



**Del 1.º de enero al 31 de diciembre de 2021**

## **Evidencia de Cobertura:**

### **Su cobertura de medicamentos con receta de Medicare como miembro de EmblemHealth VIP Rx (PDP)**

En este manual, se proporcionan los detalles de la cobertura de medicamentos con receta de Medicare desde el 1.º de enero hasta el 31 de diciembre de 2021. Explica cómo obtener cobertura para los medicamentos con receta que necesita. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

Este plan, EmblemHealth VIP Rx, es ofrecido por EmblemHealth Plan, Inc. (Cuando esta *Evidencia de Cobertura* dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, significa EmblemHealth Plan, Inc. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, significa EmblemHealth VIP Rx [PDP]).

Este documento se encuentra disponible de forma gratuita en español.

Comuníquese con el número de Servicio de atención al cliente al **1-877-444-7241** para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al **711**). El horario es de 8:00 am a 8:00 pm, los 7 días de la semana.

Esta información también está disponible en otros formatos, como tamaño de letra grande y braille. Para obtener más información, llame al Servicio de atención al cliente a los números que se indican más arriba.

Los beneficios, las primas, el deducible y/o los copagos/coseguro pueden cambiar el 1.º de enero de 2022.

La farmacopea o la red de farmacias pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando sea necesario.

S5966\_201466\_C File & Use

## **Evidencia de Cobertura 2021**

### **Índice**

Esta lista de capítulos y números de páginas es su punto de partida. Para obtener más ayuda para encontrar la información que necesita, consulte la primera página de cualquier capítulo.

**Encontrará una lista detallada de temas al comienzo de cada capítulo.**

#### **Capítulo 1. Comenzar como miembro..... 4**

Explica lo que significa estar en un plan de medicamentos con receta de Medicare y cómo utilizar este manual. Informa sobre los materiales que le enviaremos, la prima de su plan, la penalidad por inscripción tardía en la Parte D, su tarjeta de membresía del plan y la forma de mantener actualizado su registro de membresía.

#### **Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes..... 23**

Explica cómo comunicarse con nuestro plan (EmblemHealth VIP Rx) y con otras organizaciones, como Medicare, el Programa estatal de asistencia con seguros de salud (SHIP), la Organización de Mejora de la Calidad, el Seguro Social, Medicaid (el programa del seguro de salud del estado para personas con bajos ingresos), los programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos con receta y la Junta de Retiro Ferroviario.

#### **Capítulo 3. Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos con receta Parte D..... 41**

Explica las reglas que debe cumplir cuando recibe sus medicamentos de la Parte D. Le informa cómo usar la *Lista de medicamentos cubiertos (Farmacopea)* del plan para saber qué medicamentos están cubiertos. Le informa qué tipos de medicamentos *no* tienen cobertura. Explica varios tipos de restricciones que se aplican a la cobertura de determinados medicamentos. Explica dónde surtir sus medicamentos con receta. Informa sobre los programas del plan sobre seguridad de los medicamentos y control de medicamentos.

#### **Capítulo 4. Lo que usted paga por sus medicamentos con receta Parte D..... 69**

Le informa sobre las cuatro etapas de la cobertura de medicamentos (*Etapas del deducible, Período de cobertura inicial, Etapa de interrupción de cobertura, Etapa de cobertura catastrófica*) y cómo estas etapas afectan lo que usted paga por sus medicamentos. Explica las cinco categorías de participación en los costos para los medicamentos de la Parte D y le informa lo que usted debe pagar por un medicamento en cada categoría de participación en los costos.

<b><u>Capítulo 5. Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de los costos por medicamentos cubiertos</u></b> .....	<b>90</b>
Explica cuándo y cómo enviarnos una factura cuando desea solicitar que le hagamos un reintegro de la parte que nos corresponde del costo por sus medicamentos cubiertos.	
<b><u>Capítulo 6. Sus derechos y responsabilidades</u></b> .....	<b>97</b>
Explica los derechos y responsabilidades que usted tiene como miembro de nuestro plan. Informa lo que puede hacer si cree que no se respetan sus derechos.	
<b><u>Capítulo 7. ¿Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)?</u></b> .....	<b>108</b>
Informa detalladamente qué hacer si tiene problemas o inquietudes como miembro de nuestro plan.	
<ul style="list-style-type: none"><li>• Explica cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones si tiene problemas para obtener los medicamentos con receta que cree que están cubiertos por nuestro plan. Esto incluye pedirnos que hagamos excepciones a las reglas y/o restricciones adicionales en su cobertura.</li><li>• Explica cómo presentar quejas sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio de atención al cliente y otras inquietudes.</li></ul>	
<b><u>Capítulo 8. Cómo terminar su membresía en el plan</u></b> .....	<b>137</b>
Explica cuándo y cómo terminar su membresía en el plan. Explica situaciones en las que nuestro plan debe terminar su membresía.	
<b><u>Capítulo 9. Avisos legales</u></b> .....	<b>147</b>
Incluye avisos sobre la ley aplicable y la no discriminación.	
<b><u>Capítulo 10. Definiciones de palabras importantes</u></b> .....	<b>150</b>
Explica términos clave utilizados en este manual.	

