



Evidencia de Cobertura 2023

AARP® MedicareRx Saver Plus (PDP)



Llamada gratuita 1-866-460-8854, TTY 711

24 horas del día, los 7 días de la semana



myAARPMedicare.com

AARP® | Medicare Rx
from  **UnitedHealthcare®**

Y0066_EOC_S5921_349_000_2023_SP_C

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2023

Evidencia de Cobertura

Su Cobertura de Medicamentos con Receta de Medicare como miembro de nuestro plan

Este documento contiene los detalles de su cobertura de medicamentos con receta de Medicare del 1 de enero al 31 de diciembre de 2023.



Este es un documento legal importante. Consérvelo en un lugar seguro.

Si tiene preguntas sobre este documento, comuníquese con Servicio al Cliente al 1-866-460-8854. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario es 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Este plan, AARP® MedicareRx Saver Plus (PDP), está asegurado a través de UnitedHealthcare Insurance Company o una de sus compañías afiliadas. (Siempre que encuentre las expresiones “nosotros”, “nos”, “para nosotros”, “nuestro” o “nuestra” en esta **Evidencia de Cobertura**, se refieren a UnitedHealthcare. Las expresiones “plan” o “nuestro plan” hacen referencia a AARP® MedicareRx Saver Plus (PDP).)

UnitedHealthcare Insurance Company paga regalías a AARP por el uso de su propiedad intelectual. Las regalías se utilizan para propósitos generales de AARP. AARP y sus compañías afiliadas no son compañías de seguros. No es necesario que sea miembro de AARP para inscribirse. AARP no hace recomendaciones de farmacias ni de productos específicos en forma individual y le sugiere que evalúe sus necesidades a la hora de elegir productos.

UnitedHealthcare no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, edad o discapacidad en sus programas y actividades relacionados con la salud.

UnitedHealthcare ofrece servicios gratuitos para ayudarle a que se comunique con nosotros. Por ejemplo, documentos en otros idiomas, braille, en letra grande o en audio. O bien, usted puede pedir un intérprete. Comuníquese con nuestro número de Servicio al Cliente al 1-866-460-8854, para obtener información adicional (los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario es 24 horas del día, los 7 días de la semana.

UnitedHealthcare provides free services to help you communicate with us such as documents in other languages, Braille, large print, audio, or you can ask for an interpreter. Please contact our Customer Service number at 1-866-460-8854 for additional information (TTY users should call 711). Hours are 24 hours a day, 7 days a week.

Los beneficios, la prima, el deducible, los copagos o los coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2024.

El Formulario, la red de farmacias y la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando esto ocurra. Notificaremos sobre los cambios a los miembros que resulten afectados con al menos 30 días de anticipación.

Este documento explica sus beneficios y derechos. Use este documento para saber sobre:

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

- ☐ La prima de su 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 comunicarse con nosotros si necesita ayuda; y
- ☐ Otras protecciones requeridas por la ley de Medicare.

La red de farmacias de AARP® MedicareRx Saver Plus (PDP) incluye un número limitado de farmacias de costo más bajo en las zonas rurales de AK, MT, NE, ND, SD y WY. Hay un número extremadamente limitado de farmacias con costo compartido preferido en las zonas suburbanas de MT. Es posible que los costos más bajos de estas farmacias publicitados en los materiales de nuestro plan no estén disponibles en la farmacia que usted use. Para obtener la información más actualizada sobre nuestra red de farmacias, incluso para saber si hay farmacias preferidas de costo más bajo en su área, llámenos o consulte el Directorio de Farmacias en Internet. La información de contacto aparece en la portada de esta guía.

2023 Evidencia de Cobertura Índice

Capítulo 1:	Primeros pasos como miembro.....	1
Sección 1	Introducción.....	2
Sección 2	¿Qué requisitos debe cumplir para ser miembro del plan?.....	2
Sección 3	Materiales importantes sobre la membresía que recibirá.....	3
Sección 4	Los costos mensuales del plan.....	5
Sección 5	Más información sobre la prima mensual.....	8
Sección 6	Mantenga actualizado su registro de membresía del plan.....	10
Sección 7	Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan.....	10
Capítulo 2:	Números de teléfono y recursos importantes.....	13
Sección 1	Contactos de AARP® MedicareRx Saver Plus (PDP) (cómo comunicarse con nosotros, incluso con Servicio al Cliente).....	14
Sección 2	Medicare (cómo recibir ayuda e información directamente del programa federal de Medicare).....	17
Sección 3	Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare). 18	
Sección 4	Organización para el Mejoramiento de la Calidad.....	20
Sección 5	Seguro Social.....	20
Sección 6	Medicaid.....	21
Sección 7	Información sobre programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos con receta.....	22
Sección 8	Cómo comunicarse con la Junta de Retiro Ferroviario.....	25
Sección 9	¿Tiene “seguro de grupo” u otro seguro de salud de un empleador?	26
Capítulo 3:	Cómo usar la cobertura del plan para obtener medicamentos con receta de la Parte D.....	27
Sección 1	Introducción.....	28
Sección 2	Cómo surtir su receta en una farmacia de la red o a través del servicio de medicamentos por correo que el plan ofrece.....	28
Sección 3	Sus medicamentos deben estar en la Lista de Medicamentos del plan	32
Sección 4	Restricciones en la cobertura de algunos medicamentos.....	34



¿Tiene preguntas? Llame a Servicio al Cliente al **1-866-460-8854**, TTY **711**, 24 horas del día, los 7 días de la semana

Sección 5	Cuando sus medicamentos no están cubiertos en la forma que usted prefiere.....	36
Sección 6	Qué pasa si la cobertura de uno de sus medicamentos cambia.....	39
Sección 7	¿Qué medicamentos no tienen cobertura del plan?.....	41
Sección 8	Cómo surtir una receta.....	42
Sección 9	Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales	43
Sección 10	Programas sobre la seguridad de los medicamentos y el manejo de la medicación.....	45
Capítulo 4:	Costo de los medicamentos con receta de la Parte D.....	48
Sección 1	Introducción.....	49
Sección 2	Lo que usted paga por un medicamento depende de la “etapa de pago de medicamentos” en que se encuentre cuando obtiene el medicamento.....	51
Sección 3	Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y en qué etapa de pago se encuentra usted.....	52
Sección 4	Durante la Etapa del Deducible, usted paga el costo total de sus medicamentos.....	53
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.	54
Sección 6	Costos en la Etapa Sin Cobertura.....	59
Sección 7	Durante la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores, el plan paga la mayor parte del costo de sus medicamentos.....	60
Sección 8	Información adicional sobre los beneficios.....	60
Sección 9	Vacunas de la Parte D. Lo que paga depende de cómo y dónde las reciba.....	61
Capítulo 5:	Cómo solicitar el pago de la parte que nos corresponde de los costos de los medicamentos cubiertos.....	63
Sección 1	Situaciones en las que usted debe solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de sus medicamentos cubiertos.....	64
Sección 2	Cómo solicitarnos un reembolso.....	65
Sección 3	El plan revisará su solicitud de pago y la aceptará o la denegará.....	65
Capítulo 6:	Derechos y responsabilidades.....	67



Sección 1	Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales como miembro del plan.....	68
Sección 2	Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan.....	82
Capítulo 7:	Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas).....	84
Sección 1	Introducción.....	85
Sección 2	Dónde obtener más información y ayuda personalizada.....	85
Sección 3	¿Qué proceso debe usar para tratar su problema?.....	86
Sección 4	Guía básica sobre decisiones de cobertura y apelaciones.....	86
Sección 5	Sus medicamentos con receta de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.....	88
Sección 6	Cómo presentar una apelación de Nivel 3 y de Niveles superiores.....	99
Sección 7	Cómo presentar una queja sobre la calidad del cuidado, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otros problemas.....	100
Capítulo 8:	Cómo terminar su membresía en el plan.....	104
Sección 1	Introducción a cómo terminar su membresía en nuestro plan.....	105
Sección 2	¿Cuándo puede usted terminar su membresía en nuestro plan?.....	105
Sección 3	¿Cómo puede terminar su membresía en nuestro plan?.....	107
Sección 4	Hasta que termine su membresía, debe seguir recibiendo sus medicamentos a través de nuestro plan.....	109
Sección 5	Debemos terminar su membresía en el plan en ciertas situaciones.	109
Capítulo 9:	Avisos legales.....	111
Sección 1	Aviso sobre las leyes vigentes.....	112
Sección 2	Aviso sobre antidiscriminación.....	112
Sección 3	Aviso sobre los derechos de subrogación del Pagador Secundario de Medicare.....	112
Sección 4	Responsabilidad civil ante terceros y subrogación.....	112
Sección 5	Responsabilidad del miembro.....	115
Sección 6	No debe haber duplicación de beneficios con cobertura de Seguro de Automóvil, contra Accidentes o de Responsabilidad Civil.....	116
Sección 7	Hechos que escapan a nuestro control.....	116
Sección 8	Las farmacias de la red contratantes.....	116
Sección 9	Divulgación.....	117



Sección 10	Declaraciones del miembro.....	117
Sección 11	Información disponible a solicitud.....	117
Sección 12	Compromiso de las Decisiones de Cobertura.....	117
Capítulo 10:	Definición de palabras importantes.....	118



Capítulo 1

Primeros pasos como miembro

Sección 1 Introducción

Sección 1.1 Usted está inscrito en AARP® MedicareRx Saver Plus (PDP), un Plan de Medicamentos con Receta de Medicare

Usted tiene la cobertura de cuidado de la salud de Medicare Original o de otro plan de salud,, y usted ha elegido obtener su cobertura de medicamentos con receta a través de nuestro plan, AARP® MedicareRx Saver Plus (PDP).

AARP® MedicareRx Saver Plus (PDP) es un plan de medicamentos con receta de Medicare (PDP). Al igual que todos los planes de Medicare, este plan de medicamentos con receta de Medicare tiene la aprobación de Medicare y es administrado por una compañía privada.

Sección 1.2 ¿Qué información contiene la Evidencia de Cobertura?

Esta **Evidencia de Cobertura** le indica cómo obtener sus medicamentos con receta. Describe sus derechos y responsabilidades, lo que está cubierto, lo que usted paga como miembro del plan y cómo presentar una queja si no está satisfecho con una decisión o tratamiento.

Las palabras “cobertura” y “medicamentos cubiertos” se refieren a la cobertura de medicamentos con receta que tiene a su disposición como miembro del plan.

Es importante informarse sobre las reglas del plan y la cobertura que está disponible para usted. Le recomendamos que dedique un tiempo para familiarizarse con esta **Evidencia de Cobertura**. Si no comprende algo o tiene dudas o preguntas, comuníquese con Servicio al Cliente.

Sección 1.3 Información legal sobre la Evidencia de Cobertura

Esta **Evidencia de Cobertura** forma parte de nuestro contrato con usted sobre cómo el plan cubre su cuidado. Otras partes de este contrato incluyen su solicitud de inscripción, la **Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)** y cualquier aviso que reciba de nosotros sobre cambios en su cobertura o en las condiciones que afectan a su cobertura. Estos avisos a veces reciben el nombre de “cláusulas adicionales” o “enmiendas”.

El contrato tiene vigencia durante todos los meses que usted esté inscrito en el plan, entre el 1 de enero de 2023 y el 31 de diciembre de 2023.

Cada año calendario, Medicare nos permite hacer cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y los beneficios del plan después del 31 de diciembre de 2023. También podemos decidir cancelar el plan, u ofrecerlo en un área de servicio diferente, después del 31 de diciembre de 2023.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar nuestro plan cada año. Puede seguir recibiendo cada año la cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan siempre y cuando decidamos seguir ofreciendo el plan y Medicare renueve la aprobación del plan.

Sección 2 ¿Qué requisitos debe cumplir para ser miembro del plan?

Sección 2.1 Sus requisitos de participación

Usted cumple los requisitos para ser miembro de nuestro plan siempre y cuando:

- Tenga la Parte A de Medicare o la Parte B de Medicare (o tenga tanto la Parte A como la Parte B)
- – **y** – Sea ciudadano estadounidense o residente legal en los Estados Unidos
- – **y** – Viva en nuestra área geográfica de servicio (la Sección 2.2 a continuación describe nuestra área de servicio).

No se considera que las personas encarceladas vivan en el área geográfica de servicio, incluso si se encuentran físicamente en el lugar.

Sección 2.2 Área de servicio del plan AARP® MedicareRx Saver Plus (PDP)

Nuestro plan está disponible solamente para las personas que viven en el área de servicio de nuestro plan. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, debe continuar viviendo en esta área de servicio del plan. A continuación se describe el área de servicio.

Nuestra área de servicio incluye los siguientes estados y territorios: New Jersey.

Si planea mudarse fuera del área de servicio, no podrá seguir siendo miembro del plan. Comuníquese con Servicio al Cliente para saber si tenemos un plan en su nueva área. Cuando se mude, tendrá un Período de Inscripción Especial que le permitirá cambiarse a Medicare Original o inscribirse en un plan de salud o de medicamentos de Medicare que esté disponible en su nueva localidad.

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

Sección 2.3 Ciudadanía Estadounidense o Residencia legal

Los miembros de planes de salud de Medicare deben ser ciudadanos estadounidenses o residentes legales en los Estados Unidos. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificará a AARP® MedicareRx Saver Plus (PDP) si usted no cumple los requisitos para seguir siendo miembro por esta razón. AARP® MedicareRx Saver Plus (PDP) debe cancelar su inscripción si usted no cumple este requisito

Sección 3 Materiales importantes sobre la membresía que recibirá

Sección 3.1 Su tarjeta de ID de miembro de UnitedHealthcare

Como miembro de nuestro plan, debe usar su tarjeta de ID de miembro de UnitedHealthcare para obtener los medicamentos con receta en farmacias de la red. Usted también debe mostrarle al proveedor su tarjeta de Medicaid, si corresponde. Esto es un ejemplo de la tarjeta de ID de miembro de UnitedHealthcare. La suya será muy parecida:

AARP Medicare Rx by UnitedHealthcare Issuer (80840): 999-99999-99 Member ID: 9999999999 Member: SAMPLE MEMBER MedicareRx Prescription Drug Coverage RxBIN: 999999 RxPCN: 9999 RxGrp: XXXXXX SXXXX-XXX-XXX Plan Name	Customer Service Hours: XXX - XXX, XXX - XXX, XXX XXX - XXX For Members Website: www.website.url Customer Service: 1-999-999-9999 TTY 711 For Providers 1-999-999-9999 Pharmacy Claims Plan Name P.O. Box 99999, XXXXXX, XX 99999-9999 For Pharmacists 1-999-999-9999
--	---

Lleve su tarjeta consigo en todo momento y no olvide mostrarla al comprar medicamentos cubiertos. Si su tarjeta de ID de miembro del plan de UnitedHealthcare se le daña, se le pierde o se la roban, llame inmediatamente a Servicio al Cliente y le enviaremos una nueva tarjeta.

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

Sección 3.2 Directorio de Farmacias

El directorio de farmacias indica las farmacias de nuestra red. **Las farmacias de la red** son todas las farmacias que han aceptado surtir los medicamentos con receta cubiertos de los miembros de nuestro plan. Puede consultar el Directorio de Farmacias para buscar la farmacia de la red que desee usar. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 3 para obtener información sobre cuándo puede usar las farmacias que no están en la red del plan.

El **Directorio de Farmacias** también le indica las farmacias de nuestra red que ofrecen un costo compartido preferido, que podría ser menor que el costo compartido estándar ofrecido por otras farmacias de la red para algunos medicamentos.

Si no tiene el **Directorio de Farmacias**, puede solicitar una copia a Servicio al Cliente. También encontrará esta información en nuestro sitio web en myAARPMedicare.com.

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

El plan tiene una **Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)**. Para abreviar, la llamamos "Lista de Medicamentos". Indica los medicamentos con receta de la Parte D que están cubiertos por el beneficio de la Parte D que incluye nuestro plan. El plan selecciona los medicamentos de esta lista con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista debe cumplir los requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la Lista de Medicamentos del plan.

La Lista de Medicamentos también indica si hay reglas que limiten la cobertura de sus medicamentos.

Para obtener la información más completa y actualizada sobre los medicamentos que tienen cobertura, puede visitar el sitio web del plan (myAARPMedicare.com) o llamar a Servicio al Cliente.

Sección 4 Los costos mensuales del plan

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 en la Parte D (Sección 4.3)
- ☐ Ajuste Mensual Relacionado con el Ingreso (Sección 4.4)

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

Hay programas que ayudan a las personas con recursos limitados a pagar sus medicamentos. Entre ellos, el programa “Ayuda Adicional” y los Programas Estatales de Ayuda para Medicamentos. La Sección 7 del Capítulo 2 contiene más información sobre estos programas. Si usted califica, la inscripción en el programa podría reducir la prima mensual de su plan.

Si **ya está inscrito** y recibe ayuda de uno de estos programas, **es posible que la información sobre las primas de esta Evidencia de Cobertura no se aplique en su caso**. Le enviamos un documento aparte, titulado “Cláusula Adicional de la Evidencia de Cobertura para Quienes Reciben el Programa Ayuda Adicional para Pagar sus Medicamentos con Receta” (también se le llama “Cláusula Adicional del Subsidio para Personas de Bajos Ingresos” o “Cláusula Adicional LIS”), con información sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este documento, llame a Servicio al Cliente y solicítelo.

Las primas de la Parte B y de la Parte D de Medicare difieren entre personas con distintos ingresos. Si tiene preguntas sobre estas primas, consulte la sección titulada “Costos de Medicare 2023” del manual Medicare y Usted 2023. Si necesita una copia, puede descargarla en el sitio web de Medicare (es.medicare.gov). O puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para pedir una copia impresa. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 4.1 La prima del plan

Como miembro de nuestro plan, usted paga una prima mensual del plan. Para el año 2023, la prima mensual de nuestro plan es de \$36.10.

Sección 4.2 Prima Mensual de la Parte B de Medicare

Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare

Usted debe seguir pagando las primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan. Esto incluye la prima de la Parte B. También puede incluir una prima de la Parte A que afecta a los miembros que no cumplen los requisitos para recibir la Parte A sin pagar una prima.

Sección 4.3 Multa por Inscripción Tardía en la Parte D

Algunos miembros deben pagar una **multa por inscripción tardía** en la Parte D. La multa por inscripción tardía en la Parte D es una prima adicional que se debe pagar por la cobertura de la Parte D si, en algún momento después de que termine su período de inscripción inicial, está durante un período de 63 días consecutivos o más sin otra cobertura de medicamentos con receta acreditable o de la Parte D. (“Cobertura de medicamentos con receta acreditable” es la cobertura que cumple con los estándares mínimos de Medicare, ya que se espera que pague como mínimo, en promedio, tanto como la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare.) El costo de la multa por inscripción tardía depende del tiempo que estuvo sin otra cobertura de medicamentos con receta acreditable o de la Parte D. Tendrá que pagar esta multa durante todo el tiempo que tenga la cobertura de la Parte D.

La multa por inscripción tardía en la Parte D se agrega a su prima mensual. Cuando se inscribe en nuestro plan por primera vez, le informamos la cantidad de la multa. Si no paga la multa por inscripción tardía en la Parte D, podría perder sus beneficios de medicamentos con receta.

Usted **no tendrá** que pagarla si:

- Recibe el programa “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos con receta.
- Estuvo sin cobertura acreditable menos de 63 días consecutivos.
- Ha tenido una cobertura de medicamentos acreditable a través de otra fuente, como un empleador anterior, un sindicato, TRICARE o el Departamento de Asuntos de los Veteranos. Su compañía de seguros o el Departamento de Recursos Humanos de su empleador le informará cada año si su cobertura de medicamentos es cobertura acreditable. Recibirá esta información por una carta o en un boletín del plan. Guarde esta información, porque tal vez la necesite si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.
 - **Nota:** Todo aviso debe indicar que usted tenía una cobertura de medicamentos con receta “acreditable” que pagaría tanto como el plan estándar de medicamentos con receta de Medicare.
 - **Nota:** Los siguientes recursos no son cobertura de medicamentos con receta acreditable: tarjetas de descuento para medicamentos con receta, clínicas gratuitas y sitios web que ofrecen descuentos para medicamentos.

Medicare determina la cantidad de la multa. Funciona de la siguiente manera:

- Si estuvo 63 días consecutivos o más sin otra cobertura de medicamentos con receta acreditable o de la Parte D después de que comenzó a cumplir los requisitos para inscribirse en la Parte D, el plan contará la cantidad de meses completos durante los cuales estuvo sin cobertura. La multa es del 1% por cada mes en que estuvo sin cobertura acreditable. Por ejemplo, si usted estuvo 14 meses sin cobertura, su multa será del 14%.
- Después, Medicare determina la prima mensual promedio de los planes de medicamentos de Medicare en el país durante el año anterior. Para el año 2023, la prima promedio es de \$32.74.

- Para calcular su multa mensual, multiplique la prima mensual promedio por el porcentaje de la multa; luego redondee el resultado a los 10 centavos más cercanos. En nuestro ejemplo, sería 14% por \$32.74, lo que equivale a \$4.58. Esto se redondea a \$4.60. Esta cantidad se agregaría a **la prima mensual para una persona que tiene que pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D.**

Hay tres puntos importantes que debe saber sobre esta multa mensual por inscripción tardía en la Parte D:

- Primero, **la multa puede cambiar cada año**, ya que la prima mensual promedio puede cambiar de un año a otro.
- Segundo, **usted seguirá pagando una multa** cada mes mientras esté inscrito en un plan que tenga beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare, incluso si cambia de plan.
- Tercero, si usted es menor de 65 años y actualmente recibe beneficios de Medicare, la multa por inscripción tardía en la Parte D se reiniciará cuando cumpla los 65 años. Después de cumplir los 65 años, su multa por inscripción tardía en la Parte D se basará solamente en los meses en que no tuvo cobertura después del período de inscripción inicial que utilizó para su transición a Medicare.

Si no está de acuerdo con su multa por inscripción tardía en la Parte D, usted o su representante pueden solicitar una revisión. Por lo general, debe solicitar esta revisión **en un plazo no mayor de 60 días** después de la fecha de la primera carta en que le informe que debe pagar una multa por inscripción tardía. Sin embargo, si estaba pagando una multa antes de inscribirse en nuestro plan, es posible que no tenga otra oportunidad de solicitar una revisión de esa multa por inscripción tardía.

Sección 4.4 Ajuste Mensual Relacionado con el Ingreso

Es posible que algunos miembros tengan que pagar un cargo adicional, conocido como el Ajuste Mensual Relacionado con el Ingreso de la Parte D, que también se le llama IRMAA (Income Related Monthly Adjustment Amount). El cargo adicional se calcula en función de sus ingresos brutos ajustados y modificados, según lo informado en su declaración de impuestos ante el Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) de los últimos 2 años. Si son superiores a cierta cantidad, pagará la prima estándar y, además, el Ajuste Mensual Relacionado con el Ingreso adicional. Para obtener más información sobre la cantidad adicional que podría tener que pagar según sus ingresos, visite es.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans.

Si tiene que pagar una cantidad adicional, el Seguro Social, no su plan de Medicare, le enviará una carta para indicarle cuánto será la cantidad adicional. La cantidad adicional se retendrá de su cheque de beneficios del Seguro Social, de la Junta de Retiro Ferroviario o de la Oficina de Administración de Personal, sin importar de qué manera usted pague normalmente la prima de su plan, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir la cantidad adicional a pagar. Si su cheque de beneficios no es suficiente para cubrir la cantidad adicional, usted recibirá

una factura de Medicare. **Usted debe pagar la cantidad adicional al gobierno. No puede pagarla con la prima mensual de su plan.** Si no paga la cantidad adicional, se cancelará su inscripción en el plan y perderá su cobertura de medicamentos con receta.

Si usted no está de acuerdo con pagar una cantidad adicional, puede solicitar al Seguro Social que revisen la decisión. Para obtener más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con el Seguro Social al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

Sección 5 Más información sobre la prima mensual

Sección 5.1 Métodos de pago de la prima del plan

Usted cuenta con cuatro maneras de pagar la prima de su plan.

Opción 1: Pagar con cheque

Le enviaremos una factura mensual por la prima mensual de su plan. Haga su pago pagadero a UnitedHealthcare. En la factura mensual encontrará la dirección postal y otra información. Incluya su número de ID de miembro en su cheque o giro postal. Si desea realizar un pago para más de un miembro, incluya un talón de pago por cada miembro. Incluya el número de ID de miembro de cada miembro en el cheque o giro postal. Todos los pagos se deben recibir antes de o en la fecha de vencimiento que se indica en la factura mensual. Si necesita que se reemplace su factura mensual, llame a Servicio al Cliente.

Opción 2: Transferencia Electrónica de Fondos

En lugar de pagar con cheque, puede pedir que el pago de la prima mensual de su plan se deduzca automáticamente de su cuenta de cheques. El pago mensual se deducirá de su cuenta aproximadamente el día 5 de cada mes. Si desea inscribirse en el servicio de Transferencia Electrónica de Fondos (Electronic Funds Transfer, EFT), siga las instrucciones de su factura mensual o llame a Servicio al Cliente.

Opción 3: Tarjeta de crédito

En lugar de pagar con cheque, puede pagar la prima mensual de su plan con su tarjeta de crédito. Si desea inscribirse para usar su tarjeta de crédito para pagar la prima mensual de su plan, llame a Servicio al Cliente.

Opción 4: Pedir que el pago de la prima se deduzca de su cheque mensual del Seguro Social

Cambiar el método de pago de la prima. Si decide cambiar el método de pago de la prima, puede tardar hasta tres meses para que se aplique el nuevo método de pago. Mientras procesamos su solicitud de un nuevo método de pago, usted es responsable de pagar la prima del plan a tiempo. Para obtener más información sobre cambios en su prima y cómo pagar la prima mensual de su plan de esta manera, comuníquese con Servicio al Cliente. Nos complacerá ayudarle a hacer los arreglos necesarios. (Los números de teléfono de Servicio al Cliente aparecen en la portada de esta guía.)

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

El pago de la prima del plan debe ser recibido en nuestra oficina a más tardar el primer día del mes. Si no recibimos el pago de la prima a más tardar el primer día del mes, le enviaremos un aviso indicando que su membresía en el plan terminará si no recibimos el pago de su prima en un plazo no mayor de dos meses.

Si tiene problemas para pagar su prima a tiempo, comuníquese con Servicio al Cliente para determinar si es posible remitirle a algún programa que pueda ayudarle con el pago de la prima del plan.

Si cancelamos su membresía por falta de pago de las primas, todavía tendrá cobertura de salud mediante Medicare Original. Además, es posible que no pueda tener cobertura de la Parte D hasta el siguiente año si se inscribe en un nuevo plan durante el período de inscripción anual. (Si usted no tiene cobertura de medicamentos con receta “acreditable” durante más de 63 días, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D durante todo el tiempo que tenga la cobertura de la Parte D.)

Al momento en que cancelemos su membresía, es posible que aún adeude las primas que no nos haya pagado. Tenemos derecho a cobrarle la cantidad que usted adeude. Si usted solicita la inscripción en uno de nuestros planes y tiene primas impagas en un plan actual o anterior nuestro, nosotros tenemos derecho a exigirle el pago de cualquier prima que adeude, antes de permitirle que se inscriba.

Si usted piensa que la cancelación de su membresía fue una equivocación, puede presentar una queja (también se llama queja formal); consulte el Capítulo 7 que le indica cómo presentar una queja. Si se presentó una situación de emergencia fuera de su control la cual produjo el incumplimiento del pago de las primas del plan dentro de nuestro período de gracia, puede presentar una queja. Para quejas, nosotros revisaremos su decisión otra vez. La Sección 7 del Capítulo 7 de este documento indica cómo presentar una queja o puede llamarnos al 1-866-460-8854, 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Debe presentar su solicitud a más tardar 60 días después de la fecha en que termine su membresía.

Sección 5.2 ¿Podemos cambiar la prima mensual del plan durante el año?

No. No se nos permite cambiar la prima mensual del plan durante el año. Si la prima mensual del plan cambia para el año siguiente, se lo comunicaremos en el mes de septiembre y el cambio entrará en vigencia el 1 de enero.

Sin embargo, en algunos casos la parte de la prima que usted debe pagar puede cambiar durante el año. Esto sucede si, durante el año, usted comienza a cumplir los requisitos del programa “Ayuda Adicional” o si deja de cumplir los requisitos de dicho programa. Si un miembro califica para el programa “Ayuda Adicional” para pagar los costos de sus medicamentos con receta, el programa pagará una parte de la prima mensual del plan de este miembro. Si un miembro deja de cumplir los requisitos durante el año, tendrá que comenzar a pagar la prima mensual completa. Puede encontrar más información sobre el programa “Ayuda Adicional” en la Sección 7 del Capítulo 2.

Sección 6 Mantenga actualizado su registro de membresía del plan

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

Los farmacéuticos de la red del plan necesitan información correcta sobre usted. Estos proveedores de la red usan su registro de membresía para saber los medicamentos que tienen cobertura, además del costo compartido que le corresponde a usted. Por esta razón, es muy importante que usted nos ayude a mantener su información actualizada.

Infórmenos de estos cambios:

- Cambios en su nombre, su dirección o su número de teléfono
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos que tenga (de su empleador, del empleador de su cónyuge, de seguro de accidentes laborales o de Medicaid)
- Si tiene reclamos por responsabilidad civil, como reclamos debido a un accidente de automóvil.
- Si ha sido admitido en un asilo de convalecencia
- Si cambia su tercero responsable designado (como un cuidador)

Si alguno de estos datos cambia, llame a Servicio al Cliente para informarnos.

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

Sección 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Otros seguros

Medicare nos exige que recopilemos información suya sobre cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos que tenga. Esto es porque debemos coordinar cualquier otra cobertura que usted tenga con los beneficios de nuestro plan. A esto se le llama **Coordinación de los Beneficios**.

Una vez al año, le enviaremos una carta que indique cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos de las que tenemos conocimiento. Lea detenidamente esta información. Si es correcta, no tiene que hacer nada. Si la información está equivocada, o si tiene otra cobertura que no incluimos, llame a Servicio al Cliente. Es posible que sea necesario dar su número de ID de miembro del plan a sus otras compañías de seguros (una vez que haya confirmado cuáles son estas compañías) para que las facturas se paguen correcta y puntualmente.

Si usted tiene otro seguro (como una cobertura de salud de grupo del empleador), existen reglas establecidas por Medicare para determinar si paga primero nuestro plan o su otro seguro. El seguro que paga primero se llama “pagador primario” y paga hasta los límites de la cobertura. El seguro que paga en segundo término, el “pagador secundario”, solo paga si quedaron costos que la cobertura primaria no cubrió. Es posible que el pagador secundario no pague todos los costos que quedaron sin cubrir. Si tiene otro seguro, infórmeles a su médico, hospital y farmacia.

Las siguientes reglas se aplican a la cobertura de los planes de salud de grupo de empleadores o sindicatos:

- Si tiene cobertura para jubilados, Medicare paga primero.
- Si la cobertura de su plan de salud de grupo se basa en su empleo actual o en el de un familiar, se determina quién es el pagador primario según su edad, el número de empleados de su empleador y si usted tiene Medicare debido a su edad, discapacidad o Enfermedad Renal en Etapa Terminal (ESRD):
 - Si es menor de 65 años y está discapacitado, y usted o el familiar aún trabajan, su plan de salud de grupo paga primero si el empleador tiene 100 o más empleados, o si hay al menos un empleador en un plan de varios empleadores que tiene más de 100 empleados.
 - Si es mayor de 65 años y usted o su cónyuge aún trabajan, su plan de salud de grupo paga primero si el empleador tiene 20 o más empleados, o si hay al menos un empleador en un plan de varios empleadores que tiene más de 20 empleados.
- Si tiene Medicare debido a que tiene Enfermedad Renal en Etapa Terminal, su plan de salud de grupo pagará primero durante los primeros 30 meses después de la fecha en que usted comience a cumplir los requisitos de Medicare.

