) |

### SECCIÓN 9 ¿Tiene un seguro grupal u otro seguro médico de un empleador?

Si usted (o su cónyuge o pareja doméstica) obtiene beneficios de su empleador o grupo de jubilados (o del de su cónyuge o pareja doméstica) como parte de este plan, puede llamar al administrador de beneficios del empleador o sindicato o a Servicios para los miembros si tiene alguna pregunta. Puede preguntar acerca de los beneficios de salud, las primas o el período de inscripción de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge o pareja doméstica). (Los números de teléfono de Servicios para los miembros figuran en la contratapa 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 conforme a este plan.

Si tiene otra cobertura para medicamentos con receta a través de su empleador o grupo de jubilados (o del de su cónyuge o pareja doméstica), comuníquese con el **administrador de beneficios de ese grupo.** El administrador de beneficios puede ayudarlo a determinar cómo funcionará su cobertura actual para medicamentos con receta en relación con nuestro plan.

## CAPÍTULO 3: *Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D*

### SECCIÓN 1 Introducción

En este capítulo **se explican las normas para utilizar la cobertura para los medicamentos de la Parte D.**

Además de la cobertura para 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 le dan durante las estadías cubiertas por Medicare en el hospital o en un centro de atención de enfermería especializada.
* La Parte B de Medicare también brinda beneficios para algunos medicamentos. Los medicamentos de la Parte B incluyen determinados medicamentos para quimioterapia, ciertos medicamentos inyectables que se aplican en el consultorio y medicamentos que se administran en un centro de diálisis.

Los dos ejemplos de medicamentos que se describieron anteriormente están cubiertos por Original Medicare. (Para obtener más información sobre esta cobertura, consulte su manual *Medicare & You 2025 [Medicare y Usted 2025]*). Nuestro plan cubre sus medicamentos con receta de la Parte D.

#### Sección 1.1 Normas básicas para la cobertura del plan de los medicamentos de la Parte D

Generalmente, el plan cubrirá los medicamentos siempre y cuando siga estas normas básicas:

* Debe pedirle a un proveedor (médico, odontólogo u otra persona autorizada a dar recetas) que escriba su receta, que debe ser válida de acuerdo con las leyes estatales correspondientes.
* La persona autorizada a dar recetas no debe estar en las Listas de Exclusión o Preclusión de Medicare.
* Por lo general, debe utilizar una farmacia de la red para obtener sus medicamentos con receta. (Ver la Sección 2 de este capítulo). [*Insert if applicable:* *O puede obtener sus medicamentos con receta a través del servicio de pedido por correo del plan*].)
* Su medicamento debe estar en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan (nosotros la denominamos Lista de medicamentos para abreviarla). (Ver la Sección 3 de este capítulo).
* Su medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. Una indicación médicamente aceptada es un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) o avalado por ciertas referencias. (Para obtener información sobre una indicación médicamente aceptada, consulte la Sección 3 de este capítulo).
* Es posible que su medicamento necesite autorización antes de que lo cubramos. (Para obtener más información sobre el proceso de presentar quejas, consulte la Sección 4 de este capítulo).

### SECCIÓN 2 Obtenga sus medicamentos con receta en una farmacia de la red [*insert if applicable:* or through the plan's mail-order service]

#### Sección 2.1 Uso de una farmacia de la red

En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta están cubiertos *solo* si los obtiene en las farmacias de la red del plan. (Para obtener más información sobre cuándo cubriríamos los medicamentos con receta que obtiene en farmacias fuera de la red, consulte la Sección 2.5).

Una farmacia de la red es aquella que ha celebrado un contrato con el plan para proporcionar los medicamentos con receta cubiertos. El término *medicamentos cubiertos* significa todos los medicamentos con receta de la Parte D que están en la Lista de medicamentos del plan.

#### Sección 2.2 Farmacias de la red

¿Cómo encuentra una farmacia de la red en su área?

Para encontrar una farmacia de la red, puede buscar en el *Directorio de farmacias*, visitar nuestro sitio web (*[insert URL]*) o llamar a Servicios para los miembros*.*

Puede ir a cualquiera de las farmacias de la red. [*Insert if plan has pharmacies that offer preferred cost sharing in its network:* Algunas de las farmacias de nuestra red brindan costos compartidos preferidos, que pueden ser más bajos que los costos compartidos de una farmacia que ofrece costos compartidos estándar. El *Directorio de farmacias* le indicará qué farmacias de nuestra red ofrecen un costo compartido preferido. Para obtener más información sobre qué costos que paga de su bolsillo podrían ser distintos para diferentes medicamentos, comuníquese con nosotros.]

¿Qué sucede si la farmacia que estaba usando deja de formar parte de la red?

Si la farmacia que estaba usando deja de formar parte de la red del plan, deberá buscar una nueva farmacia dentro de la red. [*Insert if applicable:* O si la farmacia que estaba usando permanece en la red, pero ya no ofrece un costo compartido preferido, tal vez desee cambiar a una nueva farmacia preferida o de la red, si hay alguna disponible.] Para encontrar otra farmacia en su área, puede obtener ayuda a través de Servicios para los miembros o buscar en el *Directorio de farmacias*. [*Insert if applicable:* También puede encontrar información en nuestro sitio web en *[insert website address]*.]

¿Y si necesita una farmacia especializada?

Algunos medicamentos con receta deben obtenerse en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen lo siguiente:

* Farmacias que proveen medicamentos para tratamientos de infusión en el hogar. *[Plans may insert additional information about home infusion pharmacy services in the plan’s network.]*
* Farmacias que proveen medicamentos para las personas que residen en un centro de atención a largo plazo (Long-Term Care, LTC) Generalmente, un centro de LTC (como un centro de cuidados) tiene su propia farmacia. Si tiene dificultad para acceder a sus beneficios de la Parte D en un centro de atención a largo plazo (long-term care, LTC), comuníquese con Servicios para los miembros. *[Plans may insert additional information about LTC pharmacy services in the plan’s network.]*
* Farmacias que brinden servicios al Programa de salud para la población india estadounidense urbana o tribal, del Servicio de Salud para la Población India Estadounidense (no está disponible en Puerto Rico). Salvo en caso de emergencia, solo los indios estadounidenses o los nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias dentro de la red. *[Plans may insert additional information about I/T/U pharmacy services in the plan’s network.]*
* Farmacias que proveen medicamentos que están limitados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) para ciertos lugares o que requieren un manejo especial, la coordinación del proveedor o el aprendizaje sobre su uso. Para encontrar una farmacia especializada, busque en el *Directorio de farmacias* *[insert URL]* o llame a Servicios para los miembros.

#### Sección 2.3 Cómo utilizar el servicio de pedido por correo del plan

*[Omit section if the plan does not offer mail-order services.]*

[*Include the following information only if your mail-order service is limited to a subset of all formulary drugs, adapting terminology as needed:* Para determinados tipos de medicamentos, usted puede utilizar el servicio de pedido por correo de la red del plan. Por lo general, los medicamentos proporcionados a través del servicio de pedido por correo son medicamentos que toma con regularidad para una afección crónica o a largo plazo. [*Insert if plan marks mail-order drugs in formulary:* Estos medicamentos están marcados como **medicamentos de pedido por correo** en nuestra Lista de medicamentos.] [*Insert if plan marks non-mail-order drugs in formulary:* Los medicamentos que no están disponibles a través del servicio de pedido por correo del plan están marcados con un asterisco en nuestra Lista de medicamentos.]]

El servicio de pedido por correo del plan [*insert either:* permite *OR* requiere] que solicite [*insert either:* ***al menos* un suministro del medicamento para [XX]** **[XX] días y para *no más de* *OR* días hasta un suministro de [XX] días un suministro *OR* de [XX] días**].

*[Plans that offer mail-order benefits with both preferred and standard cost sharing may add language to describe both types of cost sharing.]*

Para obtener [*insert if applicable:* formularios de pedido e] información sobre cómo obtener sus medicamentos con receta por correo, *[insert instructions]*.

Por lo general, el pedido a la farmacia que brinda el servicio de pedido por correo se le enviará en [XX] días como máximo. *[Insert plan’s process for members to get a prescription if the mail order is delayed.]*

*[Sponsors should provide the appropriate information below from the following options, based on i) whether the sponsor will automatically process new prescriptions consistent with the policy described in the December 12, 2013, HPMS memo and 2016 Final Call Letter; and ii) whether the sponsor offers an optional automatic refill program consistent with policy described in the 2020 Final Call Letter.* *Sponsors who provide automatic delivery through retail or other non-mail order means have the option to either add or replace the word* ship *with* deliver *as appropriate.]*

*[For new prescriptions received directly from health care providers, insert one of the following two options.]*

[***Option 1:*** *Sponsors that* ***do not*** *automatically process new prescriptions from provider offices, insert the following:*

**Nuevas recetas que la farmacia recibe directamente del consultorio de su médico.**   
Después de que la farmacia recibe una receta de un proveedor de atención médica, se pondrá en contacto con usted para determinar si desea que le proporcionen el medicamento de inmediato o más adelante. Es importante que usted responda cada vez que la farmacia lo contacte para informar si la nueva receta se debe enviar, atrasar o detener.]

[***Option 2:*** *Sponsors that* ***do*** *automatically process new prescriptions from provider offices, insert the following:*

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

* Utilizó los servicios de pedido por correo con este plan en el pasado.
* Se inscribió para la entrega automática de todas las recetas nuevas recibidas directamente de los proveedores de atención médica. Puede solicitar la entrega automática de todas las recetas nuevas en cualquier momento *[insert instructions]*.

Si recibe un medicamento con receta que no desea automáticamente por correo y no se comunicaron con usted para saber si lo quería antes de enviarlo, puede ser elegible para un reembolso.

Si utilizó el pedido por correo en el pasado y no desea que la farmacia surta y envíe automáticamente cada medicamento con receta nuevo, comuníquese con nosotros al *[insert instructions]*.

Si usted nunca ha utilizado nuestro servicio de entrega de pedidos por correo o si decide interrumpir el surtido automático de nuevas recetas, la farmacia se pondrá en contacto con usted cada vez que reciba una nueva receta de un proveedor de atención médica para ver si desea que le surta y envíe el medicamento inmediatamente. Es importante que usted responda cada vez que la farmacia lo contacte para informar si la nueva receta se debe enviar, atrasar o cancelar. *[For* ***refill*** *prescriptions, insert one of the following two options.]*

[***Option 1:*** *Sponsors that* ***do not*** *offer a program that automatically processes refills, insert the following:*

**Resurtidos de recetas médicas de pedido por correo.** Para resurtidos, comuníquese con su farmacia *[insert recommended number of days]* días antes de que sus medicamentos con receta actuales se acaben para asegurarse de que su próximo pedido se le envíe a tiempo.]

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

**Resurtidos de recetas médicas de pedido por correo.** Para resurtir sus medicamentos, usted tiene la opción de inscribirse en un programa de resurtido automático [*optional:* llamado *insert name of auto-refill program*]*.* En este programa, comenzaremos a procesar su siguiente resurtido automáticamente cuando nuestros registros muestren que se está por quedar sin el medicamento. La farmacia se comunicará con usted antes del envío de cada resurtido para asegurarse de que necesite más medicamento. Usted puede cancelar los resurtidos si tiene suficiente medicamento o si el medicamento ha cambiado.

Si usted elige no usar nuestro programa de resurtido automático pero desea que la farmacia de pedido por correo le envíe su receta, póngase en contacto con su farmacia *[insert recommended number of days]* días antes de que su receta actual se acabe. Esto asegurará que su pedido se le envíe a tiempo.

Para cancelar la participación en nuestro programa [*optional: insert name of auto-refill program instead of* nuestro programa] que prepara automáticamente resurtidos de pedidos por correo, comuníquese con nosotros *[insert instructions]*.]

Si recibe un resurtido que no desea automáticamente por correo, puede ser elegible para un reembolso.

#### Sección 2.4 Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo

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

[*Insert if applicable:* Cuando obtiene un suministro de medicamentos a largo plazo, su costo compartido puede ser menor.] El plan ofrece [*insert as appropriate:* una forma *OR* dos formas] de obtener un suministro a largo plazo (también denominado “*suministro extendido*”) de *medicamentos de mantenimiento* en la Lista de medicamentos del plan. (Los medicamentos de mantenimiento son aquellos que toma con regularidad para una afección crónica o a largo plazo).

1. *[Delete if plan does not offer extended-day supplies through retail pharmacies.]* [*Insert if applicable:* Algunas farmacias minoristas de nuestra red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento [*insert if applicable:* (que ofrecen un costo compartido preferido)] [*insert if applicable:*] a un monto de costo compartido [*insert as appropriate:* inferior *OR* de pedido por correo].] [*Insert if applicable:* Es posible que otras farmacias minoristas no estén de acuerdo con los montos de costo compartido [*insert as appropriate:* menores *OR* ] de pedido por correo. En este caso, usted deberá pagar la diferencia.] En el *Directorio de farmacias*, *[insert URL]* se detallan las farmacias de la red que proporcionan suministros a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar a Servicios para los miembros para obtener más información.
2. *[Delete if plan does not offer mail-order service.]* También puede recibir medicamentos de mantenimiento a través de nuestro programa de pedidos por correo. Consulte la Sección 2.3 para obtener más información.

#### Sección 2.5 Cuándo utilizar una farmacia que no está dentro de la red del plan

En determinadas circunstancias, su medicamento con receta puede estar cubierto

Por lo general, cubrimos los medicamentos que se obtienen en una farmacia fuera de la red *solo* si no puede utilizar una farmacia de la red. [*Insert if applicable:* Para ayudarlo, contamos con farmacias de la red fuera del área de servicio, en las que puede obtener los medicamentos con receta como miembro de nuestro plan.] **Primero consulte con Servicios para los miembros** para ver si hay alguna farmacia de la red cerca. Es posible que deba pagar la diferencia entre lo que paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia dentro de la red.

A continuación, se detallan las circunstancias en las que cubriríamos los medicamentos con receta que obtenga en una farmacia fuera de la red:

*[Plans should insert a list of situations when they will cover prescriptions out of the network and any limits on their out-of-network policies, including for self-administered drugs provided in an outpatient setting (e.g., day supply limits, use of mail order during extended out of area travel, authorization, or plan notification).]*

¿Cómo solicitar un reembolso al plan?

Generalmente, si debe usar una farmacia fuera de la red, deberá pagar el costo total (y no la parte normal que le corresponde) en el momento en que surta la receta. Puede solicitarnos que le reembolsemos la parte que nos corresponde pagar del costo del medicamento. (En la Sección 2 del Capítulo 5, se explica cómo puede solicitar un reembolso al plan).

### SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar en la Lista de medicamentos del plan

#### Sección 3.1 La Lista de medicamentos indica qué medicamentos de la Parte D están cubiertos

El plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*. En esta *Evidencia de Cobertura*, **la denominamos la Lista de medicamentos para abreviarla**.

El plan, con la colaboración de un equipo de médicos y farmacéuticos, selecciona los medicamentos de la lista. La lista cumple con los requisitos de Medicare y ha sido aprobada por Medicare.

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

Por lo general, cubriremos los medicamentos incluidos en la Lista de medicamentos del plan, siempre y cuando siga las otras normas de cobertura explicadas en este capítulo y se use el medicamento para una indicación médicamente aceptada. Una *indicación médicamente aceptada* es el uso del medicamento que esté en *una* de estas condiciones:

* Aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos para el diagnóstico o afección para la que fue recetado, o
* O bien, avalado por ciertas referencias, como American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de Información DRUGDEX de Micromedex.

*[Plans that are not offering indication-based formulary design should delete this section]* Ciertos medicamentos pueden estar cubiertos para algunas afecciones, pero se consideran que no están en el Formulario para otras afecciones Estos medicamentos se identificarán en nuestra Lista de medicamentos y en Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare), junto con las afecciones específicas que cubren.

La Lista de medicamentos incluye medicamentos de marca, medicamentos genéricos y productos biológicos (que pueden incluir biosimilares).

Un medicamento de marca es un medicamento con receta que se vende bajo una marca registrada propiedad del fabricante del medicamento. Los productos biológicos son medicamentos más complejos que los medicamentos habituales. 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 con receta que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Los productos biológicos tienen alternativas que se denominan biosimilares. Por lo general, los genéricos y los biosimilares funcionan tan bien como los de marca o el producto biológico original y, generalmente, cuestan menos. Hay medicamentos genéricos sustitutos disponibles para muchos medicamentos de marca y alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son biosimilares intercambiables y, según la ley estatal, pueden ser sustituidos por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, al igual que los medicamentos genéricos pueden ser sustituidos por medicamentos de marca.

Consulte el Capítulo 10 para obtener definiciones de los tipos de medicamentos que pueden estar incluidos en la Lista de medicamentos.

[*Insert if applicable:*

Medicamentos de venta libre

Nuestro plan también cubre ciertos medicamentos de venta libre. Algunos medicamentos de venta libre son menos costosos que los medicamentos con receta y son igual de eficaces. Para obtener más información, llame a Servicios para los miembros.]

¿Qué *no* se incluye en la Lista de medicamentos?

El plan no cubre todos los medicamentos con receta.

* En algunos casos, la ley no permite que ningún plan de Medicare cubra ciertos tipos de medicamentos. (Para saber más sobre este tema, consulte la Sección 7.1 de este capítulo).
* En otros casos, hemos decidido no incluir en la Lista de medicamentos un medicamento en particular. En algunos casos, es posible que pueda obtener un medicamento que no está en la Lista de medicamentos. (Consulte el Consulte el Capítulo 7 para obtener más información).

#### Sección 3.2 Hay *[insert number of tiers]* niveles de costo compartido para los medicamentos que figuran en la Lista de medicamentos

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

Todos los medicamentos de la Lista de medicamentos del plan se encuentran en uno de los *[insert number of tiers]* niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el nivel de costo compartido, mayor será el costo del medicamento que le corresponderá pagar:

* *[Plans should briefly describe each tier (e.g., Cost-Sharing Tier 1 includes generic drugs). Indicate which is the lowest tier and which is the highest tier.]*

Para saber en qué nivel de costo compartido está su medicamento, consulte la Lista de medicamentos del plan.

En el Capítulo 4 (*Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D*) se incluye el monto que debe pagar por los medicamentos en cada nivel de costo compartido.

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

Hay *[insert number]* formas de averiguarlo:

1. Consulte la Lista de medicamentos más reciente que [*insert*: le enviamos por correo] O [*insert*: por vía electrónica].[*Insert if applicable:* (Tenga en cuenta lo siguiente: la Lista de medicamentos que le proporcionamos incluye información para los medicamentos cubiertos que son más comúnmente utilizados por nuestros miembros. Sin embargo, cubrimos medicamentos adicionales que no están incluidos en la Lista de medicamentos proporcionada. Si algún medicamento no está incluido en la Lista de medicamentos, deberá visitar nuestro sitio web o comunicarse con Servicios para los miembros para averiguar si lo cubrimos).]
2. Visite el sitio web del plan (*[insert URL]*). La Lista de medicamentos en el sitio web siempre es la más actualizada.
3. Llame a Servicios para los miembros para saber si un medicamento en particular está incluido en la Lista de medicamentos del plan o para pedir una copia de la lista.
4. Utilice la “Herramienta de beneficios en tiempo real” del plan (*[insert URL]* o llame a Servicios para los miembros). Con esta herramienta, puede buscar medicamentos en la Lista de medicamentos para ver un valor estimativo de lo que pagará y si hay medicamentos alternativos en la Lista de medicamentos que podrían tratar la misma afección. *[Plans may insert additional information about the “Real-Time Benefit Tool” such as rewards and incentives which may be offered to enrollees who use the “Real-Time Benefit Tool.”]*
5. *[Plans may insert additional ways to find out if a drug is on the Drug List.]*

### SECCIÓN 4 Hay restricciones respecto de la cobertura de algunos medicamentos *[insert drug tiers if applicable]*

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

Para ciertos medicamentos con receta, existen normas especiales que restringen cómo y cuándo el plan los cubre. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrollaron estas normas para alentarlo a usted y a su proveedor a usar los medicamentos de la forma más eficaz. Para averiguar si alguna de estas restricciones se aplica a un medicamento que está tomando 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 variar en función de la concentración, la cantidad o la forma del medicamento recetado por su proveedor de atención médica, y pueden aplicar distintas restricciones o costos compartidos a las distintas versiones del medicamento (por ejemplo, 10 mg en comparación con 100 mg, uno por día en comparación con dos por día, comprimido en comparación con líquido).