# CAPÍTULO 1

*Comenzar como miembro*

## **Capítulo 1. Comenzar como miembro**

<b>SECCIÓN 1</b>	<b>Introducción.....</b>	<b>6</b>
Sección 1.1	Usted está inscrito en EmblemHealth VIP Rx, que es un plan de medicamentos con receta de Medicare.....	6
Sección 1.2	¿De qué trata el manual de <i>Evidencia de cobertura</i> .....	6
Sección 1.3	Información legal sobre la <i>Evidencia de Cobertura</i> .....	6
<b>SECCIÓN 2</b>	<b>¿Qué necesita para ser elegible para ser miembro del plan? .....</b>	<b>7</b>
Sección 2.1	Sus requisitos de elegibilidad .....	7
Sección 2.2	¿Qué es Medicare Parte A y Medicare Parte B? .....	7
Sección 2.3	Este es el área de servicio del plan para EmblemHealth VIP Rx .....	8
Sección 2.4	Ciudadano o residente legal de los EE. UU. ....	8
<b>SECCIÓN 3</b>	<b>¿Qué otros materiales le proporcionaremos? .....</b>	<b>8</b>
Sección 3.1	Su tarjeta de membresía del plan: utilícela para obtener todos los medicamentos con receta cubiertos .....	8
Sección 3.2	El <i>Directorio de farmacias</i> : Su guía para las farmacias de nuestra red .....	9
Sección 3.3	La <i>Lista de medicamentos cubiertos (Farmacopea)</i> del plan .....	10
Sección 3.4	La <i>Explicación de beneficios de la Parte D</i> (la “EOB de la Parte D”): Informes con un resumen de los pagos realizados por sus medicamentos con receta Parte D.....	10
<b>SECCIÓN 4</b>	<b>Su prima mensual para EmblemHealth VIP Rx.....</b>	<b>11</b>
Sección 4.1	¿Cuál es el importe de la prima de su plan? .....	11
<b>SECCIÓN 5</b>	<b>¿Tiene que pagar la “penalidad por inscripción tardía” de la Parte D?.....</b>	<b>12</b>
Sección 5.1	¿Qué es la “penalidad por inscripción tardía” de la Parte D? .....	12
Sección 5.2	¿Cuál es el importe de la penalidad por inscripción tardía de la Parte D? ....	12
Sección 5.3	En algunas situaciones, puede inscribirse tarde y no tener que pagar la penalidad. ....	13
Sección 5.4	¿Qué puede hacer si no está de acuerdo con la penalidad por inscripción tardía de la Parte D? .....	14
<b>SECCIÓN 6</b>	<b>¿Tiene que pagar un importe adicional de la Parte D debido a sus ingresos? .....</b>	<b>15</b>
Sección 6.1	¿Quién paga un importe adicional de la Parte D debido a los ingresos?.....	15
Sección 6.2	¿Cuál es el importe adicional de la Parte D?.....	15
Sección 6.3	¿Qué puede hacer si no está de acuerdo en pagar un importe adicional de la Parte D? .....	15

**Capítulo 1. Comenzar como miembro**

---

Sección 6.4	¿Qué sucede si no paga el importe adicional de la Parte D?.....	15
<b>SECCIÓN 7</b>	<b>Más información sobre su prima mensual.....</b>	<b>16</b>
	Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare.....	16
Sección 7.1	Hay varias formas en las que puede pagar la prima de su plan.....	16
Sección 7.2	¿Podemos cambiar su prima mensual del plan durante el año? .....	19
<b>SECCIÓN 8</b>	<b>Mantenga actualizado su registro de membresía del plan .....</b>	<b>19</b>
Sección 8.1	Cómo ayudar a garantizar que contamos con información precisa sobre usted.....	19
	Infórmenos si ocurren estos cambios:.....	19
	Lea la información que le enviamos sobre cualquier otra cobertura de seguro que tenga .....	20
<b>SECCIÓN 9</b>	<b>Protegemos la privacidad de su información de salud personal .....</b>	<b>20</b>
Sección 9.1	Nos aseguramos de que su información de salud esté protegida .....	20
<b>SECCIÓN 10</b>	<b>Cómo funciona otro seguro con nuestro plan.....</b>	<b>20</b>
Sección 10.1	¿Qué plan paga primero cuando tiene otro seguro? .....	20