Por lo general, los siguientes tipos de cobertura son los pagadores primarios de servicios relacionados a ellos:

- Seguro Sin Culpa (incluso el Seguro de Automóvil)
- Seguro de Responsabilidad Civil (incluso el Seguro de Automóvil)
- Beneficios por antracosis
- Seguro de accidentes laborales

Medicaid y TRICARE nunca son los pagadores primarios de los servicios cubiertos por Medicare. Solamente pagan después de que hayan pagado Medicare, los planes de salud de grupo de empleadores o Medigap.

Capítulo 2

Números de teléfono y
recursos importantes

Sección 1 **Contactos de AARP® MedicareRx Saver Plus (PDP) (cómo comunicarse con nosotros, incluso con Servicio al Cliente)**

Cómo comunicarse con el Servicio al Cliente de nuestro plan

Para recibir ayuda con reclamos, facturación, o tarjetas de ID de miembro de UnitedHealthcare, llame o escriba a Servicio al Cliente de nuestro plan. Nos complacerá ayudarle.

Método	Servicio al Cliente - Información de Contacto
Llame al	1-866-460-8854 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: 24 horas del día, los 7 días de la semana El Servicio al Cliente también ofrece servicios gratuitos de intérpretes de idiomas para personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: 24 horas del día, los 7 días de la semana
Escriba a	UnitedHealthcare Customer Service Department P.O. Box 30770, Salt Lake City, UT 84130-0770
Sitio Web	myAARPMedicare.com

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

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos relacionada con sus beneficios y su cobertura o con la cantidad que pagaremos por sus 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 o apelaciones relacionadas con sus 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 Relacionadas con los Medicamentos con Receta de la Parte D – Información de Contacto
Llame al	1-866-460-8854 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: 24 horas del día, los 7 días de la semana
TTY	711

Método	Decisiones de Cobertura Relacionadas con los Medicamentos con Receta de la Parte D – Información de Contacto
	Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: 24 horas del día, los 7 días de la semana
Envíe un Fax al	1-844-403-1028
Escriba a	OptumRx Prior Authorization Department P.O. Box 25183, Santa Ana, CA 92799
Sitio Web	myAARPMedicare.com

Método	Apelaciones Relacionadas con los Medicamentos con Receta de la Parte D – Información de Contacto
Llame al	1-866-460-8854 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: 24 horas del día, los 7 días de la semana Para presentar apelaciones rápidas relacionadas con los medicamentos con receta de la Parte D: 1-800-595-9532 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: 24 horas del día, los 7 días de la semana
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: 24 horas del día, los 7 días de la semana
Envíe un Fax al	Para presentar apelaciones estándar relacionadas con los medicamentos con receta de la Parte D: 1-866-308-6294 Para presentar apelaciones rápidas relacionadas con los medicamentos con receta de la Parte D: 1-866-308-6296
Escriba a	UnitedHealthcare Part D Appeal and Grievance Department P.O. Box 6106, MS CA124-0197, Cypress, CA 90630-0016
Sitio Web	myAARPMedicare.com

Cómo comunicarse con nosotros para presentar una queja

Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre una de las farmacias de nuestra red, incluso una queja sobre la calidad del cuidado que ha recibido. Este tipo de queja no incluye disputas sobre la cobertura o el pago de servicios. 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 sobre los Medicamentos con Receta de la Parte D – Información de Contacto
Llame al	1-866-460-8854 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: 24 horas del día, los 7 días de la semana Para presentar quejas rápidas sobre los medicamentos con receta de la Parte D: 1-800-595-9532 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: 24 horas del día, los 7 días de la semana
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: 24 horas del día, los 7 días de la semana
Envíe un Fax al	Para presentar quejas estándar sobre los medicamentos con receta de la Parte D: 1-866-308-6294 Para presentar quejas rápidas sobre los medicamentos con receta de la Parte D: 1-866-308-6296
Escriba a	UnitedHealthcare Part D Appeal and Grievance Department P.O. Box 6106, MS CA124-0197, Cypress, CA 90630-0016
Sitio Web de Medicare	Puede presentar una queja sobre AARP® MedicareRx Saver Plus (PDP) directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare en Internet, visite es.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

A dónde debe enviar su solicitud para pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de un medicamento que usted recibió.

El proceso de determinación de cobertura incluye determinar las solicitudes para que paguemos nuestra parte del costo de un medicamento que usted recibió. Si ha recibido una factura o ha pagado los servicios (como, por ejemplo, una factura del proveedor) que usted cree que nosotros deberíamos pagar, es posible que necesite pedirle al plan el reembolso o el pago de la factura del proveedor. Consulte el Capítulo 5 (**Cómo solicitar el pago de nuestra parte del costo de los medicamentos cubiertos**).

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

Método	Solicitudes de Pago – Información de Contacto
Llame al	1-866-460-8854 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: 24 horas del día, los 7 días de la semana
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: 24 horas del día, los 7 días de la semana
Escriba a	Solicitudes de pago de medicamentos con receta de la Parte D: OptumRx P.O. Box 650287, Dallas, TX 75265-0287
Sitio Web	myAARPMedicare.com

Sección 2 Medicare (cómo recibir ayuda e información directamente del programa federal de Medicare)

Medicare es el programa federal de seguro de salud para personas mayores de 65 años, algunas personas menores de 65 años con discapacidades y personas con una Enfermedad Renal en Etapa Terminal (insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante de riñón).

La agencia federal a cargo de Medicare se denomina Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, “CMS”). Esta agencia tiene contratos con Planes de Medicamentos con Receta de Medicare, incluso con nosotros.

Método	Medicare – Información de Contacto
Llame al	1-800-MEDICARE, o 1-800-633-4227 Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Este número requiere un equipo telefónico especial y está habilitado solo para personas con dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas.
Sitio Web	es.medicare.gov

Método	Medicare – Información de Contacto
	Este es el sitio web oficial del gobierno para Medicare. Le ofrece información actualizada sobre Medicare y asuntos actuales de Medicare. También tiene información sobre hospitales, asilos de convalecencia, médicos, agencias de asistencia médica a domicilio y centros de diálisis. Incluye documentos que usted puede imprimir directamente desde su computadora. También puede encontrar contactos de Medicare en su estado. El sitio web de Medicare también tiene información detallada sobre sus requisitos de participación y opciones de inscripción en Medicare mediante las siguientes herramientas: • Herramienta para Determinar si Cumple los Requisitos de Medicare: Proporciona información sobre los requisitos de Medicare que usted cumple. • Buscador de Planes de Medicare: Ofrece 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 el área donde usted vive. Estas herramientas le ofrecen un cálculo aproximado de los gastos de su bolsillo que tendría en diferentes planes de Medicare. También puede usar el sitio web para presentar ante Medicare cualquier queja que tenga sobre AARP® MedicareRx Saver Plus (PDP): • Informe a Medicare sobre su queja: Puede presentar una queja sobre AARP® MedicareRx Saver Plus (PDP) directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, visite es.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma sus quejas con mucha seriedad y usa esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare. Si no tiene computadora, en su biblioteca o centro para adultos de edad avanzada local posiblemente le permiten usar una computadora para visitar este sitio web. O puede llamar a Medicare y pedirles la información que necesita. Buscarán la información en el sitio web y la revisarán con usted. (Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE [1-800-633-4227], las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.)

Sección 3 Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)

El Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa del gobierno que cuenta con asesores capacitados en todos los estados. En el estado donde usted reside, el programa SHIP se llama New Jersey State Health Insurance Assistance Program (SHIP).

El Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud es un programa estatal independiente (no está relacionado con ninguna compañía de seguros ni con ningún plan de salud) que recibe fondos del gobierno federal para proporcionar asesoramiento local gratuito sobre el seguro de salud a los beneficiarios de Medicare.

Los asesores del Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud pueden ayudarle a comprender sus derechos en Medicare, a presentar quejas sobre su cuidado o tratamiento médico y a resolver problemas con sus facturas de Medicare. Los asesores del Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud también pueden ayudarle a responder sus preguntas o resolver problemas relacionados con Medicare, así como ayudarle a comprender sus opciones de planes de Medicare y responder preguntas si desea cambiar de plan.

Método para acceder al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud y otros recursos

- Visite es.medicare.gov
- Haga clic en “Hablar con Alguien” en la parte central de la página de inicio
- Ahora usted tiene las siguientes opciones
 - Opción # 1: Usted puede tener una conversación en vivo con un representante de 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)
 - Opción # 2: Puede seleccionar su ESTADO en el menú desplegable y hacer clic en IR. Este enlace le llevará a una página con los números de teléfono y recursos específicos en su estado.

Método	Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP) – Información de Contacto New Jersey New Jersey State Health Insurance Assistance Program (SHIP)
Llame al	1-800-792-8820
TTY	711
Escriba a	P.O. Box 715, Trenton, NJ 08625-0715
Sitio Web	http://www.state.nj.us/humanservices/doas/services/ship/index.html

Sección 4 Organización para el Mejoramiento de la Calidad

En cada estado, hay una Organización para el Mejoramiento de la Calidad designada que atiende a los beneficiarios de Medicare. En New Jersey, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se llama Livanta BFCC-QIO Program.

La Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado tiene un grupo de médicos y otros profesionales de cuidado de la salud que reciben pago de Medicare para verificar y mejorar la calidad del cuidado que reciben los beneficiarios de Medicare. La Organización para el Mejoramiento de la Calidad de un estado en particular es una organización independiente y no está relacionada con nuestro plan.

Deberá comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado si tiene alguna queja sobre la calidad del cuidado médico recibido.

Por ejemplo, si recibió un medicamento equivocado o medicamentos que interactúan de manera perjudicial.

Método	Organización para el Mejoramiento de la Calidad: Información de contacto New Jersey Livanta BFCC-QIO Program
Llame al	1-866-815-5440 9 a.m. a 5 p.m., hora local, de lunes a viernes; 11 a.m. a 3 p.m., hora local, los fines de semana y días festivos
TTY	1-866-868-2289 Este número requiere un equipo telefónico especial y está habilitado solamente para personas con dificultades para oír o hablar.
Escriba a	10820 Guilford RD, STE 202, Annapolis Junction, MD 20701
Sitio Web	www.livantaqio.com

Sección 5 Seguro Social

El Seguro Social es responsable de determinar si las personas cumplen los requisitos de inscripción de Medicare y también se encarga de administrarlo. Los ciudadanos estadounidenses y residentes permanentes legales mayores de 65 años, o que tienen una discapacidad o Enfermedad Renal en Etapa Terminal y cumplen ciertas condiciones, cumplen los requisitos de Medicare. Si usted ya recibe cheques del Seguro Social, la inscripción en Medicare es automática.

Si usted no recibe cheques del Seguro Social, debe inscribirse en Medicare. Si usted desea inscribirse en Medicare, puede llamar al Seguro Social o visitar su oficina local del Seguro Social. El Seguro Social también es responsable de determinar quiénes deben pagar una cantidad adicional por su cobertura de medicamentos de la Parte D debido a que tienen ingresos más altos. Si recibió una carta del Seguro Social informándole que tiene que pagar la cantidad adicional y si tiene preguntas sobre la cantidad o si sus ingresos se disminuyeron debido a un acontecimiento que ha cambiado su vida, puede llamar al Seguro Social y solicitar una reconsideración. Si se muda o cambia de dirección postal, es importante que se comuniqué con el Seguro Social para informarles.

Método	Seguro Social - Información de Contacto
Llame al	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: de 8:00 a.m. a 7:00 p.m., de lunes a viernes. Puede usar el sistema telefónico automatizado del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunas operaciones las 24 horas del día.
TTY	1-800-325-0778 Este número requiere un equipo telefónico especial y está habilitado solo para personas con dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: de 8:00 a.m. a 7:00 p.m., de lunes a viernes.
Sitio Web	www.ssa.gov

Sección 6 Medicaid

Medicaid es un programa conjunto del gobierno federal y estatal que ayuda a pagar los costos médicos de ciertas personas con ingresos y recursos limitados. Algunos beneficiarios de Medicare también cumplen los requisitos de Medicaid.

Los programas ofrecidos a través de Medicaid ayudan a los beneficiarios de Medicare a pagar sus costos de Medicare, por ejemplo 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 (deducibles, coseguros y copagos). (Algunas personas que reciben este programa también cumplen los requisitos para recibir los beneficios completos de Medicaid [QMB+].)
- ☐ **Beneficiario de Medicare de Bajos Ingresos (Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunas personas que reciben este programa también cumplen los requisitos para recibir los beneficios completos de Medicaid [SLMB+].)
- ☐ **Individuos Calificados (Qualifying Individual, QI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- ☐ **Individuos Incapacitados y Empleados Calificados (Qualified Disabled & Working Individuals, QDWI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Para obtener más información sobre Medicaid y sus programas, comuníquese con la agencia de Medicaid de su estado.

Método	Programa Estatal de Medicaid – Información de Contacto New Jersey Department of Human Services Division of Medical Assistance & Health Services
Llame al	1-800-701-0710 8 a.m. a 5 p.m., hora del Este, de lunes a viernes
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y está habilitado solo para personas con dificultades para oír o hablar.
Escriba a	P.O. Box 712, Trenton, NJ 08625-0712
Sitio Web	https://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/

Sección 7 Información sobre programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos con receta

El sitio web es.Medicare.gov (es.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/costs-in-the-coverage-gap/5-ways-to-get-help-with-prescription-costs) proporciona 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 el programa “Ayuda Adicional” para pagar los costos de medicamentos con receta a las personas que tienen ingresos y recursos limitados. Los recursos incluyen sus ahorros y acciones, pero no su vivienda ni su automóvil. Si califica, usted recibe ayuda para pagar la prima

mensual, el deducible anual y los copagos o coseguros por medicamentos con receta de cualquier plan de medicamentos de Medicare. Lo que usted recibe del programa “Ayuda Adicional” también se toma en cuenta para alcanzar los gastos de su bolsillo.

Si califica automáticamente para el programa "Ayuda Adicional", Medicare le enviará una carta por correo. Usted no tendrá que presentar una solicitud. Si no califica automáticamente, es posible que pueda recibir el programa “Ayuda Adicional” para pagar las primas y los costos de sus medicamentos con receta. Para saber si califica para el programa “Ayuda Adicional”, llame:

- Al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana;
- A la Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, de 8 a.m. a 7 p.m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes); o
- A la Oficina Estatal de Medicaid (solicitudes). (Consulte la información de contacto en la Sección 6 de este capítulo.)

Si usted cree que ha calificado para recibir el programa “Ayuda Adicional” y cree que está pagando una cantidad incorrecta de costo compartido cuando obtiene su medicamento con receta en una farmacia, nuestro plan tiene un proceso que le permite solicitar ayuda para obtener un comprobante de su nivel de copago correcto o, si ya tiene el comprobante, proporcionárnoslo.

- Envíe la información por fax al 501-262-7070 o por correo a P.O. Box 29300, Hot Springs, AR 71903-9300.
- Cuando recibamos el comprobante que indique su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que pueda pagar el copago correcto cuando obtenga su medicamento con receta en la farmacia la próxima vez. Si paga más de lo que debería de copago, le reembolsaremos la diferencia. Le enviaremos un cheque por la cantidad del sobrepago o le compensaremos dicha cantidad en copagos futuros. Si la farmacia no le ha cobrado el copago y lo procesa como una cantidad que usted adeuda, es posible que realicemos el pago directamente a la farmacia. Si un estado pagó en nombre de usted, es posible que realicemos el pago directamente al estado. Si tiene preguntas, comuníquese con Servicio al Cliente.

Existen programas en Puerto Rico, las Virgin Islands, Guam, las Northern Mariana Islands y American Samoa para ayudar a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos de Medicare. Los programas varían en estas áreas. Llame a la oficina local de Asistencia Médica (Medicaid) para obtener más información sobre sus reglas (los números de teléfono se encuentran en la Sección 6 de este capítulo). O llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana y diga “Medicaid” para obtener más información. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Para obtener más información, también puede visitar es.medicare.gov.

¿Qué sucede si tiene la cobertura de un Programa Estatal de Ayuda para Medicamentos (SPAP)?

Muchos estados y las United States Virgin Islands ofrecen ayuda para pagar medicamentos con receta, primas de planes de medicamentos u otros costos de medicamentos. Si está inscrito en un Programa Estatal de Ayuda para Medicamentos (State Pharmaceutical Assistance Program, SPAP) o en cualquier otro programa que proporciona cobertura de medicamentos de la Parte D (excepto el programa “Ayuda Adicional”), aun así recibirá el descuento del 70% para los medicamentos de

marca cubiertos. Además, durante la Etapa Sin Cobertura, el plan paga el 5% de los costos de los medicamentos de marca. Tanto el descuento del 70% como el 5% que paga el plan se aplican al precio del medicamento antes de utilizar la cobertura del Programa Estatal de Ayuda para Medicamentos (SPAP) o alguna otra cobertura.

AARP® MedicareRx Saver Plus (PDP) ofrece cobertura durante la Etapa Sin Cobertura para Insulinas Cubiertas. Durante la Etapa Sin Cobertura, los gastos de su bolsillo por Insulinas Cubiertas serán de \$35 por un suministro de un mes en una farmacia minorista. Consulte la Sección 6 del Capítulo 4 para obtener más información sobre su cobertura durante la Etapa Sin Cobertura. Nota: Este costo compartido solamente se aplica a los beneficiarios que no califican para un programa que ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda Adicional”). Para saber cuáles son las Insulinas Cubiertas, revise la Lista de Medicamentos más actualizada que proporcionamos electrónicamente. Si tiene preguntas sobre la Lista de Medicamentos, también puede llamar a Servicio al Cliente.

¿Qué sucede si tiene cobertura de un Programa de Ayuda de Medicamentos para el Sida (ADAP)?

¿Qué es el Programa de Ayuda de Medicamentos para el Sida (ADAP)?

El Programa de Ayuda de Medicamentos para el Sida (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a las personas que cumplen los requisitos del programa ADAP y que viven con el VIH o SIDA a tener acceso a medicamentos para el VIH que salvan la vida. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están en el formulario del Programa de Ayuda de Medicamentos para el Sida califican para recibir ayuda con los costos compartidos de los medicamentos con receta. **Nota:** Para cumplir los requisitos del Programa de Ayuda de Medicamentos para el Sida de su Estado, las personas deben cumplir ciertos criterios, que incluyen contar con comprobantes de residencia en el Estado, de diagnóstico de VIH, de bajos ingresos según lo define el Estado y de no tener seguro o tener un seguro insuficiente.

Si cambia de plan, notifique al trabajador de inscripciones de su Programa de Ayuda de Medicamentos para el Sida local para que pueda seguir recibiendo asistencia. Para obtener información sobre los criterios de participación, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame a la oficina del Programa de Ayuda de Medicamentos para el Sida de su estado que se indica a continuación.

Método	Programa de Ayuda de Medicamentos para el Sida (ADAP) - Información de contacto New Jersey AIDS Drug Distribution Program (ADDP)
Llame al	1-877-613-4533 8 a.m. a 4:30 p.m., hora local, de lunes a viernes
Sitio Web	http://www.state.nj.us/health/hivstdtb/hiv-aids/medications.shtml

Programas estatales de ayuda para medicamentos

Muchos estados cuentan con programas estatales de ayuda para medicamentos o Programas estatales de asistencia farmacéutica que asisten a algunas personas para pagar sus medicamentos con receta según sus necesidades financieras, edad, condición de salud o

discapacidad. Cada estado tiene normas diferentes para proporcionar cobertura de medicamentos a sus miembros.

En New Jersey, el Programa estatal de ayuda para medicamentos se llama New Jersey Pharmaceutical Assistance To The Aged & Disabled (PAAD).

Método	Programas estatales de ayuda para medicamentos – Información de contacto New Jersey New Jersey Pharmaceutical Assistance To The Aged & Disabled (PAAD)
Llame al	1-800-792-9745 8:30 a.m. a 4:30 p.m., hora local, de lunes a viernes
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y está habilitado únicamente para personas con dificultades para oír o hablar.
Escriba a	P.O. Box 715, Trenton, NJ 08625-0715
Sitio Web	http://www.state.nj.us/humanservices/doas/paad/

Sección 8 Cómo comunicarse con la Junta de Retiro Ferroviario

La Junta de Retiro Ferroviario es una agencia federal independiente que administra programas de beneficios integrales para los empleados ferroviarios del país y sus familias. Si usted recibe Medicare a través de la Junta de Retiro Ferroviario, es importante que les informe si se muda o cambia de dirección postal. Si tiene preguntas sobre los beneficios que recibe de la Junta de Retiro Ferroviario, comuníquese con la agencia.

Método	Junta de Retiro Ferroviario – Información de Contacto
Llame al	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Si oprime el “0”, puede hablar con un representante de la Junta de Retiro Ferroviario (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 oprime el “1”, puede acceder a la Línea de Ayuda de la Junta de Retiro Ferroviario automatizada con información grabada, las 24 horas del día, incluso los fines de semana y días festivos.
TTY	1-312-751-4701 Este número requiere un equipo telefónico especial y está habilitado solo para personas con dificultades para oír o hablar.

Método	Junta de Retiro Ferroviario – Información de Contacto
	Las llamadas a este número no son gratuitas.
Sitio Web	rrb.gov/

Sección 9 ¿Tiene “seguro de grupo” u otro seguro de salud de un empleador?

Si usted (o su cónyuge) recibe beneficios del grupo del empleador o del grupo para jubilados de usted (o de su cónyuge) como parte de este plan, puede llamar al administrador de beneficios del empleador o sindicato, o a Servicio al Cliente si tiene alguna pregunta. Puede preguntar sobre los beneficios de salud, las primas o el período de inscripción del grupo del empleador o del grupo para jubilados de usted (o de su cónyuge). (Los números de teléfono de Servicio al Cliente aparecen en la portada de este documento.) También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048) con preguntas relacionadas con su cobertura de Medicare en este plan.

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

Capítulo 3

Cómo usar la cobertura
del plan para obtener medicamentos
con receta de la Parte D

Sección 1 Introducción

Este capítulo **explica las reglas para usar su cobertura de medicamentos de la Parte D.**

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

- La Parte A de Medicare cubre los medicamentos que se le administran durante las estadías cubiertas por Medicare en un hospital o en un centro de enfermería especializada.
- La Parte B de Medicare también provee beneficios que cubren algunos medicamentos. Los medicamentos de la Parte B incluyen ciertos medicamentos para quimioterapia, ciertas inyecciones de medicamentos que se le aplican durante sus visitas al consultorio médico, y los medicamentos que se le dan en un centro de diálisis.

Los dos ejemplos de medicamentos descritos anteriormente están cubiertos por Medicare Original. (Para saber más sobre esta cobertura, consulte el manual **Medicare y Usted 2023**.) Sus medicamentos con receta de la Parte D están cubiertos por nuestro plan.

Sección 1.1 Reglas básicas para la cobertura de medicamentos de la Parte D del plan

Por regla general, el plan cubrirá sus medicamentos siempre y cuando siga estas normas básicas:

- Un proveedor (un médico, un dentista u otro profesional que receta) debe emitirle una receta que debe ser válida, según las leyes estatales vigentes.
- El profesional que emita la receta no debe estar en las Listas de Exclusión o Preclusión de Medicare.
- Por lo general, debe usar una farmacia de la red para surtir su receta. (Consulte la Sección 2, **Cómo surtir sus recetas en una farmacia de la red o a través de una farmacia con servicio de pedidos por correo del plan.**)
- Su medicamento debe estar en la **Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)** del plan (para abreviar, la llamamos “Lista de Medicamentos”). (Consulte la Sección 3, **Sus medicamentos deben estar en la “Lista de Medicamentos” del plan.**)
- Su medicamento debe usarse para una indicación médicamente aceptada. Una “indicación médicamente aceptada” es un uso del medicamento que esté aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos de los Estados Unidos o respaldado por libros de referencia específicos. (Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre lo que es una indicación médicamente aceptada).

Sección 2 Cómo surtir su receta en una farmacia de la red o a través del servicio de medicamentos por correo que el plan ofrece

Sección 2.1 Usar una farmacia de la red

En la mayoría de los casos, sus medicamentos con receta tienen cobertura **solamente** si se surten en las farmacias de la red del plan. (Consulte la Sección 2.5 para obtener información sobre los casos en que cubriríamos las recetas surtidas en farmacias fuera de la red.)

Una farmacia de la red es una farmacia que tiene un contrato con el plan para proporcionarle sus medicamentos con receta cubiertos. El término “medicamentos cubiertos” se refiere a 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 buscar una farmacia de la red en su área

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

Usted puede ir a cualquiera de las farmacias de nuestra red. Algunas de las farmacias de nuestra red ofrecen un costo compartido preferido, que podría ser menor que el costo compartido ofrecido en una farmacia que ofrece un costo compartido estándar. El **Directorio de Farmacias** le indicará las farmacias de la red que ofrecen un costo compartido preferido. Comuníquese con nosotros para saber más sobre cómo podrían variar los gastos de su bolsillo según los diferentes medicamentos.

¿Qué debe hacer si la farmacia que usa deja la red?

Si la farmacia que usa deja la red del plan, tendrá que buscar una nueva farmacia que esté en la red. O si la farmacia que usa no deja la red pero no sigue ofreciendo el costo compartido preferido, tal vez le convenga cambiarse a otra farmacia de la red u otra farmacia preferida, si hay alguna disponible. Para buscar otra farmacia en su área, puede recibir ayuda de Servicio al Cliente o usar el **Directorio de Farmacias**. También encontrará esta información en nuestro sitio web myAARPMedicare.com.

¿Qué debe hacer si necesita una farmacia especializada?

Algunas recetas se deben surtir en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen:

- Farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusión a domicilio.
- Farmacias que suministran medicamentos para residentes de un centro de cuidado a largo plazo (long-term care, LTC). Por lo general, un centro de cuidado a largo plazo (por ejemplo, un asilo de convalecencia) tiene su propia farmacia. Si tiene alguna dificultad para tener acceso a sus beneficios de la Parte D en un centro de cuidado a largo plazo, comuníquese con Servicio al Cliente.
- Farmacias que prestan servicios para el Programa de Servicio de Salud Indígena, Tribal o Indígena Urbano (no disponible en Puerto Rico). Excepto en casos de emergencia, solamente los nativos americanos de Estados Unidos o los nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias de nuestra red.
- Farmacias que suministran medicamentos que están restringidos por la Administración de Alimentos y Medicamentos de modo que solo se surten en ciertos sitios, o que requieren un

manejo especial, coordinación de los proveedores o educación para su uso. (Nota: Esta situación es poco frecuente.)

Para buscar una farmacia especializada, puede consultar su **Directorio de Farmacias** o llame a Servicio al Cliente.

Sección 2.3 Cómo usar una farmacia con servicio de pedidos por correo del plan

Las farmacias con servicio de pedidos por correo de nuestro plan le permiten pedir un suministro de **hasta 90 días de medicamentos**.

Para obtener formularios de pedido e información sobre cómo surtir sus recetas por correo, puede comunicarse con nuestra farmacia preferida con servicio de medicamentos por correo, OptumRx™. Para comunicarse con OptumRx, llame al 1-877-889-5802, o, si tiene limitaciones auditivas, al (TTY) 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Consulte su **Directorio de Farmacias** donde encontrará las farmacias con servicio de medicamentos por correo de nuestra red. Si usa una farmacia de pedidos por correo que no esté en la red del plan, su medicamento con receta no tendrá cobertura.

Generalmente, un pedido a una farmacia de pedidos por correo le llegará en un máximo de 10 días hábiles. Sin embargo, a veces su pedido por correo podría demorarse. Si su pedido por correo se demora, siga estos pasos:

Si su receta está registrada en su farmacia local, vaya a su farmacia para surtir la receta. Si la receta demorada no está registrada en su farmacia local, pídale a su médico que llame al farmacéutico y autorice una nueva receta. O, su farmacéutico puede llamar al consultorio médico para solicitar la receta. Su farmacéutico puede llamar al servicio de ayuda para farmacias al 1-877-889-6510, (TTY) 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, si tiene cualquier problema, pregunta, duda o si necesita cancelar un reclamo por una receta demorada.

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

La farmacia surtirá y entregará automáticamente las nuevas recetas que reciba directamente de los proveedores de cuidado de la salud, sin consultar primero con usted, si:

- Anteriormente, usted utilizó una farmacia con servicio de pedidos por correo de este plan, o
- Se inscribe en el servicio de entrega automática de todas las recetas nuevas recibidas directamente de proveedores de cuidado de la salud. Usted puede solicitar la entrega automática de todas las recetas nuevas en cualquier momento, por teléfono o por correo.

Si recibe un medicamento con receta automáticamente por correo que no desea, y no se comunicaron con usted para confirmar si lo deseaba antes de enviarlo, es posible que cumpla los requisitos para recibir un reembolso.

Si anteriormente usted utilizó una farmacia de pedidos por correo y no desea que la farmacia surta y le envíe automáticamente cada nueva receta, comuníquese con nosotros por teléfono o por correo.

Si nunca ha utilizado el servicio de entrega de medicamentos por correo y decide pedir que no se surtan automáticamente las nuevas recetas, la farmacia se comunicará con usted cada vez que reciba una nueva receta de su proveedor de cuidado de la salud para preguntarle si quiere que

surtan y le envíen su medicamento inmediatamente. Es importante que usted responda cada vez que la farmacia se comuniquen con usted para indicarles si deben enviar, posponer o cancelar la nueva receta.

Resurtidos de recetas a través de una farmacia de pedidos por correo. Para pedir resurtidos, comuníquese con su farmacia al menos 10 días hábiles antes de que su receta actual se le acabe para asegurarse de que su próximo pedido se envíe a tiempo. Además tiene la opción de inscribirse en un programa de resurtido automático. En este programa, nosotros comenzamos a procesar su próximo resurtido automáticamente cuando los registros nos muestren que se le están acabando sus medicamentos. Antes de enviarle un resurtido, la farmacia se comunicará con usted para confirmar que efectivamente necesita el medicamento, de lo contrario, puede cancelar el resurtido programado si aún tiene suficiente medicamentos o si éstos han cambiado. Para cancelar el programa de resurtido automático, comuníquese con la farmacia de pedidos por correo al menos 10 días antes de que le envíen el pedido; también puede hacerlo cuando le llamen de la farmacia para avisarle de su próximo envío.

Asegúrese de darle a la farmacia de pedidos por correo toda la información de contacto necesaria, de manera que la farmacia pueda comunicarse con usted para confirmar su pedido antes de que le hagan el envío. Puede hacer esto comunicándose con la farmacia de pedidos por correo al momento de registrarse en el programa de resurtidos automáticos, o cuando reciba la notificación de un próximo envío de resurtido.

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

Si obtiene un suministro de medicamentos a largo plazo, es posible que su costo compartido sea más bajo. El plan ofrece dos maneras de obtener un suministro a largo plazo (también llamado “suministro extendido”) de medicamentos de “mantenimiento” de la Lista de Medicamentos de nuestro plan. (Los medicamentos de mantenimiento son los medicamentos que usted toma con regularidad debido a una condición médica crónica o a largo plazo.)

1. **Algunas farmacias minoristas** de nuestra red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Su **Directorio de Farmacias** le indica las farmacias de nuestra red que pueden surtir un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar a Servicio al Cliente para obtener más información.
2. También puede recibir medicamentos de mantenimiento a través de nuestro programa de medicamentos por correo. Para obtener más información, consulte la Sección 2.3.

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

Su medicamento con receta puede estar cubierto en ciertas situaciones

Por lo general, cubrimos los medicamentos surtidos en una farmacia fuera de la red **solamente** cuando usted no puede utilizar una farmacia de la red. Para ayudarle, contamos con farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio donde puede surtir sus recetas como miembro de nuestro plan. **Primero consulte a Servicio al Cliente** para saber si hay una farmacia de la red cercana. Lo más probable es que deba pagar la diferencia entre lo que usted paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia dentro de la red.

Estas son las circunstancias en las que cubriríamos recetas surtidas en una farmacia fuera de la red:

- **Medicamentos con Receta para una Emergencia Médica**

Cubriremos las recetas que se surten en una farmacia fuera de la red si las recetas están relacionadas con el cuidado de una emergencia médica o el cuidado requerido de urgencia, si los medicamentos están incluidos en nuestra Lista de Medicamentos sin restricciones y no están excluidos de la cobertura de la Parte D de Medicare.