#### Sección 4.2 ¿Qué tipos de restricciones hay?

Las secciones siguientes le brindan más información acerca de los tipos de restricciones que usamos para ciertos medicamentos.

**Si hay una restricción para su medicamento, por lo general significa que usted o su proveedor deberán seguir pasos adicionales para que nosotros cubramos el medicamento.** Comuníquese con Servicios para los miembros para obtener información sobre qué debe hacer usted o su proveedor para obtener cobertura para el medicamento. **Si desea pedirnos que eliminemos la restricción, tendrá que usar el proceso de decisiones de cobertura para solicitarnos una excepción.** Podemos estar o no de acuerdo en eliminar la restricción. (Ver Capítulo 7)

*[Plans should include only the forms of utilization management used by the plan.]*

Obtener la aprobación del plan por adelantado

Para determinados medicamentos, usted o su proveedor deben obtener la autorización del plan, según criterios específicos, antes de que aceptemos cubrir el medicamento. Esto se conoce como **autorización previa**. Esto se implementa para garantizar la seguridad de los medicamentos y ayudar a guiar el uso adecuado de ciertos medicamentos. Si no obtiene esta autorización, es posible que el plan no cubra el medicamento.

Probar un medicamento diferente primero

Este requisito hace que usted trate de utilizar medicamentos menos costosos, pero generalmente igual de eficaces antes de que el plan le brinde cobertura para otro medicamento. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma afección, el plan puede requerir que pruebe el medicamento A primero. Si el medicamento A no le funciona, entonces el plan cubrirá el medicamento B. Este requisito de probar primero un medicamento diferente se denomina **tratamiento escalonado**.

Límites en la cantidad

Para ciertos medicamentos, establecemos un límite en la cantidad del medicamento que usted puede obtener por receta. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro tomar solo una píldora al día de un medicamento determinado, podemos limitar la cobertura de su medicamento con receta a no más de una píldora por día.

### SECCIÓN 5 ¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera?

#### Sección 5.1 Hay algunas cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera

Hay situaciones en las que hay un medicamento con receta que está tomando o uno que usted y su proveedor piensan que debería estar tomando y que no está en nuestro Formulario o está en el Formulario con ciertas restricciones. Por ejemplo:

* El medicamento puede no estar cubierto en absoluto. O tal vez una versión genérica del medicamento tenga cobertura, pero la versión de marca que desea tomar no está cubierta.
* El medicamento está cubierto, pero se aplican normas o restricciones adicionales respecto de la cobertura de ese medicamento, como se explica en la Sección 4.
* *[Omit if plan’s formulary structure (e.g., no tiers) does not allow for tiering exceptions]*El medicamento está cubierto, pero se encuentra en un nivel de costo compartido que hace que su parte de los costos sea más alta de lo que cree que debería ser.
* Hay algunas cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera. **Si el medicamento no está en la Lista de medicamentos o si está restringido, consulte la Sección 5.2 para obtener información sobre lo que puede hacer.**
* *[Omit if plan’s formulary structure (e.g., no tiers) does not allow for tiering exceptions]* **Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que hace que sus costos sean más altos de lo que cree que deberían ser, consulte la Sección 5.3 para obtener información sobre lo que puede hacer.**

#### Sección 5.2 ¿Qué puede hacer si su medicamento no figura en la Lista de medicamentos o si el medicamento tiene algún tipo de restricción?

Si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o está restringido, estas son algunas opciones:

* Puede obtener un suministro temporal del medicamento.
* Puede cambiar a otro medicamento.
* Puede solicitar una **excepción** y pedirle al plan que cubra el medicamento o que retire las restricciones del medicamento.

Puede obtener un suministro temporal

Bajo ciertas circunstancias,el plan debe proporcionar un suministro temporal de un medicamento que ya está tomando. Este suministro temporal le da tiempo para consultar con su proveedor acerca del cambio.

Para ser elegible para un suministro temporal, el medicamento que ha estado tomando **ya no debe estar en la Lista de medicamentos del plan** O BIEN **ahora tiene algún tipo de restricción**.

* **Si es un miembro nuevo,** cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros ***[insert time period (must be at least 90 days)]*** de su membresía en el plan.
* **Si estuvo en el plan el año anterior,** cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros ***[insert time period (must be at least 90 days)]*** del año calendario.
* Este suministro temporal será para un máximo de *[insert supply limit (must be at least the number of days in the plan’s one-month supply)]*. Si su receta está escrita para menos días, permitiremos que realice surtidos múltiples hasta un máximo de *[insert supply limit (must be at least the number of days in the plan’s one-month supply)]* del medicamento. El medicamento con receta debe obtenerse en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo puede proporcionarle el medicamento en menores cantidades por vez para evitar el uso indebido).
* **Para los miembros que han sido miembros del plan por más de *[insert time period (must be at least 90 days)]*** y residen en un centro de atención a largo plazo y necesitan un suministro de inmediato:

Cubriremos un suministro de emergencia de un medicamento en particular para *[insert supply limit (must be at least a 31-day supply)]*, o menos si su receta es para menos días. Esto es complementario al suministro temporal anteriormente mencionado.

* *[If applicable: Plans must insert their transition policy for current members with level of care changes.]*

Si tiene preguntas sobre un suministro temporal, llame a Servicios para los miembros.

**En el período durante el cual use el suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se agote este suministro temporal. Tiene dos opciones:**

1) Puede cambiar a otro medicamento.

Hable con su proveedor para ver si hay un medicamento diferente cubierto por el plan que podría funcionar igual de bien para usted. Puede llamar a Servicios para los miembros y pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que funcione para usted.

2) Puede solicitar una excepción

**Usted y su proveedor pueden solicitarle al plan que haga una excepción y cubra el medicamento en la forma en que desearía que estuviera cubierto.** Si su proveedor dice que usted tiene razones médicas que justifican que nos pida una excepción, su proveedor puede ayudarlo a solicitar una excepción. Por ejemplo, usted puede pedirle 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.

*[Plans may omit the following paragraph if they do not have an advance transition process for current members.]* Si es actualmente un miembro y el medicamento que está tomando se retirará del formulario o tendrá algún tipo de restricción el próximo año, le informaremos sobre cualquier cambio antes del nuevo año. Puede solicitar una excepción antes del próximo año y le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibir su solicitud (o declaración de respaldo de la persona autorizada a dar recetas). Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura antes de que el cambio entre en vigencia.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, la Sección 5.4 del Capítulo 7 explica qué hacer.También menciona los procedimientos y plazos que ha establecido Medicare para asegurarse de que su solicitud se maneje en forma inmediata y justa.

#### Sección 5.3 ¿Qué puede hacer si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera demasiado elevado? *[Plans with a formulary structure (e.g., no tiers or defined standard coinsurance across all tiers) that does not allow for tiering exceptions: omit Section 5.3]*

Si un medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera muy alto, puede hacer lo siguiente:

Puede cambiar a otro medicamento.

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera muy alto, hable con su proveedor. Podría haber un medicamento diferente en un nivel de costo compartido inferior que podría funcionar igual de bien para usted. Puede llamar a Servicios para los miembros y pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que funcione para usted.

Puede solicitar una excepción

**Usted y su proveedor pueden solicitar al plan que haga una excepción en el nivel de costo compartido para que pague menos por el medicamento.** Si su proveedor dice que usted tiene razones médicas que justifican que nos pida una excepción, su proveedor puede ayudarlo a solicitar una excepción a la norma.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, la Sección 5.4 del Capítulo 7 explica qué hacer.También menciona los procedimientos y plazos que ha establecido Medicare para asegurarse de que su solicitud se maneje en forma inmediata y justa.

[*Insert if the plan designated one of its tiers as a specialty tier for unique/high-cost drugs and is exempting that tier from the exceptions process:* Los medicamentos del *[insert tier number and name of the tier designated as the specialty tier]* no son elegibles para este tipo de excepción. No disminuimos el monto de costo compartido para los medicamentos en este nivel.]

[*Insert if the plan* *designated two of its tiers as specialty tiers, such that one of the specialty tiers is a preferred specialty tier with lower cost sharing relative to the other specialty tier and is exempting both of those tiers from the exceptions process to lower (non-specialty) tiers*: Los medicamentos del [*insert tier number and name of tier designated as the higher cost sharing specialty tier*] son elegibles para este tipo de excepción a nuestro [*insert tier number and name of the tier designated as the preferred specialty tier*]. Sin embargo, los medicamentos del [*insert tier numbers and names of two tiers designated as specialty tiers*] no son elegibles para este tipo de excepción a nuestro [*insert tier numbers and names of the non-specialty tiers below the tiers designated as specialty tiers*].

### SECCIÓN 6 ¿Qué sucede si cambia la cobertura para alguno de sus medicamentos?

#### Sección 6.1 La Lista de medicamentos puede sufrir modificaciones 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 podrá hacer algunos cambios en la Lista de medicamentos. Por ejemplo, el plan podría hacer lo siguiente:

* **Añadir o eliminar medicamentos de la Lista de Medicamentos.**
* *[Plans that do not use tiers may omit]* **Pasar un medicamento a un nivel de costo compartido más alto o más bajo.**
* **Agregar o quitar una restricción respecto de la cobertura de un medicamento.**
* **Sustituir un medicamento de marca por una versión genérica del medicamento.**
* [*Insert as applicable:* Sustituir un producto biológico original por una versión biosimilar intercambiable del producto biológico.]

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

Consulte el Capítulo 10 para obtener definiciones de los tipos de medicamentos que se describen en este capítulo.

#### Sección 6.2 ¿Qué sucede si hay cambios en la cobertura para un medicamento que está tomando?

Información sobre cambios en la cobertura de medicamentos

Cuando se realizan cambios en la Lista de medicamentos, publicamos información en nuestro sitio web sobre esos cambios. También actualizamos nuestra Lista de medicamentos en línea regularmente. En esta sección, se describen los tipos de cambios que podemos realizar en la Lista de medicamentos y cuándo recibirá un aviso directo si se realizan cambios sobre un medicamento que está tomando.

Cambios que podemos realizar en la Lista de medicamentos que lo afectan durante el año actual del plan

[***Advance General Notice that plan sponsor may make certain immediate generic and biosimilar substitutions:*** *In order to immediately replace brand name drugs or biological products with, respectively, new therapeutically equivalent or new authorized generic drugs or new interchangeable biological products or new unbranded biological products (or to change the tiering or the restrictions, or both, applied if the related drug remains on the formulary), plan sponsors that otherwise meet the requirements must provide the following advance general notice of changes:*

* **Agregar medicamentos nuevos a la Lista de medicamentos e inmediatamente eliminar o hacer cambios en un medicamento similar en la Lista de medicamentos.**

Cuando agreguemos una nueva versión de un medicamento a la Lista de medicamentos, podemos eliminar inmediatamente un medicamento similar de la Lista de medicamentos, mover el medicamento similar a un nivel de costo compartido diferente, agregar nuevas restricciones, o ambas cosas. La nueva versión del medicamento estará en el mismo nivel de costo compartido o en un nivel de costo compartido más bajo [*Plans that do not use tiers may omit* “on the same or lower cost-sharing tier and.*”*] con las mismas restricciones o menos.

Realizaremos estos cambios inmediatos solo si agregamos una nueva versión genérica de un medicamento de marca o si agregamos ciertas nuevas versiones biosimilares de un producto biológico original que ya estaba en la Lista de medicamentos.

Podemos realizar estos cambios inmediatamente y decírselo más adelante, incluso si está tomando el medicamento que estamos quitando o sobre el que estamos realizando cambios. Si está tomando el medicamento similar en el momento en el que realizamos el cambio, le proporcionaremos información sobre los cambios específicos que hagamos.]

*[All plan sponsors should include the remainder of this section.]*

* **Agregar medicamentos a la Lista de medicamentos y eliminar o realizar cambios en un medicamento similar en la Lista de medicamentos *[Plans that inserted the section on Advance General Notice for immediate substitutions insert:* con aviso anticipado***]***.**

Cuando agreguemos otra versión de un medicamento a la Lista de medicamentos, podemos eliminar un medicamento similar de la Lista de medicamentos, moverlo a un nivel de costo compartido diferente, agregar nuevas restricciones, o ambas cosas. La versión del medicamento que agreguemos estará en el mismo nivel de costo compartido o en un nivel de costo compartido más bajo y *[Plans that do not use tiers may omit* “on the same or lower cost-sharing tier and*”]* con las mismas restricciones o menos.

Realizaremos estos cambios solo si agregamos una nueva versión genérica de un medicamento de marca o si agregamos ciertas nuevas versiones biosimilares de un producto biológico original que ya estaba en la Lista de medicamentos.

* + Le comunicaremos, al menos, 30 días antes de que realicemos el cambio, o le informaremos sobre el cambio y cubriremos un resurtido para *[insert supply limit (must be at least the number of days in the plan’s one-month supply)]* días de la versión del medicamento que está tomando.
* **Eliminar medicamentos no seguros y otros medicamentos en la Lista de medicamentos que se retiran del mercado**
  + A veces, un medicamento puede considerarse no seguro o retirarse del mercado por otra razón. Si esto ocurre, podremos eliminar inmediatamente el medicamento de la Lista de medicamentos. Si está tomando ese medicamento, le informaremos después de que realicemos el cambio.
* **Hacer otros cambios sobre medicamentos de la Lista de medicamentos**
  + Podemos hacer otros cambios que afecten los medicamentos que esté tomando una vez que el año haya comenzado. Por ejemplo, nos basamos en el recuadro de advertencias de la FDA o en nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare.
  + Le comunicaremos, al menos, 30 días antes de que realicemos estos cambios, o le informaremos sobre el cambio y cubriremos un resurtido adicional para *[insert supply limit (must be at least the number of days in the plan’s one-month supply)]* días del medicamento que está tomando.

Si realizamos cualquiera de estos cambios en alguno de los medicamentos que está tomando, hable con la persona autorizada a dar recetas sobre las opciones que podrían funcionar mejor para usted, incluso cambiar a un medicamento diferente para tratar su afección o solicitar una decisión de cobertura para satisfacer cualquier nueva restricción sobre el medicamento que está tomando. Usted o la persona autorizada a dar recetas pueden solicitarnos una excepción para continuar cubriendo el medicamento o la versión del medicamento que ha estado tomando. Para obtener más información sobre cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción, consulte el Capítulo 7.

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

Podemos realizar ciertos cambios en la Lista de medicamentos que no se describen anteriormente. En estos casos, el cambio no se aplicará a usted si está tomando el medicamento cuando se realiza el cambio; sin embargo, es probable que estos cambios lo afecten a partir del 1 de enero del próximo año del plan si permanece en el mismo plan.

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

* *[Plans that do not use tiers may omit]* Pasamos su medicamento a un nivel de costo compartido más alto.
* Imponemos una nueva restricción en el uso de su medicamento.
* Retiramos su medicamento de la Lista de medicamentos.

Si cualquiera de estos cambios ocurre con un medicamento que esté tomando (excepto para un retiro del mercado, el reemplazo de un medicamento de marca por un medicamento genérico, u otros cambios mencionados en las secciones anteriores), entonces el cambio no afectará su uso o lo que paga como su parte del costo compartido hasta el 1 de enero del próximo año.

No le informaremos sobre estos tipos de cambios directamente durante el año del plan actual. Deberá consultar 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 algún cambio en los medicamentos que está tomando que lo afectará durante el próximo año del plan.

### SECCIÓN 7 ¿Qué tipos de medicamentos *no* cubre el plan?

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

En esta sección se describen los tipos de medicamentos con receta que se *excluyen*. Esto significa que Medicare no paga estos medicamentos.

Si recibe algún medicamento que esté excluido, deberá pagarlo usted mismo [*insert if applicable:* (excepto en el caso de ciertos medicamentos excluidos cubiertos por nuestra cobertura de medicamentos mejorada)]. Si apela y se determina que el medicamento solicitado no está excluido de la Parte D, lo pagaremos o lo cubriremos. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión, consulte el Capítulo 7).

A continuación, se presentan tres normas generales sobre medicamentos que el plan de medicamentos con receta de Medicare no cubre según la Parte D:

* La cobertura para medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto en la Parte A o Parte B de Medicare.
* Nuestro plan no cubre un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos o sus territorios.
* Nuestro plan no puede cubrir el uso para una indicación *no autorizada* de un medicamento cuando el uso no está avalado por ciertas referencias, como American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de Información DRUGDEX de Micromedex. 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.

Además, por ley, las siguientes categorías de medicamentos no están cubiertas por los planes de medicamentos de Medicare [*Insert if applicable:* (Nuestro plan cubre ciertos medicamentos detallados a continuación, mediante la cobertura de medicamentos mejorada, para lo cual se le puede cobrar una prima adicional. A continuación se brinda más información).]:

* Medicamentos sin receta (también denominados medicamentos de venta libre).
* Medicamentos utilizados para estimular la fertilidad.
* Medicamentos utilizados para el alivio de la tos o los síntomas del resfriado.
* Medicamentos para fines estéticos o para promover el crecimiento del cabello.
* Vitaminas con receta y productos minerales, salvo las vitaminas prenatales y preparaciones de flúor.
* Medicamentos utilizados para el tratamiento de disfunción sexual o eréctil.
* Medicamentos utilizados 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.

[*Insert if applicable:* Ofrecemos cobertura adicional para algunos medicamentos con receta (cobertura de medicamentos mejorada) que normalmente el plan de medicamentos con receta de Medicare no cubre. *[Insert details about the excluded drugs your plan does cover, including whether you place any limits on that coverage.]* El monto que paga por estos medicamentos no se tiene en cuenta para calificarlo para la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas. (En la Sección 4 del Capítulo 6 de este documento, se describe la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas).]

[*Insert if plan offers coverage for any drugs excluded under Part D:* Además, si está **recibiendo “Ayuda adicional” de parte de Medicare** para pagar sus medicamentos con receta, el programa “Ayuda adicional” no pagará los medicamentos que por lo general no cubre. (Para obtener más información, consulte la Lista de medicamentos del plan o llame a Servicios para los miembros. Los números de teléfono de Servicios para los miembros figuran en la contraportada de este folleto). Sin embargo, si tiene una cobertura para medicamentos a través de Medicaid, el programa Medicaid de su estado pueden cubrir algunos medicamentos con receta que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare. Comuníquese con el programa Medicaid de su estado para determinar la cobertura para medicamentos disponible para usted. (Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto de Medicaid en la Sección 6 del Capítulo 2).]

*[Insert if plan does not offer coverage for any drugs excluded under Part D:* **Si recibe “Ayuda adicional”** para pagar sus medicamentos con receta, el programa “Ayuda adicional” no pagará los medicamentos que por lo general no cubre. Sin embargo, si tiene una cobertura para medicamentos a través de Medicaid, el programa Medicaid de su estado pueden cubrir algunos medicamentos con receta que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare. Comuníquese con el programa Medicaid de su estado para determinar la cobertura para medicamentos disponible para usted. (Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto de Medicaid en la Sección 6 del Capítulo 2).]

### SECCIÓN 8 Surtir un medicamento con receta

#### Sección 8.1 Proporcionar su información de miembro

Para obtener su medicamento con receta, proporcione la información de miembro de su plan, que puede encontrarse en su tarjeta de miembro, en la farmacia de la red que usted elija. La farmacia de la red automáticamente le facturará al plan *nuestra* parte del costo de su medicamento. Usted deberá pagarle a la farmacia *su* parte del costo en el momento de retirar su medicamento con receta.

#### Sección 8.2 ¿Qué sucede si no tiene su información de miembro?

Si usted no tiene su información de miembro del plan en el momento de obtener su medicamento con receta, usted o su farmacia pueden llamar al plan para obtener la información necesaria, o puede pedirle a la farmacia que busque la información de inscripción de su plan.

Si la farmacia no recibe la información necesaria, **es posible que usted deba pagar el costo total del medicamento con receta cuando lo retire**. (Entonces puede **solicitarnos que le reembolsemos** la parte que nos corresponde. Consulte la Sección 2 del Capítulo 5 para obtener información sobre cómo solicitar el reembolso al plan).

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

#### Sección 9.1 ¿Qué sucede si está en un hospital o centro de atención de enfermería especializada?

Si lo internan en un hospital o en un centro de atención 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 con receta durante su estadía. Una vez que salga del hospital o centro de atención de enfermería especializada, nuestro plan cubrirá sus medicamentos con receta, siempre y cuando estos cumplan todas nuestras normas para la cobertura, que se describen en este capítulo.

