

## Introducción al Aviso de Reasignación de Fox

### ¿Cuál es el Propósito de este Aviso?

Este aviso le informa a las personas inscritas en la cobertura de recetas médicas de la Compañía de Seguros Fox, que los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS por sus siglas en inglés) terminó su contrato con Fox. A partir del 1 de marzo de 2010, los miembros de Fox serán transferidos temporalmente al Programa de Transición para Personas Recién Elegibles y de Ingresos Limitados (LI-NET por su sigla en inglés) administrado por Humana. Las personas pueden inscribirse en otro plan de Medicare para recetas médicas por su cuenta, o Medicare los inscribirá automáticamente en otro plan de medicamentos a partir del 1 de mayo.

El aviso es de dos páginas en papel blanco e incluye cinco páginas adicionales explicando su cobertura con LI-NET.

### ¿Quién Recibirá Este Aviso?

Medicare le está enviando el aviso a las personas actualmente inscritas en un plan de recetas médicas de Medicare a través de la Compañía de Seguros Fox.

### ¿Cuándo Recibirán Las Personas Este Aviso?

Este aviso será enviado a mediados de marzo, 2010.

### ¿Qué Se Debe Hacer Después?

Las personas que deseen obtener más información sobre LI-NET pueden llamar al equipo de Servicio al Cliente de LI-NET al 1-800-783-1307. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-801-0369.

Para más información sobre sus opciones de cobertura de medicamentos de Medicare, haga lo siguiente:

- Visite [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov).
- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.
- Llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP por su sigla en inglés) para un asesoramiento personalizado y gratis sobre seguros de salud. Revise la copia de su manual "Medicare y Usted" o llame al 1-800-MEDICARE para obtener el número de teléfono en su estado.

Las personas pueden mencionar CMS Producto No. 11460-S, si llaman a Medicare o a SHIP con preguntas.



<NOMBRE DEL BENEFICIARIO>  
<DIRECCIÓN>  
<CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL>

HICN <1234>  
Marzo 2010

### Aviso Importante: Su Cobertura de Medicare está Cambiando

Usted recibió un aviso, a principios de marzo, de la Compañía de Seguros Fox explicando que los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), le ordenaron a Fox que dejara de inscribir nuevos miembros. CMS tomó esta medida porque Fox no estaba cumpliendo con los requisitos de Medicare para proveer cobertura de medicamentos recetados a los beneficiarios de Medicare. Después de una revisión detallada de las operaciones de Fox, CMS ha decidido terminar su contrato con Fox. **Así que, a partir del 10 de marzo de 2010, CMS no le permitirá a la Compañía de Seguros Fox ofrecer cobertura de recetas médicas de Medicare.** Los miembros actuales de Fox serán transferidos a otro plan de Medicare, tal como se explica a continuación.

Su Cobertura con la Compañía de Seguros Fox Termina el 9 de Marzo. Debido a que su cobertura con Fox está terminando, Medicare lo está inscribiendo en el Programa de Ingresos Limitados NET (LI-NET) para asegurarse de que su cobertura Medicare de recetas continúe. LI-NET es un programa especial de CMS, administrado por Humana, que está diseñado para brindarle provisionalmente una cobertura de medicamentos recetados. LI-NET cubrirá sus necesidades de medicamentos hasta que se inscriba en un nuevo plan de recetas médicas, o hasta que Medicare lo inscriba en un nuevo plan. Por lo general, LI-NET cubre todas las recetas médicas cubiertas por Medicare, y no hay prima mensual.

Su Cobertura LI-NET Comienza <effective date>

**Este aviso es prueba de su cobertura LI-NET – mantenga esta documentación en sus expedientes.** Dígame al farmacéutico que use los siguientes códigos de facturación. Si hay un problema, pídale que llamen a LI-NET al 1-800-783-1307.

- BIN = 610649
- PCN = 05440000
- ID del Miembro = Su número de Medicare (HICN del Beneficiario)
- El ID del Grupo puede quedarse en blanco

Tendrá la Cobertura LI-NET Hasta el 30 de Abril de 2010

LI-NET le brindará cobertura de medicamentos desde <effective date> hasta el 30 de abril 2010.