- **Cobertura cuando está de viaje o fuera del área de servicio**

Cuando usted viaja dentro de los Estados Unidos, tiene acceso a farmacias de la red en todo el país. Como parte de sus planes de viaje, lleve consigo sus recetas y medicamentos y asegúrese de consultar el directorio de farmacias para encontrar una farmacia de la red mientras esté de viaje. Si viaja al extranjero, es posible que pueda obtener un suministro de más días antes de salir del país para llevar consigo a los países donde no haya farmacias de la red disponibles.

- Si no le es posible obtener oportunamente un medicamento cubierto dentro del área de servicio debido a que no hay una farmacia de la red con servicio las 24 horas dentro de una distancia razonable para ir en automóvil.
- Si está tratando de surtir una receta de un medicamento que no está disponible regularmente en una farmacia minorista de la red accesible ni en una farmacia preferida de pedidos por correo de la red (incluso los medicamentos de alto costo y medicamentos muy especiales).
- Si necesita un medicamento con receta mientras es paciente en un departamento de emergencias, en una clínica donde atiende un proveedor, en un centro de cirugía para pacientes ambulatorios o en otro centro para pacientes ambulatorios.

¿Cómo solicitar un reembolso al plan?

Si debe usar una farmacia fuera de la red, generalmente tendrá que pagar el costo total (en lugar de pagar su costo compartido normal) al momento de surtir su receta. Puede pedirnos que le reembolsemos nuestra parte del costo. (La Sección 2.1 del Capítulo 5 tiene instrucciones para pedir el reembolso al plan).

Sección 3 Sus medicamentos deben estar en la Lista de Medicamentos del plan

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

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

Los medicamentos en esta lista han sido seleccionados por el plan con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista cumple los requisitos de Medicare y ha sido aprobada por Medicare.

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

Generalmente, cubriremos un medicamento en la Lista de Medicamentos del plan siempre y cuando siga las demás normas de cobertura descritas en este Capítulo y el uso del medicamento sea de indicación médicamente aceptada. La frase “indicación médicamente aceptada” significa que, **de una u otra manera**, el uso del medicamento:

- Está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos para el diagnóstico o la condición para los que se receta.
- – **o** – Tiene el respaldo de ciertas referencias, tales como la American Hospital Formulary Service Drug Information y el DRUGDEX Information System.

La Lista de Medicamentos incluye medicamentos de marca y medicamentos genéricos.

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

Un medicamento genérico es un medicamento con receta que contiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Generalmente, los genéricos son tan eficaces como un medicamento de marca y suele costar menos. Hay medicamentos genéricos sustitutos para muchos medicamentos de marca.

¿Qué medicamentos no están en la Lista de Medicamentos?

El plan no cubre todos los medicamentos con receta.

- En algunos casos, la ley no permite que un plan de Medicare cubra ciertos medicamentos (consulte los detalles en la Sección 7.1 de este Capítulo).
- En otros casos, nosotros hemos decidido no incluir un medicamento en particular en la Lista de Medicamentos. En algunos casos, es posible que pueda obtener un medicamento que no está en la lista de medicamentos. Para obtener más información, consulte el Capítulo 7.

Sección 3.2 Hay 5 “niveles de costo compartido” para los medicamentos de la Lista de Medicamentos

Cada medicamento de la Lista de Medicamentos del plan está asignado a uno de 5 niveles de costo compartido. Por lo general, mientras más alto sea el nivel de costo compartido, más alto será el costo de su medicamento:

Nivel 1 – Genéricos Preferidos - Medicamentos genéricos de uso común, de bajo costo.

Nivel 2 – Genéricos - Muchos medicamentos genéricos.

Nivel 3 – De Marca Preferidos - Muchos medicamentos comunes que son de marca, a los que se llama de marca preferidos, y algunos medicamentos genéricos de costo más alto.

Medicamentos de Insulina Cubiertos - Insulinas Cubiertas a un copago máximo de \$35 por cada suministro de 1 mes hasta la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores.¹

Nivel 4 – Medicamentos No preferidos - Medicamentos genéricos no preferidos y medicamentos de marca no preferidos.

Nivel 5 – De Especialidad - Medicamentos de marca y genéricos muy especiales o de un costo muy alto.

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

Lo que usted paga por los medicamentos en cada nivel de costo compartido se indica en el Capítulo 4 (**Lo que usted paga por sus medicamentos con receta de la Parte D**).

¹ Usted pagará un máximo de \$35 por cada suministro de 1 mes de medicamentos de insulina cubiertos de la Parte D durante todas las etapas de cobertura.

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

Tiene tres formas de averiguarlo:

1. Revise la lista de medicamentos que le haremos llegar de forma electrónica.
2. Visite el sitio web del plan (myAARPMedicare.com). La Lista de Medicamentos del sitio web es siempre la más actualizada.
3. Llame al Servicio al Cliente para saber si un medicamento específico está en la Lista de Medicamentos del plan o para solicitar una copia de la lista.

Sección 4 Restricciones en la cobertura de algunos medicamentos

Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?

Para ciertos medicamentos con receta, hay reglas especiales que restringen cómo y cuándo el plan los cubre. Un equipo de médicos y farmacéuticos elaboró estas reglas para alentar a que usted y su proveedor usen los medicamentos de las maneras más eficaces. Para saber si alguna de estas restricciones se aplica a un medicamento que usted toma o desea tomar, consulte la Lista de Medicamentos. Si un medicamento seguro y de menor costo es médicamente tan eficaz como un medicamento de mayor costo, las reglas del plan están diseñadas para alentar a que usted y su proveedor usen la opción de menor costo.

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 ser diferentes según la concentración, la cantidad o la presentación del medicamento recetado por su proveedor del cuidado de la salud, y pueden aplicarse diferentes restricciones o costos compartidos a las diferentes versiones del medicamento (por ejemplo, 10 mg o 100 mg; uno por día o dos por día; tableta o líquido).

Sección 4.2 ¿Qué tipos de restricciones?

Las siguientes secciones le ofrecen más información sobre las restricciones que usamos para ciertos medicamentos.

Si hay una restricción para su medicamento, generalmente significa que usted o su proveedor tendrán que tomar medidas adicionales para que cubramos el medicamento. Comuníquese con Servicio al Cliente para saber lo que deben hacer usted o su proveedor para obtener cobertura del medicamento. Si desea que no le apliquemos la restricción, deberá usar el proceso para decisiones de cobertura y pedirnos que hagamos una excepción. Podemos aceptar o no su solicitud para no aplicarle la restricción. (Consulte el Capítulo 7)

¿Qué es un medicamento compuesto?

Un medicamento compuesto es uno que ha sido creado por un farmacéutico al mezclar o combinar ingredientes para crear un medicamento con receta personalizado que satisfaga las necesidades de un paciente en particular.

¿Mi plan de la Parte D cubre los medicamentos compuestos?

Generalmente, los medicamentos compuestos están excluidos del formulario (es decir, no los cubre el plan). Para que su medicamento compuesto tenga cobertura, es posible que tenga que solicitar y recibir de nosotros una determinación de cobertura aprobada. Los medicamentos compuestos pueden cumplir los requisitos de la Parte D si cumplen todos los requisitos siguientes:

1. Contienen al menos un ingrediente farmacológico aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o por los Compendios, y todos los ingredientes del medicamento compuesto (incluso la vía de administración propuesta) deben tener el respaldo de los Compendios.
2. No contienen un ingrediente farmacológico excluido por la Parte D o no aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos.
3. No contienen un ingrediente cubierto por la Parte B. (De lo contrario, es posible que el medicamento compuesto esté cubierto por la Parte B en lugar de la Parte D)
4. Son recetados para una indicación médicamente aceptada.

La tabla a continuación explica los requisitos básicos para que un medicamento compuesto con 2 o más ingredientes esté o no cubierto por las reglas de la Parte D, así como los posibles costos para usted.

Tipo de medicamento compuesto	Cobertura de Medicare
El medicamento compuesto contiene un ingrediente que cumple los requisitos de la Parte B.	El medicamento compuesto está cubierto exclusivamente por la Parte B.
Todos los ingredientes del medicamento compuesto cumplen los requisitos de cobertura de la Parte D y están aprobados para formular un medicamento compuesto.	Una vez que se haya aprobado la determinación de cobertura, es posible que el medicamento compuesto esté cubierto por la Parte D.
Todos los ingredientes del medicamento compuesto cumplen los requisitos de	Una vez que se haya aprobado la determinación de cobertura, es posible que

Tipo de medicamento compuesto	Cobertura de Medicare
cobertura de la Parte D y están aprobados para formular un medicamento compuesto; asimismo, los ingredientes no tienen cobertura de la Parte D (por ejemplo, medicamentos sin receta, etc.).	el medicamento compuesto esté cubierto por la Parte D. Sin embargo, los ingredientes sin cobertura de la Parte D no serán cubiertos y a usted no le corresponde pagar el costo de todos esos ingredientes sin cobertura de la Parte D.
El medicamento compuesto contiene un ingrediente que no ha sido aprobado ni respaldado para formular medicamentos compuestos.	El medicamento compuesto no está cubierto por la Parte D. A usted le corresponde pagar la totalidad del costo.

¿Qué tengo que pagar por un medicamento compuesto cubierto?

Un medicamento compuesto que cumple los requisitos de la Parte D podría requerir una determinación de cobertura aprobada para que esté cubierto por su plan. Por los medicamentos compuestos que han sido aprobados, usted pagará el copago o coseguro correspondiente a medicamentos no preferidos. No se permite ni está disponible ninguna otra reducción en el costo compartido relacionada con el nivel.

Obtener la preaprobación del plan

Para ciertos medicamentos, usted o su proveedor deben obtener aprobación del plan antes de que aceptemos cubrir un medicamento para usted. Esto se llama “**preautorización**”. Esto es para garantizar la seguridad de los medicamentos y ayudar a orientar el uso apropiado de ciertos medicamentos. Si no obtiene esta aprobación, es posible que el plan no cubra su medicamento.

Probar primero un medicamento diferente

Este requisito le alienta a probar medicamentos menos costosos, pero generalmente igual de eficaces antes de que el plan cubra otro medicamento. Por ejemplo, si el Medicamento A y el Medicamento B tratan la misma condición médica, es posible que el plan requiera que pruebe primero el Medicamento A. Si el Medicamento A no le surte efecto, el plan cubrirá el Medicamento B. Este requisito de probar primero un medicamento diferente se llama “**terapia escalonada**”.

Límites de cantidad

Con ciertos medicamentos, el plan limita la cantidad de medicamento que usted recibe cada vez que surte su receta. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro que tome una tableta por día de un medicamento determinado, podemos limitar la cobertura de su receta a una tableta por día.

Sección 5 Cuando sus medicamentos no están cubiertos en la forma que usted prefiere

Sección 5.1 Tome medidas si su medicamento no tiene la cobertura que usted desea

Hay situaciones en las que un medicamento con receta que usted toma, o alguno que usted y su proveedor piensen que debería tomar, que no está en nuestra lista de medicamentos (formulario) o que está en nuestro formulario con restricciones. Por ejemplo:

- El medicamento podría no tener ninguna cobertura. O es posible que una versión genérica del medicamento esté cubierta, pero que la versión de marca que usted desea tomar no tenga cobertura.
- El medicamento está cubierto, pero hay reglas o restricciones adicionales para la cobertura de ese medicamento, según se explica en la Sección 4.
- El medicamento tiene cobertura, pero está en un nivel de costo compartido que hace su costo compartido más caro de lo que usted esperaba.
- Hay ciertas medidas que usted puede tomar si su medicamento no está cubierto en la manera que usted desea. Si su medicamento no está en la Lista de Medicamentos o si su medicamento tiene alguna restricción, consulte la Sección 5.2 para saber lo que puede hacer.
- Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que hace que su costo sea mayor de lo que usted cree que debería ser, consulte la Sección 5.3 para saber lo que puede hacer.

Sección 5.2 ¿Qué puede hacer si el medicamento no está en la Lista de Medicamentos o si tiene algún tipo de restricción?

Si su medicamento no está en la Lista de Medicamentos o tiene algún tipo de restricción, tiene opciones:

- Es posible que pueda obtener un suministro temporal del medicamento.
- Puede cambiar el medicamento por otro.
- Puede solicitar una excepción al plan para que cubra el medicamento o que elimine las restricciones al medicamento.

Es posible que pueda obtener un suministro temporal

En ciertas circunstancias, el plan debe proporcionarle un suministro temporal de un medicamento que usted ya esté tomando. Este suministro temporal le dará tiempo para hablar con su proveedor sobre el cambio en la cobertura y decidir lo que puede hacer.

Para cumplir los requisitos para un suministro temporal, el medicamento que usted ha estado tomando ya no debe estar en la Lista de Medicamentos del plan O ahora debe tener algún tipo de restricción.

- ☐ Si usted es un miembro nuevo, cubriremos el suministro temporal de su medicamento durante los primeros 90 días de su membresía en el plan.
- ☐ Si usted estuvo en el plan el año pasado, cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros 90 días del año calendario.
- ☐ Este suministro temporal será por un suministro mínimo de 30 días. Si su receta indica menos días, permitiremos surtidos adicionales para proporcionar como mínimo un suministro de hasta 30 días del medicamento. La receta se debe surtir en una farmacia de la red. (Tenga en

cuenta que la farmacia de cuidado a largo plazo podría suministrar el medicamento en cantidades más pequeñas cada vez que se surta, para evitar el desperdicio).

☐ **Si se trata de miembros que han estado en el plan por más de 90 días, residen en un centro de cuidados a largo plazo y necesitan un suministro de inmediato:**

Cubriremos como mínimo un suministro de emergencia de 31 días de un medicamento en particular, o por un período más breve si su receta se emite para menos días. Este es un suministro adicional al del suministro temporal que se mencionó anteriormente.

☐ **Para aquellos miembros actuales con cambios en el nivel de cuidado:**

Podría haber transiciones no planificadas, como altas del hospital (incluso de hospitales psiquiátricos) o cambios en el nivel de cuidado (por ejemplo, un cambio de centros de cuidado a largo plazo, la entrada y salida de un centro de cuidado a largo plazo, la terminación de la cobertura de la Parte A con un centro de enfermería especializada, o la terminación de la cobertura de cuidados paliativos y volver a la cobertura de Medicare) que pueden ocurrir en cualquier momento. Si le recetan un medicamento que no está en nuestra Lista de Medicamentos o las posibilidades de obtener sus medicamentos son limitadas de alguna manera, tendrá que usar el proceso de excepción del plan. Para la mayoría de los medicamentos, puede solicitar una sola vez un suministro temporal de un mínimo de 30 días que le permita tener tiempo para analizar tratamientos alternativos con su médico o solicitar una excepción a la Lista de Medicamentos (formulario) . Si su médico le emite una receta por menos días, usted puede resurtir el medicamento hasta que haya recibido un suministro de 30 días como mínimo.

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

Durante el tiempo en que use el suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su médico para decidir qué hacer cuando se termine su suministro temporal. Tiene dos opciones:

1) Puede cambiar el medicamento por otro

Hable con su proveedor para saber si hay otro medicamento cubierto por el plan que podría ser tan eficaz como el anterior. Llame a Servicio al Cliente para pedir una lista de los medicamentos cubiertos que tratan la misma condición médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que podría ser eficaz para usted.

2) Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitar al plan que haga una excepción y cubra el medicamento en la manera que usted desea. Si su proveedor afirma que existen razones médicas que justifican solicitar una excepción, ese proveedor puede ayudarle a solicitar una excepción. Por ejemplo, puede solicitar al plan que cubra un medicamento, aunque no esté en la Lista de Medicamentos del plan. O puede solicitar al plan que haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

Si actualmente usted es miembro y un medicamento que está tomando se quitará del formulario o tendrá restricciones de algún tipo para el próximo año, le comunicaremos sobre cualquier cambio con anticipación al nuevo año. Usted puede solicitar una excepción antes del próximo año y le daremos una respuesta en un plazo no mayor de 72 horas después de recibir su solicitud (o la

declaración de respaldo del profesional que receta). 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 indica lo que deben hacer. Describe los procedimientos y plazos establecidos por Medicare para garantizar que su solicitud se tramite de manera justa y oportuna.

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

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

Puede cambiar el medicamento por otro

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera que es demasiado alto, hable con su proveedor. Es posible que otro medicamento en un nivel de costo compartido más bajo pudiera ser tan eficaz como el anterior. Llame a Servicio al Cliente para pedir una lista de los medicamentos cubiertos que tratan la misma condición médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que podría ser eficaz para usted.

Solicite una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitar que el plan haga una excepción en el nivel de costo compartido del medicamento para que usted pague menos por él. Si su proveedor determina que usted tiene razones médicas que justifican solicitarnos una excepción, su proveedor puede ayudarle a solicitar una excepción a la regla.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, consulte el Capítulo 7, Sección 5.4 para saber cómo proceder. Ahí se explican los procedimientos y fechas límites establecidos por Medicare para asegurarse de que su solicitud sea manejada de una manera justa y oportuna.

Los medicamentos en el nivel de especialidad no cumplen los requisitos para este tipo de excepción. No rebajamos el costo compartido en el caso de los medicamentos en este nivel.

Sección 6 Qué pasa si la cobertura de uno de sus medicamentos cambia

Sección 6.1 La Lista de Medicamentos puede cambiar durante el año

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

- **Agregar o quitar medicamentos de la Lista de Medicamentos.**
- **Cambiar un medicamento a un nivel de costo compartido mayor o menor.**
- **Añadir o eliminar una restricción a la cobertura de un medicamento.**
- **Reemplazar un medicamento de marca por un medicamento genérico.**

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

Sección 6.2 ¿Qué sucede si cambia la cobertura de un medicamento que usted toma?

Información sobre cambios en la cobertura de medicamentos

Cuando se produzcan cambios en la Lista de Medicamentos, publicaremos información en nuestro sitio web sobre esos cambios. Actualizamos nuestra Lista de Medicamentos en Internet periódicamente. A continuación señalamos los momentos en que usted recibirá un aviso directo si se realizan cambios en un medicamento que está tomando.

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

- **Un nuevo medicamento genérico reemplaza un medicamento de marca en la Lista de Medicamentos (o cambiamos el nivel de costo compartido o agregamos nuevas restricciones al medicamento de marca o ambos)**
 - Es posible que quitemos inmediatamente un medicamento de marca de nuestra Lista de Medicamentos si decidimos reemplazarlo por una versión genérica recientemente aprobada del mismo medicamento. El medicamento genérico aparecerá en el mismo nivel de costo compartido o en uno inferior y con las mismas o menos restricciones. Quizás decidamos mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de Medicamentos, pero inmediatamente lo pasaremos a un nivel de costo compartido más alto o agregaremos nuevas restricciones o ambos cuando el medicamento nuevo se agregue.
 - Es posible que no le avisemos por anticipado antes de hacer ese cambio, incluso si usted está tomando actualmente el medicamento de marca. Si usted está tomando el medicamento de marca en el momento en que realizamos el cambio, le proporcionaremos la información sobre los cambios específicos. Esta información también incluirá los pasos que usted puede seguir para solicitar una excepción a la cobertura del medicamento de marca. Es posible que no le avisemos antes de hacer el cambio.
 - Usted y el profesional que receta pueden pedirnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo su medicamento de marca. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 7.
- **Medicamentos peligrosos y otros medicamentos de la Lista de Medicamentos que se retiran del mercado**
 - Algunas veces, un medicamento es considerado peligroso o es retirado del mercado por otros motivos. Si esto sucede, podemos quitar el medicamento inmediatamente de la Lista de Medicamentos. Si usted está tomando ese medicamento, le informaremos de inmediato.
 - El profesional que receta también se enterará de este cambio y podrá buscar otro medicamento que usted puede usar para su condición.
- **Otros cambios en los medicamentos de la Lista de Medicamentos**
 - Una vez que comience el año, es posible que hagamos otros cambios que afecten los medicamentos que usted toma. Por ejemplo, podríamos agregar un medicamento genérico que no es nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca en la Lista de Medicamentos o cambiar el nivel de costo compartido o agregar nuevas restricciones al medicamento de marca o ambos. También podríamos hacer cambios según las

advertencias de la Administración de Alimentos y Medicamentos o las nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare.

- En estos casos, debemos avisarle del cambio al menos con 30 días de anticipación o avisarle del cambio y darle un resurtido de 30 días del medicamento que está tomando a través de una farmacia de la red.
- Después de recibir el aviso del cambio, usted deberá hablar con su proveedor para cambiar su medicamento por otro que cubramos o cumplir con cualquiera de las restricciones nuevas del medicamento que está tomando.
- Usted o el profesional que receta pueden pedirnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo su medicamento. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 7.

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

En nuestra Lista de Medicamentos, posiblemente realizamos ciertos cambios 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, estos cambios le afectarán a usted a partir del 1 de enero del próximo año del plan si usted permanece en el mismo plan.

Por lo general, los cambios que no le afectarán a usted durante el año del plan actual son:

- Pasamos su medicamento a un nivel de costo compartido más alto.
- Establecemos una nueva restricción al uso del medicamento.
- Quitamos su medicamento de la Lista de Medicamentos.

Si se produce alguno de estos cambios en un medicamento que usted está tomando (excepto que se retire del mercado, porque un medicamento genérico reemplaza uno de marca ni por otro cambio indicado en las secciones anteriores), el cambio no afectará su uso ni lo que usted paga como su parte del costo hasta el 1 de enero del próximo año. Hasta esa fecha, usted probablemente no notará ningún aumento en sus pagos o restricciones adicionales en el uso del medicamento.

No le notificaremos sobre estos tipos de cambios directamente durante el año del plan actual. Usted tendrá que revisar la Lista de Medicamentos para el próximo año del plan (cuando la lista esté disponible durante el período de inscripción abierta) para saber si hay algún cambio en los medicamentos que está tomando que le afectará a usted durante el próximo año del plan.

Sección 7 ¿Qué medicamentos no tienen cobertura del plan?

Sección 7.1 Medicamentos sin cobertura

Esta sección indica los medicamentos con receta que están “excluidos”. Esto significa que Medicare no paga estos medicamentos.

Si obtiene medicamentos que están excluidos, usted debe pagarlos. Si usted apela y se determina que el medicamento solicitado no está excluido por la Parte D, nosotros lo pagaremos o lo cubriremos. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión, consulte el Capítulo 7.)

Las siguientes son cuatro reglas generales sobre los medicamentos que los planes de medicamentos de Medicare no cubrirán mediante la Parte D:

- La cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que podría estar cubierto por la Parte A o la Parte B de Medicare.
- Nuestro plan no puede cubrir un medicamento que se compre fuera de los Estados Unidos o sus territorios.
- Nuestro plan normalmente no puede cubrir un uso fuera de la indicación aprobada. Un “uso fuera de la indicación aprobada” es cualquier uso del medicamento diferente de los usos indicados en la etiqueta del medicamento como aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos.
- La cobertura del “uso fuera de la indicación aprobada” se permite solamente cuando el uso está respaldado por ciertas referencias, tales como la American Hospital Formulary Service Drug Information y el DRUGDEX Information System.

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

- Medicamentos sin receta (también llamados medicamentos de venta sin receta).
- Medicamentos que se usan para estimular la fertilidad.
- Medicamentos que se usan para aliviar los síntomas de la tos o el resfrío.
- Medicamentos que se usan con fines estéticos o para estimular el crecimiento del cabello.
- Vitaminas y productos minerales con receta, excepto vitaminas prenatales y preparaciones de fluoruro.
- Medicamentos que se usan para el tratamiento de la disfunción eréctil o sexual.
- Medicamentos que se usan para tratar la anorexia, para bajar o subir de peso.
- Medicamentos para pacientes ambulatorios para los que el fabricante requiere que se compren pruebas asociadas o se contraten servicios de control exclusivamente del fabricante como condición para la venta.

Además, si **recibe el programa “Ayuda Adicional”** para pagar sus medicamentos con receta, no contará con esta ayuda para pagar los medicamentos que normalmente no tienen cobertura. Sin embargo, si tiene cobertura de medicamentos a través de Medicaid, es posible que su programa estatal de Medicaid cubra algunos medicamentos que normalmente no tienen cobertura en un plan de medicamentos de Medicare. Comuníquese con el programa estatal de Medicaid para determinar la cobertura de medicamentos que podría tener. (Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto de Medicaid en la Sección 6 del Capítulo 2).

Sección 8 Cómo surtir una receta

Sección 8.1 Proporcione su información de ID de miembro de UnitedHealthcare

Para surtir su receta, proporcione su información de ID de miembro de UnitedHealthcare, que se puede encontrar en su tarjeta de membresía, en la farmacia de la red que usted elija. La farmacia de la red le facturará automáticamente al plan **nuestra** parte del costo de su medicamento. Al surtir su receta, deberá pagar a la farmacia la parte del costo que le corresponde **a usted**.

Sección 8.2 ¿Qué debe hacer si no tiene consigo su información de ID de miembro de UnitedHealthcare?

Si no tiene consigo su información de ID de miembro de UnitedHealthcare cuando surta su receta, usted o la farmacia pueden llamar al plan para obtener la información necesaria.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, **es posible que usted tenga que pagar el costo total del medicamento con receta al momento de surtirlo.** (Después podrá pedirnos que le reembolsemos nuestra parte. Consulte la Sección 2.1 del Capítulo 5 para obtener información sobre cómo solicitar reembolsos al plan.)

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

Sección 9.1 Medicamentos y estadías con cobertura de Medicare Original en un hospital o centro de enfermería especializada

Si se le admite en un hospital o en un centro de enfermería especializada por una estadía cubierta por el plan, por lo general cubriremos el costo de sus medicamentos con receta durante su estadía. Una vez que le dan de alta del hospital o del centro de enfermería especializada, el plan cubrirá sus medicamentos con receta siempre y cuando los medicamentos cumplan todas nuestras reglas de cobertura que se describen en este Capítulo.

Sección 9.2 Residentes en centros de cuidado a largo plazo

Generalmente, un centro de cuidado a largo plazo (long-term care, LTC) (como un asilo de convalecencia) tiene su propia farmacia o usa una farmacia que suministra los medicamentos a todos sus residentes. Si usted es residente de un centro de cuidado a largo plazo (long-term care, LTC), puede obtener sus medicamentos con receta a través de la farmacia del centro, o de la que la farmacia utiliza, siempre que la farmacia forme parte de nuestra red.

Consulte su **Directorio de Farmacias** para saber si la farmacia del centro de cuidado a largo plazo (LTC) o la que el centro usa es parte de nuestra red. Si la farmacia no forma parte de nuestra red o si usted necesita más información o asistencia, comuníquese con Servicio al Cliente. Si usted está en un centro de cuidado a largo plazo, debemos asegurarnos de que pueda recibir de rutina sus beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias de cuidado a largo plazo.

¿Qué sucede si vive en un centro de cuidado a largo plazo (LTC) y necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de Medicamentos o que tiene alguna limitación?

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

Sección 9.3 ¿Qué pasa si toma medicamentos que tienen cobertura de Medicare Original?

Su inscripción en AARP® MedicareRx Saver Plus (PDP) no afecta la cobertura de sus medicamentos mediante la Parte A o la Parte B de Medicare. Si cumple los requisitos de cobertura de Medicare, seguirá recibiendo cobertura del medicamento mediante la Parte A o la Parte B de

Medicare, aunque esté inscrito en este plan. Además, si el medicamento tuviera cobertura de la Parte A o la Parte B de Medicare, nuestro plan no puede cubrirlo, incluso si usted decide no inscribirse en la Parte A o en la Parte B.

Es posible que la Parte B de Medicare cubra algunos medicamentos en ciertos casos y que, en otros casos, esos medicamentos sean cubiertos por AARP® MedicareRx Saver Plus (PDP). Sin embargo, los medicamentos nunca tienen cobertura de la Parte B y de nuestro plan simultáneamente. Por lo general, su farmacéutico o proveedor decidirá si el costo del medicamento se le facturará a la Parte B de Medicare o a AARP® MedicareRx Saver Plus (PDP).

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

Si tiene una póliza Medigap que incluye cobertura de medicamentos con receta, debe comunicarse con la aseguradora emisora de Medigap para informarles que se ha inscrito en nuestro plan. Si decide conservar su póliza Medigap actual, la aseguradora de Medigap eliminará la porción de cobertura de medicamentos con receta de su póliza Medigap y reducirá su prima.

Cada año, su compañía de seguros de Medigap debe enviarle un aviso que indique si su cobertura de medicamentos con receta es “**acreditable**” y las opciones que tiene de cobertura de medicamentos. Si la cobertura de la póliza Medigap es “acreditable”, quiere decir que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura de medicamentos estándar de Medicare. El aviso también explicará hasta qué grado se reducirá su prima si usted elimina la porción de cobertura de medicamentos con receta de su póliza Medigap. Si no recibió este aviso o si se le ha extraviado, contacte a la compañía de seguros de Medigap para pedir otra copia.

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

Si usted actualmente tiene otra cobertura de medicamentos con receta a través del grupo del empleador o del grupo para jubilados de usted (o de su cónyuge) comuníquese con **el administrador de beneficios de ese grupo**. Esta persona puede ayudarle a determinar cómo funcionará su cobertura de medicamentos con receta actual con nuestro plan.

Por lo general, si usted tiene cobertura de su grupo del empleador o de su grupo para jubilados, la cobertura de medicamentos con receta que tiene de nuestro plan será **secundaria** a la cobertura de su grupo. Eso significa que su cobertura de grupo pagaría primero.

Nota especial sobre la ‘cobertura acreditable’:

Cada año, su grupo del empleador o su grupo para jubilados deben enviarle un aviso que le indica si su cobertura de medicamentos con receta será “acreditable” para el próximo año calendario.

Si la cobertura del plan de grupo es “**acreditable**”, significa que el plan tiene una cobertura de medicamentos que se espera que pague como mínimo, en promedio, tanto como la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare.

Guarde este aviso sobre cobertura acreditable ya que podría necesitarlo más adelante. Si se inscribe en un plan de Medicare que incluye cobertura de medicamentos de la Parte D, es posible que necesite este aviso para demostrar que ha mantenido una cobertura acreditable. Si no recibió

el aviso sobre la cobertura acreditable, solicite una copia al empleador o al administrador de beneficios del grupo del empleador o del grupo para jubilados o al empleador o sindicato.

Sección 9.6 ¿Qué sucede si usted está en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare?

El centro de cuidados paliativos y nuestro plan no cubren el mismo medicamento al mismo tiempo. Si usted está inscrito en un centro de cuidados paliativos de Medicare y necesita ciertos medicamentos (por ejemplo, contra las náuseas, un laxante, un analgésico o un ansiolítico) que no están cubiertos por su centro porque no están relacionados con su enfermedad terminal ni condiciones relacionadas, nuestro plan debe recibir una notificación, ya sea del profesional que receta o de su proveedor de cuidados paliativos, que indique que los medicamentos no están relacionados antes de que nuestro plan pueda cubrir los medicamentos. Para evitar demoras en la entrega de estos medicamentos que deberían estar cubiertos por nuestro plan, pídale al proveedor de cuidados paliativos o al profesional que receta que proporcione la notificación antes de que la receta se surta.

En el caso de que usted revoque su elección de cuidados paliativos o que sea dado de alta del centro de cuidados paliativos, nuestro plan debe cubrir todos sus medicamentos según se explica en este documento. Para evitar demoras en una farmacia cuando termine su beneficio de cuidados paliativos de Medicare, lleve la documentación a la farmacia para verificar su revocación o alta del centro.

Sección 10 Programas sobre la seguridad de los medicamentos y el manejo de la medicación

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

Realizamos revisiones sobre el uso de los medicamentos de nuestros miembros para asegurarnos que dichos miembros están recibiendo un cuidado seguro y apropiado.

Hacemos una revisión cada vez que surte una receta. También revisamos nuestros registros de forma regular. Durante estas revisiones, tratamos de detectar problemas potenciales, como por ejemplo:

- Posibles errores en el uso de los medicamentos
- Medicamentos que quizás no sean necesarios porque está tomando otro medicamento para tratar la misma condición médica
- Medicamentos que podrían no ser seguros o adecuados debido a su edad o sexo
- Ciertas combinaciones de medicamentos que podrían causarle daño si se toman al mismo tiempo
- Recetas de medicamentos que tienen ingredientes a los que usted es alérgico
- Posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que está tomando
- Dosis inseguras de medicamentos opiáceos para el dolor

Si notamos un posible problema en el uso que usted hace de los medicamentos, consultaremos a su proveedor para corregir el problema.