#### Sección 9.2 ¿Qué sucede si reside en un centro de atención a largo plazo (long-term care, LTC)?

Normalmente, un centro de atención a largo plazo (Long-Term Care, LTC) (como un centro de cuidados) tiene su propia farmacia o usa una farmacia que suministra medicamentos para todos sus residentes. Si usted reside en un centro de LTC, puede obtener sus medicamentos con receta a través de la farmacia del centro o la que utiliza el centro, siempre y cuando sea parte de nuestra red.

Consulte el *Directorio de farmacias* *[insert URL]* para averiguar si la farmacia del centro de LTC o la que utiliza el centro forma parte de nuestra red. Si no forma parte, o si necesita más información o ayuda, comuníquese con Servicios para los miembros. Si usted está en un centro de LTC, debemos asegurarnos de que pueda recibir de manera rutinaria sus beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias de LTC.

¿Qué sucede si reside en un centro de atención a largo plazo (long-term care, LTC) y necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o tiene algún tipo de restricción?

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

#### Sección 9.3 ¿Qué sucede si está tomando medicamentos que cubre Original Medicare?

Su inscripción en *[insert 2025 plan name]* no afecta la cobertura para medicamentos de la Parte A o la Parte B de Medicare. Si usted reúne los requisitos para la cobertura de Medicare, sus medicamentos continuarán estando cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare, aunque esté inscrito en este plan. Además, si su medicamento estuviera cubierto por la Parte A o la Parte B de Medicare, nuestro plan no puede cubrirlo, incluso si decide no inscribirse en la Parte A ni en la Parte B.

La Parte B de Medicare puede cubrir algunos medicamentos en algunas situaciones y *[insert 2025 plan name]* puede cubrirlos en otras. Pero los medicamentos nunca están cubiertos por la Parte B y nuestro plan al mismo tiempo. En general, su farmacéutico o proveedor determinarán si deben facturarle el medicamento a la Parte B de Medicare o a *[insert 2025 plan name]*.

#### Sección 9.4 ¿Qué sucede si usted tiene una póliza Medigap (Seguro complementario de Medicare) con cobertura para medicamentos con receta?

Si actualmente tiene una póliza Medigap con cobertura para medicamentos con receta, debe ponerse en contacto con su emisor de Medigap y decirle que se inscribió en nuestro plan. Si decide conservar su póliza Medigap actual, el emisor de Medigap quitará la parte de la cobertura para medicamentos con receta de su póliza Medigap y reducirá su prima.

Cada año, su compañía de seguros de Medigap debe enviarle un aviso en el que se le informe si su cobertura para medicamentos con receta es “acreditable” y las opciones que tiene para la cobertura para medicamentos. (Si la cobertura de la póliza Medigap es acreditable, quiere decir que, en promedio, paga, al menos, lo mismo que la cobertura para medicamentos estándar de Medicare). El aviso también le explicará cuánto se reducirá su prima si elimina la parte de la cobertura para medicamentos con receta de su póliza Medigap. Si no recibió este aviso o si no puede encontrarlo, póngase en contacto con la compañía de seguros de Medigap y pida otra copia.

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

Si actualmente tiene otra cobertura para medicamentos con receta a través de su empleador o grupo de jubilados (o del de su cónyuge o pareja doméstica), comuníquese con el **administrador de beneficios de ese grupo**.Puede ayudarlo a determinar cómo funcionará su cobertura actual para medicamentos con receta en relación con nuestro plan.

En general, si tiene cobertura de su empleador o grupo de jubilados, la cobertura para medicamentos que le brindemos será *complementaria* a la cobertura de su grupo. Eso significa que la cobertura de su grupo pagaría primero.

Nota especial sobre la cobertura acreditable:

Cada año, su empleador o grupo de jubilados le debe enviar un aviso en el que se le informe si su cobertura para medicamentos con receta para el año calendario siguiente es acreditable.

Si la cobertura del plan del grupo es acreditable, quiere decir que incluye una cobertura para medicamentos que se espera que pague, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare.

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

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

El hospicio y nuestro plan no cubren el mismo medicamento al mismo tiempo. Si está inscrito en un hospicio de Medicare y necesita ciertos medicamentos (p. ej., medicamento contra las náuseas, un laxante, un analgésico o un ansiolítico) que no están cubiertos por el hospicio porque no está relacionado con su enfermedad terminal o sus afecciones relacionadas, la persona autorizada a dar recetas o su proveedor del hospicio debe notificar a nuestro plan que el medicamento no está relacionado antes de que el plan pueda cubrir el medicamento. Para evitar retrasos en la recepción de estos medicamentos que deberían estar cubiertos por nuestro plan, pregunte a su proveedor de hospicio o persona autorizada a dar recetas que le proporcione un aviso antes de que se surta su receta.

En caso de que usted revoque su elección de hospicio o que reciba el alta del hospicio, nuestro plan debe cubrir sus medicamentos como se explica en este documento. Para evitar demoras en la farmacia cuando finaliza un beneficio de hospicio de Medicare, presente la documentación en la farmacia para verificar su revocación o alta.

### SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad y administración de los medicamentos

#### Sección 10.1 Programas que ayudan a los miembros a utilizar los medicamentos en forma 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 obtiene un medicamento con receta. También revisamos nuestros registros regularmente. Durante estas revisiones, buscamos problemas potenciales, como estos:

* Posibles errores en los medicamentos.
* Medicamentos que pueden no ser necesarios porque está tomando otro medicamento similar 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 usted es alérgico.
* Posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que esté tomando.
* Cantidades inseguras de analgésicos opioides.

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

#### Sección 10.2 Programa de administración de medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar de manera segura los medicamentos opioides

Tenemos un programa que ayuda a garantizar que los miembros usen de manera segura los opioides con receta y otros medicamentos que son mal usados con frecuencia. Este programa se llama Programa de administración de medicamentos (Drug Management Program, DMP). Si utiliza medicamentos opioides que obtiene de diferentes personas autorizadas a dar recetas o farmacias, o si tuvo una sobredosis reciente de opioides, podemos hablar con sus personas autorizadas a dar recetas para asegurarnos de que su uso de los medicamentos opioides sea apropiado y médicamente necesario. Trabajaremos junto con quienes están autorizados a darle las recetas y, si decidimos que su uso de los medicamentos opioides [*insert if applicable:* o benzodiacepina] con receta puede no ser seguro, podemos limitar la manera en que obtiene esos medicamentos. Si lo ubicamos en nuestro DMP, las limitaciones pueden ser las siguientes:

* Solicitarle que obtenga todos sus medicamentos opioides [*insert if applicable:* o benzodiazepina] con receta en determinadas farmacias.
* Solicitarle que obtenga todos sus medicamentos opioides [*insert if applicable:* o benzodiazepina] con receta de parte de determinada persona autorizada para darle recetas.
* Limitar la cantidad de medicamentos opioides [*insert if applicable:* o benzodiazepina] que cubriremos para usted.

Si planeamos limitar cómo puede obtener estos medicamentos o cuánto puede obtener, le enviaremos una carta por adelantado. En la carta, se le indicará si limitaremos la cobertura de estos medicamentos para usted o si se le pedirá que obtenga los medicamentos con receta solo de una persona autorizada a dar recetas o farmacia específicas. Tendrá la oportunidad de informarnos qué personas autorizadas para darle recetas o farmacias prefiere usar, y brindarnos cualquier otra información que considere que es importante que conozcamos. Después de que haya tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos, le enviaremos otra carta en la que se confirme la limitación. Si considera que nos hemos equivocado o no está de acuerdo con nuestra decisión o con respecto a la limitación que impusimos, usted y la persona autorizada a dar recetas tienen derecho a presentar una apelación. Si presenta una apelación, revisaremos su caso y le comunicaremos una nueva decisión. Si seguimos denegando cualquier parte de su solicitud relacionada con las limitaciones que se aplican a su acceso a los medicamentos, automáticamente le enviaremos su caso a un revisor independiente fuera de nuestro plan. Para obtener información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 7.

No se lo colocará en un Programa de Administración de Medicamentos (Drug Management Program, DMP) si usted tiene determinadas afecciones, como dolor relacionado con un cáncer o enfermedad de células falciformes, o si recibe atención en un hospicio, paliativo o de final de vida, o vive en un centro de atención a largo plazo.

#### Sección 10.3 Programa de manejo del tratamiento farmacológico (MTM) [*insert if plan has other medication management programs* y“otro(s)”] programa[*insert if* *applicable* (s)] para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos

Tenemos un programa [*delete:* a, *and insert:* programas *if plan has other medication management programs*] que puede ayudar a nuestros miembros con necesidades de salud complejas. Nuestro [*if applicable replace:* Nuestro *with* Un] programa se denomina Programa de manejo del tratamiento farmacológico (Medication Therapy Management, MTM). Este programa es [*if applicable replace with:* Estos programas son] voluntario(s) y gratuito(s). Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrollaron el programa [*insert if* *applicable:* los programas] para nosotros para ayudar a garantizar que nuestros miembros aprovechen al máximo el beneficio de los medicamentos que toman.

Algunos miembros que tienen ciertas enfermedades crónicas y toman medicamentos que superan un monto específico de los costos de los medicamentos o se encuentran en un DMP para ayudar a los miembros a usar sus opioides de manera segura, pueden obtener servicios a través de un Programa de Manejo del Tratamiento Farmacológico (Medication Therapy Management, MTM). Si reúne los requisitos para participar en el programa, un farmacéutico u otro profesional de salud llevará a cabo una revisión integral de todos sus medicamentos. Durante la revisión, puede hablar sobre sus medicamentos, los costos o cualquier problema o pregunta que tenga sobre sus medicamentos con receta y de venta libre. Recibirá un resumen escrito que tiene una lista de tareas recomendadas que incluye los pasos que debe seguir para obtener los mejores resultados de sus medicamentos. También obtendrá una lista de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que está tomando, cuánto debería tomar, el momento donde debería tomarlos y la razón por la que los está tomando. 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 los pasos a seguir recomendados y su lista de medicamentos. Lleve el resumen con usted a su consulta o en cualquier momento que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. También tenga su lista de medicamentos actualizada y llévela con usted (por ejemplo, con su identificación) si concurre al hospital o a la sala de emergencias.

Si tenemos un programa que se adapte a sus necesidades, lo inscribiremos automáticamente en él y le enviaremos la información. Si usted decide no participar, notifíquelo y retiraremos su participación. Si tiene preguntas sobre este programa [*if applicable replace with:* estos programas], comuníquese con Servicios para los miembros.

## CAPÍTULO 4: *Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D*

**¿Recibe actualmente ayuda para pagar sus medicamentos?**

Si participa en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos, **parte de la información de esta *Evidencia de Cobertura* sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D** [*insert as applicable:* **puede no aplicarse** *OR*no se aplica] **en su caso**. *[If not applicable, omit information about the LIS Rider.]* Hemos [*insert as appropriate:* incluido *OR* Le enviamos] un inserto separado, que se denomina *Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs* (Cláusula adicional a la Evidencia de Cobertura para las personas que reciben Ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta), también denominada Low-Income Subsidy Rider o LIS Rider (Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS), que le informa sobre la cobertura para sus medicamentos. Si no posee este inserto, comuníquese con Servicios para los miembros y pida la *Cláusula adicional LIS*.

### SECCIÓN 1 Introducción

#### Sección 1.1 Utilice este capítulo junto con la otra documentación que explica la cobertura para medicamentos

Este capítulo se centra en lo que usted paga por sus medicamentos con receta de la Parte D. Para simplificar las cosas, en este capítulo usamos el término *medicamento* en el sentido de un medicamento con receta de la Parte D. Como se explica en el Capítulo 3, no todos los medicamentos son medicamentos de la Parte D, algunos medicamentos están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y otros medicamentos están excluidos de la cobertura de Medicare por ley. [*Optional for plans that provide supplemental coverage:* Algunos medicamentos excluidos pueden estar cubiertos por nuestro plan si ha comprado una cobertura para medicamentos adicional.]

Para comprender la información de pago, usted necesita saber qué medicamentos están cubiertos, dónde obtener sus medicamentos con receta y cuáles son las normas que debe seguir cuando recibe sus medicamentos cubiertos. Las Secciones 1 a 4 del Capítulo 3 explican estas normas. Cuando utiliza la “Herramienta de beneficios en tiempo real” del plan para consultar la cobertura para medicamentos (consulte la Sección 3.3 del Capítulo 3), el costo que se muestra se proporciona en “tiempo real”, lo que significa que el costo que usted ve en la herramienta refleja un momento en el tiempo para proporcionar un cálculo de los costos que se espera que pague de su bolsillo. También puede obtener información de la “Herramienta de beneficios en tiempo real” llamando a Servicios para los miembros.

#### Sección 1.2 Tipos de costos que puede llegar a tener que pagar de su bolsillo por los medicamentos cubiertos

Hay distintos tipos de costos que paga de su bolsillo para los medicamentos de la Parte D. El monto que usted paga por un medicamento se denomina *costo compartido*; hay tres maneras en las que se le puede solicitar que pague.

* El **deducible** es el monto que paga por los medicamentos antes de que el plan comience a pagar la parte que le corresponde.
* El **copago** es un monto fijo que paga cada vez que obtiene un medicamento con receta.
* El **coseguro** es un porcentaje del costo total del medicamento que paga cada vez que obtiene un medicamento con receta.

#### Sección 1.3 Cómo calcula Medicare los costos que paga de su bolsillo

Medicare tiene normas acerca de lo que cuenta y lo que *no* cuenta como costos que paga de su bolsillo. Estas son las normas que debemos seguir para realizar un seguimiento de los costos que paga de su bolsillo.

**Estos pagos se incluyen en los costos que paga de su bolsillo**

Los costos que paga de su bolsillo incluyen los pagos detallados a continuación (siempre y cuando correspondan a medicamentos cubiertos de la Parte D y usted haya cumplido con las normas relativas a la cobertura para medicamentos que se explican en el Capítulo 3):

* El monto que paga por los medicamentos cuando está en las siguientes etapas de pago de los medicamentos:
  + *[Plans without a deductible, omit]* La Etapa del deducible
  + La Etapa de cobertura inicial.
* Cualquier pago que efectuó durante este año calendario como miembro de otro plan de medicamentos con receta de Medicare diferente antes de inscribirse en nuestro plan.

Es importante quién paga:

* Si **usted** hace estos pagos, se incluyen en los costos que paga de su bolsillo.
* Estos pagos *también se incluyen* en los costos que paga de su bolsillo si los efectúa en su nombre **otras personas u organizaciones.** Esto incluye los pagos por sus medicamentos realizados por un amigo o pariente, por la mayoría de las organizaciones benéficas, programas de asistencia de medicamentos para el SIDA, *[plans without an SPAP in their state delete next item]* un Programa estatal de asistencia farmacéutica que esté calificado por Medicare, un plan de salud del empleador o sindicato, TRICARE o por el Servicio de salud para la población india estadounidense. También se incluyen los pagos hechos por el programa “Ayuda adicional” de Medicare.

Paso a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas:

Cuando usted (o los que pagan en su nombre) haya gastado un total de $*[insert 2025 out-of-pocket threshold]* en costos que paga de su bolsillo en el año calendario, pasará de la Etapa de cobertura inicial a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

**Estos pagos no se incluyen en los costos que paga de su bolsillo**

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

* *[Plans with no premium, omit]* La prima mensual.
* Medicamentos que compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
* Medicamentos que nuestro plan no cubre.
* Medicamentos que obtiene en una farmacia fuera de la red que no cumplen con los requisitos del plan para la cobertura fuera de la red.
* [*Insert if plan does not provide coverage for excluded drugs as a supplemental benefit:* Medicamentos que no pertenecen a la Parte D, incluidos los medicamentos con receta cubiertos por la Parte A o la Parte B y otros medicamentos excluidos de la cobertura por Medicare.]

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

* Medicamentos con receta cubiertos por la Parte A o la Parte B.
* Pagos que usted realiza por medicamentos cubiertos en su cobertura adicional, pero que un plan de medicamentos con receta de Medicare normalmente no cubre.]
* [*Insert if applicable:* Pagos que usted realiza por medicamentos con receta que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos con receta de Medicare.]
* Pagos por sus medicamentos hechos por la Administración de Salud de Veteranos (Veterans Health Administration, VA).
* Pagos por sus medicamentos realizados por un tercero con la obligación legal de pagar los costos de los medicamentos con receta (por ejemplo, compensación laboral).
* Pagos realizados por los fabricantes de medicamentos conforme al Programa de Descuentos del Fabricante.

*Recordatorio:*Si cualquier otra organización, como las que mencionamos más arriba, paga parte o la totalidad de los costos que paga de su bolsillo por los medicamentos, usted debe informarlo a nuestro plan llamando a Servicios para los miembros.

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

* Lo ayudaremos. El informe de la *Explicación de beneficios* (Explanation of Benefits, EOB) *de la Parte D* que usted recibe incluye el monto actual de los costos que paga de su bolsillo. Cuando este monto alcance los $*[insert 2025 out-of-pocket threshold]*, se le indicará que ha dejado la Etapa de cobertura inicial y ha pasado a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.
* Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos. En la Sección 3.2 se describe lo que usted puede hacer para asegurarse de que los registros que tengamos de lo que ha gastado estén completos y actualizados.

### SECCIÓN 2 El precio que paga por un medicamento depende de la etapa de pago de medicamentos en la que esté al obtener el medicamento

#### Sección 2.1 ¿Cuáles son las etapas de pago de los medicamentos para los miembros de *[insert 2025 plan name]* ?

*[Plans participating in the VBID Model and approved to offer VBID reduced or eliminated Part D cost sharing should update the sections below to reflect the approved Model Benefit(s), as appropriate.]*

Hay tres **etapas de pago de los medicamentos** para su cobertura para medicamentos con receta según *[insert 2025 plan name]*. La cantidad que paga depende de la etapa en la que se encuentre cuando obtenga un medicamento con receta o un resurtido. *[Plans with no premium delete the following sentence]* Recuerde que siempre será responsable de la prima mensual del plan, independientemente de la etapa de pago del medicamento. Puede ver los detalles de cada etapa en las Secciones de 4 a 6 de este capítulo. Las etapas son las siguientes:

**Etapa 1: Etapa del deducible anual**

**Etapa 2: Etapa de cobertura inicial**

**Etapa 3: Etapa de cobertura en situaciones catastróficas**

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

#### Sección 3.1 Le enviamos un resumen mensual denominado *Explicación de beneficios de la Parte D* (*EOB de la Parte D*)

Nuestro plan hace un seguimiento de los costos de sus medicamentos con receta y de los pagos que ha efectuado cuando obtiene sus medicamentos con receta o un resurtido en la farmacia. De esta manera, podemos decirle cuándo ha pasado de una etapa de pago de medicamentos a la siguiente etapa. En particular, hay dos tipos de costos de los que hacemos un seguimiento:

* Llevamos un registro de cuánto ha pagado. A esto se lo denomina **costos que paga de su bolsillo**. Esto incluye lo que usted pagó cuando recibe un medicamento cubierto de la Parte D, cualquier pago por sus medicamentos realizado por su familia o amigos, y cualquier pago realizado por sus medicamentos por “Ayuda adicional” de Medicare, los planes de salud sindicato o empleador, TRICARE, Servicio de salud para la población india estadounidense, programas de asistencia de medicamentos para el sida, organizaciones benéficas y la mayoría de los programas estatales de asistencia farmacéutica (State Pharmaceutical Assistance Programs, SPAP).
* Llevamos un registro de los **costos totales de sus medicamentos**. Este es el total de todos los pagos realizados por sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Aquí se incluye lo que el plan pagó, lo que usted pagó y lo que otros programas u organizaciones pagaron por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

Si ha surtido una o más recetas a través del plan durante el mes anterior, le enviaremos una *Explicación de beneficios* (Explanation of Benefits, EOB) *de la Parte D*. La *EOB de la Parte D* incluye:

* **Información para ese mes.** Este informe proporciona los detalles de pago sobre los medicamentos con receta que obtuvo el mes anterior. Muestra el total de costos de los medicamentos, lo que el plan pagó y lo que usted y otros pagaron en su nombre.
* **Los totales para el año desde el 1 de enero.** A esto se lo denomina información *del año hasta la fecha*. Muestra los costos totales de los medicamentos y los pagos totales por sus medicamentos desde el inicio del año.
* **Información sobre los precios de los medicamentos.** Esta información mostrará el precio total del medicamento e información sobre aumentos en el precio desde el primer resurtido para cada reclamación de medicamento con receta de la misma cantidad.
* **Medicamentos con receta alternativos disponibles a un costo más bajo.** Esto incluirá información sobre otros medicamentos con menor costo compartido disponibles para cada reclamación de medicamento con receta, si corresponde.