**Si quiere permanecer en el LI-NET hasta el 30 de abril, no necesita tomar ninguna acción.**

Si desea, puede inscribirse en un plan de recetas médicas de Medicare diferente y su cobertura comenzará el 1 de abril. Comenzando el 1 de mayo, Medicare lo inscribirá en un nuevo plan de recetas médicas, a menos que usted se haya inscrito por su cuenta en un nuevo plan de Medicare antes de mayo. Espere otro aviso de Medicare que le explicará sus opciones y le informará en cuál plan Medicare lo inscribirá.

### Para más Información

Vea la hoja de datos adjunta para más información sobre LI-NET, o llame a LI-NET al 1-800-783-1307 de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-801-0369. Para ayudarlo a comparar planes, visite [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov), o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

(continuación →)

## Información Importante Sobre su Cobertura LI-NET

**Esta carta es prueba de su cobertura LI-NET, así que, llévela cuando vaya a la farmacia.**

- LI-NET paga por todos los medicamentos recetados cubiertos por Medicare. Existen algunos límites, por razones de seguridad, tales como el límite sobre el número de pastillas por receta y la dosis.
- Usted no pagará más de <insert appropriate copay/coinsurance amounts> por cada medicamento, y no hay prima o deducible.
- Los medicamentos de cualquier farmacia están cubiertos. La farmacia no necesita autorización previa de LI-NET.

### Si Tiene que Pagar por una Receta Médica

Si usted paga por una receta entre <effective date> y el 30 de abril de 2010, LI-NET le dará un reembolso siempre y cuando el medicamento esté cubierto por Medicare. Necesita tener sus recibos para ser reembolsado. Llame a LI-NET al 1-800-783-1307 para ver si califica para el reembolso. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-801-0369.

### Para más Información sobre LI-NET

Lea la hoja de datos adjunta para obtener más información sobre LI-NET. Para obtener ayuda e información, por favor llame al equipo de Servicio al Cliente del Programa de Ingresos Limitados NET al 1-800-783-1307. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-801-0369. Usted puede llamar de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. El sistema telefónico automatizado puede responder a su llamada después de las 8 p.m., los sábados y domingos, y algunos días feriados. Por favor, deje su nombre y número de teléfono, y se le llamará al final del próximo día laborable.

### ¿Cómo Obtener más Información?

Si necesita ayuda entendiendo este aviso, por favor, muéstreselo a un familiar, amigo, representante autorizado, o alguien de su confianza. También puede llamar a su Oficina Local para Envejecientes o a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP por su sigla en inglés) al <SHIP phone number> para un asesoramiento personalizado y gratis sobre seguros de salud, o llame al 1-800-MEDICARE para obtener ayuda.

**Una vez más, por favor mantenga este aviso en sus expedientes.**

**This information is available in English. To get your copy, call 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). TTY users should call 1-877-486-2048**

# Hoja de Datos sobre el Programa de Transición para Recién Elegibles y de Ingresos Limitados (NET)

Esta hoja informativa explica cómo el programa de Ingresos Limitados NET, administrado por Humana, funciona, incluyendo:

- Qué significa calificar para el Programa de Ingresos Limitados NET
- Cómo obtener un reembolso si pagó por una receta de su bolsillo
- Qué hacer si cree que califica para un copago más bajo
- Sus derechos si no pagamos por un medicamento recetado
- Cómo obtener más información

## Qué Significa Calificar para el Programa de Ingresos Limitados NET

Porque califica para este programa

Usted califica para el Programa de Ingreso limitado NET porque ha sido dado de baja con urgencia del Plan de Medicamentos Recetados de Fox, y Medicare necesita tiempo para inscribirlo en un Plan Medicare de Recetas Médicas estándar.

Si desea inscribirse en otro Plan de Medicare para Recetas Médicas

Si desea inscribirse en otro Plan de Medicare para Recetas Médicas a partir del próximo mes, llame a ese plan para averiguar cómo participar. **Sin embargo, la única manera de obtener cobertura para el mes actual es estar inscrito en este programa hasta finales de este mes.**

¿Por qué es temporero el Programa de Ingresos Limitados NET?