**Capítulo 1. Comenzar como miembro**

---

---

**SECCIÓN 1 Introducción**

---

**Sección 1.1 Usted está inscrito en EmblemHealth VIP Rx, que es un plan de medicamentos con receta de Medicare**

Usted está cubierto por Original Medicare para su cobertura del cuidado de la salud, y decidió recibir su cobertura de medicamentos con receta de Medicare a través de nuestro plan, EmblemHealth VIP Rx.

Existen diferentes tipos de planes Medicare. EmblemHealth VIP Rx es un plan de medicamentos con receta (PDP) de Medicare. Al igual que todos los planes Medicare, este plan de medicamentos con receta de Medicare está aprobado por Medicare y es administrado por una compañía privada.

**Sección 1.2 ¿De qué trata el manual de *Evidencia de cobertura***

Este manual de *Evidencia de Cobertura* le informa cómo obtener la cobertura de sus medicamentos con receta de Medicare a través de nuestro plan. En este manual se explican sus derechos y responsabilidades, lo que se cubre y lo que usted paga como miembro del plan.

Las palabras “cobertura” y “medicamentos cubiertos” hacen referencia a la cobertura de medicamentos con receta que tiene disponible como miembro de nuestro EmblemHealth VIP Rx.

Es importante que usted sepa cuáles son las reglas del plan y qué cobertura tiene disponible. Le recomendamos que se tome un tiempo para revisar este manual de Evidencia de Cobertura.

Si está confundido, preocupado o simplemente tiene alguna pregunta, comuníquese con el Servicio de atención al cliente de nuestro plan (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual).

**Sección 1.3 Información legal sobre la *Evidencia de Cobertura*****Forma parte de nuestro contrato con usted**

Esta *Evidencia de Cobertura* forma parte de nuestro contrato con usted sobre cómo EmblemHealth VIP Rx cubre su atención. Otras partes de este contrato incluyen su formulario de inscripción, la *lista de medicamentos cubiertos (Farmacopea)*, y toda notificación que reciba de nosotros sobre cambios en su cobertura o condiciones que afecten a su cobertura. Estas notificaciones algunas veces se denominan “cláusulas” o “enmiendas”.

El contrato tiene vigencia durante los meses en los que usted está inscrito en EmblemHealth VIP Rx entre el 1.º de enero de 2021 y el 31 de diciembre de 2021.

**Capítulo 1. Comenzar como miembro**

---

Cada año calendario, Medicare nos permite hacer cambios a los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y los beneficios de EmblemHealth VIP Rx después del 31 de diciembre de 2021. También podemos optar por dejar de ofrecer el plan u ofrecerlo en un área de servicio distinta, después del 31 de diciembre de 2021.

**Medicare debe aprobar nuestro plan cada año**

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar el plan EmblemHealth VIP Rx cada año. Usted puede continuar recibiendo la cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan siempre que elijamos continuar ofreciendo el plan y que Medicare renueve su aprobación del plan.

---

**SECCIÓN 2      ¿Qué necesita para ser elegible para ser miembro del plan?**

---

**Sección 2.1      Sus requisitos de elegibilidad**

---

*Usted es elegible para la membresía en nuestro plan siempre que:*

- Tenga Medicare Parte A y Medicare Parte B (o ambas, la Parte A y la Parte B) (la Sección 2.2 le brinda información sobre Medicare Parte A y Medicare Parte B).
- -- y -- sea ciudadano de los Estados Unidos o esté presente legalmente en los Estados Unidos.
- -- y -- viva en nuestra área geográfica de servicio (la Sección 2.3 a continuación describe nuestra área de servicio)

**Sección 2.2      ¿Qué es Medicare Parte A y Medicare Parte B?**

---

Tal como se indicó en la Sección 1.1 anterior, usted ha decidido obtener su cobertura de medicamentos con receta (a veces llamada Medicare Parte D) a través de nuestro plan. Nuestro plan ha contratado con Medicare para brindar la mayoría de estos beneficios de Medicare. En el Capítulo 3, describimos la cobertura de medicamentos que usted recibe con su cobertura de Medicare Parte D.