#### Sección 3.2 Ayúdenos a mantener al día nuestra información sobre sus pagos de los medicamentos

Para hacer un seguimiento de los costos de sus medicamentos y de los pagos que efectúa por estos, utilizamos los registros que recibimos de las farmacias. Puede ayudarnos a mantener su información correcta y actualizada de la siguiente manera:

* **Muestre su tarjeta de miembro cada vez que obtenga un medicamento con receta.** Esto nos ayuda a que sepamos acerca de los medicamentos con receta que está obteniendo y lo que está pagando.
* **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** En ocasiones, es posible que pague el costo total de un medicamento con receta. En estos casos, no recibiremos automáticamente la información que necesitamos para mantener el seguimiento de los costos que paga de su bolsillo. Para ayudarnos a mantener un registro de los costos que paga de su bolsillo, bríndenos copias de sus recibos. **Estos son algunos ejemplos de cuándo debe darnos copias de sus recibos de medicamentos:** 
  + Cuando usted compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuento que no sea parte del beneficio de nuestro plan.
  + Cuando realiza un copago por los medicamentos que se proporcionan en virtud de un programa de asistencia al paciente del fabricante del medicamento.
  + Cada vez que compre medicamentos cubiertos en una farmacia fuera de la red u otras veces que pague el precio total de un medicamento cubierto en circunstancias especiales.
  + Si se le factura por un medicamento cubierto, puede pedirle a nuestro plan que pague la parte que nos corresponde del costo. Para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo, vaya a la Sección 2 del Capítulo 5.
* **Envíenos información sobre los pagos que terceros hayan realizado por usted.** Los pagos realizados por otras personas u organizaciones también se tienen en cuenta en los costos que paga de su bolsillo. Por ejemplo, para los costos que paga de su bolsillo, se tienen en cuenta los pagos realizados por *[plans without an SPAP in their state delete next item]* un Programa estatal de asistencia farmacéutica, un programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP), el Servicio de salud para la población india estadounidense y las organizaciones benéficas. Lleve un registro de estos pagos y envíelos para que podamos hacer un seguimiento de sus costos.
* **Revise el informe que le enviamos por escrito.** Cuando reciba una *EOB de la Parte D*, revísela para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si considera que algo está incompleto o si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para los miembros. *[Plans that allow members to manage this information on-line may describe that option here.]* Asegúrese de guardar estos informes.

### SECCIÓN 4 Durante la Etapa del deducible, usted paga el costo total de los medicamentos *[insert drug tiers if applicable]*

[*Plans with no deductible replace Section 4 title with:* No hay deducible para *[insert 2025 plan name]*.]

[*Plans with no deductible replace text below with*: No hay deducible para *[insert 2025 plan name]*. Usted comienza en la Etapa de cobertura inicial cuando surte su primera receta del año. Consulte la Sección 5 para obtener información sobre su cobertura en la Etapa de cobertura inicial.]

La Etapa del deducible es la primera etapa de pago de la cobertura para medicamentos. [*Plans with a deductible for all drug types/tiers, insert:* Esta etapa comienza cuando surte su primera receta del año.Cuando se encuentra en esta etapa de pago, **debe pagar el costo total de sus medicamentos** hasta que alcance el monto de deducible del plan, que es de $*[insert deductible amount]* para el 2025.El deducible no se aplica a los productos de insulina cubiertos ni a la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, incluidas las vacunas contra el herpes zóster, el tétanos y para los viajes.] [*Plans with a deductible on only a subset of drugs, insert:* Pagará un deducible anual de $*[insert deductible amount]* por los medicamentos de *[insert applicable drug tiers]*. **Debe pagar el costo total de sus medicamentos de *[insert applicable drug tiers]*** hasta que alcance el monto del deducible del plan. Para todos los demás medicamentos, no deberá pagar ningún deducible.] El **costo total** suele ser inferior al precio total habitual del medicamento, ya que el plan ha negociado costos más bajos para la mayoría de los medicamentos en farmacias de la red.

Una vez que haya pagado $*[insert deductible amount]* por los medicamentos de *[insert drug tiers if applicable]*, sale de la Etapa del deducible y pasa a la Etapa de cobertura inicial.

### SECCIÓN 5 Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga su parte

#### Sección 5.1 Lo que paga por un medicamento depende del medicamento y de dónde obtiene los medicamentos con receta

Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos con receta cubiertos y usted paga su parte (el [*insert as applicable:* copago *or* monto de coseguro]). La parte que le corresponde del costo varía según el medicamento y dónde obtiene los medicamentos con receta.

El plan tiene *[insert number of tiers]* niveles de costo compartido.

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

Todos los medicamentos de la Lista de medicamentos del plan se encuentran en uno de los *[insert number of tiers]* niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el nivel de costo compartido, mayor será el costo del medicamento que le corresponderá pagar:

* *[Plans should briefly describe each tier (e.g., Cost-Sharing Tier 1 includes generic drugs). Indicate which is the lowest tier and which is the highest tier.]*
* [*Plans with copayment/coinsurance on tiers during the Initial Coverage Stage, insert the following if the insulin cost sharing differs from the cost sharing for other drugs on the same tier:* Usted paga $[*xx*] por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.] *[Repeat for all drug tiers.]*

Para saber en qué nivel de costo compartido está su medicamento, consulte la Lista de medicamentos del plan.

Sus opciones de farmacias

El monto que usted paga por un medicamento está determinado según el lugar donde obtenga el medicamento:

* *[Plans with retail network pharmacies that offer preferred cost sharing, delete this bullet and use next two bullets instead.]* *Una farmacia minorista de la red.*
* [*Plans with retail network pharmacies that offer preferred cost sharing, insert:* Una farmacia minorista de la red que ofrece un costo compartido estándar.]
* [*Plans with retail network pharmacies that offer preferred cost sharing, insert:* Una farmacia minorista de la red que ofrece un costo compartido preferido. Es posible que los costos sean inferiores en las farmacias que ofrecen un costo compartido preferido.]
* Una farmacia que no es de la red de nuestro plan. Cubrimos medicamentos con receta obtenidos en farmacias fuera de la red solamente en situaciones limitadas. Para obtener información sobre cuándo cubriremos un medicamento con receta obtenido en una farmacia fuera de la red, consulte la Sección 2.5 del Capítulo 3.
* *[Plans without mail-order service, delete this bullet.]* La farmacia de pedido por correo del plan.

Para obtener más información sobre estas opciones de farmacias y la obtención de los medicamentos con receta, consulte el Capítulo 3 y el *Directorio de farmacias* del plan *[insert URL]*.

#### Sección 5.2 Una tabla que muestra sus costos por un suministro para *un mes* de un medicamento

*[Plans using only copayments or only coinsurance should edit this paragraph to reflect the plan’s cost sharing.]* Durante la Etapa de cobertura inicial, la parte que le corresponde del costo de un medicamento cubierto será un copago o un coseguro.

*[Plans that do not use drug tiers, omit]* Como se muestra en la tabla siguiente, el monto del copago o coseguro depende del nivel de costo compartido. *[Plans without copayments, omit]* A veces, el costo del medicamento es más bajo que su copago. En estos casos, paga el precio más bajo por el medicamento en lugar del copago.

[*If the plan has retail network pharmacies that offer preferred cost sharing, the chart must include both standard and preferred cost-sharing rates. For plans that offer mail-order benefits with both preferred and standard cost sharing, sponsors may modify the chart to indicate the different rates. Remove columns that do not apply (e.g., preferred cost sharing or mail order). Add or remove tiers as necessary. If mail order is not available for certain tiers, plans should insert the following text in the cost-sharing cell: Mail order is not available for drugs in [insert tier].*]

Su parte del costo cuando recibe un suministro para un mes de un medicamento con receta cubierto de la Parte D:

| **Nivel** | **Costo compartido minorista estándar (dentro de la red)**  (suministro de hasta *[insert number of days]*días) | **Costo compartido minorista preferido (dentro de la red)**  (suministro de hasta *[insert number of days]*días) | **Costo compartido de pedido por correo**  (suministro de hasta *[insert number of days]*días) | **Costo compartido de atención a largo plazo (Long Term Care, LTC)**  (suministro de hasta *[insert number of days]*días) | **Costo compartido fuera de la red**  (La cobertura se limita a ciertas situaciones. Consulte el Capítulo 3 para obtener más detalles). (suministro de hasta *[insert number of days]*días) |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nivel 1 de costo compartido**  (*[insert description, e.g., generic drugs]*) | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* |
| **Nivel 2 de costo compartido**  (*[insert description]*) | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* |
| **Nivel 3 de costo compartido**  (*[insert description]*) | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* |
| **Nivel 4 de costo compartido**  (*[insert description]*) | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* |

[*Plans that offer cost sharing for insulin that differs from the cost-sharing for other drugs on the same tier, insert the following footnote:* No pagará más de $35 *[update the cost-sharing amount, if lower than $35]* por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de costo compartido *[modify as needed if plan offers multiple cost-sharing amounts for insulins (e.g., preferred and non-preferred insulins)]* [*insert only if plan’s benefit design includes a deductible:,* incluso si no ha pagado su deducible].]

Para obtener información sobre el costo compartido de las vacunas de la Parte D, consulte la Sección 8 de este capítulo.

*[Instructions to plans offering Value Based Insurance Design Model Test (VBID) benefits:*

*If applicable, plans with VBID should mention that members may qualify for a reduction or elimination of their cost sharing for Part D drugs. Plans should include details of the exact targeted reduced cost-sharing amount.]*

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

Por lo general, el monto que paga por un medicamento con receta cubre el suministro para un mes completo. Es posible que, en algunos casos, a usted o su proveedor le gustaría obtener un suministro de un medicamento para menos de un mes (por ejemplo, cuando prueba por primera vez un medicamento). También puede pedirle a su médico que le recete y a su farmacéutico que le entregue un suministro para menos de un mes completo de sus medicamentos, si esto lo ayuda a planificar mejor las fechas de resurtido de diferentes medicamentos con receta.

Si recibe un suministro para menos de un mes completo de ciertos medicamentos, usted no tendrá que pagar el suministro para un mes completo.

* Si es responsable de pagar un coseguro, paga un *porcentaje* del costo total del medicamento. Dado 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 usted es responsable de pagar un copago por el medicamento, solo pagará por la cantidad de días del medicamento que reciba en lugar del mes completo. Calcularemos el monto que paga por día por su medicamento (el *costo compartido diario*) y lo multiplicaremos por la cantidad de días del medicamento que recibe.

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

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

Para algunos medicamentos, puede obtener un suministro a largo plazo (también denominado *suministro extendido*). Un suministro a largo plazo es un suministro de [*insert if applicable:* hasta] a *[insert number of days]*días.

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

* *[Plans without copayments, omit]* A veces, el costo del medicamento es más bajo que su copago. En estos casos, paga el precio más bajo por el medicamento en lugar del copago.

[*If the plan has retail network pharmacies that offer preferred cost-sharing, the chart must include both standard and preferred cost sharing rates. For plans that offer mail-order benefits with both preferred and standard cost sharing, sponsors may modify the chart to indicate the different rates. Remove columns that do not apply (e.g., preferred cost sharing or mail order). Add or remove tiers as necessary. If mail order is not available for certain tiers, plans should insert the following text in the cost-sharing cell:* El pedido por correo no está disponible para medicamentos en el *[insert tier]*.]

[*Plans must include all of their tiers in the table. If plans do not offer extended-day supplies for certain tiers, the plan should use the following text in the cost-sharing cell:* No hay disponible un suministro a largo plazo para medicamentos en *[insert tier]*.]

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

| **Nivel** | **Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (suministro de [*insert if applicable:* up to a] *[insert number of days]*días)** | **Costo compartido minorista preferido (dentro de la red) (suministro de [*insert if applicable:* up to a] *[insert number of days]*días)** | **Costo compartido de pedido por correo (suministro de [*insert if applicable:* up to a] *[insert number of days]*días)** |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nivel 1 de costo compartido**  (*[insert description]*) | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* |
| **Nivel 2 de costo compartido**  (*[insert description]*) | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* |
| **Nivel 3 de costo compartido**  (*[insert description]*) | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* |
| **Nivel 4 de costo compartido**  (*[insert description]*) | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* |

[*For plans that offer insulin cost sharing different from the cost sharing applicable to the other drugs on the same tier, insert the following:* No pagará más de [*inset the applicable language:* $70 *[update the cost-sharing amount, if lower than $70]* por un suministro de hasta dos meses o $105 *[update the cost-sharing amount, if lower than $105]* para un suministro de hasta tres meses de cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de costo compartido *[modify as needed if plan offers multiple cost-sharing amounts for insulins (e.g., preferred and non-preferred insulins)]*] [*insert only if plan’s benefits design includes a deductible:* , incluso si no ha pagado su deducible].]

#### Sección 5.5 Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que los costos que paga de su bolsillo alcancen los $*[insert out-of-pocket threshold]*

Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que los costos que paga de su bolsillo totales alcancen los $2,000. Luego pasa a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que los costos que paga de su bolsillo totales alcancen los $*[insert 2025 out-of-pocket threshold]*. Luego pasa a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

[*Insert if applicable:* Ofrecemos cobertura adicional para algunos medicamentos con receta que normalmente el plan de medicamentos con receta de Medicare no cubre. Los pagos realizados por estos medicamentos no se tendrán en cuenta para el total de costos que paga de su bolsillo.]

La *EOB de la Parte D* que recibió lo ayudará a llevar un registro de lo que usted, el plan y cualquier otro tercero han gastado en usted durante el año. No todos los miembros llegarán al límite de $*[insert out-of-pocket threshold]* que paga de su bolsillo en un año.

Le informaremos cuando alcance este monto. Si llega a este monto, saldrá de la Etapa de cobertura inicial y pasará a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas. Consulte la Sección 1.3 sobre cómo calcula Medicare los costos que paga de su bolsillo.

### SECCIÓN 6 Durante la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D

Usted entra en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas cuando los costos que paga de su bolsillo han alcanzado el límite de $*[insert 2025 out-of-pocket threshold]* para el año calendario. Una vez que está en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, se quedará en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.

* [*Plans that do not cover excluded drugs under an enhanced benefit, OR plans that cover excluded drugs under an enhanced benefit but with the same cost sharing as covered Part D drugs in this stage (i.e., no cost sharing), insert the following:* Durante esta etapa de pago, no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D [*insert as applicable: y*por los medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado].]
* *[Plans that cover excluded drugs under an enhanced benefit with cost sharing in this stage, insert the following two bullets:*
  + Durante esta etapa de pago, no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D.
  + En el caso de los medicamentos excluidos cubiertos por nuestro beneficio mejorado, usted paga *[insert copay or coinsurance amount].]*

### SECCIÓN 7 Información de beneficios adicionales

*[Optional: Insert any additional benefits information based on the plan’s approved bid that is not captured in the sections above.]*

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

**Mensaje importante sobre lo que le corresponde pagar por las vacunas**: algunas vacunas se consideran beneficios médicos y están cubiertas por la Parte B. Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas en la Lista de medicamentos del plan. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted [*insert only if plan’s benefit design includes a deductible:* incluso si no ha pagado su deducible]. Consulte la Lista de medicamentos de su plan o comuníquese con Servicios para los miembros para obtener detalles de cobertura y costo compartido sobre vacunas específicas.

Hay dos partes de nuestra cobertura de vacunas 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 para el costo de la **administración de la vacuna**. (A veces se le denomina colocación de la vacuna).

Sus costos de la Parte D dependen de tres elementos:

**1. Determinar si la vacuna es recomendada para adultos por una organización llamada Comité Asesor o Prácticas de Inmunización (Advisory Committee or Immunization Practices, ACIP).**

* La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos son recomendadas por el Comité Asesor o Prácticas de Inmunización (Advisory Committee or Immunization Practices, ACIP), y no le cuestan nada.

**2. Dónde obtiene la vacuna.**

* La vacuna en sí puede ser dispensada por una farmacia o proporcionada por el consultorio del médico.

**3. Quién le administra la vacuna.**

* Un farmacéutico u otro proveedor pueden administrar la vacuna en la farmacia. Alternativamente, un proveedor puede administrarla en el consultorio del médico.

Lo que usted paga en el momento en que se le administra la vacuna de la Parte D puede variar según las circunstancias y la **etapa de pago del medicamento** en la que se encuentre.

* A veces, cuando obtiene la vacuna, deberá pagar el costo total tanto de la vacuna en sí como el costo del proveedor por administrarla. Puede solicitarle a nuestro plan que le devuelva la parte que le corresponde pagar del costo. Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, esto significa que se le reembolsará el costo total que pagó.
* Otras veces, cuando recibe una vacuna, tendrá que pagar solo su parte del costo de acuerdo con el beneficio de la Parte D. Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, no pagará nada.

A continuación se presentan tres ejemplos de formas de recibir la administración de una vacuna de la Parte D.

*Situación 1:* La vacuna de la Parte D se le administra en la farmacia de la red. (Tener esta opción o no depende de dónde viva usted. En algunos estados, no se permite que las farmacias administren ciertas vacunas).

* Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, no pagará nada.
* Para otras vacunas de la Parte D, usted deberá pagarle a la farmacia el [*insert as appropriate:* coseguro *OR* copago] por la vacuna en sí, que incluye el costo de la administración de la vacuna.
* Nuestro plan pagará el resto de los costos.

*Situación 2:* La vacuna de la Parte D se le administra en el consultorio de su médico.

* Cuando obtiene la vacuna, es posible que deba pagar el costo total tanto de la vacuna en sí como el costo del proveedor por administrarla.
* Entonces, puede solicitarle a nuestro plan que le pague la parte que nos corresponde del costo a través de los procedimientos descritos en el Capítulo 5.
* Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, se le reembolsará el monto total que pagó. Para otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará el monto que usted pagó menos el [*insert as appropriate:* coseguro *OR* copago] por la vacuna (incluida la administración) [*Only insert the following if an out-of-network differential is charged for a vaccine not identified as an adult ACIP-recommended $0 cost-sharing vaccine:* , menos la diferencia que exista entre el monto que le cobre el médico y lo que normalmente pagamos. (Si recibe “Ayuda adicional”, le reembolsaremos la diferencia).]

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

* Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, no pagará nada por la vacuna en sí.
* Para otras vacunas de la Parte D, usted deberá pagarle a la farmacia el [*insert as appropriate:* coseguro *OR* copago] por la vacuna en sí.
* Cuando su médico le administre la vacuna, es posible que deba pagar el costo total de este servicio.
* Entonces, puede solicitarle a nuestro plan que pague la parte que nos corresponde del costo a través de los procedimientos descritos en el Capítulo 5.
* Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, se le reembolsará el monto total que pagó. [*Insert as appropriate:* Para otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará el monto que usted pagó menos el coseguro por la administración de la vacuna.] [*Only, insert the following if an out-of-network differential is charged for a vaccine that is not an adult ACIP-recommended $0 cost-sharing vaccine:*, menos la diferencia que exista entre el monto que le cobre el médico y lo que normalmente pagamos. (Si recibe “Ayuda adicional”, le reembolsaremos la diferencia).*]*

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

## CAPÍTULO 5: *Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de los costos de medicamentos cubiertos*

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

A veces, cuando recibe un medicamento con receta, es posible que deba pagar el costo total. Otras veces, se dará cuenta de que ha pagado más de lo que pensaba que debía pagar según las normas de cobertura del plan o es posible que reciba una factura de un proveedor. En estos casos, puede pedirle a nuestro plan que le devuelva el dinero (a la acción de devolver el dinero a menudo se la llama *reembolsar*). Puede haber plazos que deba cumplir para que le devuelvan el dinero. Consulte la Sección 2 de este capítulo.

Estos son ejemplos de situaciones en las que es posible que necesite solicitarle al plan que le otorgue un reembolso. Todos estos ejemplos son tipos de decisiones de cobertura (para obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte el Capítulo 7).

**1. Cuando utilice una farmacia fuera de la red para obtener medicamentos con receta**

Si acude a una farmacia fuera de la red, es posible que la farmacia no pueda presentarnos la reclamación directamente. Si esto sucede, usted deberá pagar el costo total de sus medicamentos con receta.

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso de la parte que nos corresponde del costo. Recuerde que solo cubrimos farmacias fuera de la red en circunstancias limitadas. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 3 para obtener más información sobre estas circunstancias. Es posible que no le reembolsemos la diferencia entre lo que pagó por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el monto que pagaríamos en una farmacia dentro de la red.

**2. Cuando paga el costo total de un medicamento con receta porque no lleva con usted su tarjeta de miembro del plan**

Si usted no lleva con usted su tarjeta de miembro del plan, puede pedirle a la farmacia que llame al plan o busque la información de inscripción. Sin embargo, si la farmacia no puede obtener la información sobre la inscripción que necesita de inmediato, es posible que deba pagar usted mismo el costo total del medicamento con receta.