Este es un programa especial que sólo le ofrece una cobertura de medicamentos recetados a ciertas personas por un corto plazo. El programa ofrece una cobertura temporera mientras Medicare lo inscribe en un Plan de Recetas Médicas estándar.

## Cómo obtener un reembolso si pagó por una receta de su bolsillo

Si pagó por una receta durante la fechas que está cubierto por el Programa de Ingresos Limitados NET, se le dará un reembolso, siempre y cuando la receta es para un medicamento cubierto por Medicare. Para obtener un reembolso, tiene que pedir una determinación de cobertura por escrito. Por favor envíe su recibo (s) a la siguiente dirección:

**The Limited Income NET Program**

**P.O. Box 14310  
Lexington, KY 40512-4310**

Después de recibir su solicitud por escrito, tenemos 72 horas para determinar si su medicamento está cubierto, y le notificaremos nuestra decisión por escrito. Si no tenemos suficiente información para tomar una decisión, nos comunicaremos con usted. Si determinamos que debemos reembolsarle, le enviaremos un cheque por correo dentro de los 30 días laborables de haber tomado la decisión. Por lo general, se le reembolsará la cantidad total que pagó, pero se le puede reducir la cantidad que Medicare determina que usted es responsable de pagar por cada receta médica.

¿Cuánto tiempo tengo para pedir un reembolso?

Usted tiene 180 días (6 meses) después de que su cobertura con el Programa de Ingresos Limitados NET haya terminado para pedir un reembolso. Después de eso, no podemos pagar por las recetas que haya pagado durante el tiempo que calificó para este programa.

Qué hacer si cree que califica para un copago más bajo

La cantidad exacta que paga por cada receta aparece en la lista de la segunda página de la carta que acompaña a esta hoja de datos. Si cree que califica para un copago más bajo, por favor háganoslo saber.

Si tiene prueba de cobertura de Medicaid o de Ayuda Adicional (Subsidio por Bajos Ingresos de Medicare), esto nos ayudará a cobrar la cantidad correcta. Un representante estatal o del condado de Medicaid puede llamar por usted al 1-800-783-1307. Si tiene un impedimento del habla o de audición puede llamar al 1-877-801-0369 (TTY) para verificar su estatus de Medicaid. También puede enviarnos cualquiera de los siguientes documentos como prueba de que califica para Medicaid. Cada uno de los puntos enumerados a continuación deberá demostrar que era elegible para Medicaid durante la fecha que ocurrió el servicio:

- Una copia de su tarjeta de Medicaid
- Una copia de un documento estatal que demuestre que tiene Medicaid
- Una copia impresa de un archivo electrónico de inscripción o impresión de pantalla de los sistemas de Medicaid de su estado demostrando que tiene Medicaid
- Cualquier otro documento estatal demostrando que tiene Medicaid
- Prueba de que tiene Medicaid y vive en una institución
- Una factura de la institución (como un asilo de ancianos) o una copia de un documento estatal demostrando que Medicaid ha hecho pagos a la institución por un período de por lo menos un mes
- Una copia impresa de los sistemas de Medicaid de su estado demostrando que vivió en la institución por lo menos un mes

Si no tiene evidencia documentada, trataremos de encontrar prueba de cobertura para usted. Si califica para un copago más bajo, se lo haremos saber.

Sus derechos si no pagamos por un medicamento recetado

Si el Programa de Ingresos Limitados NET no cubre un medicamento que necesita

Si nosotros o su farmacéutico le dice que su Plan de Recetas Médicas de Medicare no cubre un medicamento que usted cree que debería estar cubierto - o cubrirá el medicamento a un costo más alto de lo que usted cree que está obligado a pagar - Usted tiene el derecho a obtener una explicación por escrito (llamada “determinación de cobertura”) de nosotros.