Sección 10.2 Programa de administración de medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros para que usen de manera segura sus medicamentos que contienen opiáceos

Contamos con un programa que ayuda a asegurarnos de que nuestros miembros usen de manera segura los medicamentos opiáceos con receta y otros medicamentos que con frecuencia se abusan. Este programa se llama Programa de Administración de Medicamentos (Drug Management Program, DMP). Si usted usa medicamentos opiáceos que obtiene de varios médicos o farmacias, o si tuvo una sobredosis de opiáceos reciente, es posible que hablemos con sus médicos para asegurarnos de que su uso de medicamentos opiáceos sea apropiado y médicamente necesario. Si, al hablar con sus médicos, decidimos que el uso de sus medicamentos opiáceos o benzodiacepinas no es seguro, podemos limitar la manera en que usted puede obtener esos medicamentos. Si le incluimos en nuestro Programa de Administración de Medicamentos, las limitaciones podrían ser:

- Requerirle que usted surta todas sus recetas de medicamentos opiáceos o benzodiacepinas en ciertas farmacias
- Requerirle que obtenga todas sus recetas de medicamentos opiáceos o benzodiacepinas de ciertos médicos
- Limitar la cantidad de medicamentos opiáceos o benzodiacepinas que cubriremos para usted

Si planeamos limitar la manera en que usted puede obtener estos medicamentos o la cantidad que puede obtener, le enviaremos una carta por adelantado. La carta le indicará las limitaciones que pensamos que deberíamos aplicarle. Usted tendrá la oportunidad de informarnos de los médicos o las farmacias que prefiere usar, y sobre cualquier otra información que crea que es importante que nosotros sepamos. Después de que usted haya tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar la cobertura de esos medicamentos, le enviaremos otra carta confirmando la limitación. Si piensa que cometimos un error o si no está de acuerdo con nuestra determinación o con la limitación, usted y el profesional que receta tienen derecho a apelar. Si apela, nosotros revisaremos su caso y le daremos una decisión. Si seguimos denegando cualquier parte de su solicitud relacionada con las limitaciones que se aplican al acceso de sus medicamentos, automáticamente enviaremos su caso a un revisor independiente fuera de nuestro plan. Consulte el Capítulo 7 para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

No le incluiremos en nuestro Programa de Administración de Medicamentos si usted tiene ciertas condiciones médicas, como dolor activo relacionado con el cáncer o anemia drepanocítica, si está recibiendo cuidados paliativos o para el final de la vida, o si vive en un centro de cuidado a largo plazo.

Sección 10.3 Programas de Manejo de Terapias de Medicamentos (MTM) para ayudar a los miembros a manejar sus medicamentos

Contamos con programas que pueden ayudar a los miembros que tienen necesidades complejas de salud. Uno de los programas se llama programa de Manejo de Terapias de Medicamentos (Medication Therapy Management, MTM). Estos programas son voluntarios y gratuitos. Un equipo de farmacéuticos y médicos elaboró los programas para nosotros a fin de ayudarnos a garantizar que nuestros miembros aprovechen al máximo los medicamentos que toman.

Algunos miembros que toman medicamentos para diferentes condiciones médicas y tienen altos costos de medicamentos, o están en un Programa de Administración de Medicamentos para ayudar a los miembros a usar sus medicamentos opiáceos de manera segura, podrían recibir servicios a través de un programa de Manejo de Terapias de Medicamentos. Un farmacéutico u otro profesional de la salud harán una revisión integral de todos sus medicamentos. Durante la revisión, usted puede hablar sobre sus medicamentos, cuáles son sus costos y sobre cualquier problema o pregunta que tenga con respecto a sus medicamentos con y sin receta. Recibirá un resumen por escrito que contiene una lista de tareas recomendadas que incluye los pasos que debe seguir para obtener los mejores resultados de sus medicamentos. También recibirá una lista de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que usted toma, la cantidad que toma y la frecuencia y la razón por la que los toma. Además, los miembros en el programa de Manejo de Terapias de Medicamentos recibirán información sobre las maneras más seguras para desechar los medicamentos con receta que forman parte de las sustancias controladas.

Sería conveniente que hable con su médico sobre su lista de tareas recomendadas y su lista de medicamentos. Lleve el resumen a la visita o téngalo consigo en cualquier momento en que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de cuidado de la salud. Además, mantenga actualizada su lista de medicamentos y llévela consigo (por ejemplo, junto con su ID) en caso de que vaya al hospital o a la sala de emergencias.

Si tenemos un programa que se adapte a sus necesidades, le inscribiremos automáticamente en el programa y le enviaremos la información pertinente. Si decide no participar, notifíquenos y cancelaremos su inscripción. Si tiene alguna pregunta sobre estos programas, comuníquese con Servicio al Cliente.

Capítulo 4

Costo de los
medicamentos con receta de la Parte
D



¿Actualmente recibe ayuda para pagar sus medicamentos?

Si usted participa en un programa que 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 podría no aplicarse en su caso.** Le enviamos un documento aparte, titulado “Cláusula Adicional de la Evidencia de Cobertura para Quienes Reciben el Programa Ayuda Adicional para Pagar sus Medicamentos con Receta” (también se le llama “Cláusula Adicional del Subsidio para Personas de Bajos Ingresos” o “Cláusula Adicional LIS”), con información sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este documento, llame a Servicio al Cliente y solicítelo.

Sección 1 Introducción

Sección 1.1 Use este capítulo junto con los otros materiales que explican su cobertura de medicamentos

Este capítulo explica lo que usted paga por los medicamentos con receta de la Parte D. Para simplificar, en este capítulo usamos “medicamento” para referirnos a un medicamento con receta de la Parte D. Según 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.

Para entender la información sobre pagos, debe saber qué medicamentos están cubiertos, dónde surtir sus recetas y qué reglas debe seguir cuando obtiene medicamentos cubiertos. Las Secciones 1 a 4 del Capítulo 3 explican estas reglas.

Sección 1.2 Gastos de su bolsillo que podría pagar por los medicamentos cubiertos

Hay diferentes tipos de gastos de su bolsillo para los medicamentos de la Parte D. Lo que usted paga por un medicamento se llama “costo compartido” y hay tres maneras de pagarlo.

- El “**deducible**” es la cantidad que usted paga por medicamentos antes de que nuestro plan comience a pagar la parte que le corresponde.
- “**Copago**” es una cantidad fija que usted paga cada vez que surte una receta.
- “**Coseguro**” es un porcentaje del costo total que usted paga cada vez que surte una receta.

Sección 1.3 Cómo calcula Medicare los gastos de su bolsillo

Medicare tiene reglas sobre lo que se toma en cuenta y lo que no cuenta para alcanzar los gastos de su bolsillo. Las siguientes son las reglas que debemos seguir al llevar el registro de los gastos de su bolsillo.

Estos pagos se incluyen en los gastos de su bolsillo

Los gastos de su bolsillo incluyen los pagos indicados a continuación (siempre y cuando sean por medicamentos cubiertos de la Parte D y usted haya seguido las reglas de cobertura de medicamentos que se explican en el Capítulo 3):

- Lo que usted paga por medicamentos mientras esté en cualquiera de las siguientes etapas de pago de medicamentos:
 - La Etapa del Deducible
 - La Etapa de Cobertura Inicial
 - La Etapa Sin Cobertura
- Todo pago que usted haya realizado durante este año calendario como miembro de otro plan de medicamentos con receta de Medicare antes de inscribirse en nuestro plan.

Es importante quién paga:

- Si **usted mismo** realiza los pagos, se incluyen en los gastos de su bolsillo.
- Estos pagos **también se incluyen** si **ciertas otras personas u organizaciones** los realizan en nombre de usted. Esto incluye los pagos por sus medicamentos realizados por un amigo o familiar, la mayoría de las organizaciones de beneficencia, Programas de Ayuda de Medicamentos para el Sida, un Programa Estatal de Ayuda para Medicamentos calificado por Medicare o el Servicio de Salud Indígena. Los pagos realizados por el Programa “Ayuda Adicional” de Medicare también están incluidos.
- Algunos pagos realizados por el Programa de Descuento para la Etapa Sin Cobertura de Medicare están incluidos. La cantidad que el fabricante paga por sus medicamentos de marca está incluida. Pero la cantidad que paga el plan por sus medicamentos genéricos no está incluida.

Cómo pasa a la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores:

Si usted (o quienes pagan en nombre de usted) han gastado un total de \$7,400 en gastos de su bolsillo dentro del año calendario, pasará de la Etapa Sin Cobertura a la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores.

Estos pagos no se incluyen en los gastos de su bolsillo

Los gastos de su bolsillo **no incluyen** ninguno de los siguientes pagos:

- La prima mensual.
- Medicamentos que compre fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Medicamentos que no estén cubiertos por nuestro plan.
- Medicamentos que obtenga en una farmacia fuera de la red que no cumplan los requisitos del plan para la cobertura fuera de la red.
- Medicamentos que no son de la Parte D, incluso los medicamentos con receta cubiertos por la Parte A o la Parte B y otros medicamentos excluidos de la cobertura por Medicare.

- Pagos que usted realice por medicamentos con receta que normalmente no están cubiertos en un Plan de Medicamentos con Receta de Medicare.
- Pagos que realice el plan por sus medicamentos genéricos o de marca mientras esté en la Etapa Sin Cobertura.
- Pagos por sus medicamentos realizados por planes de salud de grupo, incluso los planes de salud del empleador.
- Pagos por sus medicamentos realizados por ciertos planes de seguro y programas de salud financiados por el gobierno, como TRICARE y el Departamento de Asuntos de los Veteranos.
- Pagos por sus medicamentos realizados por un tercero que tiene una obligación legal de pagar los costos de sus medicamentos con receta (por ejemplo, el Seguro de Accidentes Laborales).

Recordatorio: Si alguna otra organización, como las que se indican anteriormente, paga una parte o la totalidad de los gastos de su bolsillo por sus medicamentos, usted tiene la obligación de informar a nuestro plan llamando a Servicio al Cliente.

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

- **Le ayudaremos.** El informe Explicación de Beneficios de la Parte D que usted recibe incluye la cantidad actual de los gastos de su bolsillo. Cuando esta cantidad alcanza \$7,400, este informe le indicará que usted ha salido de la Etapa Sin Cobertura y ha pasado a la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores.
- **Asegúrese de que tengamos la información necesaria.** La Sección 3.2 indica lo que puede hacer para ayudar a garantizar que nuestros registros de lo que usted gastó estén completos y actualizados.

Sección 2 Lo que usted paga por un medicamento depende de la “etapa de pago de medicamentos” en que se encuentre cuando obtiene el medicamento

Sección 2.1 ¿Cuáles son las etapas de pago de medicamentos para los miembros de nuestro plan?

Hay cuatro “etapas de pago de medicamentos” para su cobertura de medicamentos con receta en AARP® MedicareRx Saver Plus (PDP). Lo que usted paga depende de la etapa en que se encuentre cuando surta o resurta una receta. Encontrará los detalles de cada etapa en las Secciones 4 a 7 de este capítulo. Las etapas son:

Etapas 1: Etapa del Deducible Anual

Etapas 2: Etapa de Cobertura Inicial

Etapas 3: Etapa Sin Cobertura

Etapas 4: Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores

Mensaje Importante Sobre lo que Usted Paga por la Insulina - Usted no pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, independiente del nivel de costo compartido en que se encuentre, incluso si usted no ha pagado su deducible de la Parte D.

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

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

Nuestro plan lleva un registro de los costos de sus medicamentos con receta y de los pagos que usted hace cuando surte o resurte recetas en la farmacia. De esta manera, podemos informarle cuando usted pasa de una etapa de pago de medicamentos a la siguiente. Llevamos un registro de dos costos en particular:

- Llevamos un registro de lo que usted ha pagado. Esto se llama gastos **“de su bolsillo”**.
- Llevamos un registro de los **“costos totales de sus medicamentos”**. Esta es la cantidad que usted paga de su bolsillo o que otros pagan en nombre de usted, más la cantidad pagada por el plan.

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

- **Información de ese mes.** Este informe incluye los detalles de pago de las recetas que ha surtido en el mes anterior. Indica los costos totales de los medicamentos, lo que pagó el plan, así como lo que pagaron usted y otras personas en nombre de usted.
- **Totales del año desde el 1 de enero.** Esto se llama información “del año hasta la fecha”. Indica los costos totales de los medicamentos y el pago total de sus medicamentos desde que comenzó el año.
- **Información sobre los precios de los medicamentos.** Esta información indicará el precio total del medicamento y cualquier cambio del porcentaje desde el primer surtido en cada reclamo de medicamentos con receta de la misma cantidad.
- **Medicamentos con receta alternativos de menor costo disponibles.** Esto incluirá información en cada reclamo de medicamentos con receta sobre otros medicamentos de costo compartido más bajo que pueden estar disponibles.

Sección 3.2 Ayúdenos a mantener su información de pagos de medicamentos actualizada

Para llevar un registro de los costos de sus medicamentos y de los pagos que usted realiza por los medicamentos, usamos los registros que recibimos de las farmacias. Nos puede ayudar a mantener su información correcta y actualizada de la siguiente manera:

- **Muestre su tarjeta de ID de miembro de UnitedHealthcare cuando le surtan una receta.** Esto nos asegura que estamos al tanto de los medicamentos con receta que surte y de lo que paga.
- **Asegúrese de que tengamos la información necesaria.** Es posible que, en algunas ocasiones, usted pague el costo total de un medicamento con receta. En estos casos, no recibiremos automáticamente la información necesaria para llevar un registro de los gastos de su bolsillo. Para ayudarnos a llevar un registro de los gastos de su bolsillo, envíenos copias de esos recibos. Estos son ejemplos en los que nos debe enviar 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 descuentos que no forma parte del beneficio de nuestro plan.
 - Cuando paga un copago por medicamentos que se suministran mediante un programa de asistencia a pacientes patrocinado por un fabricante de medicamentos.
 - Cada vez que compre medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red o cuando pague el precio total de un medicamento cubierto en circunstancias especiales.
 - Si le facturan un medicamento cubierto, puede solicitar que paguemos nuestra parte del costo. Para las instrucciones sobre cómo hacerlo, consulte la Sección 2 del Capítulo 5.
- **Envíenos la información sobre los pagos que otros hayan realizado por usted.** Los pagos realizados por ciertas personas y organizaciones también se toman en cuenta para alcanzar los gastos de su bolsillo y le ayudan a calificar para la Cobertura de Gastos Médicos Mayores. Por ejemplo, los pagos realizados por un Programa Estatal de Ayuda para Medicamentos, un Programa de Ayuda de Medicamentos para el Sida (AIDS drug assistance program, ADAP), el Servicio de Salud Indígena y la mayoría de las organizaciones de beneficencia se toman en cuenta para alcanzar los gastos de su bolsillo. Lleve un registro de estos pagos y envíenoslo para que podamos hacer un seguimiento de sus gastos.
- **Revise el informe por escrito que le enviamos.** Cuando reciba una Explicación de Beneficios (EOB) de la Parte D por correo, revísela para verificar que la información sea correcta y esté completa. Si piensa que falta algo o si tiene alguna pregunta, llámenos a Servicio al Cliente. Asegúrese de guardar estos informes.

Sección 4 Durante la Etapa del Deducible, usted paga el costo total de sus medicamentos

La Etapa del Deducible es la primera etapa de pago de su cobertura de medicamentos. Esta etapa comienza cuando usted surte su primera receta del año. Cuando se encuentra en esta etapa de pago, **usted debe pagar el costo total de sus medicamentos** hasta que alcance el deducible del plan, que es de \$505 para el año 2023. El “**costo total**” generalmente es más bajo que el precio total normal del medicamento, ya que nuestro plan ha negociado costos más bajos para la mayoría de los medicamentos en farmacias de la red.

Una vez que usted haya pagado \$505 por sus medicamentos, saldrá de la Etapa del Deducible y pasará a la Etapa de Cobertura Inicial.

No hay deducible para AARP® MedicareRx Saver Plus (PDP) por Medicamentos de Insulina Cubiertos. Durante la Etapa del Deducible, los gastos de su bolsillo por estos Medicamentos de Insulina Cubiertos serán de \$35 por un suministro de un mes en una farmacia minorista. Para saber cuáles son los Medicamentos de Insulina Cubiertos, revise la Lista de Medicamentos más actualizada que proporcionamos electrónicamente. Si tiene preguntas sobre la Lista de Medicamentos, también puede llamar a Servicio al Cliente.

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 usted paga por un medicamento depende del medicamento y de dónde surta la 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 (su copago o coseguro). Su parte del costo variará según el medicamento y dónde surta la receta.

El plan tiene 5 niveles de costo compartido

Cada medicamento de la Lista de Medicamentos del plan está asignado a uno de 5 niveles de costo compartido. Por lo general, mientras más alto sea el nivel de costo compartido, más alto será el costo de su medicamento:

Nivel 1 – Genéricos Preferidos - Medicamentos genéricos de uso común, de costo más bajo.

Nivel 2 – Genéricos - Muchos medicamentos genéricos.

Nivel 3 – De Marca Preferidos - Muchos medicamentos de marca comunes, llamados de marca preferidos, y algunos medicamentos genéricos de costo más alto.

Medicamentos de Insulina Cubiertos – Insulinas Cubiertas a un copago máximo de \$35 por cada suministro de 1 mes hasta la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores.¹

Nivel 4 – Medicamentos No Preferidos - Medicamentos genéricos no preferidos y medicamentos de marca no preferidos.

Nivel 5 – De Especialidad - Medicamentos de marca y genéricos muy especiales o de un costo muy alto.

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

Sus opciones de farmacias

La cantidad que usted paga por un medicamento depende de que lo obtenga en:

- Una farmacia minorista de la red que ofrece un costo compartido estándar
- Una farmacia minorista de la red que ofrece un costo compartido preferido

- Una farmacia que no está en la red del plan. Cubrimos los medicamentos con receta que se surten en farmacias fuera de la red solamente en situaciones limitadas. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 3 para saber cuándo cubriremos un medicamento con receta surtido en una farmacia fuera de la red.
- La farmacia de pedidos por correo del plan

Para obtener más información sobre estas opciones de farmacias y el surtido de sus recetas, consulte el Capítulo 3 y el **Directorio de Farmacias** del plan.

Generalmente, cubriremos sus medicamentos con receta solamente si se surten en una de las farmacias de nuestra red. Algunas de las farmacias de nuestra red también ofrecen un costo compartido preferido. Puede surtir sus medicamentos con receta cubiertos en las farmacias de la red que ofrecen un costo compartido preferido o en otras farmacias de la red que ofrecen un costo compartido estándar. Es posible que sus costos sean menores en las farmacias que ofrecen un costo compartido preferido.

¹ Usted pagará un máximo de \$35 por cada suministro de 1 mes de medicamentos de insulina cubiertos de la Parte D durante todas las etapas de cobertura.

Sección 5.2 Una tabla que indica sus costos por un suministro de un mes de un medicamento

Durante la Etapa de Cobertura Inicial, su parte del costo de un medicamento cubierto será un copago o un coseguro.

Como se indica en la tabla a continuación, el copago o el coseguro depende del nivel de costo compartido. Algunas veces el costo del medicamento es menor que el copago. En estos casos, usted paga el precio más bajo por el medicamento en lugar del copago.

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

Nivel	Costo compartido en farmacia minorista estándar (dentro de la red) (un suministro de hasta 30 días)	Costo compartido en farmacia minorista preferida (dentro de la red) (un suministro de hasta 30 días)	Costo compartido en farmacia de cuidado a largo plazo (LTC) (un suministro de hasta 31 días)	Costo compartido fuera de la red (La cobertura se limita a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 3 para obtener información detallada.)(un suministro de hasta 30 días)
Costo Compartido Nivel 1 Genéricos Preferidos	\$6 de copago	\$1 de copago	\$6 de copago	\$6 de copago*
Costo Compartido Nivel 2 Genéricos	\$11 de copago	\$6 de copago	\$11 de copago	\$11 de copago*
Costo Compartido Nivel 3 De Marca Preferidos	17% de coseguro	17% de coseguro	17% de coseguro	17% de coseguro*
Medicamentos de Insulina Cubiertos ¹	\$35 de copago	\$35 de copago	\$35 de copago	\$35 de copago*

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

Costo Compartido Nivel 4 Medicamentos No Preferidos	42% de coseguro	42% de coseguro	42% de coseguro	42% de coseguro*
Costo Compartido Nivel 5 De Especialidad	25% de coseguro	25% de coseguro	25% de coseguro	25% de coseguro*

*No se le reembolsará la diferencia entre el cargo de la Farmacia Fuera de la Red y la cantidad permitida por el plan Dentro de la Red.

¹ Usted pagará un máximo de \$35 por cada suministro de 1 mes de medicamentos de insulina cubiertos de la Parte D durante todas las etapas de cobertura.

Si, por cualquier motivo, usted obtiene un suministro menor de 90 días de una farmacia preferida de pedidos por correo, se aplica el costo compartido que corresponde a farmacias minoristas estándar, dentro de la red.

Sección 5.3 Si su médico le receta un suministro de menos de un mes completo, es posible que usted no tenga que pagar el costo del suministro del mes entero

Por lo general, lo que usted paga por un medicamento con receta cubre el suministro de un mes completo. Puede haber ocasiones en las que usted o su médico deseen que el suministro de un medicamento sea para menos de un mes (por ejemplo, si va a probar un medicamento por primera vez). También puede pedirle a su médico que le recete, y a su farmacéutico que le surta, un suministro de menos de un mes completo de sus medicamentos, si esto le ayudaría a planificar mejor sus fechas de resurtido de varias recetas.

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

- Si usted es responsable de pagar un coseguro, pagará 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 más bajo.
- Si es responsable de pagar un copago por el medicamento, usted solo pagará por el número de días de suministro del medicamento que reciba en lugar de un mes completo.

Calcularemos lo que usted paga por cada día por su medicamento (el “costo compartido diario”) y la multiplicaremos por el número de días de suministro del medicamento que reciba.

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

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

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

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

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

Nivel	Costo compartido en farmacia minorista estándar (dentro de la red) (suministro de 90 días)	Costo compartido en farmacia minorista preferida (dentro de la red) (suministro de 90 días)	Costo compartido en farmacia estándar de pedidos por correo (suministro de 90 días)	Costo compartido en farmacia preferida de pedidos por correo (suministro de 90 días)
Costo Compartido Nivel 1 Genéricos Preferidos	\$18 de copago	\$3 de copago	\$18 de copago	\$3 de copago
Costo Compartido Nivel 2 Genéricos	\$33 de copago	\$18 de copago	\$33 de copago	\$18 de copago
Costo Compartido Nivel 3 De Marca Preferidos	17% de coseguro	17% de coseguro	17% de coseguro	17% de coseguro

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

Medicamentos de Insulina Cubiertos ¹	\$105 de copago	\$105 de copago	\$105 de copago	\$105 de copago
Costo Compartido Nivel 4 Medicamentos No Preferidos	42% de coseguro	42% de coseguro	42% de coseguro	42% de coseguro
Costo Compartido Nivel 5 De Especialidad	N/C ¹	N/C ¹	N/C ¹	N/C ¹

¹ Usted pagará un máximo de \$35 por cada suministro de 1 mes de medicamentos de insulina cubiertos de la Parte D durante todas las etapas de cobertura.

² Limitado a un suministro de 30 días

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

Usted permanece en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que la cantidad total por los medicamentos con receta que haya surtido alcancen los **\$4,660, que es el límite de la Etapa de Cobertura Inicial.**

La Explicación de Beneficios de la Parte D que usted recibe le ayudará a llevar un registro de lo que usted, el plan y cualquier tercero en nombre de usted han gastado en sus medicamentos durante el año. Muchas personas no alcanzan el límite de \$4,660 en un año.

Le avisaremos si usted alcanza este límite. Si alcanza este límite, saldrá de la Etapa de Cobertura Inicial y pasará a la Etapa Sin Cobertura. Consulte la Sección 1.3 sobre cómo calcula Medicare los gastos de su bolsillo.

Sección 6 Costos en la Etapa Sin Cobertura

AARP® MedicareRx Saver Plus (PDP) ofrece cobertura durante la Etapa Sin Cobertura para Medicamentos de Insulina Cubiertos. Durante la Etapa Sin Cobertura, los gastos de su bolsillo por Medicamentos de Insulina Cubiertos serán de \$35 por un suministro de un mes en una farmacia minorista. Para saber cuáles son los Medicamentos de Insulina Cubiertos, revise la Lista de Medicamentos más actualizada que proporcionamos electrónicamente. Si tiene preguntas sobre la Lista de Medicamentos, también puede llamar a Servicio al Cliente.

Si usted está en la Etapa Sin Cobertura, el Programa de Descuento para la Etapa Sin Cobertura de Medicare ofrece descuentos de fabricantes en los medicamentos de marca. Usted paga el 25% del precio negociado y una parte del cargo de suministro por los medicamentos de marca. Tanto la cantidad que usted paga como la cantidad del descuento del fabricante se toman en cuenta para alcanzar los gastos de su bolsillo, como si usted los hubiera pagado, y le permiten avanzar por la Etapa Sin Cobertura.

Usted también recibe cierto nivel de cobertura de medicamentos genéricos. Usted no paga más del 25% del costo de los medicamentos genéricos, y el plan paga el resto. Solamente se toma en cuenta la cantidad que usted paga y le permite avanzar por la Etapa Sin Cobertura.

Usted sigue pagando estas cantidades hasta que los pagos anuales de su bolsillo alcancen el máximo establecido por Medicare. Una vez que alcance ese máximo de \$7,400, pasará de la Etapa Sin Cobertura a la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores.

Medicare tiene reglas sobre lo que se toma en cuenta y lo que no cuenta como los gastos de su bolsillo (Sección 1.3).

Sección 7 Durante la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores, el plan paga la mayor parte del costo de sus medicamentos

Usted pasa a la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores cuando los gastos de su bolsillo hayan alcanzado el límite de \$7,400 que corresponde al año calendario. Una vez que esté en la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores, permanecerá en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.

Durante esta etapa, el plan pagará la mayor parte del costo de sus medicamentos.

- **Su parte** del costo de un medicamento cubierto será un coseguro o un copago, la cantidad que sea **mayor** de las siguientes:
 - – **ya sea** – un coseguro del 5% del costo del medicamento
 - – **o** – \$4.15 por un medicamento genérico o un medicamento que se considera como genérico y \$10.35 por todos los demás medicamentos.
- **Nuestro plan paga el resto** del costo.

Sección 8 Información adicional sobre los beneficios

Esta parte del Capítulo 4 describe las limitaciones de nuestro plan.

1. Los resurtidos anticipados por medicamentos perdidos, robados o destruidos no están cubiertos, excepto durante una “Emergencia Nacional” declarada.
2. Los resurtidos anticipados por vacaciones se limitan a un surtido por única vez de hasta 30 días por cada año calendario.
3. Los medicamentos no tendrán cobertura si los recetan médicos u otros proveedores que están excluidos o imposibilitados de participar en el programa de Medicare.

4. Puede resurtir una receta de un medicamento no opiáceo una vez que haya consumido un mínimo del setenta y cinco por ciento (75%) de la cantidad según el número de días del suministro.
5. Puede resurtir una receta de un medicamento opiáceo una vez que haya consumido un mínimo del ochenta y cinco por ciento (85%) de la cantidad según el número de días del suministro.

Sección 9 Vacunas de la Parte D. Lo que paga depende de cómo y dónde las reciba

Mensaje Importante Sobre lo que Usted Paga por Vacunas - Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo para usted, incluso si usted no ha pagado su deducible de la Parte D. Llame a Servicio al Cliente para obtener más información.

Nuestra cobertura de vacunas de la Parte D tiene dos partes:

- La primera parte de la cobertura corresponde al costo de **la vacuna**.
- La segunda parte de la cobertura corresponde al costo de **administrarle la vacuna**. (A veces, se le llama “administración” de la vacuna.)

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

1.El tipo de vacuna (contra qué se le vacuna).

- Algunas vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas en la **Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)** del plan.
- Otras vacunas se consideran beneficios médicos. Estas tienen cobertura de Medicare Original.

2.El lugar donde obtiene la vacuna.

- La vacuna puede ser suministrada por una farmacia o proporcionada por un proveedor en el consultorio médico.

3.Quién le administra la vacuna.

- Un farmacéutico puede administrarle la vacuna en la farmacia u otro proveedor puede administrarla en el consultorio médico.

Lo que paga al momento de recibir la vacuna de la Parte D puede variar según las circunstancias y en qué Etapa de Medicamentos se encuentra usted. A continuación tiene 4 ejemplos de las maneras en las que podría recibir una vacuna de la Parte D

Situación 1: Le administran su vacuna en una farmacia de la red. (Si tiene o no esta opción depende de dónde vive. Algunos estados no permiten que las farmacias administren vacunas.) Es posible que su costo compartido sea más bajo cuando use una farmacia de la red.

- Tendrá que pagar a la farmacia el coseguro O el copago por la vacuna, lo que incluye el costo de administrarle la vacuna.
- Nuestro plan pagará el resto de los costos.

Situación 2: Le administran la vacuna de la Parte D en el consultorio médico y ellos presentan el reclamo en nombre de usted.

- Tendrá que pagar al médico el coseguro O el copago por la vacuna, lo que incluye el costo de administrarle la vacuna. (Su médico no tiene permitido cobrarle más de lo que su plan aprobó de costo compartido.)
- Nuestro plan pagará el resto de los costos.

Situación 3: Le administran la vacuna de la Parte D en el consultorio médico y usted pide que no se presente un reclamo en nombre de usted. (Su médico está obligado a presentar un reclamo a menos que usted le pida que no lo haga.)

- Antes de administrarle la vacuna, su médico debe informarle cuáles serán los gastos de su bolsillo.
- Cuando reciba la vacuna, usted pagará el costo total de la vacuna y el costo del proveedor que se la administra.
- Luego, puede pedirnos el pago de nuestra parte del costo siguiendo los procedimientos que se describen en el Capítulo 5.
- Se le reembolsará la cantidad que pagó menos su coseguro O copago normal por la vacuna (incluso su administración) menos cualquier diferencia entre lo que cobra el médico y lo que pagamos normalmente. (Si usted recibe el programa “Ayuda Adicional”, le reembolsaremos esta diferencia.)

Situación 4: Usted compra la vacuna de la Parte D en la farmacia y la lleva al consultorio médico para que se la administren.

- Tendrá que pagar a la farmacia el coseguro O el copago por la vacuna.
- Cuando su médico le administre la vacuna, ellos presentarán un reclamo por la administración de la vacuna. Dependiendo de la etapa de pago de medicamentos en que se encuentre, es posible que usted tenga que pagar un coseguro O un copago adicional.
- Si usted le pide a su médico que no presente un reclamo, usted pagará el costo total de este servicio. Luego, puede pedirnos el pago de nuestra parte del costo siguiendo los procedimientos que se describen en el Capítulo 5.
- Se le reembolsará la cantidad que le cobró el médico por administrarle la vacuna menos cualquier diferencia entre lo que cobra el médico y lo que pagamos normalmente. (Si usted recibe el programa “Ayuda Adicional”, le reembolsaremos esta diferencia.)

Capítulo 5

Cómo solicitar el pago de
la parte que nos corresponde de los
costos de los medicamentos cubiertos

Sección 1 Situaciones en las que usted debe solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de sus medicamentos cubiertos

Algunas veces, al recibir un medicamento con receta, es posible que tenga que pagar el costo total. En otros casos, es posible que usted se dé cuenta que ha pagado más de lo esperado, según las reglas de cobertura del plan o es posible que reciba una factura de un proveedor. En estos casos, puede pedirnos que le reembolsemos (es decir, que le demos un “reembolso”). Puede haber plazos que deba cumplir para recibir un reembolso. Consulte la Sección 2 de este capítulo.