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso de la parte que nos corresponde del costo. Es posible que no le reembolsemos el costo total que pagó si el precio en efectivo que pagó es superior al precio negociado por el medicamento con receta.

**3. Cuando paga el costo total de un medicamento con receta en otras situaciones**

Usted puede pagar el costo total del medicamento con receta porque se da cuenta de que el medicamento no tiene cobertura por alguna razón.

* Por ejemplo, el medicamento puede no estar en la Lista de medicamentos del plan o podría tener un requisito o restricción que usted no conocía o que no cree que debería aplicarse en su caso. Si usted decide obtener el medicamento de inmediato, es posible que deba pagar su costo total.
* Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso. En algunas situaciones, puede ser necesario obtener más información de su médico para reembolsarle nuestra parte del costo. Es posible que no le reembolsemos el costo total que pagó si el precio en efectivo que pagó es superior al precio negociado por el medicamento con receta.

**4. Si está inscrito retroactivamente en nuestro plan**

Algunas veces, la inscripción de una persona en un plan es retroactiva. (Esto significa que el primer día de la inscripción ya había pasado. La fecha de inscripción pudo incluso haber sido el año pasado).

Si se inscribió retroactivamente en nuestro plan y pagó de su bolsillo por los medicamentos después de la fecha de inscripción, puede solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde. Deberá enviarnos cierta documentación para que coordinemos su rembolso.

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

Todos los ejemplos mencionados anteriormente son tipos de decisiones de cobertura. Esto significa que si rechazamos su solicitud de pago, usted puede apelar nuestra decisión. El Capítulo 7 de este documento contiene información sobre cómo presentar una apelación.

### SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos un reembolso

Puede solicitarnos que le reembolsemos *[If the plan allows members to submit oral payment requests, insert the following language:* ya sea llamándonos o] enviándonos una solicitud por escrito. Si envía una solicitud por escrito, envíenos su recibo que documenta el pago que ha realizado. Es buena idea hacer una copia de los recibos para sus registros. [*Insert if applicable:* **Debe presentarnos la reclamación dentro de *[insert timeframe]*** a partir de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.]

[*If the plan has developed a specific form for requesting payment, insert the following language:* Para asegurarse de que nos esté proporcionando toda la información que necesitamos para tomar una decisión, usted puede llenar nuestro formulario de reclamaciones para solicitar su pago.

* No tiene que utilizar el formulario, pero nos será útil para procesar la información de manera más rápida.
* Descargue una copia del formulario de nuestro sitio web (*[insert URL]*) o llame a Servicios para los miembros y pida el formulario.]

Envíenos su solicitud de pago junto con cualquier factura o recibo pagado a esta dirección:

*[Insert address]*

### SECCIÓN 3 Analizaremos su solicitud de pago y decidiremos si le pagaremos o no

#### Sección 3.1 Comprobamos si debemos cubrir el medicamento y cuánto debemos

Cuando recibamos su solicitud de pago, le haremos saber si necesitamos que nos proporcione información adicional. De lo contrario, consideraremos su solicitud y tomaremos una decisión de cobertura.

* Si decidimos que el medicamento está cubierto y que usted ha seguido todas las normas, pagaremos nuestra parte del costo. Es posible que nuestra parte del costo no sea el monto total que pagó (por ejemplo, si obtuvo un medicamento en una farmacia fuera de la red o si el precio en efectivo que pagó por un medicamento es superior al precio negociado). Le enviaremos por correo el reembolso de nuestra parte del costo. Le enviaremos el pago en un plazo de 30 días después de que recibamos su solicitud.
* Si tomamos la decisión de no cubrir el medicamento o si usted *no* cumplió con todas las normas, no pagaremos la parte que nos corresponde del costo. Le enviaremos una carta en la que se le explican las razones por las que no le estamos enviando el pago y su derecho a apelar esa decisión.

#### Sección 3.2 Si le comunicamos que no pagaremos, en su totalidad o en parte, el medicamento, puede presentar una apelación

Si usted piensa que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago o no está de acuerdo con el monto que estamos pagando, puede presentar una apelación. Si usted presenta una apelación, significa que nos está pidiendo que cambiemos la decisión que tomamos al rechazar su solicitud de pago. El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Para obtener detalles sobre cómo presentar esta apelación, vaya al Capítulo 7 de este documento.

## CAPÍTULO 6: *Sus derechos y responsabilidades*

*[****Note:*** *Plans may add to or revise this chapter as needed to reflect NCQA-required language.]*

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

#### Sección 1.1 *[Plans may edit the section heading and content to reflect the types of alternate format materials available to plan members. Plans may not edit references to language except as noted below.]* Debemos proporcionarle información de una manera que sea conveniente para usted y consistente con sus sensibilidades interculturales (en otros idiomas que no sean el español, en braille, en tamaño de letra grande, en otros formatos alternativos, etc.)

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

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, incluidos aquellos con dominio limitado del inglés, habilidades limitadas de lectura, discapacidad auditiva o aquellos con antecedentes culturales y étnicos diversos. Los ejemplos de cómo un plan puede cumplir con estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros, la disposición de servicios de traducción, servicios de interpretación, teletipos o conexión TTY (teléfono de texto o teletipo).

Nuestro plan cuenta con servicios de interpretación gratuitos disponibles para responder a las preguntas de los miembros que no hablan inglés. *[If applicable, plans may insert information about the availability of written materials in languages other than English.]* También podemos proporcionarle información en braille, en tamaño de letra grande o en otros formatos alternativos, sin costo alguno, si lo necesita. Debemos proporcionarle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para obtener información sobre nosotros de una manera que sea conveniente para usted, llame a Servicios para los miembros.

Si tiene alguna dificultad para obtener información sobre nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, llámenos para presentar un reclamo ante *[insert plan contact information]*. También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

#### Sección 1.2 Debemos asegurarnos de que tiene acceso oportuno a los medicamentos cubiertos

Tiene derecho a obtener sus medicamentos con receta o a resurtirlos en cualquiera de las farmacias de nuestra red, sin demoras prolongadas. Si usted considera que no está recibiendo los medicamentos de la Parte D dentro de un período razonable, el Capítulo 7 le explica lo que puede hacer.

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

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de sus registros médicos y su información de salud personal. Protegemos su información de salud personal según lo exigido por estas leyes.

* Su información de salud personal incluye la información personal que nos suministró cuando se inscribió en este plan, así como sus registros médicos y otra información médica y de salud.
* Tiene derechos relacionados con su información y el control de cómo se utiliza su información de salud. Le enviamos un aviso por escrito, que se denomina *Notice of Privacy Practice* (*Aviso sobre prácticas de privacidad*), en el que se le informa sobre estos derechos y se le explica cómo protegemos la privacidad de la información de salud.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información de salud?

* Nos aseguramos de que personas no autorizadas no vean ni cambien sus registros.
* Excepto en las situaciones mencionadas a continuación, si tenemos la intención de suministrarle su información de salud a otra persona que no le brinda atención ni paga por ella, *tenemos la obligación de pedirle a usted, o a alguien que tenga el poder legal de tomar decisiones por usted, su autorización por escrito antes de hacerlo.*
* Hay ciertas excepciones que no nos obligan a obtener antes su permiso por escrito. Estas excepciones están permitidas o son exigidas por la ley.
  + Se nos exige dar a conocer información de salud a agencias del gobierno que controlan la calidad de la atención.
  + Dado que usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, se nos requiere proporcionarle a Medicare su información de salud, incluida la información acerca de sus medicamentos con receta de la Parte D. Si Medicare da a conocer su información para investigación u otros usos, esto se hará de acuerdo con las leyes y reglamentaciones federales; en general, esto requiere que no se comparta la información que lo identifica específicamente.

Usted puede ver la información en sus registros y saber cómo ha sido compartida con otros

Usted tiene derecho a ver sus registros médicos conservados en el plan y a obtener una copia de sus registros. Estamos autorizados a cobrarle un cargo por hacer las copias. También tiene derecho a pedirnos que agreguemos información o corrijamos sus registros médicos. Si usted nos pide hacer esto, trabajaremos con su proveedor de atención médica para decidir si los cambios deben realizarse.

Usted tiene derecho a saber cómo se ha compartido su información de salud con otros para fines que no son de rutina.

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su información de salud personal, llame a Servicios para los miembros.

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

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

*[Plans may edit the section to reflect the types of alternate format materials available to plan members and/or language primarily spoken in the plan service area.]*

Como miembro de *[insert 2025 plan name]*, usted tiene derecho a que le brindemos varios tipos de información.

Si desea obtener cualquiera de los siguientes tipos de información, llame a Servicios para los miembros.

* **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera del plan.
* **Información acerca de nuestras farmacias de la red.** Tiene derecho a obtener información sobre las calificaciones de las farmacias de nuestra red y cómo les pagamos a las farmacias de nuestra red.
* **Información acerca de su cobertura y las normas que debe seguir para usarla.** Los Capítulos 3 y 4 proporcionan información sobre la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D
* **Información sobre los motivos por lo que algo no está cubierto y lo que puede hacer al respecto.** El Capítulo 7 proporciona información sobre el pedido de una explicación por escrito de por qué un medicamento de la Parte D no tiene cobertura o si su cobertura tiene algún tipo de restricción. El Capítulo 7 también proporciona información sobre cómo pedirnos que cambiemos una decisión, también llamada apelación.

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

Usted tiene derecho a dar instrucciones sobre lo que debe hacerse si está inhabilitado para tomar decisiones médicas por usted mismo

*[****Note:*** *Plans that would like to provide members with state-specific information about advanced directives, including contact information for the appropriate state agency, may do so.]*

A veces, las personas no pueden tomar decisiones sobre su atención médica por sí solas a causa de algún accidente o enfermedad grave. Usted tiene derecho a decir lo que desea que suceda si está en esta situación. Esto significa que, *si así lo desea*, usted puede hacer lo siguiente:

* Completar un formulario por escrito para otorgarle a **alguien la autoridad legal para tomar decisiones médicas por usted** en caso de que alguna vez no tenga la capacidad de tomar decisiones por sí mismo.
* **Darles a sus médicos instrucciones por escrito** acerca de cómo desea que manejen su atención médica en caso de que no tenga la capacidad para tomar decisiones por sí mismo.

Los documentos legales que puede utilizar para dar sus instrucciones con anticipación en estos casos se denominan **instrucciones anticipadas**. Existen diferentes tipos de instrucciones anticipadas y nombres diferentes para ellas. Los documentos, como el **testamento vital** y el **poder de representación para la atención médica** son ejemplos de instrucciones anticipadas.

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

* **Obtener el formulario.** Puede recibir un formulario de instrucciones anticipadas de su abogado, de un asistente social o puede conseguirlo en algunas tiendas de artículos para oficina. A veces se pueden obtener formularios de instrucciones anticipadas de organizaciones que ofrecen información sobre Medicare. [*Insert if applicable:* También puede comunicarse con Servicios para los miembros para solicitar los formularios.]
* **Completarlo y firmarlo.** Independientemente del lugar donde obtenga este formulario, tenga en cuenta que se trata de un documento legal. Usted debe considerar solicitarle a un abogado que lo ayude a prepararlo.
* **Entregarles copias a las personas pertinentes.** Usted debe entregarles una copia del formulario a su médico y a la persona que nombre en el formulario como la persona responsable de tomar las decisiones por usted si usted no puede. Puede darles copias a algunos amigos cercanos o miembros de la familia. Guarde una copia en casa.

Si sabe con anticipación que deberá hospitalizarse y ha firmado instrucciones anticipadas, **lleve una copia cuando vaya al hospital.**

* El hospital le preguntará si ha firmado un formulario de instrucciones anticipadas y si lo lleva con usted.
* Si no ha firmado un formulario de instrucciones anticipadas, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntarán si desea firmar uno.

**Recuerde, es su elección si desea llenar un formulario de instrucciones anticipadas** (inclusive si desea firmar uno estando en el hospital). Según la ley, nadie puede negarse a brindarle atención ni puede discriminarlo por haber firmado o no instrucciones anticipadas.

¿Qué pasa si sus instrucciones no se siguen?

Si ha firmado instrucciones anticipadas y cree que un médico o el hospital no han respetado las instrucciones que allí se menciona, puede presentar una queja ante *[insert appropriate state-specific agency (such as the State Department of Health)]. [Plans also have the option to include a separate exhibit to list the state-specific agency in all states, or in all states in which the plan is filed, and then should revise the previous sentence to refer to that exhibit.]*

#### Sección 1.6 Usted tiene derecho a presentar quejas y pedirnos reconsiderar decisiones que hayamos tomado

Si tiene algún problema, inquietud o queja y necesita solicitar cobertura o presentar una apelación, el Capítulo 7 de este documento le indica lo que puede hacer. Independientemente de lo que haga, ya sea solicitar una decisión de cobertura, presentar una apelación o una queja, **estamos obligados a tratarlo con imparcialidad**.

#### Sección 1.7 ¿Qué puede hacer si siente que está siendo tratado injustamente o que sus derechos no son respetados?

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

Si siente que no se le ha tratado con imparcialidad o que no se han respetado sus derechos debido a su raza, discapacidad, religión, sexo, salud, origen étnico, 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 TTY 1-800-537-7697, o a la Oficina de Derechos Civiles de su localidad.

¿Se trata de algo diferente?

Si siente que no se le ha tratado con imparcialidad o que sus derechos no han sido respetados, y *no* se trata de discriminación, puede obtener ayuda para tratar el problema que está enfrentando:

* Puede **llamar a Servicios para los miembros**.
* Puede **llamar al Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP).** Para obtener más información, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
* O bien, **puede llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, 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 Servicios para los miembros**.
* Puede **llamar al Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP).** Para obtener más información, 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](http://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf)).
  + También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

### SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan

Lo que tiene que hacer como miembro del plan se enumera a continuación. Si tiene preguntas, llame a Servicios para los miembros.

* **Familiarícese con sus medicamentos cubiertos y las normas que debe seguir para obtenerlos.** Use esta *Evidencia de Cobertura* para obtener información sobre lo que está cubierto y las normas que debe cumplir para obtener los medicamentos cubiertos.
  + Los Capítulos 3 y 4 dan más detalles sobre su cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.
* **Si, además de nuestro plan, tiene otra cobertura para medicamentos con receta, debe comunicárnoslo.** El Capítulo 1 le informa sobre la coordinación de estos beneficios.
* **Dígales a su médico y su farmacéutico que está inscrito en nuestro plan.** Muestre la tarjeta de miembro del plan cada vez que obtenga medicamentos con receta de la Parte D.
* **Permita que sus médicos y otros proveedores lo ayuden dándoles información, haciendo preguntas y realizando un seguimiento de su atención médica.** 
  + Para ayudar a obtener la mejor atención, informe a sus médicos y otros proveedores de salud acerca de sus problemas de salud. Siga las instrucciones y planes de tratamiento que usted y sus médicos acordaron.
  + Asegúrese de que los médicos conozcan todos los medicamentos que está tomando, incluidos los medicamentos de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
  + Si tiene preguntas, no dude en hacerlas y obtener una respuesta que comprenda.
* **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:
  + [*Insert if applicable:* Debe pagar las primas del plan.]

Para la mayoría de sus medicamentos cubiertos por el plan, usted debe pagar su parte del costo al recibir el medicamento. *[Plans that do not disenroll members for non-payment may modify this section as needed.]*

* + Si se le exige pagar una multa por inscripción tardía, debe pagar la multa para seguir siendo miembro del plan.
  + Si debe pagar el monto adicional por la Parte D debido a sus ingresos anuales, debe continuar pagando este monto directamente al gobierno para seguir siendo miembro del plan.
* **Incluso si se muda *dentro* del área de servicio de nuestro plan, debemos estar al tanto** de esto para mantener actualizado su registro de miembro y para saber cómo podemos comunicarnos con usted.
* **Si se muda *fuera* del área de servicio de nuestro plan, no** puede seguir siendo miembro del plan.
* Si se muda, también es importante que se lo comunique al Seguro Social (o a la Junta de jubilación para ferroviarios).

## CAPÍTULO 7: *Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*

*[Plans should ensure that the text or section heading immediately preceding each Legal Terms box is kept on the same page as the box.]*

### SECCIÓN 1 Introducción

#### Sección 1.1 Qué debe hacer si tiene un problema o una inquietud

Este capítulo explica dos tipos de procesos para el manejo de problemas e 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 denominado reclamos.

Ambos procesos han sido autorización por Medicare. Cada proceso tiene un conjunto de normas, procedimientos y plazos que usted y nosotros debemos seguir.

La guía de la Sección 3 lo ayudará a identificar el proceso correcto a seguir y qué debe hacer.

#### Sección 1.2 Acerca de los términos legales

Existe terminología legal para algunas de las normas, procedimientos y tipos de plazos que se explican en este capítulo. Muchos de estos términos son desconocidos para la mayoría de las personas y pueden ser difíciles de entender. Para facilitar las cosas, este capítulo:

* Usa palabras más simples en vez de utilizar ciertos términos legales. Por ejemplo, en este capítulo aparece presentar una queja en lugar de interponer un reclamo, decisión de cobertura en lugar de determinación de cobertura o determinación de riesgo, y organización de revisión independiente en lugar de Entidad de revisión independiente.
* También se evita al máximo el uso de abreviaturas.

No obstante, puede resultarle útil, y, a veces, es bastante importante, conocer los términos legales correctos. Saber qué términos emplear le permitirá comunicarse con mayor claridad para obtener la ayuda o información adecuadas para su situación. Para ayudarlo a saber qué términos utilizar, incluimos términos legales cuando damos los detalles para el manejo de determinados tipos de situaciones.

### SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada

Siempre estamos a su disposición para ayudarlo. Incluso si tiene una queja sobre el trato que le damos, estamos obligados a respetar su derecho a presentar una queja. Por lo tanto, siempre debe comunicarse con el servicio al cliente para obtener ayuda. Pero en algunas situaciones, es posible que también quiera la ayuda o la orientación de alguien que no tenga relación con nosotros. A continuación se presentan dos entidades que pueden ayudarlo.

Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (SHIP)

Cada estado tiene un programa gubernamental con consejeros capacitados. El programa no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los asesores de este programa pueden ayudarlo a comprender el proceso que debe utilizar para tratar el problema que tenga. Además, ellos también pueden responder sus preguntas, darle más información y orientarlo sobre lo que debe hacer.

Los servicios ofrecidos por los asesores del SHIP son gratuitos. *[Plans providing SHIP contact information in an exhibit may revise the following sentence to direct members to it.]* En la Sección 3 del Capítulo 2 de este documento encontrará los números de teléfono y las URL del sitio web.

Medicare

También puede comunicarse con Medicare para obtener ayuda. Para comunicarse con Medicare realice lo siguiente:

* Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
* También puede ingresar en el sitio web de Medicare ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)).

### SECCIÓN 3 ¿Qué proceso debe utilizar para tratar su problema?

Si tiene un problema o una inquietud, solo necesita leer las partes del capítulo que se aplican a su situación. La guía que sigue le será útil.

¿Su problema o inquietud tiene que ver con sus beneficios o cobertura?

Esto incluye los problemas sobre si los medicamentos con receta están cubiertos o no, la forma en que están cubiertos y los problemas relacionados con el pago de los medicamentos con receta.

**Sí.**

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

**No.**

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

DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES

### SECCIÓN 4 Una guía de los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones

#### Sección 4.1 Cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: panorama general

Las decisiones de cobertura y las apelaciones tratan los problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura de medicamentos con receta, incluidos los pagos. Este es el proceso que usted usa para asuntos tales como determinar si un medicamento está cubierto o no y la forma en que está cubierto.

Cómo solicitar decisiones de cobertura antes de recibir los beneficios

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y la cobertura o en relación con el monto que pagaremos por los medicamentos con receta.

Tomamos una decisión de cobertura para usted cada vez que decidimos lo que está cubierto para usted y cuánto tenemos que pagar. En algunos casos, podríamos decidir que el medicamento no está cubierto o que ya no tiene cobertura de Medicare para usted. Si está en desacuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

En circunstancias limitadas, una solicitud de una decisión de cobertura será rechazada, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de cuándo se rechazará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo, o si usted solicita que se retire su solicitud. Si rechazamos una solicitud de una decisión de cobertura, enviaremos un aviso en el que se explicará por qué rechazamos la solicitud y cómo solicitar una revisión de la denegación.