Cuando se inscribió por primera vez para Medicare, usted recibió información sobre qué servicios están cubiertos en Medicare Parte A y Medicare Parte B. Recuerde:

- Por lo general, Medicare Parte A ayuda a cubrir servicios prestados por hospitales para pacientes ingresados, centros de enfermería especializada o agencias de cuidado de la salud en el hogar.
- Medicare Parte B es para la mayoría de los demás servicios médicos (como los servicios de médicos, terapia de infusión en el hogar y otros servicios para pacientes ambulatorios) y ciertos artículos (como equipo médico duradero [DME] y suministros).



**Capítulo 1. Comenzar como miembro**

---

**Sección 2.3 Este es el área de servicio del plan para EmblemHealth VIP Rx**

Aunque Medicare es un programa federal, el plan EmblemHealth VIP Rx está disponible solamente para las personas que viven en el área de servicio de nuestro plan. Para continuar siendo miembro de nuestro plan, debe seguir viviendo en el área de servicio del plan. A continuación se describe el área de servicio.

Nuestra área de servicio incluye estos estados: Estado de Nueva York  
Si planea mudarse fuera del área de servicio, comuníquese con el Servicio de atención al cliente (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual). Cuando se mude, tendrá un período de inscripción especial que le permitirá inscribirse en un plan de salud o medicamentos de Medicare que esté disponible en su nueva ubicación.

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

**Sección 2.4 Ciudadano o residente legal de los EE. UU.**

Los miembros de los planes de salud de Medicare deben ser ciudadanos de los EE. UU. o residentes legales de los Estados Unidos. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificará a EmblemHealth VIP Rx si usted no es elegible para seguir siendo miembro por este motivo. EmblemHealth VIP Rx debe cancelar su inscripción si no cumple con este requisito.

---

**SECCIÓN 3 ¿Qué otros materiales le proporcionaremos?**

---

**Sección 3.1 Su tarjeta de membresía del plan: utilícela para obtener todos los medicamentos con receta cubiertos**

Mientras sea miembro de nuestro plan, debe utilizar su tarjeta de membresía del plan para obtener medicamentos con receta en las farmacias de la red. También deberá presentar al proveedor su tarjeta de Medicaid, si corresponde. La siguiente es una muestra de la tarjeta de membresía que ilustra cómo será la suya:



Lleve su tarjeta consigo en todo momento y recuerde mostrarla cuando compre medicamentos cubiertos. Si su tarjeta de membresía del plan está dañada, se perdió o la robaron, llame al Servicio de atención al cliente inmediatamente y le enviaremos una nueva. (Los números de teléfono del Servicio de atención al cliente se encuentran en la contraportada de este manual).

Es posible que tenga que utilizar su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para obtener atención médica y servicios cubiertos en Original Medicare.

### **Sección 3.2 El Directorio de farmacias: Su guía para las farmacias de nuestra red**

#### **¿Qué son las “farmacias de la red”?**

Las farmacias de la red son todas las farmacias que han acordado surtir medicamentos con receta a nuestros miembros del plan.

#### **¿Por qué debe saber sobre las farmacias de la red?**

Nuestra red ha cambiado más de lo habitual para 2021. Encontrará un Directorio de farmacias actualizado en nuestro sitio web: [emblemhealth.com/medicare](https://emblemhealth.com/medicare) También puede llamar al Servicio de atención al cliente para obtener información actualizada sobre proveedores o para solicitarnos que le enviemos por correo el Directorio de farmacias. **Sugerimos especialmente que revise nuestro Directorio de farmacias actual para ver si su farmacia aún se encuentra en nuestra red.** Esto es importante porque, con pocas excepciones, usted debe surtir sus medicamentos con receta en una farmacia de la red si desea que nuestro plan las cubra (le ayude a pagarlas).

El *Directorio de farmacias* le informará cuáles de las farmacias de nuestra red tienen participación en los costos preferida, que puede ser más baja que la participación en los costos estándar ofrecida por otras farmacias de la red para algunos medicamentos.

Si no tiene el *Directorio de farmacias*, puede solicitar una copia al Servicio de atención al cliente (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual). Puede llamar al Servicio de atención al cliente en cualquier momento para obtener información actualizada sobre

**Capítulo 1. Comenzar como miembro**

---

cambios en la red de farmacias. También puede encontrar esta información en nuestro sitio web, en [emblemhealth.com/medicare](http://emblemhealth.com/medicare).