Esto incluye medicamentos que necesita, desde ahora hasta que Medicare lo inscriba en un Plan de Recetas Médicas de Medicare estándar, o medicinas recetadas que ya llena durante las fechas mencionadas en la primera página del aviso. Si paga de su bolsillo por los medicamentos recetados asegúrese de guardar su recibo, y pídanos un reembolso solicitando una determinación de cobertura. Usted, su recetador (es decir, su médico), o alguien que actúe por usted (su representante) nos puede pedir que cubramos el medicamento que necesita escribiéndonos una carta a:

**Humana Grievance and Appeal Department**  
**P.O. Box 14165**  
**Lexington, KY 40512-4165**

Usted puede solicitar un pedido de determinación de cobertura estándar o acelerado. Su pedido se procesará de forma acelerada si su médico, o nosotros determinamos que su vida o su salud corre peligro si tiene que esperar.

Importante: Para algunos tipos de determinaciones de cobertura llamadas "excepciones", usted necesitará documentación de su médico explicando por qué necesita el medicamento que está solicitando. Es posible que necesite esta documentación en las siguientes situaciones:

- Usted nos pide pagar por un medicamento que no está cubierto por Medicare.
- El medicamento que necesita está sujeto a una norma de cobertura (por ejemplo, límite de cantidad o de dosis) y su médico cree que la norma no debería aplicarse.

Después de recibir su solicitud (y la documentación si es necesario), tenemos 72 horas (para un pedido estándar de cobertura o una solicitud de reembolso) o 24 horas (para un pedido acelerado de cobertura) para notificarle de nuestra decisión.

Este proceso le aplica para los medicamentos recetados que necesita actualmente y hasta que Medicare lo inscriba en un Plan de Recetas Médicas estándar. También aplica para los medicamentos recetados que reciba durante las fechas mencionadas en la primera página de este aviso. Si paga de su bolsillo por los medicamentos recetados asegúrese de guardar su recibo, y pídanos un reembolso solicitando una determinación de cobertura.

## Cómo Apelar

Si no está de acuerdo con la decisión sobre la determinación de cobertura, usted puede apelar la decisión. Hay cinco niveles de apelación disponibles. Debe seguir el orden indicado a continuación:

### 1. Apele a través de nosotros

El primer nivel se llama "redeterminación". El aviso inicial de negación del plan le explicará como presentar un apelación. Debe apelar dentro de los 60 días de la fecha del aviso de la determinación de cobertura. Usted, su representante, o su médico puede presentar la solicitud. El pedido estándar debe ser por escrito a la dirección antes mencionada. Los pedidos acelerados pueden hacerse por escrito o llamando al 1-800-783-1307. Si tiene un impedimento del habla o de audición puede llamar al 1-877-801-0369 (TTY). Cualquier decisión desfavorable sobre la determinación de cobertura que reciba le explicará como apelar. Una vez recibamos su pedido de apelación, tenemos 7 días (para un pedido estándar de cobertura) o 72 horas (para un pedido de cobertura acelerado) para comunicarle nuestra decisión.

## 2. Revisión por una Entidad de Revisión Independiente

Si no está de acuerdo con la redeterminación, puede pedir una revisión por una Entidad de Revisión Independiente (IRE por su sigla en inglés), llamada “reconsideración”. Usted o su representante debe hacer el pedido estándar o acelerado por escrito dentro de los 60 días de la fecha de la decisión de redeterminación. El pedido debe enviarse al IRE por correo o al número de fax enumerado en la decisión de redeterminación del plan. La decisión se le enviará por correo y le explicará como apelar. El IRE tiene 7 días (para una petición estándar o petición de pago) o 72 horas (para una petición acelerada) a partir de la fecha en que reciba su solicitud para notificarle de su decisión.

## 3. Audiencia con un Juez Administrativo

Si no está de acuerdo con la decisión del IRE (aviso de reconsideración), usted (o su representante) puede solicitar una audiencia con un Juez Administrativo (ALJ por su sigla en inglés). Debe solicitarla por escrito dentro de los 60 días del aviso de reconsideración del IRE. Debe enviar el pedido de apelación a la entidad especificada en el aviso de reconsideración del IRE. Para que le otorguen la audiencia con un ALJ, el valor proyectado de la cobertura denegada debe ser de una suma mínima (usted podría combinar varios reclamos para alcanzar la cantidad mínima requerida). La decisión del IRE incluirá esta cantidad.