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura, ya sea antes o después de que se reciba un beneficio y usted no está satisfecho, puede *apelar* la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado. En ciertas circunstancias, que analizaremos más adelante, puede solicitar una *apelación rápida* o acelerada de una decisión de cobertura. Su apelación es analizada por revisores distintos a los que tomaron la decisión original.

Cuando apela una decisión por primera vez, esto se denomina apelación de Nivel 1. En este tipo de apelación, revisamos la decisión de cobertura que hemos tomado para comprobar si seguimos todas las normas correctamente. Cuando hayamos completado la revisión, le comunicaremos nuestra decisión.

En circunstancias limitadas, una solicitud de una apelación de Nivel 1 será rechazada, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de cuándo se rechazará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo, o si usted solicita que se retire su solicitud. Si rechazamos una solicitud de apelación de Nivel 1, enviaremos un aviso en el que se explicará por qué rechazamos la solicitud y cómo solicitar una revisión de la denegación.

Si no desestimamos su caso pero rechazamos la totalidad o parte de su apelación de Nivel 1, puede continuar con una apelación de Nivel 2. A la apelación de Nivel 2 la evalúa una organización de revisión independiente que no está conectada con nuestro plan. (Las apelaciones de la Parte D se analizan más adelante en la Sección 5 de este capítulo). Si no está satisfecho con la decisión de la apelación de Nivel 2, es posible que pueda avanzar a niveles adicionales de apelación (la Sección 6 de este capítulo explica los procesos de apelación de Nivel 3, 4 y 5).

#### Sección 4.2 Cómo obtener ayuda cuando está pidiendo una decisión de cobertura o presentando una apelación

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

* **Puede llamarnos a Servicios para los miembros**.
* **Puede obtener ayuda gratuita** de su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico.
* **Su médico u otra persona autorizada a dar recetas pueden realizar la solicitud por usted.** Para los medicamentos con receta de la Parte D, su médico u otra persona autorizada a dar recetas puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si se deniega su apelación de Nivel 1, su médico o persona autorizada a dar recetas puede solicitar una apelación de Nivel 2.
* **Puede solicitar que alguien actúe en su nombre.** Si así lo desea, puede designar 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, pariente u otra persona sea su representante, llame a Servicios para los miembros y pida el formulario *de Nombramiento 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](http://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf) [*plans may also insert:* o en nuestro sitio web en *[insert website or link to form]*]). El formulario autoriza a esa persona a actuar en su nombre. El formulario debe estar firmado por usted y por la persona que usted desea que actúe en su nombre. Usted debe darle al plan una copia del formulario firmado.
  + Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos terminar nuestra revisión si no lo recibimos. Si no recibimos el formulario antes de nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación, su solicitud de apelación será rechazada. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito en el que se explicará su derecho de pedirle a una organización de revisión independiente que revise nuestra decisión de rechazar su apelación.
* **También tiene derecho a contratar a un abogado.** Puede comunicarse con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado del colegio de abogados local u otro servicio de remisión. También existen grupos que le proporcionarán servicios legales gratuitos si usted reúne los requisitos. Sin embargo, **no es obligatorio que contrate a un abogado** para que pida algún tipo de decisión de cobertura o la apelación de una decisión.

### SECCIÓN 5 Medicamentos con receta de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

#### Sección 5.1 Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para recibir un medicamento de la Parte D o si quiere que le reembolsemos un medicamento de la Parte D

Los beneficios incluyen la cobertura para muchos medicamentos con receta. Para estar cubierto, su medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. (Para obtener información sobre una indicación médicamente aceptada, consulte el Capítulo 3). Para obtener detalles sobre los medicamentos, las normas, las restricciones y los costos de la Parte D, consulte los Capítulos 3 y 4.

* **En esta sección se tratan solamente sus medicamentos de la Parte D.** Para simplificar las cosas, en general, hablaremos de *medicamento* en el resto de esta sección en lugar de repetir cada vez las expresiones *medicamento con receta cubierto para pacientes externos* o *medicamento de la Parte D*. También usamos 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 normas, puede preguntarnos. Algunos medicamentos requieren que obtenga nuestra aprobación antes de que los cubramos.
* Si su farmacia le dice que su receta no puede presentarse como está escrita, la farmacia le dará un aviso por escrito en el que se explica cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.

Decisiones y apelaciones de cobertura de la Parte D

| **Término Legal** |
| --- |
| Una decisión de cobertura inicial sobre los medicamentos de la Parte D se denomina una **determinación de cobertura**. |

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y la cobertura o con relación al monto que pagaremos por los medicamentos. Esta sección le indica lo que puede hacer si se encuentra en cualquiera de las situaciones siguientes:

* Solicitar que cubramos un medicamento de la Parte D que no figura en la *Lista de medicamentos cubiertos* del plan. **Solicitar una excepción. Sección 5.2**
* Pedirnos que no apliquemos una restricción a la cobertura del plan para un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede obtener, autorizaciones previas o el requisito de probar primero otro medicamento) **Pedir una excepción. Sección 5.2**
* *[Plans with a formulary structure (e.g., no tiers) that does not allow for tiering exceptions: omit this sentence]*Pedirnos pagar un monto de costo compartido menor por un medicamento cubierto en un nivel de costo compartido mayor. **Solicitar una excepción. Sección 5.2**
* Solicitar una aprobación previa para un medicamento. **Solicitar una decisión de cobertura Sección 5.4**
* Pagar por un medicamento con receta que ya ha comprado. **Pedirnos un reembolso. Sección 5.4**

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

Esta sección le indica cómo pedir decisiones de cobertura y cómo solicitar una apelación.

#### Sección 5.2 ¿Qué es una excepción?

| **Términos legales** |
| --- |
| Pedir cobertura para un medicamento que no está en la Lista de medicamentos se denomina, en ocasiones, **excepción al Formulario.**  Pedir la eliminación de una restricción de cobertura para un medicamento se denomina, en ocasiones, **excepción al Formulario**.  Pedir pagar un precio inferior por un medicamento no preferido cubierto se denomina, en ocasiones, pedir una **excepción de nivel**. |

Si un medicamento no está cubierto de la forma que a usted le gustaría que estuviese cubierto, puede pedirnos que hagamos una *excepción*. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura.

Para que consideremos su solicitud de excepción, su médico o la persona autorizada a dar recetas tendrán que explicar las razones médicas por las que necesita que se apruebe la excepción. Estos son [*insert as applicable:* dos *OR* tres] ejemplos de excepciones que usted, su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden pedirnos que hagamos:

1. **Cubrir un medicamento de la Parte D para usted que no figura en nuestra Lista de medicamentos.** Si aceptamos cubrir un medicamento que no figura en la Lista de medicamentos, deberá pagar el monto de costo compartido que se aplique a [*insert as appropriate:* todos nuestros medicamentos *OR* los medicamentos en *[insert exceptions tier]* *OR* los medicamentos en *[insert exceptions tier]* para los medicamentos de marca o *[insert exceptions tier]* para los medicamentos genéricos]. No puede solicitar que hagamos una excepción respecto del monto de costo compartido que usted debe pagar por el medicamento.
2. **Eliminar una restricción de un medicamento cubierto.** El Capítulo 3 describe las normas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos en nuestra “Lista de Medicamentos”. *[Plans with a formulary structure (e.g., no tiers) that does not allow for tiering exceptions: omit this bullet]* Si aceptamos hacer una excepción y no le aplicamos una restricción a usted, puede solicitar una excepción al monto del costo compartido que usted debe pagar por el medicamento.
3. *[Plans with a formulary structure (e.g., no tiers) that does not allow for tiering exceptions: omit this section.]* **Cambiar la cobertura de un medicamento a un nivel de costo compartido inferior.** Todos los medicamentos de nuestra Lista de medicamentos se encuentran en uno de los *[insert number of tiers]* niveles de costo compartido. En general, cuanto más bajo sea el nivel de costo compartido, menor será el monto que le corresponda pagar del costo del medicamento.

* Si nuestra Lista de medicamentos tiene medicamentos alternativos para tratar su afección que se encuentran en un nivel de costo compartido más bajo que el de su medicamento, puede pedirnos que cubramos su medicamento al monto de costo compartido que corresponda a los medicamentos alternativos.
* *[Plans that have a formulary structure where all of the biological products are on one tier or that do not limit their tiering exceptions in this way: omit this bullet]* Si el medicamento que está tomando es un producto biológico, puede pedirnos que cubramos su medicamento a un monto de costo compartido más bajo. Este sería el nivel más bajo que contiene alternativas de productos biológicos para tratar su afección.
* *[Plans that do not limit their tiering exceptions in this way; omit this bullet]* Si el medicamento que está tomando es un medicamento de marca, puede pedirnos que cubramos su medicamento al monto de costo compartido que corresponda al nivel más bajo que contenga alternativas de marca para tratar su afección.
* *[Plans that do not limit their tiering exceptions in this way; omit this bullet]* Si el medicamento que está tomando es un medicamento genérico, puede pedirnos que cubramos su medicamento al monto de costo compartido que corresponda al nivel más bajo que contenga alternativas genéricas o de marca para tratar su afección.
* [*If the plan designated one of its tiers as a specialty tier and is exempting that tier from the exceptions process, include the following language:* No puede pedirnos que cambiemos el nivel de costo compartido para ningún medicamento en *[insert tier number and name of tier designated as the high-cost/unique drug tier]*.]
* Si aprobamos su solicitud para una excepción de nivel y hay más de un nivel de costo compartido más bajo con medicamentos alternativos que no puede tomar, generalmente pagará el monto más bajo.

#### Sección 5.3 Aspectos importantes que debe saber acerca de pedir excepciones

Su médico debe explicarnos las razones médicas

Su médico o la persona autorizada a dar recetas deben darnos una declaración que explique las razones médicas para solicitar una excepción. Para que tomemos la decisión más rápido, incluya esta información médica de su médico o de la persona autorizada a dar recetas cuando pida la excepción.

Generalmente, la Lista de medicamentos incluye más de un medicamento para tratar una afección en particular. Estas posibilidades diferentes se denominan medicamentos *alternativos*. Si un medicamento alternativo da el mismo resultado que el medicamento que está solicitando y no produce más efectos secundarios ni otros problemas de salud, en general no aprobaremos su solicitud de una excepción. *[Plans with a formulary structure (e.g., no tiers) that does not allow for tiering exceptions: omit this statement]* Si nos solicita una excepción de nivel, en general, no aprobaremos su solicitud de una excepción, a menos que todos los medicamentos alternativos del nivel de costo compartido más bajo no funcionen igual para usted o es probable que provoquen una reacción adversa u otro daño.

Podemos aceptar o rechazar su solicitud

* Si aprobamos su solicitud de una excepción, nuestra aprobación normalmente es válida hasta el final del año del plan. Y será válida mientras su médico siga recetándole el medicamento y mientras ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su afección.
* Si rechazamos su solicitud, puede pedir otra revisión mediante la presentación de una apelación.

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

| **Término Legal** |
| --- |
| Una *decisión de cobertura rápida* se denomina una **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 recibida la declaración de su médico. Las **decisiones de cobertura rápida** se toman en un plazo de **24 horas** después de recibida la declaración de su médico.

***Si su salud lo requiere, pídanos que tomemos una decisión de cobertura rápida.* Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir dos requisitos:**

* Debe estar pidiendo un *medicamento que aún no ha recibido.* (No puede solicitar una decisión de cobertura rápida para que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró).
* El hecho de usar los plazos estándares podría *afectarle de forma grave o perjudicar su capacidad física.*
* **Si su médico o la persona autorizada a dar recetas nos indican que su salud requiere una decisión de cobertura rápida, le daremos automáticamente una decisión de cobertura rápida.**
* **Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta, sin el respaldo de su médico ni de otra persona autorizada a dar recetas, decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta en la que se indique lo siguiente:
* Que usaremos los plazos estándar.
* Explica que si su médico u otra persona autorizada a dar recetas pide la decisión de cobertura rápida, automáticamente se la proporcionaremos.
* Le indica cómo puede presentar una *queja rápida* sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó. Responderemos a su queja en un plazo de 24 horas desde su recepción.

Paso 2: Solicitar una decisión de cobertura estándar o una decisión de cobertura rápida.

Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o brindemos cobertura para la los medicamentos con receta que desea. También puede acceder al proceso de decisiones de cobertura a través de nuestro sitio web. Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito, incluida una solicitud enviada en el formulario de *solicitud de determinación de cobertura modelo de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid* (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) [*insert if applicable:* o en nuestro formulario del plan], el cual/los cuales [*insert if applicable:* está disponible *OR* están disponibles] en nuestro sitio web *[insert direct URL]*. El Capítulo 2 contiene información de contacto. *[Plans that allow members to submit coverage determination requests electronically through, for example, a secure member portal may include a brief description of that process.*] Para ayudarnos a procesar su solicitud, asegúrese de incluir su nombre, la información de contacto y la información que identifica la reclamación denegada por la que se está apelando.

Usted, su médico (u otra persona autorizada a dar recetas) o su representante pueden hacer esto. También puede contratar a un abogado para que actúe en su nombre. La Sección 4 de este capítulo le indica cómo puede darle permiso por escrito a alguien para que actúe como su representante.

* **Si solicita que se haga una excepción, proporcione la *declaración de respaldo***, que es el motivo médico de la excepción. Su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden enviarnos la declaración por fax o correo. O su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden llamarnos por teléfono y hacer un seguimiento mediante el envío de la declaración escrita, ya sea por fax o por correo, si fuera necesario.

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

Plazos para una decisión de cobertura rápida

* En general, debemos darle una respuesta **en un plazo de 24 horas** después de recibida su solicitud.
  + En el caso de las excepciones, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas después de recibida la declaración de respaldo de su médico de su solicitud. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
  + Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.
* **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 24 horas después de recibida su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
* **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud. Además, le diremos cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una decisión de cobertura estándar sobre un medicamento que aún no ha recibido

* En general, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas** después de recibida su solicitud.
  + En el caso de las excepciones, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibida la declaración de respaldo de su médico de su solicitud. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
  + Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.
* **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos **brindar la cobertura** que aceptamos proporcionar **en un plazo de 72 horas** después de recibida su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
* **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud. Además, le diremos cómo puede apelar nuestra decisión.

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

* Debemos darle una respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.
  + Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.
* S**i aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, también debemos pagarle en un plazo de 14 días calendario después de haber recibido su solicitud.
* **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud. Además, le diremos cómo puede apelar nuestra decisión.

Paso 4: Si rechazamos su solicitud de cobertura, puede presentar una apelación.

* Si rechazamos su solicitud, usted tiene derecho a pedirnos reconsiderar la decisión mediante la presentación de una apelación. Esto significa hacer otro intento para obtener la cobertura de medicamento que quiere. Si presenta una apelación, significa que está avanzando 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 de un medicamento de la Parte D se llama **redeterminación**.  Una *apelación rápida* también se denomina **redeterminación acelerada**. |

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

Generalmente, una apelación estándar se realiza dentro de los 7 días calendario. Generalmente, una apelación rápida se realiza dentro de las 72 horas. Si su salud lo requiere, pídanos una apelación rápida.

* Si va a apelar una decisión tomada por nosotros acerca de un medicamento que aún no ha recibido, usted y su médico o la persona autorizada a dar recetas tendrán que 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 aparecen en la Sección 5.4 de este capítulo.

Paso 2: Usted, su representante, su médico u otra persona autorizada a dar recetas debe contactarse con nosotros y presentar una apelación de Nivel 1. Si su salud exige una respuesta rápida, debe solicitar una apelación rápida.

* **En el caso de las apelaciones estándar, envíe una solicitud por escrito.** [*If the plan accepts oral requests for standard appeals, insert:* o llámenos.]El Capítulo 2 contiene información de contacto.
* **En el caso de las apelaciones rápidas, envíe su apelación por escrito o llámenos al** (*[insert phone number]*). El Capítulo 2 contiene información de contacto.
* **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito**, incluida una solicitud enviada en el formulario de solicitud de redeterminación modelo de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS), que está disponible en nuestro sitio web *[insert direct URL]*. Asegúrese de incluir su nombre, la información de contacto y la información sobre su reclamación para ayudarnos a procesar su solicitud.
* *[Plans that allow members to submit appeal requests electronically through, for example, a secure member portal may include a brief description of that process.]*
* **Debe realizar su solicitud de apelación en el plazo de 65 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta a la decisión de cobertura. Si se vence este plazo y tiene una buena razón para haberlo dejado vencer, explique la razón por la cual se demoró su apelación cuando la presente. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de una causa justificada pueden incluir una enfermedad muy grave que le impidió contactarnos o si le brindamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
* **Puede pedir una copia de la información de su apelación y añadir más información.** Usted y su médico pueden agregar información adicional para sustentar su apelación. [*If a fee is charged, insert:* Se nos permite cobrar un cargo por copiar y enviarle esta información.]

Paso 3: Evaluamos su apelación y le damos una respuesta.

* Cuando nuestro plan revisa su apelación, hacemos otra revisión cuidadosa de toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud.
* Es posible que nos comuniquemos con su médico o la persona autorizada a dar recetas para obtener más información.

Plazos para una apelación rápida

* En el caso de las apelaciones rápidas, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación**. Le daremos una respuesta más rápido si su salud así lo requiere.
  + Si no le damos una respuesta en el plazo de 72 horas, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente. La Sección 5.6 explica el Nivel 2 del proceso de apelación.
* **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación.
* **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una apelación estándar sobre un medicamento que aún no ha recibido

* En el caso de las apelaciones estándar, debemos darle una respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de haber recibido su apelación. Le comunicaremos nuestra decisión antes si aún no ha recibido el medicamento y su estado de salud así lo exige.
  + Si no le comunicamos nuestra decisión en el plazo de 7 días calendario, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente. La Sección 5.6 explica el Nivel 2 del proceso de apelación.
* **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos brindar la cobertura tan rápido como lo requiera su salud, pero nunca después de **7 días calendario** de recibida su apelación.
* **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

***Plazos para una apelación estándar sobre el pago de un medicamento que ya compró***

* Debemos darle una respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.
  + Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.
* **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, también debemos pagarle en un plazo de 30 días calendario después de haber recibido su solicitud.
* **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud. Además, le diremos cómo puede apelar nuestra decisión.

Paso 4: Si rechazamos su apelación, usted decidirá si quiere continuar con el procedimiento de apelaciones y presentar *otra* apelación.

* Si decide presentar otra apelación, significa que su apelación se enviará al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

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

| **Término Legal** |
| --- |
| El nombre formal para la *organización de revisión independiente* es **Entidad de revisión independiente**. A veces se la denomina **IRE** (del inglés “Independent Review Entity”). |

**La organización de revisión independiente es una organización independiente que contrata Medicare.** No está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización determina si la decisión que tomamos es correcta o debe ser cambiada. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Usted (o su representante, médico u otra persona autorizada a dar recetas) debe comunicarse con la organización de revisión independiente y pedir una revisión de su caso.

* Si rechazamos su apelación del Nivel 1, el aviso escrito que le enviaremos incluirá **instrucciones para presentar una apelación del Nivel 2** ante la organización de revisión independiente. Estas instrucciones le indicarán quién puede presentar esta apelación de Nivel 2, qué plazos deberá 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 con respecto a la determinación de **riesgo** según nuestro programa de administración de medicamentos, enviaremos automáticamente su reclamación a la IRE.
* Le enviaremos a esta organización la información que tengamos sobre su apelación. A esta información se la denomina su **archivo de caso**. **Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de su archivo de caso**. [*If a fee is charged, insert:* Se nos permite cobrar un cargo por copiar y enviarle esta información.]
* Usted tiene derecho a proporcionarle a la organización de revisión independiente información adicional para sustentar su apelación.

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

* Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

Plazos para una apelación rápida

* Si su salud lo requiere, pida a la organización de revisión independiente una *apelación rápida*.
* Si la organización acepta darle una *apelación rápida*, dicha organización debe comunicarle su respuesta a la apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud de apelación.

Plazos para una apelación estándar

* En el caso de las apelaciones estándar, la organización de revisión debe comunicarle su respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación si es por un medicamento que aún no ha recibido. Si solicita que le reembolsemos 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 haber recibido su solicitud.

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

***En el caso de las apelaciones rápidas:***

* **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos brindar la cobertura para medicamentos que aprobó la organización de revisión **en un plazo de 24 horas** después de recibida la decisión de parte de dicha organización.