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

El plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos (Farmacopea)*. La llamamos la “Lista de medicamentos”, para abreviar. Le informa qué medicamentos con receta Parte D están cubiertos con EmblemHealth VIP Rx. Los medicamentos de esta lista son elegidos por el plan, con la ayuda de un equipo de médicos y farmacias. La lista debe cumplir con los requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la Lista de medicamentos de EmblemHealth VIP Rx.

La Lista de medicamentos también le informa si hay reglas que limiten la cobertura de sus medicamentos.

Le entregaremos una copia de la Lista de medicamentos. Para obtener la información más completa y actualizada acerca de qué medicamentos están cubiertos, visite el sitio web del plan, [emblemhealth.com/medicare](http://emblemhealth.com/medicare), o llame a Servicio de atención al cliente (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual).

**Sección 3.4 La Explicación de beneficios de la Parte D (la “EOB de la Parte D”): Informes con un resumen de los pagos realizados por sus medicamentos con receta Parte D**

Cuando use sus beneficios de medicamentos con receta Parte D, le enviaremos un informe resumido para ayudarlo a comprender y mantener un registro de los pagos por sus medicamentos con receta Parte D. Este informe resumido se denomina *Explicación de beneficios de la Parte D* (o “EOB de la Parte D”).

La *Explicación de beneficios de la Parte D* le informa la cantidad total que usted, o terceros en su nombre, han gastado en medicamentos con receta Parte D y la cantidad total que nosotros hemos pagado por cada uno de sus medicamentos con receta Parte D durante el mes. En la EOB de la Parte D se proporciona más información sobre los medicamentos que usted toma, como aumentos de precio y otros medicamentos con participación en los costos más baja que pueden estar disponibles. Debe consultar con su profesional autorizado para recetar acerca de estas opciones de menor costo. El Capítulo 4 (*Lo que usted paga por sus medicamentos con receta Parte D*) le proporciona más información sobre la *Explicación de beneficios de la Parte D* y sobre cómo puede ayudarlo a llevar un registro de su cobertura de medicamentos.

También tendrá a su disposición un resumen de la *Explicación de beneficios de la Parte D*, si lo solicita. Para obtener una copia, llame al Servicio de atención al cliente (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual).

---

## **SECCIÓN 4 Su prima mensual para EmblemHealth VIP Rx**

---

<b>Sección 4.1 ¿Cuál es el importe de la prima de su plan?</b>
--

Como miembro de nuestro plan, usted paga una prima mensual del plan. En 2021, la prima mensual para EmblemHealth VIP Rx es de **\$49.30**. Además, debe continuar pagando la prima de Medicare Parte B (salvo que Medicaid u otro tercero pague su prima de la Parte B).

### **En algunas situaciones, su prima del plan podría ser más inferior**

Existen programas para ayudar a las personas con recursos limitados a pagar sus medicamentos. Entre ellos, se incluyen los programas de “Ayuda Adicional” y los programas de asistencia farmacéutica estatal. En el Capítulo 2, Sección 7 encontrará más información sobre estos programas. Si califica, inscribirse en el programa podría hacer que su prima del plan mensual sea más baja.

Si usted *ya está inscrito* y recibe ayuda de uno de estos programas, **la información sobre las primas en esta Evidencia de Cobertura podría no ser aplicable a su caso**. Le enviamos un folleto por separado, denominado “Cláusula de la Evidencia de Cobertura para quienes reciben Ayuda Adicional para sus medicamentos con receta” (también conocida como “Cláusula de subsidio por bajos ingresos” [LIS]), que le informa sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este folleto, llame al Servicio de atención al cliente y solicite la “Cláusula LIS”. (Los números de teléfono del Servicio de atención al cliente se encuentran en la contraportada de este manual).

### **En algunas situaciones, la prima del plan podría ser más alta**

En algunas situaciones, la prima de su plan podría ser mayor que el importe mencionado anteriormente en la Sección 4.1. Algunos miembros deben pagar una **penalidad por inscripción tardía** de la Parte D porque no se inscribieron en un plan de medicamentos de Medicare cuando pasaron a ser elegibles por primera vez o porque tuvieron un período continuo de 63 días o más en el que no tenían cobertura de medicamentos con receta “acreditable”. (“Acreditable” significa que se prevé que la cobertura del medicamento pague, en promedio, por lo menos la misma cantidad que la cobertura de medicamentos con receta estándar de Medicare). Para estos miembros, la penalidad por inscripción tardía de la Parte D se suma a la prima mensual del plan. El importe de la prima será la prima mensual del plan más el importe de la penalidad por inscripción tardía de la Parte D.