## 4. Revisión por un Consejo de Apelaciones de Medicare

Si no está de acuerdo con la decisión del ALJ, usted (o su representante designado) puede pedir por escrito una revisión del Consejo de Apelaciones de Medicare (MAC por su sigla en inglés), dentro de los 60 días de la fecha de la decisión del ALJ. Debe enviar el pedido a la entidad especificada en el aviso de decisión del ALJ.

## 5. Revisión por la Corte Federal

Si no está de acuerdo con la decisión del MAC, usted (o su representante designado) tiene 60 días a partir de la fecha del aviso de la decisión del MAC para pedir una revisión por escrito por parte una corte Federal. Usted debe enviar su petición a la entidad especificada en el aviso del MAC. Para que le otorguen una revisión de la corte Federal, el valor de la cobertura denegada debe ser de una cantidad mínima. La decisión del MAC incluirá la cantidad.

Si tiene una queja (también conocida como querrela) sobre el Programa de Ingresos Limitados NET

Usted tiene el derecho a tramitar una queja con nosotros. Algunos ejemplos del porque quisiera presentar una queja incluyen lo siguiente:

- Usted cree que las horas de operación del servicio al cliente deben ser diferentes.
- Tiene que esperar mucho para una receta.
- La farmacia le cobra más de lo que usted piensa debe ser. Puede presentar una queja y solicitar una determinación de cobertura.
- Le enviamos materiales que no solicitó y no relacionados con el plan de medicamentos.
- No le enviamos la decisión sobre una determinación de cobertura o redeterminación dentro del tiempo establecido o indicado.
- No tomamos una decisión sobre una determinación de cobertura o primer nivel de apelación dentro del tiempo establecido o indicado y no enviamos su caso a la Entidad de Revisión Independiente (IRE).
- Está en desacuerdo con nuestra decisión en no conceder su petición o solicitud para una determinación de cobertura acelerada o redeterminación.
- No le ofrecimos las notificaciones requeridas.



- Nuestras notificaciones no siguen las reglas de Medicare.

Usted puede enviar su queja por escrito a la dirección de Quejas y Apelaciones que aparece en la página 3. Debe presentar la queja dentro de los 60 días que lo llevo a tomar esa decisión. Nosotros tenemos 30 días a partir de la fecha de haber recibido su solicitud para darle la decisión. Si la queja se trata sobre la denegación del plan para acelerar una determinación de cobertura o una redeterminación y usted todavía no ha comprado ni ha recibido el medicamento, nosotros tenemos que darle una decisión 24 horas después de haber recibido su solicitud. Si piensa que le cobraron mucho por un medicamento recetado, llámenos a los números indicados a continuación para obtener la información más actualizada sobre el precio del medicamento. Si no le respondemos a su queja adecuadamente, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, siete días a la semana. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.

## Cómo obtener más información

Si desea más detalles sobre el Programa de Ingresos Limitados NET

Esta hoja informativa le ofrece información básica que necesita saber sobre el Programa de Ingresos Limitados NET. Otro documento que le brinda más detalle es la Evidencia de Cobertura (EOC por su sigla en inglés). El EOC es una descripción detallada de cómo funciona el Programa de Ingresos Limitados NET. Para obtener una copia de este documento, por favor llámenos al 1-800-783-1307. Si usted tiene un impedimento del habla o de audición llame al 1-877-801-0369 (TTY).

¿Está disponible esta información en otros idiomas y formatos?

Esta hoja informativa está disponible en inglés, cintas de audio, y letra grande. Por favor, llámenos a los números que aparecen arriba, y le enviaremos el formato que usted necesita.

Si tiene otras preguntas

Para obtener ayuda e información, por favor llame al equipo de Servicio al Cliente del Programa de Ingresos Limitados NET al 1-800-783-1307. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-801-0369. Usted puede llamar de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. El sistema telefónico automatizado puede responder a su llamada después de las 8 p.m., los sábados y domingos, y algunos días feriados. Por favor, deje su nombre y número de teléfono, y se le llamará al final del próximo día laborable.