Los siguientes son ejemplos de situaciones en las que puede ser necesario pedirnos un reembolso. Todos son ejemplos de decisiones de cobertura (el Capítulo 7 contiene más información sobre decisiones de cobertura).

1. Si usted usa una farmacia fuera de la red para surtir una receta

Si visita una farmacia fuera de la red, es posible que la farmacia no pueda enviarnos directamente el reclamo. Cuando esto suceda, usted tendrá que pagar el costo total de su medicamento con receta.

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida que le reembolsemos nuestra parte del costo. Recuerde que solamente cubrimos las farmacias fuera de la red en circunstancias limitadas. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 3 para conocer estas circunstancias.

2. Si usted paga el costo total de un medicamento con receta porque no lleva consigo su tarjeta de membresía del plan

Si no lleva consigo su tarjeta de membresía del plan, puede pedir a la farmacia que llamen al plan o que busquen su información de inscripción en el plan. Sin embargo, si la farmacia no puede obtener inmediatamente su información de inscripción, es posible que usted tenga que pagar el costo total del medicamento con receta.

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

3. Si usted paga el costo total de un medicamento con receta debido a otras razones

Es posible que deba pagar el costo total del medicamento con receta porque, por alguna razón, el medicamento no está cubierto.

- ☐ Por ejemplo, tal vez el medicamento no está en la **Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)** del plan o tiene un requisito o una restricción que usted desconocía o si usted cree que esa restricción no se debe aplicar en su caso. Si decide obtener el medicamento inmediatamente, es posible que tenga que pagar el costo total del medicamento.
- ☐ Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida que le reembolsemos. En ciertos casos, tal vez necesitemos obtener más información de su médico para reembolsarle nuestra parte del costo.

4. Si su inscripción en nuestro plan fue retroactiva

En ocasiones, la inscripción de una persona en el plan es retroactiva. (Esto quiere decir que el primer día de su inscripción ya ha pasado. La fecha de inscripción puede haber sido incluso el año pasado.)

Si se le inscribió de manera retroactiva en nuestro plan y usted tuvo gastos de su bolsillo por cualquiera de sus medicamentos después de su fecha de inscripción, puede pedirnos que le reembolsemos nuestra parte de los costos. Deberá presentarnos la documentación necesaria para tramitar su reembolso.

Los anteriores son ejemplos de decisiones de cobertura. Esto significa que si denegamos 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 un reembolso enviándonos una solicitud por escrito. Si envía una solicitud por escrito, envíe los recibos de los pagos que haya realizado. Es buena idea que usted haga una copia de los recibos para su archivo personal.

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

Solicitudes de pago de medicamentos con receta de la Parte D
OptumRx
P.O. Box 650287
Dallas, TX 75265-0287

Usted debe presentarnos su reclamo de la Parte D (medicamentos con receta) en un plazo no mayor de 36 meses a partir de la fecha en que recibió el medicamento.

Sección 3 El plan revisará su solicitud de pago y la aceptará o la denegará

Sección 3.1 El plan determinará si cubrirá o no el medicamento y la cantidad que nos corresponde pagar

Una vez que hayamos recibido su solicitud de pago, si resulta necesario, le pediremos información adicional. De lo contrario, revisaremos su solicitud y tomaremos una decisión de cobertura.

- Si decidimos que el medicamento tiene cobertura y que usted siguió todas las reglas, pagaremos nuestra parte del costo. Le enviaremos por correo el reembolso de nuestra parte del costo. Le enviaremos el pago en un plazo no mayor de 30 días, una vez que hayamos recibido su solicitud de reembolso.
- Si decidimos que el medicamento **no** tiene cobertura, o si usted **no** siguió todas las reglas, no pagaremos nuestra parte del costo. Le enviaremos una carta en la que explicaremos las razones por las que no realizamos el pago, además de su derecho a apelar esta decisión.

Sección 3.2 Si le indicamos que no pagaremos el total o una parte del costo del medicamento, usted puede presentar una apelación

Si piensa que hemos cometido un error al denegar su solicitud de pago o en la cantidad que pagamos, usted puede presentar una apelación. Si presenta una apelación, significa que nos pide que cambiemos nuestra decisión de denegar su solicitud de pago. El proceso de apelación es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Para obtener información detallada sobre cómo presentar esa apelación, consulte el Capítulo 7 de este documento.

Capítulo 6

Derechos y responsabilidades

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

Sección 1.1 Usted tiene derecho a recibir información sobre la organización, sus servicios, sus profesionales de cuidado de la salud y proveedores, además de los derechos y las responsabilidades de los miembros. Debemos proporcionar la información de una forma que le resulte conveniente y de acuerdo con sus sensibilidades culturales (en otros idiomas además del inglés, en braille, en letras grandes o en otros formatos alternativos, etc.)

Su plan debe garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se presten de una manera culturalmente competente y estén a disposición de todos los miembros, incluidos aquellos que tienen un dominio limitado del inglés, habilidades limitadas de lectura, discapacidad auditiva o aquellos que tienen distintos orígenes culturales y étnicos. Los ejemplos de cómo un plan puede cumplir estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros, la prestación de servicios de traducción, servicios de interpretación, teletipos o conexión al servicio de TTY (teléfono de texto o teletipo).

Nuestro plan cuenta con servicios gratuitos de intérpretes para responder las preguntas de los miembros que no hablan inglés. También podemos proporcionarle información en braille, en letras grandes o en otros formatos alternativos sin costo, si es necesario. Se nos exige que le proporcionemos la información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted. Para obtener información de una forma que le resulte conveniente, comuníquese a Servicio al Cliente.

Si tiene alguna dificultad para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted, llame a Servicio al Cliente para presentar una queja formal (los números de teléfono aparecen en la portada de esta guía). También puede presentar una queja ante Medicare si llama 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 1.1 Usted tiene derecho a recibir información sobre la organización, sus servicios, sus profesionales de cuidado de la salud y proveedores, además de los derechos y las responsabilidades de los miembros. Debemos proporcionar la información de una forma que le resulte conveniente (en otros idiomas además del inglés, en braille, en letras grandes o en otros formatos alternativos, etc.)

Para recibir información nuestra de una forma que le resulte conveniente, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen en la portada de esta guía).

Nuestro plan cuenta con personas y servicios gratuitos de interpretación para responder las preguntas de los miembros discapacitados y los que no hablan inglés. Esta información está

disponible sin costo en otros idiomas. También podemos proporcionarle información en braille, en letras grandes o en otros formatos alternativos sin costo, si es necesario. Se nos exige que le proporcionemos la información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted. Para recibir información nuestra de una forma que le resulte conveniente, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen en la portada de esta guía) o comuníquese con nuestro Coordinador de Derechos Civiles.

Si tiene alguna dificultad para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted, llame a Servicio al Cliente para presentar una queja formal (los números de teléfono aparecen en la portada de esta guía). También puede presentar una queja ante Medicare si llama al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles. La información de contacto se incluye en esta **Evidencia de Cobertura** o con esta correspondencia o, para obtener información adicional, puede comunicarse con Servicio al Cliente.

Sección 1.2 Debemos garantizar que usted tenga acceso oportuno a sus medicamentos cubiertos

Usted tiene derecho a que le surtan o resurtan sus recetas en cualquiera de las farmacias de nuestra red sin esperar demasiado tiempo. Si usted cree que no recibe sus medicamentos de la Parte D dentro de un plazo razonable, la Sección 7 del Capítulo 7 de esta guía indica lo que puede hacer. (Si le hemos denegado la cobertura de sus medicamentos con receta y no está de acuerdo con nuestra decisión, la Sección 4 del Capítulo 7 indica 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 de su información de salud personal. Protegemos su información de salud personal según lo exigen estas leyes.

- Su “información de salud personal” incluye la información personal que usted nos proporcionó cuando se inscribió en este plan, además de sus registros médicos y otra información médica y de salud.
- Usted tiene derechos relacionados con su información y con el control del uso de su información de salud. Nosotros le proporcionamos un aviso por escrito llamado “Aviso de Prácticas de Privacidad,” que le informa sobre estos derechos y explica cómo protegemos la privacidad de su información de salud.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información de salud?

- Garantizamos que sus registros no sean vistos ni modificados por ninguna persona sin autorización.
- Excepto en las circunstancias indicadas a continuación, si intentamos proporcionar su información de salud a alguien que no le esté proporcionando cuidado ni esté pagando su cuidado, **tenemos la obligación de obtener primero el permiso de usted por escrito o de alguien a quien usted le haya dado un poder legal para que tome decisiones por usted.**

- Hay ciertas excepciones en las que no se nos exige que obtengamos primero su permiso por escrito. La ley permite o exige estas excepciones.
 - Se nos exige que divulguemos información de salud a las agencias del gobierno que verifican la calidad del cuidado.
 - Como miembro de nuestro plan a través de Medicare, se nos exige que proporcionemos a Medicare su información de salud que incluye la información sobre sus medicamentos con receta de la Parte D. Si Medicare divulga su información con fines de investigación o para otros usos, esto se hará según los estatutos y normas federales; por lo general, esto requiere que no se comparta la información que le identifica de manera única.

Usted puede consultar la información de sus registros y saber cómo se ha compartido con terceros

Usted tiene derecho a consultar sus registros médicos en poder del plan y a recibir una copia de estos registros. Se nos permite cobrarle un cargo por hacer las copias. Usted también tiene derecho a pedirnos que agreguemos o corrijamos información en sus registros médicos. Si nos pide esto, colaboraremos con su proveedor de cuidado de la salud para decidir si se deben hacer los cambios.

Usted tiene derecho a saber cómo se ha compartido su información de salud con terceros para cualquier finalidad que no sea de rutina.

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

AVISOS DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DEL PLAN DE SALUD

ESTE AVISO DESCRIBE LA MANERA EN QUE SU INFORMACIÓN MÉDICA SE PUEDE USAR Y DIVULGAR, Y CÓMO USTED PUEDE ACCEDER A DICHA INFORMACIÓN. LÉALO DETENIDAMENTE.

Aviso de Privacidad de la Información Médica

Entra en vigencia el 1 de enero de 2022

La ley nos¹ exige proteger la privacidad de su información de salud. Además, tenemos la obligación de enviarle este aviso, que explica la manera en que podemos usar su información y las situaciones en que podemos entregar o "divulgar" dicha información a terceros. Usted también tiene derechos relacionados con su información de salud, los cuales se describen en este aviso. La ley nos exige regirnos por las condiciones de este aviso.

Los términos "información" o "información de salud" en este aviso incluyen cualquier información que mantengamos que razonablemente se pueda usar para identificarle y que se relacione con su condición de salud física o mental, la prestación de cuidado de la salud a usted o el pago por dicho cuidado de la salud. Cumpliremos con los requisitos de las leyes de privacidad vigentes sobre la obligación de notificarle en caso de que se produzca una violación de su información de salud.

Tenemos derecho a modificar nuestras prácticas de privacidad y las condiciones de este aviso. Si realizamos un cambio importante en nuestras prácticas de privacidad, le enviaremos, en nuestra próxima distribución anual de documentación, un aviso modificado o información sobre el cambio importante y cómo obtener dicho aviso modificado.

Le enviaremos esta información por correo directo o electrónico, según la ley vigente. En todos los casos, si mantenemos un sitio web para su plan de salud en particular, publicaremos el aviso modificado en el sitio web del plan de salud, myAARPMedicare.com. Nos reservamos el derecho a aplicar cualquier aviso modificado a la información que ya tengamos y a la información que recibamos en el futuro.

UnitedHealth Group recopila y mantiene información oral, escrita y electrónica para administrar nuestra empresa y para proporcionar productos, servicios e información de importancia a nuestros miembros. Mantenemos medidas de seguridad físicas, electrónicas y de procedimientos en el manejo y mantenimiento de la información de nuestros miembros, según los estándares estatales y federales vigentes, para protegerla de riesgos como pérdida, destrucción o uso indebido.

Cómo Recopilamos, Usamos y Divulgamos la Información

Recopilamos, usamos y divulgamos su información de salud para proporcionar dicha información:

- A usted o a un tercero que tiene el derecho legal de actuar en su nombre (su representante personal) para administrar sus derechos según se describe en este aviso; y
- A la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos, si es necesario, para asegurar que su privacidad esté protegida.

Tenemos derecho a recopilar, usar y divulgar información de salud para su tratamiento, para pagar el cuidado de su salud y para administrar nuestras actividades comerciales. Por ejemplo, podemos usar o divulgar su información de salud:

- **Para el Pago** de las primas que se nos adeudan, para determinar su cobertura y para procesar los reclamos por los servicios para el cuidado de la salud que reciba, incluso para la subrogación o la coordinación de otros beneficios que pueda tener. Por ejemplo, podemos informar a un médico si usted cumple los requisitos para cobertura y el porcentaje de la factura que se podría cubrir.
- **Para el Tratamiento.** Podemos recopilar, usar y divulgar información de salud para facilitar su tratamiento o la coordinación de su cuidado. Por ejemplo, podemos recopilar información de, o divulgar información a, sus médicos u hospitales para ayudarles a proporcionarle cuidado médico.
- **Para las Tareas Administrativas de Cuidado de la Salud.** Podemos recopilar, usar y divulgar información de salud, según sea necesario, para llevar adelante y administrar nuestras actividades comerciales relacionadas con la prestación y la administración de su cobertura de

cuidado de la salud. Por ejemplo, podríamos hablar con su médico para sugerirle un programa para el manejo de enfermedades o un programa de bienestar que pudiera ayudar a mejorar su salud, o podríamos analizar datos para determinar cómo podemos mejorar nuestros servicios. Podemos desidentificar la información de salud según las leyes vigentes. Después de que esa información sea desidentificada, dejará de estar sujeta a este aviso y podremos usarla para cualquier fin legal.

- ☐ **Para Proporcionarle Información sobre Programas o Productos Relacionados con la Salud,** por ejemplo, programas y tratamientos médicos alternativos o sobre productos y servicios relacionados con la salud, sujetos a los límites establecidos por la ley.
- ☐ **Para los Patrocinadores del Plan.** Si su cobertura es proporcionada a través de un plan de salud de grupo patrocinado por un empleador, podemos compartir con el patrocinador del plan un resumen de información de salud e información de inscripción y de cancelación de inscripción. Además, podemos compartir otra información de salud con el patrocinador del plan con fines de administración del plan si el patrocinador del plan acepta las restricciones especiales sobre el uso y la divulgación de la información según la ley federal.
- ☐ **Para Fines de Suscripción.** Podemos recopilar, usar y divulgar su información de salud con fines de suscripción; sin embargo, no usaremos ni divulgaremos su información genética con tales fines.
- ☐ **Para Recordatorios.** Podemos usar o divulgar información de salud para enviarle recordatorios sobre sus beneficios o su cuidado, por ejemplo recordatorios de citas con los proveedores que le proporcionan cuidado médico.
- ☐ **Para Comunicarnos con Usted.** Podemos comunicarle, por vía electrónica o por teléfono, estos tratamientos, pagos o mensajes sobre tareas administrativas de cuidado de la salud usando los números de teléfono o las direcciones de correo electrónico que nos haya proporcionado.

Podemos recopilar, usar y divulgar su información de salud para los siguientes fines en circunstancias limitadas:

- ☐ **Según lo Exija la Ley.** Podemos divulgar información si así lo exige la ley.
- ☐ **A las Personas Involucradas en su Cuidado.** Podemos recopilar, usar y divulgar su información de salud a una persona involucrada en su cuidado o que ayuda a pagarlo, como un familiar, si usted está incapacitado o si tiene una emergencia, o si usted acepta o no se opone aun cuando tiene la oportunidad de hacerlo. Si usted no está disponible o no está en condiciones de oponerse, haremos uso de nuestro criterio para decidir si la divulgación de la información sería beneficiosa para usted. Se aplican reglas especiales con relación a las situaciones en las que podemos divulgar información de salud a los familiares y otras personas que participaron en el cuidado de una persona fallecida. Podemos divulgar información de salud a cualquier persona que haya participado, antes de la muerte, en el cuidado o el pago del cuidado de una persona fallecida, a menos que sepamos que hacerlo sería contradictorio con una preferencia expresada en vida por la persona fallecida.

- ☐ **Para Actividades de Salud Pública**, por ejemplo, para prevenir brotes de una enfermedad o informar de ellos a una autoridad de salud pública.
- ☐ **Para Denunciar sobre Víctimas de Abuso, Negligencia o Violencia Intrafamiliar** a las autoridades del gobierno que tienen autorización, por ley, para recibir esta información, incluso a una agencia de servicios sociales o de servicios de protección.
- ☐ **Para Actividades de Supervisión de la Salud** a una agencia de supervisión de la salud para actividades autorizadas por la ley, por ejemplo, certificaciones, auditorías gubernamentales e investigaciones de fraude y abuso.
- ☐ **Para Procedimientos Judiciales o Administrativos**, por ejemplo, en respuesta a una orden judicial, orden de allanamiento o citación judicial.
- ☐ **Para Cumplir con la Ley.** Podemos divulgar su información de salud a un funcionario responsable de hacer cumplir la ley para fines tales como proporcionar información limitada para encontrar a una persona desaparecida o para denunciar un delito.
- ☐ **Para Evitar una Amenaza Grave a la Salud o la Seguridad** de usted, de otra persona o del público en general, por ejemplo, al divulgar información a agencias de salud pública o a autoridades responsables de hacer cumplir la ley, o en el caso de una emergencia o una catástrofe natural.
- ☐ **Para Funciones del Gobierno Especializadas**, por ejemplo, actividades militares y de veteranos, actividades de seguridad nacional e inteligencia, y los servicios de protección para el presidente y otros.
- ☐ **Para el Seguro de Accidentes Laborales** según lo autoricen las leyes estatales del Seguro de Accidentes Laborales que rigen las lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo, o en la medida necesaria para cumplir con ellas.
- ☐ **Para Fines de Investigación**, por ejemplo, investigaciones relacionadas con la evaluación de ciertos tratamientos o la prevención de una enfermedad o discapacidad, si el estudio de investigación cumple con los requisitos de la ley de privacidad federal.
- ☐ **Para Proporcionar Información Referente a Personas Fallecidas.** Podemos divulgar información a un médico forense o legista para identificar a una persona fallecida, determinar una causa de muerte o según lo autorice la ley. También podemos divulgar información a la funeraria, según sea necesario, para llevar a cabo sus deberes.
- ☐ **Para Fines de Obtención de Órganos.** Podemos recopilar, usar y divulgar información a entidades que manejan la obtención, el almacenamiento o los trasplantes de órganos, ojos o tejidos para facilitar la donación y el trasplante.
- ☐ **A Instituciones Correccionales o Funcionarios Responsables de Hacer Cumplir la Ley** si usted es un recluso de una institución correccional o bajo la custodia de un funcionario responsable de hacer cumplir la ley, pero solo si es necesario (1) para que la institución le proporcione cuidado de la salud; (2) para proteger su salud y seguridad o la salud y seguridad de otros; o (3) para la seguridad y la protección de la institución correccional.

- **A Socios Comerciales** que realizan funciones en nuestro nombre o que nos prestan servicios, si la información es necesaria para tales funciones o servicios. Nuestros socios comerciales están obligados, por contrato con nosotros y en conformidad con la ley federal, a proteger la privacidad de su información y no se les permite recopilar, usar y divulgar ninguna información que no sea la que se especifica en el contrato con nosotros y según lo permita la ley federal.
- **Restricciones Adicionales sobre el Uso y la Divulgación.** Ciertas leyes federales y estatales pueden requerir protecciones de privacidad especiales que limiten el uso y la divulgación de determinada información de salud, incluso información sumamente confidencial sobre usted. Es posible que dichas leyes protejan los siguientes tipos de información:
 1. Abuso de alcohol y de sustancias
 2. Información biométrica
 3. Abuso o negligencia de menores o adultos, incluso el abuso sexual
 4. Enfermedades contagiosas
 5. Información genética
 6. VIH/SIDA
 7. Salud mental
 8. Información de menores
 9. Medicamentos con receta
 10. Salud reproductiva
 11. Enfermedades de transmisión sexual

Si el uso o la divulgación de la información de salud que se describe anteriormente en este aviso está prohibido o está considerablemente limitado por otras leyes que se aplican a nosotros, nuestra intención será cumplir los requisitos de la ley que sea más estricta.

Excepto para los usos y las divulgaciones descritos y limitados según lo establecido en este aviso, usaremos y divulgaremos su información de salud solamente si contamos con una autorización de usted por escrito. Esto incluye, excepto en limitadas circunstancias permitidas por la ley de privacidad federal, no usar ni divulgar notas sobre su psicoterapia, ni vender su información de salud a terceros, ni usar o divulgar su información de salud para ciertas comunicaciones promocionales que sean comunicaciones de marketing de productos prohibidas por las leyes federales, sin su autorización por escrito. Una vez que nos autorice para divulgar su información de salud, no podemos garantizar que el destinatario a quien se entrega la información no divulgará dicha información. Usted puede retirar o "revocar" su autorización escrita en cualquier momento y por escrito, a menos que ya hayamos procedido según su autorización. Para saber adónde debe enviar su autorización por escrito y cómo revocar una autorización, comuníquese con el número de teléfono que se encuentra en su tarjeta de ID del plan de salud.

Cuáles son sus Derechos

Los siguientes son sus derechos con respecto a su información de salud:

- **Tiene derecho a pedir que se limiten** los usos o las divulgaciones de su información para tratamientos, procesamiento de pagos o tareas administrativas de cuidado de la salud.

También tiene derecho a pedir que se limiten las divulgaciones a familiares o a otras personas que estén involucrados en el cuidado de su salud o en su pago. Además, podemos tener normas sobre el acceso de dependientes que autoricen a sus dependientes a solicitar determinadas restricciones. **Tenga en cuenta que, aunque trataremos de conceder su solicitud y permitiremos solicitudes coherentes con nuestras normas, no tenemos la obligación de aceptar ninguna restricción.**

- ☐ **Tiene derecho a pedir recibir comunicaciones confidenciales** de información en una forma distinta o en un lugar diferente (por ejemplo, enviando la información a una casilla postal en lugar de su dirección particular). Aceptaremos todas aquellas solicitudes razonables en las que, si procedemos de otra manera, la divulgación de la totalidad o de una parte de su información de salud pudiera ponerle en peligro. En ciertas circunstancias, aceptaremos su solicitud verbal para recibir comunicaciones confidenciales; sin embargo, también podemos pedirle que nos confirme su solicitud por escrito. Además, cualquier solicitud de modificar o cancelar una solicitud de comunicación confidencial previa se debe hacer por escrito. Envíe su solicitud por correo a la dirección que se indica a continuación.
- ☐ **Tiene derecho a ver y obtener una copia** de cierta información de salud que mantenemos sobre usted, por ejemplo, reclamos y registros de administración médica o de casos. Si mantenemos su información de salud en formato electrónico, usted tendrá derecho a solicitar que le enviemos una copia de su información de salud en formato electrónico. También puede solicitar que le entreguemos una copia de su información a un tercero que usted identifique. En algunos casos, puede recibir un resumen de esta información de salud. Usted debe hacer una solicitud por escrito para poder inspeccionar y copiar su información de salud o para pedir que se la envíen a un tercero. Envíe su solicitud por correo a la dirección que se indica a continuación. En ciertas circunstancias limitadas, podemos denegar su solicitud de inspeccionar y copiar su información de salud. Si denegamos su solicitud, usted podría tener derecho a solicitar que se revise la denegación. Podemos cobrar una tarifa razonable por las copias.
- ☐ **Tiene derecho a solicitar que se enmiende** cierta información de salud que mantenemos sobre usted, por ejemplo, reclamos y registros de administración médica o de casos, si cree que su información de salud es errónea o incompleta. Debe hacer su solicitud por escrito e indicar las razones para solicitar la enmienda. Envíe su solicitud por correo a la dirección que se indica a continuación. Si denegamos su solicitud, usted puede agregar una declaración de desacuerdo a su información de salud.
- ☐ **Tiene derecho a recibir un informe** de ciertas divulgaciones de su información que hayamos realizado durante los seis años previos a su solicitud. Este informe no incluirá las divulgaciones de información realizadas: (i) con fines de tratamientos, procesamiento de pagos y tareas administrativas de cuidado de la salud; (ii) a usted o de conformidad con su autorización; (iii) a instituciones correccionales o funcionarios responsables de hacer cumplir la ley; y (iv) de otro tipo para las que no tengamos obligación de proporcionar un informe por la ley federal.
- ☐ **Tiene derecho a recibir una copia impresa de este aviso.** Puede pedir una copia de este aviso en cualquier momento. Aunque usted haya aceptado recibir este aviso en formato

electrónico, también tiene derecho a recibir una copia impresa. Si mantenemos un sitio web, publicaremos una copia del aviso modificado en nuestro sitio web. También puede obtener una copia de este aviso en el sitio web, **myAARPMedicare.com**.

- ☐ **Tiene derecho a solicitar por escrito que corriamos o enmendemos** su información personal. Según el estado donde usted viva, podría tener derecho a solicitar que se elimine su información personal. Si no podemos conceder su solicitud, le notificaremos nuestra decisión. Si denegamos su solicitud, usted tiene derecho a enviarnos una declaración por escrito de las razones de su desacuerdo con nuestra evaluación de la información en disputa y lo que considera que es la información correcta. Haremos que su declaración sea accesible para las personas que revisen la información en disputa.

Cómo Ejercer sus Derechos

- ☐ **Cómo Comunicarse con su Plan de Salud.** Si tiene alguna pregunta sobre este aviso o si desea obtener información sobre cómo ejercer sus derechos, **llame al número de teléfono gratuito para miembros que se encuentra en su tarjeta de ID del plan de salud o puede comunicarse con un Representante del Centro de Llamadas del Cliente de UnitedHealth Group al 1-866-460-8854 (TTY/RTT 711).**
- ☐ **Cómo Presentar una Solicitud por Escrito.** Puede enviarnos por correo sus solicitudes por escrito para ejercer cualquiera de sus derechos, incluso el derecho a modificar o cancelar una comunicación confidencial, solicitar copias de sus registros o solicitarnos enmiendas a sus registros, a la siguiente dirección:

UnitedHealthcare Privacy Office
PO Box 1459
Minneapolis, MN 55440
- ☐ **Cómo Presentar una Queja.** Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja a la dirección que se indica anteriormente.

También puede notificar su queja a la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. No tomaremos ninguna medida en su contra por presentar una queja.

¹ Este Aviso de Prácticas de Privacidad de la Información Médica se aplica a los siguientes planes de salud que están afiliados a UnitedHealth Group: ACN Group of California, Inc.; All Savers Insurance Company; All Savers Life Insurance Company of California; AmeriChoice of New Jersey, Inc.; Arizona Physicians IPA, Inc.; Care Improvement Plus of Texas Insurance Company; Care Improvement Plus South Central Insurance Company; Care Improvement Plus Wisconsin Insurance Company; Dental Benefit Providers of California, Inc.; Dental Benefit Providers of Illinois, Inc.; Enterprise Life Insurance Company; Freedom Life Insurance Company of America; Golden Rule Insurance Company; Health Plan of Nevada, Inc.; MAMSI Life and Health Insurance Company; March Vision Care, Inc.; MD – Individual Practice Association, Inc.; Medica Health Plans of Florida, Inc.; Medica Healthcare Plans, Inc.; National Pacific Dental, Inc.; National Foundation Life Insurance Company; Neighborhood Health Partnership, Inc.; Nevada Pacific Dental; Optimum Choice, Inc.; Optum Insurance Company of Ohio, Inc.; Oxford Health

Insurance, Inc.; Oxford Health Plans (CT), Inc.; Oxford Health Plans (NJ), Inc.; Oxford Health Plans (NY), Inc.; PacifiCare Life and Health Insurance Company; PacifiCare Life Assurance Company; PacifiCare of Arizona, Inc.; PacifiCare of Colorado, Inc.; PacifiCare of Nevada, Inc.; Peoples Health, Inc.; Physicians Health Choice of Texas, LLC; Preferred Care Partners, Inc.; Rocky Mountain Health Maintenance Organization, Incorporated; Rocky Mountain HealthCare Options, Inc.; Sierra Health and Life Insurance Company, Inc.; Symphonix Health Insurance, Inc.; UHC of California; U.S. Behavioral Health Plan, California; Unimerica Insurance Company; Unimerica Life Insurance Company of New York; Unison Health Plan of Delaware, Inc.; UnitedHealthcare Benefits of Texas, Inc.; UnitedHealthcare Community Plan of California, Inc.; UnitedHealthcare Community Plan of Georgia, Inc.; UnitedHealthcare Community Plan of Ohio, Inc.; UnitedHealthcare Community Plan, Inc.; UnitedHealthcare Community Plan of Texas, L.L.C.; UnitedHealthcare Insurance Company; UnitedHealthcare Insurance Company of Illinois; UnitedHealthcare Insurance Company of New York; UnitedHealthcare Insurance Company of the River Valley; UnitedHealthcare Life Insurance Company; UnitedHealthcare of Alabama, Inc.; UnitedHealthcare of Arizona, Inc.; UnitedHealthcare of Arkansas, Inc.; UnitedHealthcare of Colorado, Inc.; UnitedHealthcare of Florida, Inc.; UnitedHealthcare of Georgia, Inc.; UnitedHealthcare of Illinois, Inc.; UnitedHealthcare of Kentucky, Ltd.; UnitedHealthcare of Louisiana, Inc.; UnitedHealthcare of the Mid-Atlantic, Inc.; UnitedHealthcare of the Midlands, Inc.; UnitedHealthcare of the Midwest, Inc.; UnitedHealthcare of Mississippi, Inc.; UnitedHealthcare of New England, Inc.; UnitedHealthcare of New Mexico, Inc.; UnitedHealthcare of New York, Inc.; UnitedHealthcare of North Carolina, Inc.; UnitedHealthcare of Ohio, Inc.; UnitedHealthcare of Oklahoma, Inc.; UnitedHealthcare of Oregon, Inc.; UnitedHealthcare of Pennsylvania, Inc.; UnitedHealthcare of Texas, Inc.; UnitedHealthcare of Utah, Inc.; UnitedHealthcare of Washington, Inc.; UnitedHealthcare of Wisconsin, Inc.; UnitedHealthcare Plan of the River Valley, Inc. Esta lista de planes de salud está completa a la fecha de vigencia de este aviso. Para obtener una lista actualizada de los planes de salud sujetos a este aviso, visite www.uhc.com/privacy/entities-fn-v1.

Aviso de Privacidad de la Información Financiera

ESTE AVISO DESCRIBE LA MANERA EN QUE SU INFORMACIÓN FINANCIERA SE PUEDE USAR Y DIVULGAR. LÉALO DETENIDAMENTE.

Entra en vigencia el 1 de enero de 2022

Tenemos² el compromiso de mantener la confidencialidad de su información financiera personal. A efectos de este aviso, “información financiera personal” se refiere a la información sobre un miembro o solicitante de cobertura de cuidado de la salud que identifica a la persona, generalmente no se encuentra disponible para el público y se solicita a la persona o se obtiene en relación con la prestación de cobertura de cuidado de la salud a la persona.

Información que Recopilamos

Según el producto o servicio que usted tenga con nosotros, podemos recopilar información financiera personal sobre usted de las siguientes fuentes:

- ☐ Información que recibimos de usted en solicitudes u otros formularios, por ejemplo, nombre, dirección, edad, información médica y número del Seguro Social;
- ☐ Información sobre sus transacciones con nosotros, nuestras compañías afiliadas u otros, por ejemplo, el historial de reclamos y pago de primas; e
- ☐ Información de una agencia de informes de consumidores.

Divulgación de Información

No divulgamos información financiera personal sobre nuestros miembros o miembros anteriores a terceros, excepto si la ley así lo exija o lo permita. Por ejemplo, en el ejercicio de nuestras prácticas comerciales generales, podemos, según lo permita la ley, divulgar cualquier información financiera personal que recopilemos de usted, sin su autorización, a las siguientes instituciones:

- ☐ A nuestras afiliadas corporativas, que incluyen proveedores de servicios financieros, como otras compañías de seguros, y compañías no financieras, como procesadoras de datos;
- ☐ A compañías no afiliadas para nuestras actividades comerciales cotidianas, como para procesar sus transacciones, mantener sus cuentas o responder a órdenes judiciales e investigaciones legales; y
- ☐ A compañías no afiliadas que presten servicios por nosotros, incluso el envío de comunicaciones promocionales en nuestro nombre.