- Si usted debe pagar la penalidad por inscripción tardía de la Parte D, el costo de dicha penalidad depende del tiempo que usted estuvo sin cobertura de medicamentos con receta Parte D u otra acreditable. La Sección 5 del Capítulo 1 explica la penalidad por inscripción tardía de la Parte D.
- Si tiene una penalidad por inscripción tardía de la Parte D y no la paga, se podría cancelar su inscripción al plan.

**Capítulo 1. Comenzar como miembro**

---

Es posible que algunos miembros deban pagar un cargo adicional, conocido como Cantidad de ajuste mensual relacionado con los ingresos de la Parte D, también conocido como IRMAA, porque, hace 2 años, tenían un ingreso bruto ajustado modificado, por encima de un importe determinado, en su declaración de impuestos del IRS. Los miembros sujetos a una IRMAA deberán pagar la cantidad estándar de la prima y este cargo adicional, que se agregará a su prima. En la Sección 6 del Capítulo 1 se explica la IRMAA en más detalle.

---

**SECCIÓN 5      ¿Tiene que pagar la “penalidad por inscripción tardía” de la Parte D?**

---

<b>Sección 5.1      ¿Qué es la “penalidad por inscripción tardía” de la Parte D?</b>
--

**Nota:** Si recibe “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos con receta, no pagará una penalidad por inscripción tardía.

La penalidad por inscripción tardía es un importe que se suma a su prima de la Parte D. Podría deber una penalidad por inscripción tardía de la Parte D si en cualquier momento después de que finalice su período de inscripción inicial, hay un período de 63 días consecutivos o más en los que no tuvo cobertura de medicamentos con receta Parte D u otra cobertura acreditable. La “la cobertura de medicamentos con receta acreditable” es la cobertura que cumple con los estándares mínimos de Medicare, ya que se prevé que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura de medicamentos con receta estándar de Medicare. El costo de la penalidad por inscripción tardía depende del tiempo que usted estuvo sin cobertura de medicamentos con receta Parte D u otra acreditable. Tendrá que pagar esta penalidad mientras tenga la cobertura de la Parte D.

La penalidad por inscripción tardía de la Parte D se suma a su prima mensual. (Para los miembros que opten por pagar su prima cada tres meses, la penalidad se sumará a su prima trimestral). Cuando se inscribe por primera vez en EmblemHealth VIP Rx, le informamos el importe de la penalidad.

La penalidad por inscripción tardía de la Parte D se considera parte de su prima del plan. Si no paga la penalidad por inscripción tardía de la Parte D, podría cancelarse su inscripción a causa del incumplimiento del pago de la prima del plan.

<b>Sección 5.2      ¿Cuál es el importe de la penalidad por inscripción tardía de la Parte D?</b>
---

Medicare determina el importe de la penalidad. Funciona de la siguiente manera:

- Primero se cuenta la cantidad de meses completos que demoró en inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, después de que fue elegible para inscribirse. O bien, se cuenta la cantidad de meses completos en los que no tuvo cobertura de medicamentos con receta acreditable, si la interrupción de la cobertura fue de 63 días o más. La penalidad es

**Capítulo 1. Comenzar como miembro**

---

del 1 % por cada mes que usted no tuvo cobertura acreditable. Por ejemplo, si está 14 meses sin cobertura, la penalidad será del 14 %.

- Luego, Medicare determina el importe de la prima mensual promedio para los planes de medicamentos de Medicare a nivel nacional desde el año anterior. Para 2021, esta cantidad de la prima promedio es de \$33.06.
- Para calcular la penalidad mensual, debe multiplicar el porcentaje de la penalidad por la prima mensual promedio, y luego redondearlo a los 10 centavos más cercanos. En el ejemplo siguiente, sería 14 % multiplicado por \$33.06, lo que da \$4.6284. Se redondea a \$4.60. Este importe se sumaría **a la prima mensual para una persona que tiene una penalidad por inscripción tardía de la Parte D.**

Hay tres cosas importantes para tener en cuenta acerca de esta penalidad por inscripción tardía de la Parte D mensual:

- Primero, **la penalidad puede cambiar cada año**, porque la prima mensual promedio puede cambiar cada año. Si la prima promedio nacional (según lo determinado por Medicare) aumenta, su penalidad aumentará.
- Segundo, **continuará pagando una penalidad** todos los meses mientras esté inscrito en un plan que tenga beneficios de medicamentos de Medicare Parte D, aunque cambie de planes.
- Tercero, si tiene menos de menos de 65 años y recibe actualmente beneficios de Medicare, la penalidad por inscripción tardía de la Parte D se reajustará cuando cumpla 65 años. Después de los 65 años, la penalidad por inscripción tardía de la Parte D se basará solo en los meses que no haya tenido cobertura después de su período de inscripción inicial en Medicare para la tercera edad.