***En el caso de las apelaciones estándar:***

* **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de su solicitud de cobertura**, debemos **brindar la cobertura para medicamentos** que aprobó la organización de revisión **en un plazo de 72 horas** después de recibida la decisión de parte de dicha organización.
* **Si la organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de su solicitud de reembolso** del costo de un medicamento que ya compró, debemos **enviarle el pago en un plazo de 30 días calendario** después de recibida la decisión de parte de dicha organización.

¿Qué sucede si la organización de revisión rechaza su apelación?

**Si esta organización rechaza una parte o la totalidad de su apelación**, significa que están de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar la solicitud (o parte de ella). (Esto se llama *confirmar la decisión*. También se denomina *rechazar su apelación*). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta para lo siguiente:

* Explique su decisión.
* Notificarle sobre el derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita alcanza cierto mínimo. Si el valor en dólares de la cobertura para medicamentos que está solicitando es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación y la decisión del Nivel 2 es final.
* Le indicará el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelaciones.

Paso 4: Si su caso reúne los requisitos, puede elegir si desea continuar con su apelación.

* Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (el total es de cinco niveles de apelación).
* Si desea continuar con una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
* La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez administrativo o un mediador. La Sección 6 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

### SECCIÓN 6 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más allá

#### Sección 6.1 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y Nivel 2, y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor del medicamento sobre el que ha apelado cumple con un monto en dólares determinado, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si el monto en dólares es menor, no puede seguir apelando. La respuesta escrita que usted reciba para su apelación de Nivel 2 explicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los tres últimos niveles de apelación funcionan más o menos de la misma manera. La revisión de su apelación la gestionan estas personas en cada uno de estos niveles.

**Apelación de Nivel 3 Un juez administrativo o un mediador que trabaja para el gobierno federal** revisará su apelación y le dará una respuesta.

* **Si su apelación se acepta, el proceso de apelaciones habrá terminado.** Debemos **autorizar o brindar la cobertura para medicamentos** que fue aprobada por el juez administrativo o mediador **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago, a más tardar, dentro de los 30 días calendario** después de recibir la decisión.
* **Si el juez administrativo o mediador rechaza su apelación, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *no*.**
  + Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
  + Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le indicará qué hacer para una apelación de Nivel 4.

**Apelación de Nivel 4** El **Consejo de Apelaciones de Medicare (el Consejo)** revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

* **Si su apelación se acepta, el proceso de apelaciones habrá terminado.** Debemos **autorizar o brindar la cobertura para medicamentos** que fue aprobada por el Consejo **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago, a más tardar, dentro de los 30 días calendario** después de recibir la decisión.
* **Si su apelación se rechaza, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *no*.** 
  + Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
  + Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación o rechaza su solicitud para revisar la apelación, el aviso le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5. También se le indicará con quién comunicarse y qué hacer a continuación si decide seguir con su apelación.

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

* 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 tras el Tribunal Federal de Primera Instancia.

PRESENTAR QUEJAS

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

#### Sección 7.1 ¿Qué tipos de problemas se tratan en el proceso de quejas?

El proceso de quejas se utiliza *solo* para ciertos tipos de problemas. Entre ellos se incluyen los problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente. A continuación, encontrará algunos ejemplos de los tipos de problemas que pueden gestionarse a través del proceso de quejas.

| Queja | Ejemplo |
| --- | --- |
| **Calidad de su atención médica** | * ¿No está satisfecho con la calidad de atención que ha recibido? |
| **Respeto de su privacidad** | * ¿Alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial? |
| **Falta de respeto, mal servicio al cliente u otro comportamiento negativo** | * ¿Alguien ha sido descortés o le ha faltado el respeto? * ¿No está satisfecho con nuestros Servicios para los miembros? * ¿Le parece que lo están alentando a dejar nuestro plan? |
| **Tiempos de espera** | * ¿Ha tenido que esperar demasiado a los farmacéuticos? ¿O ha tenido que esperar demasiado por Servicios para los miembros u otro personal de nuestro plan?   + Entre los ejemplos se incluye esperar demasiado al teléfono, en la sala de espera, o cuando le van a dar una receta. |
| **Limpieza** | * ¿No está satisfecho con la limpieza o el estado de una farmacia? |
| **Información que obtiene de nosotros** | * ¿No le dimos un aviso requerido? * ¿Es nuestra información escrita difícil de entender? |
| **Puntualidad**  (Estos tipos de quejas se relacionan con lo *oportuno* de nuestras medidas relacionadas con las decisiones de cobertura y las apelaciones) | Si ha pedido una decisión de cobertura o presentado una apelación y le parece que no estamos respondiendo lo suficientemente rápido, puede presentar una queja por nuestra lentitud. Estos son algunos ejemplos:   * Ha pedido que le demos una *decisión de cobertura rápida* o una *apelación rápida*, y le hemos dicho que no; puede presentar una queja. * Usted cree que no cumplimos con los plazos para decisiones de cobertura o apelaciones; puede presentar una queja. * Usted cree que no cumplimos con los plazos de cobertura o reembolso de ciertos medicamentos que fueron aprobados; puede presentar una queja. * Cree que no cumplimos con los plazos requeridos para enviar su caso a la organización de revisión independiente; puede presentar una queja. |

#### Sección 7.2 Cómo presentar una queja

| **Términos legales** |
| --- |
| * Una **queja** también se denomina **reclamo**. * **Presentar una queja** también se denomina **interponer un reclamo**. * **Usar el proceso para quejas** también se denomina **usar el proceso para interponer un reclamo**. * Una **queja rápida** también se denomina **reclamo acelerado**. |

#### Sección 7.3 Paso a paso: Presentación de una queja

Paso 1: Comuníquese con nosotros de inmediato, ya sea por escrito o por teléfono.

* **Habitualmente, el primer paso consiste en llamar a Servicios para los miembros.** Si debe hacer algo más, Servicios para los miembros se lo indicará.
* **Si no desea llamar (o si llamó y no quedó satisfecho), puede presentar su queja por escrito y enviárnosla.** Si presentó su queja por escrito, le responderemos por escrito.
* *[Insert description of the procedures (including time frames) and instructions about what members need to do if they want to use the process for making a complaint. Describe expedited grievance time frames for grievances about decisions to not conduct expedited organization/coverage determinations or reconsiderations/redeterminations.]*
* El **plazo** para presentar una queja es de 60 días calendario desde el momento en que tuvo el problema por el que desea presentar la queja.

Paso 2: Analizaremos su queja y le daremos una respuesta.

* **De ser posible, le daremos una respuesta de inmediato.** Si nos llama por una queja, tal vez podamos darle una respuesta durante esa misma llamada telefónica.
* **La mayoría de las quejas se responden dentro de los 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora es para su conveniencia o si usted pide más tiempo, podemos demorar hasta 14 días calendario más (44 días calendario en total) en responder a su queja. Si decidimos tomar días adicionales, se lo notificaremos por escrito.
* **Si presenta una queja porque se rechazó su solicitud de una *decisión de cobertura rápida o una apelación rápida*, automáticamente le concederemos una *queja rápida*.** Si se le ha concedido una *queja rápida*, quiere decir que le daremos **una respuesta en un plazo de 24 horas**.
* **Si no estamos de acuerdo** con la totalidad o una parte de la queja o si no nos hacemos responsables por el problema del que se está quejando, incluiremos las razones en nuestra respuesta.

#### Sección 7.4 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención a la Organización para la mejora de la calidad

Cuando su queja es sobre la *calidad de la atención*, también tiene dos opciones adicionales:

* **Puede presentar su queja directamente a la Organización para la mejora de la calidad.** La Organización para la mejora de la calidad es un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica a los que el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare. El Capítulo 2 contiene información de contacto.

*O bien*

* **Puede presentar su queja ante la Organización para la mejora de la calidad y ante nosotros al mismo tiempo.**

#### Sección 7.5 También puede informarle a Medicare acerca de su queja

Puede presentar una queja sobre *[insert 2025 plan name]* directamente a Medicare. Para presentar una queja ante Medicare ingrese en [www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx](http://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx). También puede llamar al 1‑800‑MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

## CAPÍTULO 8: *Cancelación de su membresía en el plan*

### SECCIÓN 1 Introducción a cómo cancelar su membresía en nuestro plan

Cancelar su membresía en *[insert 2025 plan name]* puede ser de forma **voluntaria** (su elección) o **involuntaria** (cuando no es su elección):

* Es posible que deje nuestro plan porque ha decidido que *quiere* dejarlo. Las Secciones 2 y 3 brindan información sobre cómo cancelar su membresía voluntariamente.
* También hay situaciones limitadas en las que nos vemos obligados a cancelar su membresía. La Sección 5 describe situaciones en las que podemos cancelar su membresía.

Si está dejando nuestro plan, nuestro plan debe continuar proporcionando los medicamentos con receta y seguirá pagando la parte que le corresponde de los costos hasta que finalice su membresía.

### SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan?

#### Sección 2.1 Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción anual

Puedecancelar su membresía en nuestro plan durante el **Período de inscripción anual** (también conocido como el *Período de inscripción abierta anual*). Durante este tiempo, revise su cobertura de salud y medicamentos y decida sobre la cobertura para el próximo año.

* **El Período de inscripción anual es del** 15 de octubre al 7 de diciembre.
* Elija mantener su cobertura actual o hacer cambios en su cobertura para el próximo año. Si decide cambiar a un nuevo plan, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
  + Otro plan de medicamentos con receta de Medicare.
  + Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare,
  + Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
    - Si elige esta opción, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar de la inscripción automática.
  + *O bien*, un plan de salud de Medicare. Un plan de salud de Medicare es un plan ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindarle todos los beneficios de la Parte A (hospital) y la Parte B (médicos) de Medicare. Algunos planes de salud de Medicare también incluyen la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.

Si se inscribe en la mayoría de los planes de salud de Medicare, se cancelará su inscripción en *[insert 2025 plan name]* cuando comience la cobertura de su nuevo plan. Sin embargo, si elige un plan privado de pago por servicio sin la cobertura para medicamentos de la Parte D, un plan de cuenta de ahorro para gastos médicos de Medicare, o un plan Medicare Cost, puede inscribirse en ese plan y mantener *[insert 2025 plan name]* para su cobertura para medicamentos. Si usted no desea mantener nuestro plan, puede elegir inscribirse en otro plan de medicamentos con receta de Medicare o dejar la cobertura para medicamentos con receta de Medicare.

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

**Nota:** Si cancela su inscripción en un plan de medicamentos con receta de Medicare y no tiene otra cobertura acreditable para medicamentos con receta durante 63 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía para inscribirse más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.

#### Sección 2.2 En ciertas situaciones, puede cancelar su membresía durante un Período de inscripción especial

En determinadas situaciones, los miembros de *[insert 2025 plan name]* pueden ser elegibles para cancelar su membresía en otro momento del año. Esto se conoce como **Período de inscripción especial**.

**Puede ser elegible para cancelar su membresía durante el Período de inscripción especial** si alguna de las siguientes situaciones aplica a usted. Estos son solo ejemplos. Para obtener la lista completa, puede comunicarse con el plan, llamar a Medicare o visitar el sitio web de Medicare ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)):

* Si se mudó fuera del área de servicio del plan.
* *[Revise bullet to use state-specific name, if applicable]* Si tiene Medicaid.
* Si es elegible para “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos con receta de Medicare.
* Si rompemos nuestro contrato con usted.
* Si está recibiendo atención en una institución, como un centro de cuidados o un hospital de atención a largo plazo (Long-Term Care, LTC).
* [*Plans in* *states with PACE, insert:* Si está inscrito en el Programa de atención integral para las personas de edad avanzada (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE). [*National or multi-state plans when there is variability in the availability of PACE insert:* (El PACE no está disponible en todos los estados. Si desea saber si el PACE está disponible en su estado, comuníquese con Servicios para los miembros).]]
* [**Note**: If you’re in a drug management program, you may not be able to change plans. Chapter 3, Section 10 tells you more about drug management programs.]

**Los períodos de tiempo de inscripción varían** según cada caso.

**Para saber si es elegible para un Período de inscripción especial**, llame a Medicare al 1‑800‑MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si es elegible para cancelar su membresía debido a una situación especial, puede elegir cambiar tanto su cobertura de salud como su cobertura para medicamentos con receta de Medicare. Puede elegir entre lo siguiente:

* Otro plan de medicamentos con receta de Medicare.
* *O bien*, Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.

**Nota:** Si cancela su inscripción en una cobertura de medicamentos con receta de Medicare y no tiene otra cobertura acreditable para medicamentos con receta durante 63 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D para inscribirse más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.

**Si usted recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos con receta:** Si se pasa a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos con receta de Medicare distinto, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar de la inscripción automática.

* + *O bien*, un plan de salud de Medicare. Un plan de salud de Medicare es un plan ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindarle todos los beneficios de la Parte A (hospital) y la Parte B (médicos) de Medicare. Algunos planes de salud de Medicare también incluyen la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.
* Si se inscribe en la mayoría de los planes de salud de Medicare, automáticamente se cancelará su inscripción en *[insert 2025 plan name]* cuando comience la cobertura de su nuevo plan. Sin embargo, si elige un plan privado de pago por servicio sin la cobertura para medicamentos de la Parte D, un plan de cuenta de ahorro para gastos médicos de Medicare, o un plan Medicare Cost, puede inscribirse en ese plan y mantener *[insert 2025 plan name]* para su cobertura para medicamentos. Si usted no desea mantener nuestro plan, puede elegir inscribirse en otro plan de medicamentos con receta de Medicare o dejar la cobertura para medicamentos con receta de Medicare.

**Su membresía se cancelará normalmente** el primer día del mes después de que recibamos su solicitud para cambiar su plan.

#### Sección 2.3 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía?

Si tiene alguna pregunta sobre cómo finalizar su membresía, puede hacer lo siguiente:

* **Llame a Servicios para los miembros**.
* Encuentre la información en el manual ***Medicare & You 2025* (*Medicare y Usted 2025*).**
* Comuníquese con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. (TTY 1-877-486-2048).

### SECCIÓN 3 ¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan?

La siguiente tabla explica cómo debe cancelar su membresía en nuestro plan.

| Si desea cambiar de nuestro plan a: | Esto es lo que debe hacer: |
| --- | --- |
| * Otro plan de medicamentos con receta de Medicare. | * Inscribirse en un nuevo plan de medicamentos con receta de Medicare entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. * Su inscripción en el plan *[insert 2025 plan name]* se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura del nuevo plan. |
| * Un plan de salud de Medicare. | * Inscribirse en el plan de salud de Medicare antes del 7 de diciembre. En la mayoría de los planes de salud de Medicare, automáticamente se cancelará su inscripción en *[insert 2025 plan name]* cuando comience la cobertura de su nuevo plan. * Sin embargo, si elige un plan privado de pago por servicio sin la cobertura para medicamentos de la Parte D, un plan de cuenta de ahorro para gastos médicos de Medicare, o un plan Medicare Cost, puede inscribirse en ese nuevo plan y mantener *[insert 2025 plan name]* para cobertura para medicamentos. Si desea dejar nuestro plan, debe inscribirse en otro plan de medicamentos con receta de Medicare o solicitar la cancelación de su inscripción. Para solicitar la cancelación de su inscripción, debe enviarnos una solicitud por escrito (póngase en contacto con Servicios para los miembros si necesita más información sobre cómo hacer esto) o ponerse en contacto con Medicare al 1‑800‑MEDICARE (1‑800‑633‑4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). |
| * Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare. | * **Envíenos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción a**[*insert if organization has complied with CMS guidelines for online disenrollment* o visite nuestro sitio web para cancelar la inscripción en línea].Si necesita más información sobre cómo hacer esto, comuníquese con Servicios para los miembros. * También puede comunicarse con **Medicare** llamando al 1-800-MEDICARE (1‑800‑633‑4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana y solicitar que le cancelen su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. |

### SECCIÓN 4 Hasta que se cancele su membresía, debe seguir recibiendo sus medicamentos a través de nuestro plan

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

* **Continúe usando las farmacias de nuestra red** *[insert if appropriate* ***or mail order****]* **para obtener sus medicamentos con receta.**

### SECCIÓN 5 *[Insert 2025 plan name]* debe cancelar su membresía en el plan en ciertas situaciones

#### Sección 5.1 ¿Cuándo debemos cancelar su membresía en el plan?

***[Insert 2025 plan name]* debe cancelar su membresía en el plan si ocurre cualquiera de los siguientes casos:**

* Si ya no tiene la Parte A o la Parte B de Medicare (o ninguna de las dos).
* Si se muda fuera del área de servicio.
* Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio durante más de 12 meses.
  + Si se muda o realiza un viaje largo, llame a Servicios para los miembros para averiguar si el lugar al que se muda o al que viaja está en el área de nuestro plan.
* Si es encarcelado (va a prisión).
* Si ya no es ciudadano de los Estados Unidos o no está legalmente presente en los Estados Unidos.
* Si miente o encubre información sobre otro seguro que tenga que le proporciona cobertura para medicamentos con receta.
* *[Omit if not applicable]* Si intencionalmente nos da información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad en nuestro plan. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
* *[Omit bullet if not applicable]* Si permanentemente se comporta de una manera que es perturbadora y nos dificulta la tarea de brindarles atención a usted y a otros miembros del plan. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
* *[Omit bullet and sub-bullet if not applicable]* Si deja que otra persona use su tarjeta de miembro para obtener medicamentos con receta. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
  + Si cancelamos su membresía por esta razón, es posible que Medicare haga que el Inspector general investigue su caso.
* *[Omit bullet and sub-bullet if not applicable. Plans with different disenrollment policies for dual eligible members and/or members with LIS who do not pay plan premiums must edit these bullets as necessary to reflect their policies. Plans with different disenrollment policies must be very clear as to which population is excluded from the policy to disenroll for failure to pay plan premiums.]* Si no paga las primas del plan durante *[insert length of grace period, which cannot be less than 2 calendar months]*.
  + Debemos notificarle por escrito que tiene *[insert length of grace period, which cannot be less than 2 calendar months]* para pagar la prima del plan antes de que cancelemos su membresía.
* Si usted debe pagar un monto adicional para la Parte D debido a sus ingresos y no lo hace, Medicare cancelará su inscripción en el plan y usted perderá la cobertura para medicamentos con receta.

¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene alguna pregunta o desea recibir más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía, llame a Servicios para los miembros.

#### Sección 5.2 No podemos pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud

*[Insert 2025 plan name]* no está autorizado a pedirle que se retire de nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud.

¿Qué debe hacer si sucede esto?

Si le parece que le están pidiendo que deje nuestro plan por un motivo relacionado con su salud, debe llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) durante las 24 horas, los 7 días de la semana. TTY 1-877-486-2048.

#### Sección 5.3 Tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan

Si cancelamos su membresía en nuestro plan, tenemos la obligación de darle por escrito nuestros motivos de dicha cancelación. También tenemos que explicarle cómo puede presentar un reclamo o una queja sobre nuestra decisión de cancelar 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 normas creadas bajo esta ley por parte de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS). Además, es posible que se apliquen otras leyes federales y, en determinadas circunstancias, las leyes del estado en el que vive. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades incluso si las leyes no están incluidas ni explicadas en este documento.

### SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación

*[Plans may add language describing additional categories covered under state human rights laws.]* **No discriminamos** por cuestiones de raza, origen étnico, nacionalidad, color, religión, sexo, género, edad, orientación sexual, discapacidad física o mental, estado de salud, experiencia en reclamaciones, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que ofrecen planes de medicamentos con receta de Medicare, como nuestro plan, deben cumplir con 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 de Estadounidenses con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley del Cuidado de Salud de Bajo Costo, todas las demás leyes que se aplican a las organizaciones que reciben fondos federales y cualquier otra ley o norma que se aplique por cualquier otra razón.

Si desea obtener más información o tiene alguna inquietud en cuanto a discriminación o un trato que no ha sido imparcial, 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 la Oficina de Derechos Civiles de su localidad. También puede revisar la información de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos en <https://www.hhs.gov/ocr/index.html>.

Si usted tiene una discapacidad y necesita ayuda con el acceso a la atención, llámenos a Servicios para los miembros. Si usted tiene una queja, como un problema de acceso para sillas de ruedas, Servicios para los miembros puede ayudarlo.

### SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los medicamentos con receta cubiertos por Medicare en los que Medicare no es el pagador principal. Según las regulaciones de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) en el Título 42, secciones 422.108 y 423.462 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR), *[insert 2025 plan name]*, como patrocinador del plan de medicamentos de Medicare, ejercerá los mismos derechos de recuperación que los que la Secretaría ejerce conforme a las regulaciones de los CMS en las subpartes B a D de la parte 411 del Título 42 del CFR, y las normas establecidas en esta sección sustituyen cualquier legislación estatal.