Confidencialidad y Seguridad

Mantenemos medidas de seguridad físicas, electrónicas y de procedimientos, según los estándares estatales y federales correspondientes, para proteger su información financiera personal contra riesgos como pérdida, destrucción o uso indebido. Estas medidas incluyen protecciones informáticas, archivos y edificios asegurados, y restricciones sobre quiénes pueden acceder a su información financiera personal.

Preguntas sobre este Aviso

Si tiene alguna pregunta sobre este aviso, **llame al número de teléfono gratuito para miembros que se encuentra en su tarjeta de ID del plan de salud o comuníquese con el Centro de Llamadas del Cliente de UnitedHealth Group al 1-866-460-8854 (TTY/RTT 711).**

² A efectos de este Aviso de Privacidad de la Información Financiera, “nosotros” o “nos” hacen referencia a las entidades indicadas en la nota al pie 2, al inicio de la página cuatro de los Avisos de Prácticas de Privacidad del Plan de Salud, además de las siguientes compañías afiliadas de UnitedHealthcare: AmeriChoice Corporation.; Dental Benefit Providers, Inc.; Ear Professional International Corporation; gethealthinsurance.com Agency, Inc.; Genoa Healthcare, LLC; Golden Outlook, Inc.; Level2 Health IPA, LLC; Level2 Health Management,

LLC; Life Print Health, Inc.; Managed Physical Network, Inc.; Optum Care Networks, Inc; Optum Global Solutions (India) Private Limited; OptumHealth Care Solutions, LLC; OptumHealth Holdings, LLC; Optum Labs, LLC; Optum Networks of New Jersey, Inc.; Optum Women's and Children's Health, LLC; OrthoNet, LLC; OrthoNet of the South, Inc.; Oxford Benefit Management, Inc.; Oxford Health Plans LLC; Physician Alliance of the Rockies, LLC; POMCO Network, Inc.; POMCO, Inc.; Real Appeal, Inc.; Sanvello Health, Inc.; Spectera, Inc.; Three Rivers Holdings, Inc.; UHIC Holdings, Inc.; UMR, Inc.; United Behavioral Health; United Behavioral Health of New York I.P.A., Inc.; UnitedHealthcare, Inc.; United HealthCare Services, Inc.; UnitedHealth Advisors, LLC; UnitedHealthcare Service LLC; Urgent Care MSO, LLC; USHEALTH Administrators, LLC; USHEALTH Group, Inc.; y Vivify Health, Inc. Este Aviso de Privacidad de la Información Financiera solamente se aplica donde lo exige la ley. En particular, no se aplica a (1) los productos de seguros de cuidado de la salud ofrecidos en Nevada por Health Plan of Nevada, Inc. y Sierra Health and Life Insurance Company, Inc.; ni a (2) otros planes de salud de UnitedHealth Group en estados en los que hay excepciones para las entidades o productos de seguros de salud cubiertos por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA). Esta lista de planes de salud está completa a la fecha de vigencia de este aviso. Para obtener una lista actualizada de los planes de salud sujetos a este aviso, visite www.uhc.com/privacy/entities-fn-v1.

© 2021 United HealthCare Services, Inc.

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

Como miembro de nuestro plan, usted tiene derecho a recibir varios tipos de información de nuestra parte.

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

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera del plan.
- **Información sobre las farmacias de nuestra red.**
 - Usted tiene derecho a recibir información sobre la acreditación profesional de los proveedores y las farmacias de nuestra red y de la manera como pagamos a las farmacias de nuestra red.
- ☐ **Información sobre su cobertura y las reglas que debe seguir para usar su cobertura.** Los Capítulos 3 y 4 proporcionan información sobre la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D.
- ☐ **Información sobre la razón por la que algo no está cubierto y lo que usted puede hacer al respecto.** El Capítulo 7 proporciona información sobre cómo solicitar una explicación por escrito cuando un medicamento de la Parte D no tiene cobertura o si su cobertura tiene

alguna restricción. Además, el Capítulo 7 proporciona información sobre cómo pedirnos que cambiemos una decisión, también se llama una apelación.

Sección 1.5 Usted tiene derecho a participar, junto con los profesionales, en la toma de decisiones sobre el cuidado de su salud. Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre el cuidado de su salud y a que tenga una conversación sincera sobre las opciones de tratamiento apropiadas o médicamente necesarias para sus condiciones, independientemente del costo o de la cobertura de beneficios.

Tiene derecho a dar instrucciones sobre lo que se debe hacer si usted no está en condiciones de tomar decisiones médicas por sí mismo

En ocasiones, las personas no pueden tomar decisiones sobre el cuidado de la salud por sí mismas debido a accidentes o enfermedades graves. Usted tiene derecho a indicar lo que desea que se haga si se encontrara en esta situación. Esto significa que, **si usted lo desea**, puede:

- Llenar un formulario por escrito para dar a **alguien la autoridad legal para tomar decisiones médicas por usted** si en algún momento usted no puede tomarlas por sí mismo.
- **Proporcionar a sus médicos instrucciones por escrito** sobre el manejo de su cuidado médico si en algún momento usted no puede tomar decisiones por sí mismo.

Los documentos legales que usted puede usar para dar las instrucciones por adelantado en estas situaciones se llaman “**instrucciones por anticipado**”. Hay diferentes tipos de Instrucciones por Anticipado y tienen distintos nombres. Los documentos llamados “**testamento vital**” y “**poder legal para cuidado de la salud**” son ejemplos de Instrucciones por Anticipado.

Si desea usar un formulario de “Instrucciones por Anticipado”, debe hacer lo siguiente:

- **Obtenga el formulario.** Puede obtener un formulario de Instrucciones por Anticipado de su abogado, un trabajador social o en algunas tiendas de artículos de oficina. En ocasiones, puede obtener formularios de Instrucciones por Anticipado en organizaciones que brindan información sobre Medicare. También puede comunicarse con Servicio al Cliente si necesita ayuda para obtener un formulario de Instrucciones por Anticipado.
- **Llénelo y fírmelo.** Independientemente del lugar en donde obtenga este formulario, tenga en cuenta que es un documento legal. Le conviene consultar a un abogado para que le ayude a llenarlo correctamente.
- **Entregue copias a las personas que correspondan.** Entregue una copia del formulario a su médico y a la persona que usted nombró en el formulario como responsable de tomar decisiones por usted si usted no puede hacerlo. Quizá también desee entregar copias a amigos íntimos o a familiares. Guarde una copia en su domicilio.

Si usted sabe con anticipación que será hospitalizado y ha firmado un formulario de Instrucciones por Anticipado, **lleve una copia con usted al hospital.**

- En el hospital, se le preguntará si ha firmado un formulario de Instrucciones por Anticipado y si lo tiene con usted.
- Si no ha firmado un formulario de Instrucciones por Anticipado, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntarán si desea firmar uno.

Recuerde que es su decisión si desea llenar un formulario de Instrucciones por Anticipado (incluso la decisión de firmar uno si está en el hospital). Según la ley, nadie puede denegarle el cuidado ni discriminarle por haber firmado o no Instrucciones por Anticipado.

¿Qué debe hacer si no se siguen sus instrucciones?

Si firmó un formulario de Instrucciones por Anticipado y cree que un médico o un hospital no siguieron las instrucciones del formulario, usted puede presentar una queja ante la agencia correspondiente de su estado, por ejemplo, el Departamento de Salud de su estado.

Sección 1.6 Usted tiene derecho a presentar quejas o apelaciones con respecto a la organización o al cuidado que le proporciona. Tiene derecho a presentar quejas y pedirnos que reconsideremos decisiones que hemos tomado

Si tiene problemas, inquietudes o quejas 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 – solicitar una decisión de cobertura, presentar una apelación o presentar una queja – **tenemos la obligación de tratarle de manera justa.**

Sección 1.7 ¿Qué puede hacer si cree que le han tratado injustamente o que no se respetan sus derechos?

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

Si cree que ha sido tratado injustamente o que no se respetaron sus derechos debido a una cuestión de su raza, discapacidad, religión, sexo, salud, origen étnico, credo (creencias), edad, orientación sexual u origen nacional, 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; también puede llamar a su Oficina de Derechos Civiles local.

¿Se trata de otro tema?

Si cree que ha sido tratado injustamente o que no se respetaron sus derechos **y no** es un tema de discriminación, puede recibir ayuda para tratar su problema:

- Puede **llamar a Servicio al Cliente.**
- Puede **llamar al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud.** Para obtener información detallada, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- O **puede llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

Sección 1.8 Usted tiene derecho a hacer recomendaciones con respecto a la norma de la organización sobre los derechos y responsabilidades de los miembros. Cómo obtener más información sobre sus derechos

Hay varias maneras de obtener más información sobre sus derechos:

- Puede **llamar a Servicio al Cliente.**

- Para obtener información sobre el programa de calidad de su plan de salud específico, llame a Servicio al Cliente. También puede acceder a esta información a través del sitio web (<https://www.uhcmedicareolutions.com/resources/ma-pdp-information-forms.html>). Seleccione “Commitment to Quality” (Compromiso con la Calidad).
- Puede **llamar al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud**. Para obtener información detallada, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- Puede comunicarse con **Medicare**.
 - Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación “Sus Derechos y Protecciones en Medicare”. (La publicación está disponible en: www.es.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-S-Medicare-Rights-and-Protections.pdf)
 - O puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

Sección 2 **Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan**

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

- **Familiarícese con los medicamentos cubiertos y con las reglas que debe seguir para recibir los medicamentos cubiertos.** Use esta **Evidencia de Cobertura** para saber lo que tiene cobertura y las reglas que debe seguir para recibir sus medicamentos cubiertos.
 - Los Capítulos 3 y 4 contienen los detalles de su cobertura de medicamentos con receta de la Parte D.
- **Si usted tiene otra cobertura de medicamentos con receta además de nuestro plan, tiene la obligación de informarnos.** El Capítulo 1 explica la coordinación de estos beneficios.
- **Informe a su médico y a su farmacéutico que usted está inscrito en nuestro plan.** Muestre su tarjeta de ID de miembro de UnitedHealthcare cada vez que obtenga medicamentos con receta de la Parte D.
- **Ayude a sus médicos y a otros proveedores al proporcionar información, hacer preguntas y cumplir con todas las indicaciones del cuidado de su salud.**
 - Para que pueda recibir el mejor cuidado, infórmeles a sus médicos y a otros proveedores de cuidado de la salud sobre sus problemas de salud. Siga los planes e instrucciones de tratamiento que usted y su médico acuerden.
 - Asegúrese de que sus médicos sepan todos los medicamentos que toma, incluso los medicamentos sin receta, vitaminas y suplementos.
 - Si tiene alguna pregunta, no dude en hacerla y asegúrese de que comprende la respuesta.
- **Pague lo que adeuda.** Como miembro del plan, usted es responsable de los siguientes pagos:
 - Usted debe pagar la prima de su plan.
 - Para la mayoría de los medicamentos cubiertos por el plan, usted debe pagar su parte del costo al momento de recibir el medicamento.

- Si tiene la obligación de pagar una multa por inscripción tardía, usted debe pagar la multa para seguir siendo miembro del plan.
- Si tiene la obligación de pagar una cantidad adicional por la Parte D debido a sus ingresos anuales, usted debe seguir pagando la cantidad adicional directamente al gobierno para seguir siendo miembro del plan.
- **Si se muda fuera del área de servicio de nuestro plan, no podrá seguir siendo miembro de nuestro plan.**
- **Si se muda dentro de nuestra área de servicio, debemos saberlo** para que podamos mantener su registro de membresía actualizado y comunicarnos con usted.
- Si se muda, también es importante que se lo informe al Seguro Social (o a la Junta de Retiro Ferroviario).

Capítulo 7

Qué debe hacer si tiene
un problema o una queja (decisiones
de cobertura, apelaciones, quejas)

Sección 1 Introducción

Sección 1.1 Qué debe hacer si tiene un problema o una duda

Este capítulo explica dos procesos para resolver problemas y dudas:

- Para algunos problemas, debe usar el **proceso para decisiones de cobertura y apelaciones**.
- Para otros problemas, debe usar el **proceso para presentar quejas, también se le llama quejas formales**.

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

La guía de la Sección 3 le ayudará a identificar el proceso adecuado en su caso y que debería hacer.

Sección 1.2 ¿Y los términos legales?

Algunas de las reglas, los procedimientos y los plazos que se explican en este capítulo incluyen términos legales. Muchos de estos términos son desconocidos para la mayoría de las personas y pueden ser difíciles de comprender. Para simplificar, este capítulo:

- ☐ Usa palabras más comunes en lugar de usar ciertos términos legales. Por ejemplo, en este capítulo generalmente se dice “presentar una queja” en lugar de “presentar una queja formal”, “decisión de cobertura” en lugar de “determinación de cobertura” o “determinación del riesgo” y “organización de revisión independiente” en lugar de “Entidad de Revisión Independiente”.
- ☐ También se usa la menor cantidad de siglas posible.

Sin embargo, puede ser útil – y hasta muy importante – que usted conozca los términos legales correctos. Al conocer los términos, podrá comunicarse con más precisión y podrá obtener la ayuda o la información adecuada para su situación. Para ayudarle a saber qué términos usar, incluimos términos legales con los detalles para resolver situaciones específicas.

Sección 2 Dónde obtener más información y ayuda personalizada

Siempre estamos a su disposición para ayudarle. Incluso si tiene una queja sobre cómo le tratamos, estamos obligados a respetar su derecho a presentar una queja. Por lo tanto, siempre debe comunicarse con Servicio al Cliente para recibir ayuda. Pero en algunas situaciones, es posible que también desee recibir ayuda u orientación de alguien que no esté relacionado con nosotros. A continuación señalamos dos entidades que pueden ayudarle.

Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP)

Cada estado tiene un programa del gobierno que cuenta con asesores capacitados. El programa no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros ni con ningún plan de salud. Los asesores de este programa pueden ayudarle a comprender el proceso que debe usar para resolver el problema que tiene. También pueden responder a sus preguntas, brindarle más información y ofrecerle orientación sobre lo que debe hacer.

Los servicios de los asesores del Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud son gratuitos. Encontrará los números de teléfono y las direcciones de los sitios web en la Sección 3 del Capítulo 2 de este documento.

Medicare

Puede comunicarse con Medicare para recibir ayuda. Para comunicarse con Medicare:

- Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- También puede visitar el sitio web de Medicare (es.medicare.gov).

Sección 3 ¿Qué proceso debe usar para tratar su problema?

Si tiene un problema o una duda, solamente necesita leer las partes de este capítulo que corresponden a su situación. La siguiente guía puede serle útil.

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

(Esto incluye los problemas relacionados con la cobertura de medicamentos con receta, la manera en que están cubiertos y los problemas relacionados con el pago de los medicamentos con receta.)

Sí.

Consulte la siguiente sección de este capítulo, **Sección 4, “Guía de los conceptos básicos de decisiones de cobertura y apelaciones”**.

No.

Pase a la **Sección 7** al final de este capítulo: **“Cómo presentar una queja sobre la calidad del cuidado, los tiempos de espera, el Servicio al Cliente u otros problemas”**.

Decisiones de cobertura y apelaciones

Sección 4 Guía básica sobre decisiones de cobertura y 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 su cobertura de medicamentos con receta, incluso los pagos. Es el proceso que se usa para asuntos de cobertura, por ejemplo, si un medicamento tiene o no tiene cobertura y la manera en que el medicamento está cubierto.

Cómo solicitar decisiones de cobertura antes de recibir servicios

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos relacionada con sus beneficios y su cobertura o con la cantidad que pagaremos por sus medicamentos con receta.

Tomamos una decisión de cobertura cada vez que decidimos lo que tiene cobertura y lo que pagamos nosotros. En algunos casos, podríamos decidir que un medicamento no tiene cobertura o que ya no se lo cubre Medicare. Si usted no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura, bien sea antes o después de recibir un servicio, y 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, de las que hablaremos más adelante, usted puede solicitar una “apelación rápida” de una decisión de cobertura. Los revisores que revisan su apelación no son los mismos que tomaron la decisión original.

Si usted apela una decisión por primera vez, esto se llama apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que tomamos para verificar si se siguieron las reglas correctamente. Cuando terminemos la revisión, le daremos nuestra decisión.

En circunstancias limitadas, una solicitud de una apelación de Nivel 1 será desestimada, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos en los que una solicitud de una decisión de cobertura será desestimada incluyen una solicitud incompleta, si alguien presenta la solicitud en nombre de usted pero no está legalmente autorizado para actuar en su nombre o si usted pide que se retire la solicitud. Si desestimamos una solicitud de una apelación de Nivel 1, nosotros le enviaremos un aviso explicándole por qué la solicitud fue desestimada y cómo solicitar una revisión de la desestimación.

Si no desestimamos su caso pero denegamos de manera total o parcial su apelación de Nivel 1, usted puede pasar a una apelación de Nivel 2. Una organización de revisión independiente que no está relacionada con nosotros realiza la apelación de Nivel 2. (Las apelaciones relacionadas con los servicios médicos y los medicamentos de la Parte B se enviarán automáticamente a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2 – usted no tiene que hacer nada. En el caso de las apelaciones relacionadas con los medicamentos de la Parte D, si denegamos de manera total o parcial su apelación, usted deberá presentar una apelación de Nivel 2. Las apelaciones relacionadas con la Parte D se explican en detalle en la Sección 5 de este capítulo). Si usted no está satisfecho con la decisión de la apelación de Nivel 2, puede continuar con niveles de apelación adicionales (la Sección 6 de este capítulo explica los procesos de apelación de Nivel 3, 4 y 5).

Sección 4.2 **Cómo recibir ayuda si solicita una decisión de cobertura o presenta una apelación**

A continuación encontrará recursos si decide solicitar cualquier tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- **Puede llamarnos a Servicio al Cliente.**
- **Usted puede obtener ayuda gratuita** de su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud.
- **Su médico u otro profesional que receta pueden presentar la solicitud por usted.** Para los medicamentos con receta de la Parte D, su médico u otro profesional que receta pueden solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en nombre de usted. Si su apelación de Nivel 1 es denegada, su médico o profesional que receta pueden solicitar una apelación de Nivel 2.
- **Puede pedirle a alguien que actúe en nombre de usted.** Si lo desea, puede nombrar a otra persona para que actúe como su “representante” para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
 - Si desea que un amigo, familiar u otra persona sea su representante, llame a Servicio al Cliente y pida el formulario “Nombramiento de un Representante”. (Este formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/Downloads/CMS1696Spanish.pdf.) El formulario autoriza a esa persona a actuar en nombre de usted. Debe estar firmado por usted y por la persona que usted desee que actúe en nombre de usted. Debe entregarnos una copia del formulario firmado.
 - Aunque podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos comenzar ni realizar nuestra revisión hasta que lo recibamos. Si no recibimos el formulario en un plazo no mayor de 44 días calendario después de haber recibido su solicitud de apelación (nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación), su solicitud de apelación será desestimada. Si esto ocurre, le enviaremos un aviso por escrito que explicará su derecho a solicitar que una organización de revisión independiente revise nuestra decisión de desestimar su apelación.
- **También tiene derecho a contratar a un abogado.** Puede comunicarse con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado en el colegio de abogados de su área o de otro servicio de referencias. También existen asociaciones que le brindarán servicios legales gratuitos si usted califica. Sin embargo, **no está obligado a contratar a un abogado** para solicitar cualquier tipo de decisión de cobertura o para apelar una decisión.

Sección 5 **Sus medicamentos con receta de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación**

Sección 5.1 Esta sección le indica lo que debe hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea que le reembolsemos el pago de un medicamento de la Parte D

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

- **Esta sección se refiere solamente a sus medicamentos de la Parte D.** Para simplificar, generalmente usamos “medicamento” en el resto de esta sección, en lugar de repetir “medicamento con receta para pacientes ambulatorios cubierto” o “medicamento de la Parte D” en cada caso. También usamos el término “lista de medicamentos” en lugar de “Lista de Medicamentos Cubiertos” o “Formulario.”
- Si no sabe si un medicamento tiene cobertura o si cumple con las reglas, puede preguntarnos. Algunos medicamentos requieren que usted obtenga nuestra aprobación antes de cubrirlo.
- Si en su farmacia le informan que no pueden surtir su receta tal como fue emitida, la farmacia le dará un aviso por escrito que explicará cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.

Decisiones de cobertura y apelaciones de la Parte D

Término Legal: Una decisión de cobertura inicial relacionada con sus medicamentos de la Parte D se llama “**determinación de cobertura.**”

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos relacionada con sus beneficios y su cobertura o con la cantidad que pagaremos por sus medicamentos.

Esta sección indica lo que puede hacer si se encuentra en alguna de las siguientes situaciones:

- ☐ Pedir que cubramos un medicamento de la Parte D que no está en la **Lista de Medicamentos Cubiertos del plan. Solicite una excepción. Sección 5.2**
- ☐ Pedir que no apliquemos una restricción a la cobertura del plan para un medicamento (como los límites sobre la cantidad del medicamento que usted puede obtener). **Solicite una excepción. Sección 5.2**
- ☐ Pedir pagar un costo compartido más bajo por un medicamento cubierto que se encuentra en un nivel de costo compartido más alto. **Solicite una excepción. Sección 5.2**
- Solicitar preaprobación para un medicamento. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 5.4**
- Pagar un medicamento con receta que usted ya compró. **Solicite un reembolso. Sección 5.4**

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

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

Sección 5.2 ¿Qué es una excepción?

Términos Legales:

Solicitar la cobertura de un medicamento que no está en la Lista de Medicamentos a veces se dice solicitar una **“excepción al formulario”**.

Pedir que se quite una restricción a la cobertura de un medicamento a veces se dice solicitar una **“excepción al formulario”**.

Pedir pagar un precio más bajo por un medicamento no preferido cubierto a veces se dice solicitar una **“excepción de nivel”**.

Si un medicamento no está cubierto en la manera que usted desea, puede pedirnos que hagamos una “excepción”. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura.

Para que tomemos en cuenta su solicitud de una excepción, su médico u otro profesional que receta deberán explicar las razones médicas por las que necesita que se apruebe una excepción. Los siguientes son ejemplos de excepciones que usted, su médico u otro profesional que receta pueden solicitarnos:

- 1. Cubrir un medicamento de la Parte D para usted que no está en nuestra Lista de Medicamentos.** Si aceptamos cubrir un medicamento que no está en la Lista de Medicamentos, usted deberá pagar el costo compartido que se aplica a los medicamentos del Nivel 4. No puede solicitar una excepción a la cantidad de costo compartido que usted debe pagar por el medicamento.
- 2. Quitar una restricción de un medicamento cubierto.** El Capítulo 3 describe las reglas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos de nuestra Lista de Medicamentos. Si aceptamos hacer una excepción y no le aplicamos una restricción, puede solicitar una excepción al copago o coseguro que usted debe pagar por el medicamento.
- 3. Cambiar la cobertura de un medicamento a un nivel de costo compartido más bajo.** Cada medicamento de nuestra Lista de Medicamentos está asignado a uno de 5 niveles de costo compartido. Por lo general, mientras más bajo sea el nivel de costo compartido, menos pagará usted como su parte del costo del medicamento.
 - Si nuestra Lista de Medicamentos contiene medicamentos alternativos para tratar su condición médica que están en un nivel de costo compartido más bajo que su medicamento, puede solicitar que cubramos su medicamento al nivel de costo compartido que se aplica a los medicamentos alternativos.
 - Si el medicamento que está tomando es un producto biológico, puede solicitar que cubramos su medicamento a un nivel de costo compartido más bajo. Esto sería el nivel de costo más bajo que contiene productos biológicos alternativos para tratar su condición.
 - Si el medicamento que está tomando es un medicamento de marca, puede solicitarnos que lo cubramos aplicando el costo compartido que corresponde al nivel más bajo que contenga medicamentos de marca alternativos para el tratamiento de su condición.

- Si el medicamento que está tomando es un medicamento genérico, puede solicitarnos que lo cubramos aplicando el costo compartido que corresponde al nivel más bajo que contenga medicamentos, genéricos o de marca, alternativos para el tratamiento de su condición.
- No puede solicitarnos que cambiemos la parte que le corresponde del costo si se trata de medicamentos del Nivel 5 (nivel de especialidad).
- Si aprobamos su solicitud de excepción de nivel y hay más de un nivel de costo compartido más bajo con medicamentos alternativos que usted no puede tomar, generalmente usted pagará la cantidad más baja.

Sección 5.3 Información importante sobre la solicitud de excepciones

Su médico debe explicar las razones médicas

Su médico u otro profesional que receta debe entregarnos una declaración en la que expliquen las razones médicas para solicitar una excepción. Para recibir una decisión más rápida, incluya esta información médica de su médico o de otro profesional que receta cuando solicite la excepción.

Por lo general, nuestra Lista de Medicamentos incluye más de un medicamento para tratar una condición en particular. Estas diferentes posibilidades se llaman medicamentos “alternativos”. Si un medicamento alternativo podría ser tan eficaz como el medicamento que usted solicita y no causaría más efectos secundarios u otros problemas de salud, generalmente **no** aprobaremos su solicitud de excepción. Si nos solicita una excepción de nivel, generalmente **no** aprobaremos su solicitud de excepción, a menos que todos los medicamentos alternativos en los niveles de costo compartido más bajos no le den el mismo resultado o probablemente le causen una reacción adversa u otro daño.

Podemos aceptar o denegar su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de excepción, generalmente nuestra aprobación es válida hasta el final del año del plan, siempre y cuando su médico le siga recetando el medicamento y el medicamento continúe siendo seguro y eficaz para tratar su condición.
- Si denegamos su solicitud, puede presentar una apelación para solicitar otra revisión.

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

Término Legal:	Una “decisión de cobertura rápida” se llama una “ determinación de cobertura rápida ”.
-----------------------	---



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 no mayor de 72 horas después de que recibamos la declaración de su médico. Las **“decisiones de cobertura rápidas”** se toman en un plazo no mayor de **24 horas** después de que recibamos la declaración de su médico.

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

- Debe solicitar un **medicamento que aún no ha recibido**. (No puede solicitar una decisión de cobertura rápida si nos pide que reembolsemos el pago de un medicamento que usted ya compró.)
- Utilizar los plazos estándar podría **afectar gravemente a su salud o perjudicar su capacidad de funcionar**.
- **Si su médico u otro profesional que receta nos informan que su estado de salud requiere una “decisión de cobertura rápida”, automáticamente le daremos una decisión de cobertura rápida.**
- **Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta, sin el respaldo de su médico o profesional que receta, decidiremos si su estado de salud requiere que le demos una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que:
 - Explique que utilizaremos los plazos estándar.
 - Explique que, si su médico u otro profesional que receta solicitan la decisión de cobertura rápida, automáticamente le daremos una decisión de cobertura rápida.
 - Indique cómo puede presentar una “queja rápida” contra nuestra decisión de darle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que usted solicitó. Le daremos una respuesta a su queja en un plazo no mayor de 24 horas después de que recibamos la queja.



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

Primero, llámenos, escribanos o envíenos un fax para presentar su solicitud de que autoricemos o proporcionemos cobertura del medicamento con receta que desea recibir. Usted también puede acceder al proceso para decisiones de cobertura a través de nuestro sitio web. Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito, incluso una solicitud presentada en el Formulario de Solicitud de Determinación de Cobertura Modelo de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, que está disponible en nuestro sitio web. El Capítulo 2 tiene información de contacto. Para ayudarnos a procesar su solicitud, asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información que identifique el reclamo denegado que está apelando.

Usted, su médico (u otro profesional que receta) o su representante pueden hacerlo. Un abogado también puede actuar en nombre de usted. La Sección 4 de este capítulo explica cómo se autoriza, por escrito, a un tercero para que actúe como su representante.

- **Si solicita una excepción, proporcione la "declaración de respaldo"**, que son las razones médicas para la excepción. Su médico u otro profesional que receta pueden enviarnos la declaración por fax o por correo. De otra manera, su médico u otro profesional que receta pueden explicarnos las razones por teléfono y luego enviarnos por correo o por fax la declaración por escrito, si es necesario.



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

Plazos para una “decisión de cobertura rápida”

- Por lo general, debemos darle nuestra respuesta en un plazo no mayor de 24 horas después de que recibamos su solicitud.
 - Para las excepciones, le daremos nuestra respuesta en un plazo no mayor de 24 horas después de que recibamos la declaración de respaldo de su médico. Si su estado de salud lo requiere, le daremos nuestra respuesta antes de este plazo.
 - Si no cumplimos con este plazo, se nos exige que enviemos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde será revisada por una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos de manera total o parcial lo que usted solicitó**, debemos proporcionar la cobertura que hemos aceptado proporcionar en un plazo no mayor de 24 horas después de que recibamos su solicitud o la declaración de su médico en respaldo a su solicitud.
- **Si denegamos de manera total o parcial lo que usted solicitó**, le enviaremos una explicación por escrito con las razones de nuestra respuesta y también cómo usted puede apelar.

Plazos para una decisión de cobertura “estándar” relacionada con un medicamento que aún no ha recibido

- Por lo general, debemos darle nuestra respuesta en un plazo no mayor de **72 horas** después de que recibamos su solicitud.
 - Para las excepciones, le daremos nuestra respuesta en un plazo no mayor de 72 horas después de que recibamos la declaración de respaldo de su médico. Si su estado de salud lo requiere, le daremos nuestra respuesta antes de este plazo.
 - Si no cumplimos con este plazo, se nos exige que enviemos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde será revisada por una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos de manera total o parcial lo que usted solicitó**, debemos **proporcionar la** cobertura que hemos aceptado proporcionar **en un plazo no mayor de 72 horas** después de que recibamos su solicitud o la declaración de su médico en respaldo a su solicitud.
- **Si denegamos de manera total o parcial lo que usted solicitó**, le enviaremos una explicación por escrito con las razones de nuestra respuesta. También le indicaremos cómo usted puede apelar.

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

- Debemos darle nuestra respuesta **en un plazo no mayor de 14 días calendario** después de que recibamos su solicitud.
 - o Si no cumplimos con este plazo, se nos exige que enviemos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde será revisada por una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos de manera total o parcial lo que usted solicitó**, se nos exige que le paguemos en un plazo no mayor de 14 días calendario después de que recibamos su solicitud.
- **Si denegamos de manera total o parcial lo que usted solicitó**, le enviaremos una explicación por escrito con las razones de nuestra respuesta. También le indicaremos cómo usted puede apelar.



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

- Si denegamos la solicitud, usted tiene derecho a pedirnos que reconsideremos esta decisión mediante la presentación de una apelación. Esto significa volver a solicitar la cobertura de medicamentos que desea. Si presenta una apelación, significa que usted pasa al Nivel 1 del proceso de apelación.

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

Términos Legales:

Una apelación presentada al plan para una decisión de cobertura relacionada con un medicamento de la Parte D se llama una “**redeterminación**” del plan.

Una “apelación rápida” también se llama “**redeterminación rápida**.”



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

Una “apelación estándar” generalmente se realiza en un plazo no mayor de 7 días. Una “apelación rápida” generalmente se realiza en un plazo no mayor de 72 horas. Si su estado de salud lo requiere, presente una “apelación rápida”

- ☐ Si apela nuestra decisión sobre un medicamento que aún no recibió, usted y su médico u otro profesional que receta deciden si usted necesita una “apelación rápida”.

- ❑ Los requisitos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que para obtener una “decisión de cobertura rápida”, según se describen en la Sección 5.4 de este capítulo.



Paso 2: Usted, su representante, médico u otro profesional que receta deben comunicarse con nosotros y presentar su apelación de Nivel 1. Si su estado de salud requiere una respuesta rápida, debe presentar una “apelación rápida”.