<b>Sección 5.3</b>	<b>En algunas situaciones, puede inscribirse tarde y no tener que pagar la penalidad.</b>
--------------------	---

Aunque se haya demorado en inscribirse en un plan que ofrece la cobertura de Medicare Parte D cuando pasó a ser elegible por primera vez, a veces no tendrá que pagar la penalidad por inscripción tardía de la Parte D.

**No tendrá que pagar una penalidad por inscripción tardía si se encuentra en alguna de las siguientes situaciones:**

- Si ya tiene cobertura de medicamentos con receta, la cual se prevé que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura de medicamentos con receta estándar de Medicare. Medicare denomina esto “**cobertura de medicamentos acreditable.**” Tenga en cuenta:
  - La cobertura acreditable podría incluir la cobertura de medicamentos de un sindicato o empleador anterior, TRICARE o el Departamento de Asuntos de Veteranos. Su compañía de seguros o el departamento de recursos humanos le informarán cada año si su cobertura de medicamentos es cobertura acreditable.

## Capítulo 1. Comenzar como miembro

---

Esta información se le podría enviar en una carta o incluirse en un boletín informativo del plan. Guarde esta información, ya que podría necesitarla si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

- Tenga en cuenta: Si recibe un “certificado de cobertura acreditable” cuando su cobertura de salud termina, esto no necesariamente significa que su cobertura de medicamentos con receta fuera acreditable. La notificación debe indicar que usted tenía cobertura de medicamentos con receta “acreditable”, la cual se prevé que pague lo mismo que paga el plan de medicamentos con receta estándar de Medicare.
- Los siguientes ejemplos *no* son cobertura de medicamentos con receta acreditable: tarjetas de descuento de medicamentos con receta, clínicas gratuitas y sitios web de descuento de medicamentos.
- Para obtener más información sobre la cobertura acreditable, consulte el manual *Medicare y usted 2021* o llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números, sin cargo, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- Si no tenía cobertura acreditable, pero estuvo sin cobertura por menos de 63 días consecutivos.
- Si recibe “Ayuda Adicional” de Medicare.

<b>Sección 5.4</b>	<b>¿Qué puede hacer si no está de acuerdo con la penalidad por inscripción tardía de la Parte D?</b>
--------------------	--

Si no está de acuerdo con la penalidad por inscripción tardía de la Parte D, usted o su representante puede solicitar una evaluación de la decisión acerca de la penalidad por inscripción tardía. En general, debe solicitar esta evaluación **dentro de los 60 días** de la fecha de la primera carta que recibe, en la que se le informa que debe pagar una penalidad por inscripción tardía. Si estaba pagando una penalidad antes de inscribirse en nuestro plan, es posible que no tenga otra posibilidad de solicitar una evaluación de esa penalidad por inscripción tardía. Comuníquese con el Servicio de atención al cliente para obtener más información acerca de cómo hacer esto (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual).

**Importante:** No deje de pagar la penalidad por inscripción tardía de la Parte D mientras espera una evaluación de la decisión acerca de su penalidad por inscripción tardía. Si lo hace, es posible que se cancele su inscripción debido al incumplimiento del pago de las primas del plan.

---

## **SECCIÓN 6      ¿Tiene que pagar un importe adicional de la Parte D debido a sus ingresos?**

---

<b>Sección 6.1      ¿Quién paga un importe adicional de la Parte D debido a los ingresos?</b>
---

Si sus ingresos brutos ajustados modificados, según lo informado en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años se encuentran por encima de un importe determinado, pagará el importe de la prima estándar y un ajuste mensual por ingreso, también conocido como Monto de Ajuste Mensual Relacionado con los Ingresos (IRMAA). El IRMAA es un cargo adicional que se agrega a su prima.