*[****Note:*** *You may include other legal notices, such as a notice of member non-liability or a notice about third-party liability or a nondiscrimination notice under Section 1557 of the Affordable Care Act. These notices may only be added if they conform to Medicare laws and regulations.* *Plans may also include Medicaid-related legal notices.]*

## CAPÍTULO 10: *Definiciones de palabras importantes*

*[Plans should insert definitions as appropriate to the plan type described in the EOC. You may insert definitions not included in this model and exclude model definitions not applicable to your plan, or to your contractual obligations with CMS or enrolled Medicare beneficiaries.]*

*[If allowable revisions to terminology (e.g., changing Member Services to Customer Service) affect glossary terms, plans should re-label the term and alphabetize it within the glossary.]*

**Apelación:** una apelación es un recurso que usted presenta si no está de acuerdo con la decisión de denegarle una solicitud de cobertura para medicamentos con receta o pagos por medicamentos que ya ha recibido.

**Área de servicio:** un área geográfica donde usted debe vivir para unirse a un plan de medicamentos con receta en particular. El plan puede cancelar su inscripción si se muda fuera del área de servicio del plan de manera permanente.

**Autorización previa:** aprobación por adelantado para recibir ciertos medicamentos. *[Plans may delete applicable sentences if it does not require prior authorization for any drugs.]* Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el Formulario y nuestros criterios están publicados en nuestro sitio web.

**Ayuda adicional:** un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos con receta de Medicare, como las primas, los deducibles y el coseguro.

**Biosimilar intercambiable:** un biosimilar que puede ser utilizado como sustituto de un producto biosimilar original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, ya que cumple con los requisitos adicionales relacionados con el potencial de sustitución automática. La sustitución automática en la farmacia está sujeta a la ley estatal.

**Biosimilar:** un producto biológico muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Los biosimilares son tan seguros y eficaces como el producto biológico original. Algunos biosimilares se pueden sustituir por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta (consulte “**Biosimilar intercambiable**”).

**Cancelar** o **cancelación de la inscripción:** el proceso de cancelación de su membresía en nuestro plan.

**Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS):** es la agencia federal que administra Medicare.

**Cobertura acreditable para medicamentos con receta:** cobertura para medicamentos con receta (por ejemplo, de un empleador o un sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura, cuando pasan a ser elegibles para Medicare, pueden normalmente mantener esa cobertura sin pagar una multa si deciden inscribirse más tarde en un plan de cobertura para medicamentos con receta de Medicare.

**Cobertura para medicamentos con receta de Medicare (Parte D de Medicare):** seguro que lo ayuda a pagar los medicamentos con receta para pacientes externos, las vacunas, los productos biológicos y algunos suministros que no cubren la Parte A o la Parte B de Medicare.

**Copago:** un monto que es posible que deba pagar como su parte del costo de un medicamento con receta. Un copago es un monto establecido (por ejemplo, $10) más que un porcentaje.

**Coseguro**: un monto que se le puede solicitar que pague, expresado como porcentaje (por ejemplo, 20%) como su parte del costo de los medicamentos con receta [*insert if applicable:* después de pagar los deducibles].

**Costo compartido diario:** es posible que se aplique un *costo compartido diario* cuando su médico le receta un suministro de determinados medicamentos para menos de un mes completo y usted debe pagar un copago. El costo compartido diario es el copago dividido por la cantidad de días de un suministro para un mes. A continuación, le presentamos un ejemplo: Si su copago para un suministro de un medicamento para un mes es de $30, y un suministro para un mes en su plan tiene 30 días, su *costo compartido diario* es de $1 por día.

[*Include this definition only if Part D plan has pharmacies that offer preferred cost sharing in addition to those offering standard cost sharing*:

**Costo compartido estándar:** es el costo compartido estándar que no es el costo compartido preferido que ofrece una farmacia de la red.]

[*Include this definition only if Part D plan has pharmacies that offer preferred cost sharing in addition to those offering standard cost sharing*:

**Costo compartido preferido:** costo compartido preferido significa un costo compartido menor para determinados medicamentos cubiertos de la Parte D en determinadas farmacias de la red.]

**Costo compartido:** se refiere a los montos que un miembro tiene que pagar cuando obtiene medicamentos. [*Insert if plan has a premium:* (Esto es complementario a la prima mensual del plan.)] El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) todo monto del deducible que pueda imponer un plan antes de que se cubran los medicamentos; (2) cualquier monto de *copago* fijo que un plan exija al recibir medicamentos específicos; o (3) cualquier monto de *coseguro*, un porcentaje del monto total pagado por un medicamento, que un plan exija al recibir medicamentos específicos.

**Costo de suministro:** un honorario que se cobra cada vez que un medicamento cubierto se entrega para pagar el costo de surtir un medicamento con receta, como el tiempo que tarda el farmacéutico en preparar y empaquetar el medicamento con receta.

**Costos que paga de su bolsillo:** consulte la definición de *costo compartido* más arriba. El requisito de costo compartido de un miembro para pagar una parte de los medicamentos recibidos también se conoce como el requisito de costo que un miembro *paga de su bolsillo*.

**Deducible:** es el monto que debe pagar por medicamentos con receta antes de que nuestro plan pague.

**Determinación de cobertura:** una decisión para determinar si un medicamento que le recetaron está cubierto por el plan y el monto, si lo hubiera, que deberá pagar por el medicamento con receta. En general, si usted lleva su receta a la farmacia y allí le indican que el medicamento con receta no está cubierto por su plan, eso no es una determinación de cobertura. Deberá llamar o escribir a su plan para pedir una decisión de cobertura formal. Las determinaciones de cobertura también se llaman *decisiones de cobertura* en este documento.

**Emergencia:** una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente, con un conocimiento normal sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren de atención médica inmediata para evitar que pierda la vida (y, si está embarazada, la pérdida del feto), pérdida de una extremidad o la función de una extremidad, o la pérdida o deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección que se agrava rápidamente.

**Etapa de cobertura en situaciones catastróficas:** es la etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D que comienza cuando usted (o alguna persona calificada en su nombre) haya gastado $*[insert 2025 out-of-pocket threshold]* en medicamentos cubiertos de la Parte D durante el año de cobertura. [*Plans that do not cover excluded drugs under an enhanced benefit, OR plans that do cover excluded drugs under an enhanced benefit but with the same cost sharing as covered Part D drugs in this stage (i.e., no cost sharing) insert the following:* Durante esta etapa de pago, usted no paga nada de los medicamentos cubiertos de la Parte D [*insert if applicable: y*por los medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado.]*].* [*Plans that cover excluded drugs under an enhanced benefit with cost sharing in this stage, insert the following:* Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de los medicamentos cubiertos de la Parte D. Es posible que tenga un costo compartido para los medicamentos excluidos que estén cubiertos por nuestro beneficio mejorado.]

**Etapa de cobertura inicial:** esta es la etapa antes de que los costos que paga de su bolsillo para el año alcancen el monto umbral que paga de su bolsillo.

**Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC) y Divulgación de información:** en este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro documento adjunto, cláusula adicional u otra cobertura opcional seleccionada, se explica su cobertura, lo que debemos hacer nosotros, sus derechos y lo que debe hacer usted como miembro de nuestro plan.

**Excepción:** un tipo de decisión de cobertura que, si se aprueba, le permite recibir un medicamento que no está en nuestro formulario (una excepción al formulario) o un medicamento no preferido a un nivel más bajo de costo compartido (una excepción de nivel). También puede solicitar una excepción si nuestro plan le exige probar otro medicamento antes de recibir el medicamento que está solicitando, si nuestro plan exige una autorización previa para un medicamento y usted desea que no apliquemos la restricción de criterios, o si nuestro plan limita la cantidad o dosis del medicamento que está solicitando (una excepción al Formulario).

**Farmacia de la red:** farmacia que tiene un contrato con nuestro plan por el que los miembros de nuestro plan pueden recibir los beneficios de medicamentos con receta. En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta están cubiertos solo si se obtienen en una de nuestras farmacias de la red.

**Farmacia fuera de la red:** una farmacia que no ha celebrado un contrato con el plan para coordinar o proporcionar los medicamentos cubiertos a los miembros del plan. La mayoría de los medicamentos que obtenga en las farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que se apliquen ciertas condiciones.

**“Herramienta de beneficios en tiempo real”:** un portal o una aplicación informática en la que los inscritos pueden buscar información completa, correcta, oportuna, clínicamente apropiada, del Formulario y de beneficios específica para inscritos. Esto incluye los montos de costo compartido, los medicamentos alternativos del Formulario que se pueden utilizar para la misma afección que un medicamento dado, y las restricciones de cobertura (autorización previa, tratamiento escalonado, límites de cantidad) que se aplican a medicamentos alternativos.

**Indicación médicamente aceptada:** un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o avalado por ciertas referencias, como el American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de Información DRUGDEX de Micromedex.

**Ingreso complementario administrado por el Seguro Social (Supplemental Security Income, SSI):** es un beneficio mensual que paga el Seguro Social a las personas con ingresos y recursos limitados, y que son discapacitadas, están ciegas o tienen 65 años o más. Los beneficios del SSI no son iguales que los beneficios del Seguro Social.

**Límites de cantidad:** una herramienta de gestión diseñada para limitar el uso de medicamentos seleccionados por motivos de calidad, seguridad o utilización. Los límites también pueden ser en la cantidad de medicamento que cubrimos por receta o durante un período definido.

**Lista de medicamentos cubiertos (Formulario o Lista de medicamentos):** una lista de medicamentos con receta cubiertos por el plan.

**Medicaid (o asistencia médica):** un programa conjunto estatal y federal, que ayuda a solventar costos médicos de ciertas personas con bajos ingresos y recursos limitados. Los programas estatales de Medicaid varían, pero cubren la mayoría de los costos de atención médica si usted califica para Medicare y Medicaid.

**Medicamento de marca:** medicamento con receta fabricado y vendido por la compañía farmacéutica que originariamente investigó y desarrolló dicho medicamento. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de ingrediente activo que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otros fabricantes de medicamentos y, normalmente, no están disponibles hasta que haya vencido la patente del medicamento con nombre de marca.

**Medicamento genérico:** medicamento con receta que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA), dado que se considera que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Un medicamento *genérico* tiene el mismo efecto que un medicamento de marca, pero, por lo general, es más económico.

**Medicamentos cubiertos:** es el término que se utiliza para referirse a todos los medicamentos con receta que cubre el plan.

**Medicamentos de la Parte D:** son los medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte D. Podemos ofrecer todos los medicamentos de la Parte D o no. Ciertas categorías de medicamentos han sido excluidas como medicamentos cubiertos por la Parte D por el Congreso.

**Medicare:** el programa federal de seguros médicos destinado a personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas que padecen enfermedad renal terminal (por lo general, las que tienen insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante de riñón).

**Miembro (miembro de nuestro plan o miembro del plan):** una persona con Medicare elegible para recibir servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS).

**Monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso (Income Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA):** si su ingreso bruto ajustado modificado, según se informó en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años, está por encima de cierto monto, pagará el monto estándar de la prima y un monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso, también conocido como IRMAA. El IRMAA es un cargo adicional que se agrega a su prima. Menos del 5% de las personas con Medicare se encuentran afectadas, por lo que la mayoría de las personas no pagarán una prima más alta.

**Monto umbral que paga de su bolsillo:** es el monto máximo que paga de su bolsillo por los medicamentos de la Parte D.

**Multa por inscripción tardía de la Parte D:** un monto que se suma a su prima mensual por la cobertura para medicamentos de Medicare si no tiene una cobertura acreditable (una cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare) durante un período continuo de 63 días o más después de ser elegible para inscribirse en un plan de la Parte D por primera vez.

*[Delete if plan does not use tiers]* **Nivel de costo compartido:** cada medicamento de la lista de medicamentos cubiertos está en uno de los *[insert number of tiers]* niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el nivel de costo compartido, mayor será el costo del medicamento que le corresponderá pagar.

**Organización para la mejora de la calidad (Quality Improvement Organization, QIO):** un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica a los que el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare.

**Original Medicare** (**Medicare tradicional o plan Medicare con pago por servicio**)**:** el plan Original Medicare es ofrecido por el gobierno y no por planes de salud privados, como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos con receta. En Original Medicare, los servicios de Medicare se cubren pagándoles a los médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica los montos de pago establecidos por el Congreso. Usted puede consultar con cualquier médico, hospital o proveedor de atención médica que acepte Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga lo que le corresponde de la cantidad aprobada por Medicare, y usted paga lo que le corresponde a usted. Original Medicare tiene dos partes: La Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico), y está disponible en todas partes en los Estados Unidos.

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

**Parte D:** es el Programa voluntario de beneficios de medicamentos con receta de Medicare.

**Período de inscripción anual:** el período de tiempo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año en el que los miembros pueden cambiar de planes de medicamentos o de salud o elegir Original Medicare.

**Período de inscripción especial:** un tiempo determinado para que los miembros puedan cambiar sus planes de salud y de medicamentos o volver a Original Medicare. Situaciones en las que usted puede ser elegible para un Período de Inscripción Especial son: si se muda del área de servicio, si está recibiendo “Ayuda adicional” con los costos de sus medicamentos con receta, si se muda a un centro de cuidados, o si rompemos nuestro contrato con usted.

**Período de inscripción inicial:** el tiempo en el que puede inscribirse en la Parte A y la Parte B de Medicare, cuando es elegible para recibir Medicare. Si es elegible para Medicare cuando cumpla 65 años, el 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 años y termina 3 meses después del mes en que cumple 65 años.

**Plan de necesidades especiales para atención crónica:** los C-SNP son SNP que restringen la inscripción a personas elegibles de MA que tienen una o más afecciones crónicas graves o incapacitantes, según lo establecido en el título 42 del CFR 422.2, incluida la restricción de la inscripción basada en las diferentes agrupaciones de afecciones comúnmente compartidas y clínicamente relacionadas especificadas en el título 42 del CFR 422.4(a)(1)(iv).

**Plan de salud de Medicare:** un plan de salud de Medicare que ofrece una empresa privada que tiene un contrato con Medicare para brindar los beneficios de la Parte A y la Parte B a personas con Medicare que se inscriben en el plan. Este término incluye todos los planes Medicare Advantage, los planes Medicare Cost, los de Necesidades Espaciales, los Programas piloto/demostraciones y los Programas de atención integral para las personas de edad avanzada (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE).

**Plan Medicare Advantage (MA): a**veces llamado Parte C de Medicare. Es un plan ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindarle todos sus beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare. Un plan Medicare Advantage puede ser i) una Organización para el mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organization, HMO); ii) una Organización de proveedores preferidos (Preferred Provider Organization, PPO); iii) un Plan privado de pago por servicio (Private Fee-for-Service, PFFS); o iv) un plan de Cuenta de ahorro para gastos médicos de Medicare (Medicare Medical Savings Account, MSA). Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan Medicare Advantage HMO o PPO también puede ser un Plan de Necesidades Especiales (SNP). En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D (cobertura para medicamentos con receta) de Medicare. Estos planes se llaman **planes Medicare Advantage con cobertura para medicamentos con receta**.

[*Insert cost plan definition only if you are a Medicare Cost Plan or there is one in your service area:* **Plan Medicare Cost:** un plan Medicare Cost es un plan operado por una Organización para el mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organization, HMO) o un Plan médico competitivo (Competitive Medical Plan, CMP) de conformidad con un contrato de reembolso de costos en virtud de la sección 1876(h) de la Ley.]

[*Insert PACE plan definition only if there is a PACE plan in your state:* **Plan PACE:** un plan Programa de atención integral para las personas de edad avanzada (Program of All-Inclusive Care for the Elderly, PACE) que combina servicios y apoyos médicos, sociales y de atención a largo plazo (long-term services and supports, LTSS) para personas frágiles de manera que puedan conservar su independencia y continuar viviendo en sus comunidades (en lugar de mudarse a un centro de cuidados) tanto tiempo como sea posible. Las personas inscritas en los planes PACE reciben los beneficios de Medicare y Medicaid a través del plan. [*National or multi-state plans when there is variability in the availability of PACE insert:* El PACE no está disponible en todos los estados. Si desea saber si el PACE está disponible en su estado, comuníquese con Servicios para los miembros.]]

**Planes de necesidades especiales de doble elegibilidad (D-SNP):** los D-SNP inscriben a personas que tienen derecho tanto a Medicare (título XVIII de la Ley del Seguro Social) como a asistencia médica de un plan estatal bajo Medicaid (título XIX). Los estados cubren algunos costos de Medicare, según el estado y la elegibilidad de la persona.

**Póliza Medigap (seguro complementario de Medicare):** el seguro complementario de Medicare vendido por una compañía de seguros privada para cubrir los **períodos sin cobertura** de Original Medicare. Las pólizas Medigap solo funcionan con Original Medicare. (Un plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

**Prima:** el pago periódico a Medicare, a una empresa de seguros o a un plan de salud para una cobertura de salud o de medicamentos con receta.

**Producto biológico original:** un producto biológico que ha sido aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) y que funciona como la comparación para los fabricantes que realizan una versión biosimilar. También se denomina producto de referencia.

**Producto biológico:** un medicamento con receta elaborado a partir de fuentes naturales y vivas, como células de los animales, células de las plantas, bacterias o levaduras. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no se pueden copiar exactamente, por eso las formas alternativas se denominan biosimilares. (Consulte también “**Producto biológico original**” y “**Biosimilar**”).

**Programa de descuentos del fabricante:** un programa en virtud del cual los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total del plan por los medicamentos de marca y los productos biológicos cubiertos de la Parte D. Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y fabricantes de medicamentos.

**Queja:** el nombre formal para *presentar una queja* es *interponer un reclamo*. El proceso de quejas se utiliza *solo* para ciertos tipos de problemas. Entre ellos se incluyen los problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. También incluye quejas si su plan no sigue los períodos de tiempo en el proceso de apelación.

**Reclamo:** tipo de queja que usted presenta sobre nuestro plan, los proveedores o sobre las farmacias, como, por ejemplo, una queja relacionada con la calidad de la atención brindada. Esto no implica disputas de cobertura ni de pago.

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

**Servicios para los miembros:** un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder sus preguntas sobre su membresía y sus beneficios, sus reclamos y sus apelaciones.

**Subsidio por bajos ingresos** **(Low Income Subsidy, LIS):** consulte “Ayuda adicional”.

**Tratamiento escalonado:** herramienta de utilización que exige que primero intente tratar su afección con otro medicamento antes de que cubramos el medicamento que le recetó el médico en primer lugar.

*[This is the back cover for the EOC. Plans may add a logo and/or photographs, as long as these elements do not make it difficult for members to find and read the plan contact information.]*

Servicios para los miembros de *[Insert 2025 plan name]*

| Método | Servicios para los miembros: información de contacto |
| --- | --- |
| **LLAME AL** | *[Insert phone number(s)]*  Las llamadas a este número son gratuitas. *[Insert days and hours of operation, including information on the use of alternative technologies.]*  Servicios para los miembros también ofrece un servicio gratuito de interpretación para las personas que no hablan inglés. |
| **TTY** | *[Insert number]*  [*Insert if plan uses a direct TTY number:* Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.]  Las llamadas a este número son gratuitas. *[Insert days and hours of operation.]* |
| **FAX** | *[Optional:* *insert fax number]* |
| **ESCRIBA A** | *[Insert address]*  *[****Note****: plans may add email addresses here.]* |
| **SITIO WEB** | *[Insert URL]* |

*[Insert state-specific SHIP name]* [*If the SHIP’s name does not include the name of the state, add:* (*[insert state name]* SHIP)]

*[Insert state-specific SHIP name]* es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros médicos, a nivel local y de forma gratuita, a las personas que tienen Medicare.

*[Plans with multi-state EOCs revise heading and sentence above to use State Health Insurance Assistance Program, omit table, and reference exhibit or EOC section with SHIP information.]*

| Método | Información de contacto |
| --- | --- |
| **LLAME AL** | *[Insert phone number(s)]* |
| **TTY** | *[Insert number, if available. Or delete this row.]*  [*Insert if the SHIP uses a direct TTY number:* Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.] |
| **ESCRIBA A** | *[Insert address]* |
| **SITIO WEB** | *[Insert URL]* |

***Declaración sobre divulgación de la Ley de Reducción de Papel (Paperwork Reduction Act, PRA)****. De acuerdo con la Ley de Reducción de Papel (Paperwork Reduction Act, PRA) de 1995, ninguna persona debe responder a una recopilación de información a menos que presente un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (Office of Management and Budget, OMB). El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información 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.*