- ❑ **Para las apelaciones estándar, presente una solicitud por escrito.** El Capítulo 2 tiene información de contacto.
- ❑ **Para las apelaciones rápidas, puede presentar su apelación por escrito o llamarnos al 1-800-595-9532.** El Capítulo 2 tiene información de contacto.
- ❑ **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito,** incluso una solicitud presentada en el Formulario de Solicitud de Determinación de Cobertura Modelo de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, que está disponible en nuestro sitio web. Asegúrese de incluir su nombre, su información de contacto y la información relacionada con su reclamo que nos sirva de ayuda para procesar su solicitud.
- ❑ **Debe presentar su solicitud de apelación en un plazo no mayor de 60 días calendario** a partir de la fecha del aviso por escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta en la decisión de cobertura. Si se le pasa este plazo por un buen motivo, explique el motivo de su apelación tardía al momento de presentar su apelación. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de un buen motivo incluyen una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le proporcionamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- ❑ **Puede pedir una copia de la información de su apelación y agregar más información.** Usted y su médico pueden entregar información adicional para respaldar su apelación.



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

- Cuando revisamos su apelación, volvemos a analizar detenidamente toda la información de su solicitud de cobertura. Verificamos si estábamos siguiendo todas las reglas cuando denegamos su solicitud.
- Es posible que nos comuniquemos con usted, con su médico o con otro profesional que receta para obtener más información.

Plazos para una “apelación rápida”

- Para las apelaciones rápidas, debemos darle nuestra respuesta en un plazo no mayor de **72 horas después de que recibamos su apelación.** Si su estado de salud lo requiere, le daremos nuestra respuesta antes de este plazo.
 - Si no le damos una respuesta en un plazo no mayor de 72 horas, se nos exige que enviemos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde será revisada por una organización de revisión independiente. La Sección 5.6 explica el proceso de apelación de Nivel 2.

- **Si aceptamos de manera total o parcial lo que usted solicitó**, debemos proporcionar la cobertura que hemos aceptado proporcionar en un plazo no mayor de 72 horas después de que recibamos su apelación.
- **Si denegamos de manera total o parcial lo que usted solicitó**, le enviaremos una explicación por escrito con las razones de nuestra respuesta y cómo usted puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una apelación “estándar” relacionada con un medicamento que aún no ha recibido

- Para las apelaciones rápidas, debemos darle nuestra respuesta en un plazo no mayor de **7 días calendario** después de que recibamos su apelación. Le daremos nuestra decisión antes de este plazo si usted aún no ha recibido el medicamento y si su condición de salud lo requiere.
 - Si no le damos una decisión en un plazo no mayor de 7 días calendario, se nos exige que enviemos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde será revisada por una organización de revisión independiente. La Sección 5.6 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos de manera total o parcial lo que usted solicitó**, debemos proporcionar la cobertura tan rápido como lo requiera su estado de salud, pero en un plazo no mayor de **7 días calendario** después de que recibamos su apelación.
- **Si denegamos de manera total o parcial lo que usted solicitó**, le enviaremos una explicación por escrito con las razones de nuestra respuesta y cómo usted puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una “apelación estándar” relacionada con el pago de un medicamento que usted ya compró

- Debemos darle nuestra respuesta en un plazo no mayor de **14 días calendario** después de que recibamos su solicitud.
 - Si no cumplimos con este plazo, se nos exige que enviemos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde será revisada por una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos de manera total o parcial lo que solicitó**, se nos exige que le paguemos en un plazo no mayor de 30 días calendario después de que recibamos su solicitud.
- **Si denegamos de manera total o parcial lo que usted solicitó**, le enviaremos una explicación por escrito con las razones de nuestra respuesta. También le indicaremos cómo usted puede apelar.



Paso 4: Si denegamos su apelación, usted decide si desea continuar con el proceso de apelación y presentar otra apelación.

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

Término Legal	El nombre formal de la “organización de revisión independiente” es “Entidad de Revisión Independiente” . También se le llama “IRE” (Independent Review Entity).
----------------------	---

La **organización de revisión independiente es una organización independiente, contratada por Medicare**. No está relacionada con nosotros y no es una agencia del gobierno. Esta organización determina si la decisión que tomamos es correcta o si debe modificarse. Medicare supervisa su trabajo.



Paso 1: Usted (o su representante, su médico u otro profesional que receta) debe comunicarse con la organización de revisión independiente y solicitar una revisión de su caso.

- Si denegamos su apelación de Nivel 1, el aviso por escrito que le enviaremos incluirá **instrucciones sobre cómo presentar una apelación de Nivel 2** ante la organización de revisión independiente. Estas instrucciones explicarán quién puede presentar la apelación de Nivel 2, los plazos que se deben cumplir y cómo comunicarse con la organización de revisión. Sin embargo, si no realizamos nuestra revisión en el plazo correspondiente o tomamos una decisión desfavorable con respecto a la determinación “del riesgo” según nuestro programa de administración de medicamentos, enviaremos automáticamente su reclamo a la IRE.
- Enviaremos la información que tengamos sobre su apelación a esta organización. Esta información se llama su “expediente del caso”. **Usted tiene derecho a pedirnos una copia del expediente de su caso.**
- Usted tiene el derecho a entregar información adicional a la Organización de Revisión Independiente para respaldar su apelación.



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

- Los revisores de la organización de revisión independiente revisarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Plazos para una “apelación rápida”

- Si su estado de salud lo requiere, solicite una “apelación rápida” a la organización de revisión independiente.
- Si la organización de revisión acepta otorgarle una “apelación rápida”, debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo no mayor de 72 horas** después de que reciba su solicitud de apelación.

Plazos para una “apelación estándar”

- Para las apelaciones estándar, la organización de revisión debe responder a su apelación de Nivel 2 en un plazo **no mayor de 7 días calendario**, después de que reciba su apelación, si es por un medicamento que aún no ha recibido. Si solicita que le reembolsemos el pago de un medicamento que ya compró, la organización de revisión debe responder a su apelación de Nivel 2 en un plazo **no mayor de 14 días calendario** después de que reciba su solicitud de apelación.



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

Para las “apelaciones rápidas”:

- ☐ **Si la organización de revisión independiente acepta de manera total o parcial lo que usted solicitó**, debemos proporcionar la cobertura de medicamentos que fue aprobada por la organización de revisión **en un plazo no mayor de 24 horas** después de que recibamos la decisión de la organización de revisión.

Para las “apelaciones estándar”:

- ☐ **Si la organización de revisión independiente acepta de manera total o parcial su solicitud de cobertura**, debemos **proporcionar la cobertura de medicamentos** que fue aprobada por la organización de revisión **en un plazo no mayor de 72 horas** después de que recibamos la decisión de la organización de revisión.
- ☐ **Si la organización de revisión independiente acepta de manera total o parcial su solicitud para que le reembolsemos el pago de un medicamento que usted ya compró, se nos exige que le enviemos el pago en un plazo no mayor de 30 días calendario después de que recibamos la decisión de la organización de revisión.**

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

Si esta organización deniega de manera total o parcial su apelación, significa que están de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud (o parte de su solicitud). (A esto se le llama “ratificar la decisión”. También se le llama “denegar su apelación”.) En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta para:

- ☐ Explicar su decisión.
- ☐ Notificarle su derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor monetario de la cobertura de medicamentos que usted solicita cumple ciertos niveles mínimos. Si el valor monetario de la cobertura de medicamentos que usted solicita es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación y la decisión tomada en el Nivel 2 es definitiva.
- ☐ Indicarle el valor monetario necesario para poder seguir con el proceso de apelación.



Paso 4: Si su caso cumple los requisitos, usted decide si desea seguir con el proceso de apelación.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (un total de cinco niveles de apelación).
- Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso por escrito que reciba después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es decidida por un Juez de Derecho Administrativo o por un abogado adjudicador. La Sección 6 de este capítulo explica más sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

Sección 6 Cómo presentar una apelación de Nivel 3 y de Niveles superiores

Sección 6.1 Niveles de Apelación 3, 4 y 5 para Solicitudes Relacionadas con los Medicamentos de la Parte D

Esta sección puede serle útil si usted presentó una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2, y ambas fueron denegadas.

Si el valor del medicamento de la apelación cumple con el requisito de valor monetario mínimo, es posible que usted pueda llevar su apelación a niveles superiores. Si el valor monetario es menor, usted no puede seguir con el proceso de apelación. La respuesta por escrito que reciba a su apelación de Nivel 2 explicará con quién debe comunicarse y lo que debe hacer para presentar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones que incluyen apelaciones, los últimos tres Niveles de apelación funcionan prácticamente del mismo modo. Las personas o entidades son las encargadas de gestionar la revisión de su apelación en cada uno de estos Niveles.

Apelación de Nivel 3	Un Juez de Derecho Administrativo o un abogado adjudicador que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.
-----------------------------	---

- **Si la apelación es aceptada, el proceso de apelación termina.** Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos** que aprobó el Juez de Derecho Administrativo o el abogado adjudicador **en un plazo no mayor de 72 horas (24 horas para las apelaciones rápidas) o realizar un pago en un plazo no mayor de 30 días calendario** después de que recibamos la decisión.
- **Si el juez de derecho administrativo o el abogado adjudicador deniegan su apelación, el proceso de apelación podría o no darse por terminado.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión que deniega su apelación, el proceso de apelación termina.
 - Si no desea aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le indicará lo que debe hacer para presentar 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 de Apelaciones es parte del gobierno federal.
-----------------------------	---

- **Si la apelación es aceptada, el proceso de apelación termina.** Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos** que aprobó el Consejo de Apelaciones **en un plazo no mayor de 72 horas (24 horas para las apelaciones rápidas) o realizar un pago en un plazo no mayor de 30 días calendario** después de que recibamos la decisión.
- **Si la apelación es denegada, el proceso de apelación podría o no terminar allí.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión que deniega su apelación, el proceso de apelación termina.
 - Si no desea aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo de Apelaciones deniega su apelación o no acepta su solicitud de revisión de la apelación, el aviso le indicará si las reglas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5. También le indicará con quién debe comunicarse y lo que debe hacer si decide seguir con su apelación.

Apelación de Nivel 5	Un juez del Tribunal de Distrito Federal revisará su apelación.
-----------------------------	--

- Un juez revisará toda la información y decidirá si acepta o deniega su solicitud. Esta es la respuesta final. No existen otros niveles de apelación después del Tribunal de Distrito Federal.

Cómo presentar una queja

Sección 7 **Cómo presentar una queja sobre la calidad del cuidado, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otros problemas**

Sección 7.1 **¿Qué tipos de problemas se abordan a través del proceso para presentar quejas?**

El proceso para presentar quejas se usa solamente para ciertos tipos de problemas. Se incluyen problemas relacionados con la calidad del cuidado, los tiempos de espera y el servicio al cliente. Los siguientes son ejemplos de los tipos de problemas que se abordan a través del proceso para presentar quejas.

Queja	Ejemplo
Calidad de su cuidado médico	• ¿No está satisfecho con la calidad del cuidado que recibió?

Queja	Ejemplo
Respeto a su privacidad	• ¿Alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial?
Falta de respeto, servicio al cliente deficiente u otros comportamientos negativos	• ¿Alguna persona fue descortés o irrespetuosa con usted? • ¿No está satisfecho con nuestro Servicio al Cliente? • ¿Le parece que le están alentando a que deje el plan?
Tiempos de espera	• ¿Ha tenido que esperar mucho para que le atiendan los farmacéuticos? ¿O el Servicio al Cliente u otro personal de nuestro plan? ○ Por ejemplo, largas esperas al hablar por teléfono, en la sala de espera o cuando le surten una receta.
Limpieza	• ¿No está satisfecho con la limpieza o el estado de una farmacia?
Información que recibe de nosotros	• ¿No le proporcionamos un aviso que teníamos que darle? • ¿La información que le proporcionamos por escrito es difícil de comprender?
Puntualidad (Se refiere a nuestra puntualidad para procesar decisiones de cobertura y apelaciones)	Si nos solicitó una decisión de cobertura o presentó una apelación, y piensa que no le respondemos de manera suficientemente rápida, también puede presentar una queja contra nuestra tardanza. Ejemplos: • Usted nos solicitó una “decisión de cobertura rápida” o una “apelación rápida” y la denegamos; puede presentar una queja. • Usted cree que no estamos cumpliendo los plazos para comunicarle las decisiones de cobertura o apelaciones; puede presentar una queja. • Usted cree que no estamos cumpliendo los plazos para cubrir o reembolsarle ciertos medicamentos que fueron aprobados; puede presentar una queja. • Usted cree que no cumplimos 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 llama “**queja formal**”.

-
- ☐ “Presentar una queja” también se llama “presentar una queja formal”.
 - ☐ “Usar el proceso para presentar quejas” también se llama “usar el proceso para presentar una queja formal”.
 - ☐ Una “queja rápida” también se llama “queja formal rápida”.
-

Sección 7.3 Paso a paso: Cómo presentar una queja



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

- **Generalmente, llamar a Servicio al Cliente es el primer paso.** Si debe hacer algo más, el Servicio al Cliente se lo indicará.
- **Si no desea llamar (o llamó, pero no quedó conforme), puede enviarnos su queja por escrito.** Si envía su queja por escrito, se la responderemos por escrito.
- Debemos recibir su queja en un plazo no mayor de 60 días calendario a partir del hecho o incidente que motivó su queja. Si existe una razón por la que no pudo presentar su queja (estuvo enfermo, no le dimos la información correcta, etc.), háganoslo saber y es posible que aceptemos su queja después de ese plazo de 60 días. Atenderemos su queja en cuanto sea posible pero, en todo caso, a más tardar 30 días después de recibirla. Algunas veces necesitamos más información o es posible que usted desee darnos información adicional. En ese caso, es posible que necesitemos 14 días adicionales para responder a su queja. Si efectivamente nos tomamos esos 14 días adicionales, recibirá una carta para informárselo.

Si el motivo de su queja es que nos tomamos 14 días adicionales para responder a su apelación o a su solicitud de determinación de cobertura, o si el motivo es que decidimos que usted no necesitaba una tramitación rápida de su apelación o de la determinación de cobertura, puede presentar una queja de tramitación rápida. Le responderemos en un plazo no mayor de 24 horas después de recibir su queja. La dirección o número de fax para presentar una queja se encuentra en la Sección 1 del Capítulo 2, en la Sección titulada “Cómo comunicarse con nosotros si desea presentar una queja con respecto a sus medicamentos con receta de la Parte D”.
- El **plazo** para presentar una queja es 60 días calendario desde el momento que usted tuvo el problema por el que desea quejarse.



Paso 2: Revisamos su queja y le damos nuestra respuesta.

- **Si es posible, le responderemos de inmediato.** Si nos llama con una queja, es posible que le podamos dar una respuesta en el mismo momento de su llamada.
- **La mayoría de las quejas se responden en un plazo no mayor de 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora es por su bien o si usted nos pide más tiempo, podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales (un total de 44 días calendario) para responder a su queja. Si decidimos tomar días adicionales, se lo informaremos por escrito.
- **Si presenta una queja porque denegamos su solicitud de una “decisión de cobertura rápida” o de una “apelación rápida”, automáticamente la convertiremos a una “queja rápida”.** Si tiene una “queja rápida”, significa que le daremos **una respuesta en un plazo no mayor de 24 horas.**
- **Si no estamos de acuerdo** con una parte o la totalidad de su queja o no asumimos la responsabilidad del problema por el que se queja, incluiremos los motivos en nuestra respuesta.

Sección 7.4 También puede presentar quejas sobre la calidad del cuidado ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad

Si la queja es sobre la **calidad del cuidado médico**, tiene dos opciones adicionales:

- **Puede presentar su queja directamente ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.** La Organización para el Mejoramiento de la Calidad es un grupo de médicos y otros expertos en el cuidado de la salud que reciben pago del gobierno federal para verificar y mejorar el cuidado que reciben los pacientes de Medicare. El Capítulo 2 tiene información de contacto.

O

- **Puede presentar su queja tanto ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad como ante nosotros al mismo tiempo.**

Sección 7.5 También puede presentar su queja ante Medicare

Puede presentar una queja sobre AARP® MedicareRx Saver Plus (PDP) directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, visite es.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD pueden llamar al 1-877-486-2048.

Capítulo 8

Cómo terminar su membresía en el plan

Sección 1 Introducción a cómo terminar su membresía en nuestro plan

Su membresía en el plan puede terminar de manera **voluntaria** (por decisión propia) o **involuntaria** (no por decisión propia):

- ☐ Usted podría dejar nuestro plan porque ha decidido que **desea** hacerlo. Las Secciones 2 y 3 proporcionan información sobre cómo terminar su membresía de manera voluntaria.
- ☐ También existen situaciones limitadas en las que no es usted quien decide dejar el plan, sino que estamos obligados a terminar su membresía. La Sección 5 describe las situaciones en las que nosotros debemos terminar su membresía.

Si va a dejar nuestro plan, nuestro plan debe seguir proporcionando sus medicamentos con receta y usted continuará pagando su costo compartido hasta que termine su membresía.

Sección 2 ¿Cuándo puede usted terminar su membresía en nuestro plan?

Sección 2.1 Usted puede terminar su membresía durante el Período de Inscripción Anual

Usted puede terminar su membresía en nuestro plan durante el **Período de Inscripción Anual** (también se le llama “Período de Inscripción Abierta Anual”). Durante este tiempo, revise su cobertura de salud y de medicamentos y decida sobre su 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 de plan, puede elegir cualquiera de los siguientes planes:
 - ☐ Otro plan de medicamentos con receta de Medicare.
 - ☐ Medicare Original **con** un plan aparte para medicamentos con receta de Medicare.
 - ☐ Medicare Original **sin** un plan aparte para medicamentos con receta de Medicare.
 - ☐ Si elije esta opción, Medicare puede inscribirle en un plan de medicamentos, a menos que usted haya optado por no utilizar la inscripción automática.
 - ☐ **- o -** Un plan de salud de Medicare. Un plan de salud de Medicare es un plan ofrecido por una compañía privada que tiene contrato con Medicare para proporcionarle todos los beneficios de la Parte A (servicios hospitalarios) y la Parte B (servicios médicos) de Medicare. Algunos planes de salud de Medicare también incluyen cobertura de medicamentos con receta de la Parte D.
- ☐ Al inscribirse en la mayoría de los planes de salud de Medicare, cuando comience la cobertura de su nuevo plan, su inscripción en nuestro plan se cancelará. Sin embargo, si elige un plan Privado de Tarifa por Servicio sin cobertura de medicamentos de la Parte D, un plan de Cuenta de Ahorros para Gastos Médicos de Medicare o un Plan de Costos de Medicare, puede inscribirse en ese plan y mantener nuestro plan para la cobertura de sus

medicamentos. Si no desea mantener nuestro plan, puede decidir inscribirse en otro plan de medicamentos con receta de Medicare o cancelar su cobertura de medicamentos con receta de Medicare.

Nota: Si usted cancela su inscripción en una cobertura de medicamentos con receta de Medicare y continúa sin una cobertura de medicamentos con receta acreditable durante 63 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

- ☐ Su membresía terminará en nuestro plan cuando comience la cobertura de su nuevo plan, el 1 de enero.

Sección 2.2 En ciertas situaciones, puede terminar su membresía durante un Período de Inscripción Especial

En ciertas situaciones, los miembros de nuestro plan podrían cumplir los requisitos para terminar su membresía en otros momentos del año. Esto se conoce como **Período de Inscripción Especial**.

Es posible que cumpla los requisitos para terminar su membresía durante un Período de Inscripción Especial si usted se encuentra en una de las siguientes situaciones. Los siguientes son solamente ejemplos. Para obtener la lista completa, puede comunicarse con el plan, llamar a Medicare o visitar el sitio web de Medicare (es.medicare.gov):

- ☐ Si se mudó fuera del área de servicio del plan.
- ☐ Si tiene Medicaid.
- ☐ Si cumple los requisitos del programa “Ayuda Adicional” para pagar sus medicamentos con receta de Medicare.
- ☐ Si no cumplimos nuestro contrato con usted.
- ☐ Si recibe cuidados en una institución, por ejemplo en un asilo de convalecencia o en un hospital de cuidado a largo plazo (long-term care, LTC).
- ☐ Si se inscribe en el Programa de Cuidado Todo Incluido para Ancianos (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE). * El programa PACE no está disponible en todos los estados. Si desea saber si el programa PACE está disponible en su estado, comuníquese con Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen en la portada de esta guía).

Nota: Si usted participa en un programa de administración de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de plan. La Sección 10 del Capítulo 3 contiene más información sobre los programas de administración de medicamentos.

Los períodos de inscripción varían según su situación.

Para saber si cumple los requisitos para un Período de Inscripción Especial, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si cumple los requisitos para terminar su membresía debido a una situación especial, usted puede decidir cambiar tanto su cobertura de salud como su cobertura de medicamentos con receta de Medicare. Usted puede elegir:

- ☐ Otro plan de medicamentos con receta de Medicare.
- ☐ Medicare Original **sin** un plan aparte para medicamentos con receta de Medicare.

- ☐ – **o** – Un plan de salud de Medicare. Un plan de salud de Medicare es un plan ofrecido por una compañía privada que tiene contrato con Medicare para proporcionarle todos los beneficios de la Parte A (servicios hospitalarios) y la Parte B (servicios médicos) de Medicare. Algunos planes de salud de Medicare también incluyen cobertura de medicamentos con receta de la Parte D.

Al inscribirse en la mayoría de los planes de salud de Medicare, cuando comience la cobertura de su nuevo plan, su inscripción en AARP® MedicareRx Saver Plus (PDP) se cancelará automáticamente. Sin embargo, si elige un plan Privado de Tarifa por Servicio sin cobertura de medicamentos de la Parte D, un plan de Cuenta de Ahorros para Gastos Médicos de Medicare o un Plan de Costos de Medicare, puede inscribirse en ese plan y mantener el plan AARP® MedicareRx Saver Plus (PDP) para la cobertura de sus medicamentos. Si no desea mantener nuestro plan, puede decidir inscribirse en otro plan de medicamentos con receta de Medicare o cancelar su cobertura de medicamentos con receta de Medicare.

Nota: Si usted cancela su inscripción en una cobertura de medicamentos con receta de Medicare y continúa sin una cobertura de medicamentos con receta acreditable durante 63 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Su membresía generalmente terminará el primer día del mes después de que se reciba su solicitud de cambio de plan.

Si recibe el programa “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos con

receta: Si se cambia a Medicare Original pero no se inscribe en un plan aparte para medicamentos con receta de Medicare, Medicare puede inscribirle en un plan de medicamentos, a menos que usted haya optado por no utilizar la inscripción automática.

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

Si tiene alguna pregunta sobre cómo terminar su membresía:

- ☐ **Llame a Servicio al Cliente.**
- ☐ Puede encontrar la información en el manual **Medicare y Usted 2023**.
- ☐ Puede comunicarse con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (TTY 1-877-486-2048).

Sección 3 ¿Cómo puede terminar su membresía en nuestro plan?

La tabla que aparece a continuación explica las maneras de terminar su membresía en nuestro plan.

Si desea cambiarse de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
Otro plan de medicamentos con receta de Medicare.	Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos con receta de Medicare entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre.

	Cuando comience la cobertura de su nuevo plan, su inscripción en nuestro plan se cancelará automáticamente.
• Un plan de salud de Medicare.	☐ Inscribirse en el plan de salud de Medicare entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Con la mayoría de los planes de salud de Medicare, cuando comience la cobertura de su nuevo plan, su inscripción en nuestro plan se cancelará automáticamente. Sin embargo, si elige un plan Privado de Tarifa por Servicio sin cobertura de medicamentos de la Parte D, un plan de Cuenta de Ahorros para Gastos Médicos de Medicare o un Plan de Costos de Medicare, puede inscribirse en ese nuevo plan y mantener nuestro plan para la cobertura de sus medicamentos. Si desea dejar nuestro plan, debe o inscribirse en otro plan de medicamentos con receta de Medicare o solicitar que se cancele su inscripción. Para solicitar que se cancele su inscripción, debe enviarnos una solicitud por escrito (si necesita más información sobre cómo debe hacer esto, comuníquese con Servicio al Cliente) o comunicarse con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048)
• Medicare Original sin un plan aparte para medicamentos con receta de Medicare.	• Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar su inscripción. Si necesita más información sobre cómo debe hacer esto, comuníquese con Servicio al Cliente. • También puede comunicarse con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicitar que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 4 Hasta que termine su membresía, debe seguir recibiendo sus medicamentos a través de nuestro plan

Hasta que termine su membresía y su nueva cobertura de Medicare entre en vigencia, usted debe seguir recibiendo sus medicamentos con receta a través de nuestro plan.

- ☐ **Siga usando las farmacias de nuestra red o las farmacias de pedidos por correo para surtir sus recetas.**

Sección 5 Debemos terminar su membresía en el plan en ciertas situaciones

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos terminar su membresía en el plan?

Debemos terminar su membresía en el plan en cualquiera de las siguientes situaciones:

- ☐ Si usted ya no tiene la Parte A o la Parte B de Medicare (o ambas).
- ☐ Si se muda fuera de nuestra área de servicio.
- ☐ Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio durante más de 12 meses.
 - Si se va a mudar o va a salir de viaje por mucho tiempo, llame a Servicio al Cliente para saber si el lugar al que se mudará o al que viajará está dentro del área de servicio de nuestro plan.
- ☐ Si usted es encarcelado (va a prisión).
- ☐ Si usted ya no es ciudadano estadounidense o residente legal en los Estados Unidos.
- ☐ Si usted miente u oculta información sobre otro seguro que tiene y que le proporciona cobertura de medicamentos con receta.
- ☐ Si al inscribirse en nuestro plan usted nos proporciona intencionalmente información incorrecta que afecta su derecho de participación en nuestro plan. (No podemos obligarle a dejar nuestro plan por esta razón, a menos que obtengamos primero el permiso de Medicare.)
- ☐ Si usted se comporta constantemente de una manera conflictiva y nos dificulta proporcionarle cuidado a usted y a otros miembros de nuestro plan. (No podemos obligarle a dejar nuestro plan por esta razón, a menos que obtengamos primero el permiso de Medicare.)
- ☐ Si usted permite que otra persona use su tarjeta de ID de miembro de UnitedHealthcare para obtener medicamentos con receta. (No podemos obligarle a dejar nuestro plan por esta razón, a menos que obtengamos primero el permiso de Medicare.)
 - Si terminamos su membresía por esta razón, Medicare podría hacer que el Inspector General investigue su caso.
- ☐ Si no califica para el programa “Ayuda Adicional” y no paga las primas del plan por dos meses.
 - Debemos notificarle por escrito que tiene dos meses para pagar la prima del plan antes de que terminemos su membresía.

- ☐ Si tiene la obligación de pagar la cantidad adicional por la Parte D debido a sus ingresos y no la paga, Medicare cancelará su inscripción en nuestro plan y usted perderá su cobertura de medicamentos con receta.

¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene preguntas o desea más información sobre cuándo podemos terminar su membresía, llame a Servicio al Cliente.

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

Nuestro plan no tiene permitido pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud.

¿Qué debe hacer en este caso?

Si usted piensa que se le ha pedido que deje nuestro plan por un motivo relacionado con su salud, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

Sección 5.3 Usted tiene derecho a presentar una queja si terminamos su membresía en nuestro plan

Si terminamos su membresía en nuestro plan, debemos comunicarle el motivo por escrito. También debemos explicarle cómo puede presentar una queja o una queja formal contra nuestra decisión de terminar su membresía.

Capítulo 9

Avisos legales

Sección 1 Aviso sobre las leyes vigentes

La ley principal que rige esta **Evidencia de Cobertura** es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y las normas creadas conforme a la Ley del Seguro Social por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS). Además, se pueden aplicar otras leyes federales y, en ciertas circunstancias, las leyes del estado donde usted vive. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades, incluso si este documento no contiene ni explica esas leyes.

Sección 2 Aviso sobre antidiscriminación

No discriminamos por motivos de raza, origen étnico, origen nacional, color, religión, sexo, género, edad, orientación sexual, discapacidad física o mental, estado de salud, experiencia en reclamos, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad ni ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que ofrecen planes de medicamentos con receta de Medicare, como nuestro plan, deben obedecer las leyes federales que protegen contra la discriminación, entre otras, el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley contra la Discriminación Laboral debido a la Edad de 1975, la Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades, Sección 1557 de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio, asimismo todas las demás leyes que se aplican a las organizaciones que reciben financiamiento federal y cualquier otra ley o regla que se aplique por cualquier otro motivo.

Si desea obtener más información o tiene dudas o problemas relacionados con la discriminación o un trato injusto, llame a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a su Oficina de Derechos Civiles local. También puede revisar información de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos en <https://www.hhs.gov/ocr/index>.

Si usted tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder al cuidado, llámenos a Servicio al Cliente. Si tiene una queja, como un problema de acceso para sillas de ruedas, el Servicio al Cliente puede ayudarle.

Sección 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del Pagador Secundario de Medicare

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar los medicamentos con receta que tienen cobertura de Medicare pero por los que Medicare no es el pagador primario. Según las normas de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en el Código de Reglamentos Federales (Code of Federal Regulations, CFR) 42, Secciones 422.108 y 423.462, nuestro plan, como patrocinador de planes de medicamentos con receta de Medicare, ejercerá los mismos derechos de recuperación que ejerce la Secretaría conforme a las normas de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid en los subapartados B a D de la parte 411 del Código de Reglamentos Federales 42, y las reglas establecidas en esta sección reemplazan cualquier ley estatal.

Sección 4 Responsabilidad civil ante terceros y subrogación

En el caso de lesiones o enfermedades causadas, o presuntamente causadas, por cualquier acto u omisión de un tercero, y de las complicaciones derivadas de ellas, cubriremos todos los medicamentos con receta de la Parte D. Sin embargo, usted acepta notificar rápidamente a UnitedHealthcare sobre la lesión o enfermedad y acepta reembolsarnos, o a quien nosotros hayamos designado, el costo de dichos medicamentos recibidos, inmediatamente después de haber obtenido una restitución monetaria, ya sea por un acuerdo o un fallo, como consecuencia de dichas lesiones.

Usted acepta cooperar en la protección de los intereses de UnitedHealthcare o de su representante, conforme a esta disposición. No resolverá ningún reclamo, ni exonerará a ninguna persona de responsabilidad, sin tener el consentimiento por escrito de UnitedHealthcare, en el que conste que dicha exoneración o acuerdo cancelará o invalidará nuestro derecho a un reembolso. Si resuelve un reclamo contra un tercero y compromete así los derechos de reembolso de UnitedHealthcare o de su representante sin nuestro consentimiento por escrito, o si no coopera en la protección de los derechos de reembolso de UnitedHealthcare o de su representante, podemos iniciar acciones legales en contra suya. Se adjudicará a la parte vencedora la recuperación de sus costos legales.

Los beneficios que paguemos podrán considerarse también un avance de beneficios.

El Plan tiene derecho a subrogación y reembolso. Se aplica la subrogación si hemos pagado beneficios en nombre de usted por una enfermedad o lesión de las cuales un tercero se considera responsable. El derecho a subrogación significa que se nos reemplazará y que heredaremos todos y cada uno de los reclamos que usted tenga derecho a presentar contra un tercero por los beneficios que hayamos pagado y que están relacionados con la enfermedad o lesión de las cuales un tercero se considera responsable.

Si un tercero causa efectiva o presuntamente una enfermedad o lesión por la cual usted recibe los fondos de un acuerdo o fallo, o cualquier otro tipo de restitución de parte de un tercero, el derecho al reembolso significa que usted debe usar dichos fondos para reembolsarnos el 100% de los beneficios que haya recibido para el tratamiento de esa enfermedad o lesión.

Se consideran terceros las siguientes personas y entidades:

- ☐ Una persona o entidad que presuntamente le causó una enfermedad, lesión o daños, o que tiene la responsabilidad legal de la enfermedad, lesión o daños.
- ☐ Cualquier compañía de seguros, u otra institución indemnizadora, de cualquier persona o entidad que presuntamente ha causado o causó la enfermedad, lesión o daños.
- ☐ El Patrocinador del Plan.
- ☐ Cualquier persona o entidad que tenga o pudiera tener la obligación de otorgar beneficios o efectuar pagos a usted, incluidos los beneficios o pagos de protección para conductores en caso de que no exista seguro de automóvil o que sea insuficiente, seguro de automóvil tradicional o contra todo riesgo, cobertura de pagos médicos (seguro de automóvil, seguro de propiedad residencial o de otro tipo), cobertura del seguro de accidentes laborales, otras aseguradoras o terceras personas que actúan como administradores.
- ☐ Cualquier persona o entidad responsable de pagarle a usted conforme a cualquier figura legal de equidad o de responsabilidad civil.

Usted acepta cedernos todos los derechos de restitución contra dichos terceros hasta el grado en que satisfagan el valor razonable de los servicios y beneficios que usted reciba de nuestra parte, más los costos de cobranza razonables correspondientes. Ni nosotros ni ninguna de nuestras subsidiarias o compañías afiliadas de nuestra propiedad se consideran terceros en este plan.

Se acuerda lo siguiente entre usted y nosotros:

- ☐ Usted cooperará con nosotros para proteger nuestros derechos legales de subrogación y reembolso. Además, usted reconoce que nuestros derechos conforme a esta Sección se considerarán como el reclamo de primera prioridad contra terceros, que se pagará antes de que se pague cualquiera de sus otros reclamos. Usted acepta específicamente lo siguiente, entre otros: i) proporcionar toda información pertinente que pudiéramos pedirle; ii) firmar y entregar los documentos que nosotros o nuestros agentes le pidamos con justificación para asegurar el reclamo de subrogación; iii) responder a solicitudes de información sobre accidentes o lesiones; iv) comparecer ante tribunales; v) obtener el consentimiento del plan o de nuestros agentes antes de exonerar a cualquier parte de la responsabilidad financiera o del pago de gastos médicos. No tenemos la obligación de entablar proceso de subrogación ni reembolso ya sea para nuestra ventaja propia o en nombre de usted; y vi) usted no podrá aceptar ningún acuerdo que no nos reembolse por completo sin la aprobación por escrito correspondiente.
- ☐ Ninguna asignación de daños, de fondos provenientes de un acuerdo o de cualquier otro tipo de restitución realizada por usted mismo, su patrimonio, el representante de su patrimonio, sus herederos, beneficiarios o cualquier otra persona o parte, será válida si no reembolsa al Plan el 100 % de su interés, a menos que el Plan otorgue su consentimiento por escrito a dicha asignación.
- ☐ Usted no hará nada que perjudique nuestros derechos conforme a esta disposición, ya sea antes o después de tener necesidad de medicamentos de conformidad con esta Evidencia de Cobertura. Nos reservamos la opción de tomar las medidas necesarias y apropiadas para preservar nuestros derechos bajo estas disposiciones de subrogación, lo que incluye la presentación de una demanda en nuestro propio nombre como su subrogado. Si no coopera de la manera descrita, se considerará un incumplimiento de este contrato, lo cual podría resultar en la iniciación de acciones legales en su contra.
- ☐ No ejerceremos los derechos indicados en esta Sección para afectar o menoscabar ninguna obligación financiera de los padres, como la pensión alimenticia, relacionada con un embarazo.
- ☐ No se puede deducir de nuestra restitución ningún costo judicial ni legal sin nuestro consentimiento expreso por escrito. Por consiguiente, este derecho no será rechazado en virtud de ninguna “doctrina de fondos”, “doctrina de fondos comunes” o “doctrina de fondos para costos legales”, como se les conoce. No tenemos la obligación de participar en el pago de los costos judiciales ni legales, ni pagar costos legales a ningún abogado ni a ningún otro representante o agente contratado por usted para presentar un reclamo relacionado con su enfermedad o lesión.
- ☐ Nos reservamos la opción de cobrar cantidades de los fondos de cualquier acuerdo de terceros (ya sea antes o después de la determinación de la responsabilidad) o de un fallo que usted o su representante legal pudiera recuperar, sin importar si usted o su representante

legal han sido reembolsados. Usted retendrá los fondos de dicho acuerdo de terceros o de un fallo en un fideicomiso impuesto por la ley a nombre nuestro, conforme a estas disposiciones de subrogación. Tendremos el derecho a recuperar los costos legales razonables en que hayamos incurrido en la cobranza de los fondos que usted haya retenido.

- ☐ Los derechos de subrogación y reembolso del plan se aplican a los acuerdos, fallos y otras recuperaciones totales o parciales que usted o su representante haya recibido en pago, sin importar cómo se hayan titulado o caracterizado dichos fondos. Los pagos incluyen, entre otros, indemnizaciones por daños económicos, no económicos y punitivos.
- ☐ Los derechos de restitución del plan no sufrirán menoscabo por causa de su propia negligencia.
- ☐ Nos reservamos el derecho a tomar las medidas necesarias y apropiadas para preservar nuestros derechos conforme a estas disposiciones de subrogación, que incluyen, entre otras, proporcionar o intercambiar información sobre pagos médicos con una compañía de seguros, con el representante legal de esta o con otro tercero y presentar una demanda en nombre de usted, lo cual no nos impone obligación alguna de pagarle parte de cualquier cantidad que se nos restituya.
- ☐ Tenemos la autoridad y la discreción de resolver toda disputa relacionada con la interpretación del lenguaje aquí expresado.
- ☐ En caso de muerte causada por negligencia de terceros o de reclamo de supervivencia, las disposiciones de esta sección se aplicarán a su patrimonio, al representante personal de su patrimonio y a sus herederos o beneficiarios.
- ☐ Asimismo, las disposiciones de esta sección se aplicarán a los padres, tutores y a otros representantes de un hijo dependiente que sufra una enfermedad o lesión por causa de un tercero. Si un padre o tutor presenta un reclamo por daños debido a la enfermedad o lesión de un menor, las condiciones de esta cláusula de subrogación y reembolso se aplicarán a dicho reclamo.
- ☐ Si un tercero causa efectiva o presuntamente su enfermedad o lesión mientras usted tiene la cobertura de este Plan, seguirán aplicándose las disposiciones de esta sección, aun después de que venza dicha cobertura.
- ☐ Tenemos la responsabilidad de administrar los términos y las condiciones de los derechos de subrogación y reembolso y tenemos los poderes y deberes necesarios para cumplir dichas responsabilidades y funciones, que incluyen el ejercicio de la autoridad discrecional para 1) interpretar y hacer cumplir las condiciones de los derechos de subrogación y reembolso del Plan y 2) tomar las decisiones correspondientes en relación con las cantidades y reembolsos de subrogación adeudados al Plan.

Sección 5 Responsabilidad del miembro

Si no reembolsamos los cargos de una farmacia de la red por medicamentos cubiertos, o si no pagamos a una farmacia fuera de la red por los medicamentos cubiertos que fueron previamente autorizados y suministrados mientras usted tenía una inscripción activa en el plan, usted no será responsable de ninguna cantidad que adeudemos.

En ciertos casos, pagaremos ciertos medicamentos suministrados por una farmacia fuera de la red, sujeto a las limitaciones indicadas en el Capítulo 3.

Si usted celebra un contrato privado con un proveedor fuera de la red, ni el plan ni Medicare pagarán esos servicios.

Sección 6 No debe haber duplicación de beneficios con cobertura de Seguro de Automóvil, contra Accidentes o de Responsabilidad Civil

Si usted recibe beneficios como resultado de otra cobertura de Seguro de Automóvil, contra Accidentes o de Responsabilidad Civil, no duplicaremos esos beneficios. Es su responsabilidad tomar las medidas necesarias para recibir el pago proveniente de la cobertura del Seguro de Automóvil, contra Accidentes o de Responsabilidad Civil cuando sea razonable esperar dichos pagos, además de notificarnos que usted cuenta con dicha cobertura. Si duplicamos los beneficios a los que usted tiene derecho por otra cobertura de Seguro de Automóvil, contra Accidentes o de Responsabilidad Civil, podemos solicitar un reembolso por el valor razonable de esos beneficios a usted, a su compañía de seguros o a su proveedor de cuidado de la salud, en la medida en que lo permitan las leyes federales o estatales. Proporcionaremos beneficios, en exceso de su otra cobertura de Seguro de Automóvil, contra Accidentes o de Responsabilidad Civil, si el costo de sus medicamentos excede dicha cobertura. **Usted tiene la obligación de cooperar con nosotros para obtener el pago de la compañía de seguros en que adquirió su cobertura del Seguro de Automóvil, contra Accidentes o de Responsabilidad Civil. Su falta de cooperación podría resultar en la cancelación de su membresía en el plan.**

Sección 7 Hechos que escapan a nuestro control

Si, debido a una catástrofe natural, guerra, disturbio, insurrección civil, destrucción parcial o total de un centro, ordenanza, ley o decreto de una agencia gubernamental o cuasi gubernamental, disputa laboral (cuando dicha disputa no dependa de nosotros), o cualquier otra emergencia o evento similar que no esté bajo nuestro control, las farmacias de la red no pudieran hacer los arreglos necesarios para proporcionar o no pudieran prestar los servicios de salud conforme a esta Evidencia de Cobertura y Divulgación de Información, entonces intentaremos hacer los arreglos necesarios para proporcionar los servicios cubiertos en la medida en que sea posible según nuestro mejor criterio. Ni nosotros ni ninguna farmacia de la red tendremos ninguna responsabilidad u obligación por no prestar o demorarse en prestar o hacer los arreglos necesarios para prestar los servicios cubiertos, si dicha demora es el resultado de alguna de las circunstancias anteriormente descritas.

Sección 8 Las farmacias de la red contratantes

La relación entre nosotros y las farmacias de nuestra red es una relación de contratista independiente. Ninguna de las farmacias de la red, ni sus farmacéuticos o empleados, son empleados o agentes de UnitedHealthcare Insurance Company. Un agente sería cualquier persona

o entidad autorizada a actuar en nuestro nombre. Ni nosotros ni ninguno de los empleados de UnitedHealthcare Insurance Company somos empleados o agentes de la farmacia de la red.

Sección 9 Divulgación

Los planes están asegurados a través de UnitedHealthcare Insurance Company o una de sus compañías afiliadas, un patrocinador de la Parte D aprobado por Medicare. La inscripción en el plan depende de la renovación del contrato del plan con Medicare.

Sección 10 Declaraciones del miembro

Ante la ausencia de fraude, todas las declaraciones que usted haga se considerarán declaraciones y no garantías. Ninguna de esas declaraciones anulará la cobertura ni reducirá los medicamentos cubiertos conforme a esta Evidencia de Cobertura y la Lista de Beneficios ni tampoco se usará como defensa de una acción legal, a menos que esté expresada en una solicitud por escrito.

Sección 11 Información disponible a solicitud

Como miembro del plan, usted tiene derecho a solicitar información sobre lo siguiente:

- ☐ Información general de la cobertura e información comparativa del plan
- ☐ Procedimientos para controlar la utilización
- ☐ Programas para el mejoramiento de la calidad
- ☐ Datos estadísticos de quejas formales y apelaciones
- ☐ La situación financiera de UnitedHealthcare Insurance Company o de una de sus compañías afiliadas

Sección 12 Compromiso de las Decisiones de Cobertura

Los médicos y el personal de servicios clínicos de UnitedHealthcare toman decisiones sobre los servicios para el cuidado de la salud que usted recibe en función de la idoneidad del cuidado y del servicio, y de la existencia de cobertura. Los médicos y el personal clínico que toman estas decisiones: 1. No son recompensados específicamente por denegar cobertura; 2. No ofrecen incentivos a médicos ni a ningún otro profesional de cuidado de la salud para animar la subutilización inapropiada de cuidado o de servicios; y 3. No contratan, promueven ni despiden a médicos ni a ninguna otra persona basando su decisión en la probabilidad, o la aparente probabilidad, de que la persona en cuestión apoyará o tendrá tendencia a apoyar la denegación de beneficios.

Capítulo 10

Definición de palabras importantes

Capítulo 10

Definiciones de palabras importantes

Periodo de Inscripción Anual – Plazo del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año en que los miembros pueden cambiar sus planes de salud o de medicamentos, o cambiarse a Medicare Original.

Apelación – Lo que usted presenta si no está de acuerdo con nuestra decisión de denegar una solicitud de cobertura de medicamentos con receta o de denegar el pago de medicamentos que ya recibió.

Medicamento de marca – Es un medicamento recetado que es fabricado y vendido por la compañía farmacéutica que lo investigó y desarrolló desde el principio. Los medicamentos tienen en su formulación los mismos principios activos que la versión genérica. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otros fabricantes de medicamentos y normalmente están disponibles una vez que haya vencido la patente del medicamento de marca.

Etapas de Cobertura de Gastos Médicos Mayores – Etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D en la que usted paga un copago o coseguro bajo por sus medicamentos una vez que usted, u otra persona calificada en nombre de usted, hayan gastado \$7,400 en medicamentos cubiertos durante el año de cobertura.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) – Es la agencia federal que administra el programa Medicare.

Plan para Personas con Necesidades Especiales por Condiciones Crónicas (Chronic-Care Special Needs Plan, C-SNP) – los C-SNP son Planes para Personas con Necesidades Especiales que limitan la inscripción solamente a personas con necesidades especiales que tienen condiciones crónicas graves o incapacitantes específicas, según se define en el Código de Reglamentos Federales (Code of Federal Regulations, CFR) 42, 422.2. Un C-SNP debe ofrecer atributos específicos que superen la prestación de servicios básicos de la Parte A y la Parte B de Medicare y la coordinación del cuidado de la salud que se exige de todos los Planes de Cuidado Coordinado de Medicare Advantage, para recibir la designación especial y las adaptaciones de marketing e inscripción proporcionadas a los C-SNP.

Coseguro – Cantidad que posiblemente tenga que pagar, la cual se expresa como un porcentaje (por ejemplo, 20%) como su parte del costo de los medicamentos con receta. El coseguro para los servicios dentro de la red se basa en tarifas negociadas contractualmente (cuando están disponibles para el servicio cubierto específico para el cual se aplica el coseguro) o en el Costo Permitido por Medicare, según nuestros acuerdos contractuales para el servicio.

Compendios – Fuentes de referencia reconocidas por Medicare que contienen información sobre los medicamentos y las indicaciones médicamente aceptadas para la cobertura de la Parte D.

Queja – El nombre formal para “presentar una queja” es “presentar una queja formal”. El proceso para presentar quejas se usa solamente para ciertos tipos de problemas. Se incluyen problemas relacionados con la calidad del cuidado, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. También se incluyen quejas si su plan no respeta los plazos del proceso de apelación.

Copago – Cantidad que posiblemente tenga que pagar como su parte del costo de un medicamento con receta. El copago es una cantidad fija (por ejemplo \$10), no es un porcentaje.

Costo Compartido – Costo compartido se refiere a lo que un miembro debe pagar al recibir medicamentos. (Esto es adicional a la prima mensual del plan.) El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) el deducible que un plan puede imponer antes de cubrir medicamentos; (2) el “copago” fijo que un plan requiere cuando se recibe un medicamento específico; o (3) el “coseguro”, un porcentaje del total que se paga por un medicamento, que un plan requiere cuando se recibe un medicamento específico.

Nivel de Costo Compartido – Cada medicamento de la lista de medicamentos cubiertos está asignado a uno de 5 niveles de costo compartido. Por lo general, mientras más alto sea el nivel de costo compartido, más alto será el costo de su medicamento.

Determinación de cobertura – Es una decisión con respecto a un medicamento recetado cubierto por el plan y la cantidad, de haberla, que usted debe pagar por él. Por lo general, una determinación de cobertura no ocurre cuando usted va a una farmacia para surtir una receta le indican que lo recetado no está cubierto por su plan. Por lo tanto, para obtener una decisión formal de su cobertura, usted debe llamar o escribir al plan y solicitarla. En esta guía, a las determinaciones de cobertura se les llama “decisiones de cobertura”. En este documento, las determinaciones de cobertura se llaman “decisiones de cobertura”.

Medicamentos cubiertos – Son todos los medicamentos con receta cubiertos por el plan.

Cobertura de Medicamentos con Receta Acreditable – Cobertura de medicamentos con receta (por ejemplo, de un empleador o sindicato) que se espera que, como mínimo, la cobertura pague, en promedio, tanto como la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura cuando comienzan a cumplir los requisitos de Medicare generalmente pueden mantener esa cobertura sin pagar una multa, si deciden inscribirse en una cobertura de medicamentos con receta de Medicare más adelante.

Servicio al Cliente – Departamento dentro de nuestro plan que se encarga de responder sus preguntas sobre membresía, beneficios, quejas formales y apelaciones.

Costo Compartido Diario – Es posible que se aplique un “costo compartido diario” cuando su médico le receta un suministro de menos de un mes completo de ciertos medicamentos y usted debe pagar un copago. Un costo compartido diario es el copago dividido por el número de días en un suministro de un mes. Por ejemplo: Si su copago por un suministro de un mes de un medicamento es de \$30, y un suministro de un mes en su plan es de 30 días, su “costo compartido diario” es de \$1 por día.

El Costo Compartido Diario se aplica solamente si el medicamento se presenta en una dosis oral sólida (p. ej., una tableta o cápsula) cuando se surte un suministro de menos de un mes conforme a la ley vigente. Los requisitos de la tarifa diaria de costo compartido no se aplican a ninguno de los siguientes casos:

1. Antibióticos en dosis orales sólidas.
2. Dosis orales sólidas que se suministran en su recipiente empaque original para ayudar a los pacientes con el cumplimiento.

Deducible – Cantidad que usted debe pagar por los medicamentos con receta antes de que nuestro plan pague.

Cancelar la Inscripción o Cancelación de la Inscripción – Proceso para terminar su membresía en nuestro plan.

Cargo de Suministro – Tarifa que se cobra cada vez que se suministra un medicamento cubierto para pagar el costo de surtir una receta, como el tiempo que le lleva al farmacéutico preparar y envasar el medicamento con receta.

Plan para Personas con Necesidades Especiales que Tienen Elegibilidad Doble (Dual Eligible Special Needs Plan, D-SNP) – Los D-SNP inscriben a personas que tienen derecho tanto a Medicare (título XVIII de la Ley del Seguro Social) como a la asistencia médica de un plan estatal de Medicaid (título XIX). Los estados cubren algunos de los costos de Medicare, según el estado y los requisitos de participación de la persona.

Emergencia – Una emergencia médica se da cuando usted, o cualquier persona prudente con conocimientos promedio de salud y medicina, creen que usted tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para prevenir la muerte (y, si se trata de una mujer embarazada, la pérdida de un feto), la pérdida de una extremidad o de la funcionalidad de una extremidad o la pérdida de, o una limitación grave en, una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor grave o una condición médica que empeora rápidamente.

Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC) y Divulgación de Información – Es el documento que, junto con su Solicitud de Inscripción y los adjuntos, las cláusulas adicionales u otra cobertura opcional que haya elegido, explica su cobertura, lo que debemos hacer, sus derechos y lo que usted debe hacer como miembro de nuestro plan.

Excepción – Una decisión de cobertura que, si se aprueba, le permite obtener un medicamento que no está en nuestro formulario (una excepción al formulario), o que le permite obtener un medicamento no preferido a un nivel de costo compartido más bajo (una excepción de nivel). Usted puede solicitar una excepción, si nuestro plan requiere que pruebe primero otro medicamento antes de recibir el medicamento que usted desea o si nuestro plan limita la cantidad o dosis del medicamento que usted solicita (una excepción al formulario).

Programa Ayuda Adicional – Programa de Medicare o de un estado 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 los coseguros.

Medicamento genérico – Es un medicamento recetado que ha sido aprobado por la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos que contiene los mismos principios activos que un medicamento de marca. Generalmente, un medicamento genérico funciona de igual manera que un medicamento de marca, pero por lo general cuesta menos.

Queja Formal – Tipo de queja que usted puede presentar sobre nuestro plan o las farmacias, incluso una queja relacionada con la calidad del cuidado que ha recibido. Esto no incluye disputas sobre la cobertura o el pago de servicios.

Ajuste Mensual Relacionado con el Ingreso (Income Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA) – Si sus ingresos brutos en su declaración de impuestos de los últimos 2 años (una vez que han sido ajustados y modificados), son mayores que una cantidad determinada, usted pagará la prima estándar y, además, un Ajuste Mensual Relacionado con el Ingreso (Income Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA), al que también se le llama IRMAA. IRMAA es un cargo adicional que se agrega a su prima. Menos del 5 % de las personas que tienen Medicare se ven afectadas, así que la mayoría no pagará una prima más alta.

Límite de Cobertura Inicial – Límite máximo de la cobertura durante la Etapa de Cobertura Inicial.

Etapa de cobertura inicial -Es la etapa antes de que los gastos totales de los medicamentos, incluidas las cantidades que usted o el plan ha pagado en su nombre los gastos de su bolsillo durante año alcancen \$4,660.

Período de Inscripción Inicial – Es el plazo que tiene para inscribirse en la Parte A y en la Parte B de Medicare tan pronto como cumpla los requisitos de participación en Medicare por primera vez. Si cumple los requisitos de la Parte B al cumplir 65 años, el periodo de inscripción inicial es un plazo de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que usted cumple 65 años, incluye el mes en que cumple 65 años y termina 3 meses después del mes en que cumple 65 años.

Lista de medicamentos cubiertos o Formulario – Es la lista de medicamentos con receta cubiertos por el plan.

Subsidio para Personas de Bajos Ingresos (Low Income Subsidy, LIS) – Consulte Programa “Ayuda Adicional”.

Medicaid o Asistencia Médica – Programa conjunto del gobierno federal y estatal que ayuda a pagar los costos médicos de algunas personas de bajos ingresos y recursos limitados. Los programas estatales de Medicaid varían, pero la mayoría de los costos de cuidado de la salud están cubiertos si califica para Medicare y Medicaid.

Emergencia médica - Es cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento común de la salud y de la medicina, piensa que usted presenta síntomas que requieren cuidado médico inmediato para prevenir la muerte, la pérdida de o la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una lesión, un dolor intenso, enfermedad o una condición médica que empeora rápidamente.

Indicación medicamento aceptada – Uso de un medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o que está respaldado por fuentes de referencia específicas.

Medicare – Programa federal de seguro de salud para personas mayores de 65 años, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas con Enfermedad Renal en Etapa Terminal (generalmente personas con insuficiencia renal permanente que requieren diálisis o trasplante de riñón).

Plan Medicare Advantage (MA) – En ocasiones se le llama Parte C de Medicare. Es un plan ofrecido por una compañía privada que tiene contrato con Medicare para proporcionarle a usted todos sus beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare. Un Plan Medicare Advantage puede ser i) un plan de una Organización para el Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization, HMO), ii) un plan de una Organización de Proveedores Preferidos (Preferred Provider Organization, PPO), iii) un plan Privado de Tarifa por Servicio (Private Fee-for-Service, PFFS) o iv) un plan de Cuenta de Ahorros para Gastos Médicos (Medical Savings Account, MSA) de Medicare. Además de elegir de estos tipos de planes, un plan Medicare Advantage HMO o PPO también puede ser un Plan para Personas con Necesidades Especiales (Special Needs Plan, SNP). En la mayoría de los casos, los Planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D de Medicare (cobertura de medicamentos con receta). A estos planes se les llama **Planes Medicare Advantage con cobertura de Medicamentos con Receta**.

Programa de descuento para la Etapa Sin Cobertura de Medicare – Programa que ofrece

descuentos en la mayoría de los medicamentos de marca de la Parte D cubiertos a los miembros inscritos en la Parte D que han alcanzado la Etapa Sin Cobertura y que aún no reciben el programa “Ayuda Adicional”. Los descuentos se establecen mediante acuerdos alcanzados entre el gobierno federal y ciertos fabricantes de medicamentos.

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, tales como los servicios para la vista, los servicios dentales o los servicios para la audición, que el plan Medicare Advantage puede ofrecer.

Plan de Salud de Medicare – Plan de salud de Medicare ofrecido por una compañía privada que tiene contrato con Medicare para proporcionar los beneficios de la Parte A y la Parte B a los beneficiarios de Medicare que se inscriban en el plan. Este término incluye todos los Planes Medicare Advantage, los Planes de Costos de Medicare, los Planes para Personas con Necesidades Especiales, los Programas Piloto o de Demostración y los Programas de Cuidado Todo Incluido para Ancianos (PACE).

Cobertura de Medicamentos con Receta de Medicare (Parte D de Medicare) – Seguro que ayuda a pagar medicamentos con receta para pacientes ambulatorios, vacunas, productos biológicos y algunos suministros que no cubre la Parte A ni la Parte B de Medicare.

Póliza “Medigap” o Seguro Complementario de Medicare – Es una póliza de seguro de salud comercializado por compañías de seguros privadas para proporcionar cobertura de los servicios que no proporciona la cobertura de Medicare Original. Las pólizas Medigap solamente funcionan con la cobertura Medicare Original. (Los planes Medicare Advantage no son pólizas Medigap.)

Miembro (Miembro de nuestro plan o “Miembro del Plan”) – Beneficiario de Medicare que cumple los requisitos para recibir servicios cubiertos, se ha inscrito en nuestro plan, y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Red – Son todos los médicos y otros profesionales de cuidado de la salud, grupos médicos, hospitales y otros centros o proveedores de cuidado médico que tienen un contrato con el plan para proporcionar servicios cubiertos a nuestros miembros. Todos ellos aceptan el pago total por sus servicios y el costo compartido correspondiente de parte del plan. (Consulte la Sección 3.2 del Capítulo 1).

Farmacia de la red – Farmacia que tiene contrato con nuestro plan en la que los miembros de nuestro plan pueden obtener sus beneficios de medicamentos con receta. En la mayoría de los casos, sus medicamentos con receta tienen cobertura solamente si se surten en una de las farmacias de nuestra red.

Farmacia no preferida de la red – Son las farmacias que pertenecen a la red del plan que ofrecen el envío de los medicamentos por correo a los miembros del plan a un nivel de costo compartido mayor que el que corresponden a una farmacia preferida de la red.

Medicare Original (“Medicare Tradicional” o “Medicare de Tarifa por Servicio”) – El plan Medicare Original lo ofrece el gobierno, no es un plan de salud privado como, por ejemplo, los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos con receta. Es el Congreso quien establece el monto de los pagos que realiza Medicare Original para pagar el costo de los servicios de Medicare que proporcionan médicos, hospitales y otros proveedores de cuidado de la salud. Usted puede acudir a cualquier médico, hospital u otro proveedor de cuidado de la salud que

acepte Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare cubre la parte que le corresponde pagar de la cantidad aprobada por Medicare, y usted paga su parte. Medicare Original consiste de dos partes: Parte A (seguro hospitalario) y Parte B (seguro médico) y está disponible en todas partes de los Estados Unidos.

Farmacia Fuera de la Red – Farmacia que no tiene contrato con nuestro plan para coordinar o suministrar medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. La mayoría de los medicamentos que obtiene en las farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan a menos que se apliquen ciertas condiciones.

Gastos de su Bolsillo – Consulte la definición de “costo compartido”. Los “gastos de su bolsillo” del miembro son la cantidad que el miembro tiene la obligación de pagar como su parte del costo de los medicamentos recibidos.

Plan del Programa de Cuidado Todo Incluido para Ancianos (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE) – Plan que combina servicios médicos, sociales y para el cuidado a largo plazo para personas frágiles para ayudarles a mantener su independencia y vivir en su comunidad (en lugar de mudarse a un asilo de convalecencia) durante el mayor tiempo posible y, a su vez, recibir el cuidado de alta calidad que necesitan. Las personas inscritas en el programa PACE reciben sus beneficios de Medicare y de Medicaid a través del plan. El programa PACE no está disponible en todos los estados. Si desea saber si el programa PACE está disponible en su estado, comuníquese con Servicio al Cliente.

La Parte C – Consulte “**Plan Medicare Advantage (MA)**”.

Parte D – Programa de Beneficios de Medicamentos con Receta de Medicare voluntario.

Medicamentos de la Parte D – Medicamentos que tienen cobertura mediante la Parte D. Es posible que no ofrezcamos todos los medicamentos de la Parte D. El Congreso excluyó ciertas categorías de medicamentos de la cobertura de medicamentos de la Parte D. Cada plan debe ofrecer cobertura para ciertas categorías de medicamentos de la Parte D.

Multa por Inscripción Tardía en la Parte D – Cantidad que se agrega a la prima mensual de su cobertura de medicamentos de Medicare si usted ha estado sin cobertura acreditable (una cobertura que se espera que pague como mínimo, en promedio, tanto como la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare) durante un período de 63 días consecutivos o más después de que usted cumple los requisitos por primera vez para inscribirse en un plan de la Parte D.

Costo compartido preferido – Significa que el costo compartido para ciertos medicamentos cubiertos de la Parte D es menor en ciertas farmacias de la red.

Farmacia preferida de la red – Son las farmacias de la red que ofrecen medicamentos cubiertos cobrándoles un costo compartido que puede ser menor que el que se aplica en otras farmacias de la red.

Prima – Es la cantidad que se paga periódicamente a Medicare, a una compañía de seguros o a un plan de cuidado de la salud por la cobertura de salud o de medicamentos con receta.

Preautorización – El plan requiere que usted o su médico obtengan una preautorización para ciertos medicamentos. Esto significa que el plan necesita más información de su médico para asegurarse de que el medicamento se use correctamente para una condición médica cubierta por Medicare. Si usted no obtiene aprobación, es posible que el plan no cubra el medicamento.

Organización para el Mejoramiento de la Calidad (Quality Improvement Organization, QIO) –

Grupo de médicos y otros expertos en el cuidado de la salud que reciben pago del gobierno federal para verificar y mejorar el cuidado que reciben los pacientes de Medicare.

Límites de cantidad – es una herramienta administrativa diseñada para limitar el uso de medicamentos seleccionados tomando en cuenta su calidad, seguridad o razón de utilización. Los límites pueden referirse a la cantidad de medicamento que cubre el plan por cada receta o a un periodo de tiempo específico.

Área de Servicio – Zona geográfica en la que usted debe vivir para inscribirse en un plan de medicamentos con receta particular. El plan puede cancelar su inscripción si usted se muda permanentemente fuera del área de servicio del plan.

Período de Inscripción Especial – Período establecido en el que los miembros pueden cambiar sus planes de salud o de medicamentos o regresar a Medicare Original. Las situaciones en las que usted puede cumplir los requisitos para un Período de Inscripción Especial incluyen: si se muda fuera del área de servicio, si recibe el programa “Ayuda Adicional” para pagar los costos de sus medicamentos con receta, si se muda a un asilo de convalecencia o si no cumplimos nuestro contrato con usted.

Costo Compartido Estándar – Costo compartido distinto al costo compartido preferido que se ofrece en farmacias de la red.

Terapia Escalonada – Procedimiento de utilización en que requiere que usted primero pruebe otro medicamento para tratar su condición médica antes de que cubramos el medicamento que su médico le recetó inicialmente.

Programa Seguridad de Ingreso Suplementario (Supplemental Security Income, SSI) – Es un beneficio mensual que el Seguro Social paga a personas con ingresos y recursos limitados, a quienes son discapacitados, están ciegos o tienen 65 años o más. Los beneficios de este programa son distintos a los beneficios del Seguro Social.

AARP® MedicareRx Saver Plus (PDP) Servicio al Cliente:



Llame al **1-866-460-8854**

Las llamadas a este número son gratis, 24 horas del día, los 7 días de la semana. El Servicio al Cliente también ofrece servicios gratuitos de interpretación de idiomas para personas que no hablan inglés.

TTY 711

Las llamadas a este número son gratis, 24 horas del día, los 7 días de la semana.



Escriba a **P.O. Box 30770**
Salt Lake City, UT 84130-0770



myAARPMedicare.com

Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud

El Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal para dar asesoramiento gratis sobre seguros de salud locales a las personas que tienen Medicare.

Comuníquese con el Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud de su estado en el número de teléfono indicado en la Sección 3 del Capítulo 2 de esta Evidencia de Cobertura.

Declaración de Divulgación de la Ley de Simplificación de Trámites Administrativos Según la Ley de Simplificación de Trámites Administrativos (Paperwork Reduction Act, PRA) de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información, a menos que esta exhiba 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 Oficina de Administración y Presupuesto para esta recopilación de información es 0938-1051. Si tiene algún comentario o sugerencia para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

PDNJ23PD0053594_001