Si tiene que pagar un importe adicional, el Seguro Social, no su plan Medicare, le enviará una carta informándole cuál será ese importe adicional y cómo pagarlo. El importe adicional se retendrá de su cheque de beneficios del Seguro Social, de la Junta de Retiro Ferroviario o de la Oficina de Control de Personal, independientemente de cómo paga normalmente la prima de su plan, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir el importe adicional que usted adeuda. Si el cheque del beneficio no alcanza para cubrir el importe adicional, recibirá una factura de Medicare. **Deberá pagar el importe adicional al Gobierno. No se puede pagar con la prima del plan mensual.**

<b>Sección 6.2      ¿Cuál es el importe adicional de la Parte D?</b>
--

Si sus ingresos brutos ajustados modificados (MAGI), según lo informado en su declaración de impuestos del Servicio de Impuestos Internos (IRS) se encuentran por encima de un importe determinado, pagará un importe adicional, además de su prima del plan mensual. Para obtener más información sobre el importe adicional que posiblemente deba pagar según sus ingresos, visite [www.medicare.gov/part-d/costs/premiums/drug-plan-premiums.html](http://www.medicare.gov/part-d/costs/premiums/drug-plan-premiums.html).

<b>Sección 6.3      ¿Qué puede hacer si no está de acuerdo en pagar un importe adicional de la Parte D?</b>
---

Si no está de acuerdo acerca de pagar un importe adicional a causa de sus ingresos, puede solicitarle al Seguro Social que evalúe la decisión. Para obtener más información acerca de cómo hacer esto, comuníquese con el Seguro Social al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

<b>Sección 6.4      ¿Qué sucede si no paga el importe adicional de la Parte D?</b>
--

El importe adicional se paga directamente al gobierno (no a su plan Medicare) por su cobertura de Medicare Parte D. Si la ley le exige que pague el importe adicional y usted no lo paga, se cancelará su inscripción en el plan y perderá la cobertura de medicamentos con receta.



---

## **SECCIÓN 7 Más información sobre su prima mensual**

---

### **Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare.**

Además de pagar la prima mensual del plan, algunos miembros deben pagar otras primas de Medicare. Algunos miembros del plan (aquellos que no son elegibles para la Parte A sin prima) pagan una prima por Medicare Parte A. La mayoría de los miembros del plan paga una prima por Medicare Parte B.

Si sus ingresos brutos ajustados modificados, según lo informado en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años se encuentran por encima de un importe determinado, pagará el importe de la prima estándar y un ajuste mensual por ingreso, también conocido como IRMAA. (Income Related Monthly Adjustment Amount). El IRMAA es un cargo adicional que se agrega a su prima.

- **Si debe pagar el importe adicional y no lo hace, se cancelará su inscripción en el plan y perderá la cobertura de medicamentos con receta.**
- Si tiene que pagar un importe adicional, el Seguro Social, no su plan Medicare, le enviará una carta informándole cuánto sumará ese importe.
- Para obtener más información sobre las primas de la Parte D según sus ingresos, consulte la Sección 6 del Capítulo 1 de este manual. También puede visitar [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) en Internet o 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. O bien, puede llamar al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

Su copia de *Medicare y usted 2021* proporciona información sobre las primas de Medicare en la sección denominada “Costos de Medicare 2021”. Esto explica de qué manera las primas de Medicare Parte B y Parte D varían para personas con diferentes ingresos. Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de *Medicare y usted* cada año en el otoño. Quienes son nuevos en Medicare, lo reciben en el plazo de un mes después de la inscripción inicial. También puede descargar una copia de *Medicare y usted 2021* del sitio web de Medicare ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)). O bien, puede solicitar una copia impresa por teléfono, llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

<b>Sección 7.1 Hay varias formas en las que puede pagar la prima de su plan</b>
---

Hay cinco formas de pagar la prima de su plan. Llame al Servicio de atención al cliente (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual) para cambiar su método de pago para la prima de su plan. Si no realiza una selección, se le enviará una factura mensual.

Si decide cambiar la forma en que usted paga la prima, podrían pasar hasta tres meses hasta que su nuevo método de pago entre en vigor. Mientras procesamos su solicitud de un nuevo método de pago, usted es responsable de asegurarse de que la prima del plan se pague puntualmente.

## Capítulo 1. Comenzar como miembro

---

### Opción 1: Puede pagar con cheque

Le enviaremos una factura mensual aproximadamente dos semanas antes del mes en el que vence la prima de su plan. El pago de la prima de su plan mediante cheque vence el primer día de cada mes. Por ejemplo, recibirá una factura mensual en febrero. Debemos recibir su cheque a más tardar el 1.º de marzo. **Los cheques se deben hacer pagaderos a EmblemHealth**, no a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Puede coordinar el envío de facturas mensuales, trimestrales o anuales.

Puede enviar su prima por correo a:

EmblemHealth

P.O. Box 21613

New York, NY 10087-1613

### Opción 2: Pago por Internet

Puede pagar la prima del plan por Internet, utilizando el sistema de pago seguro en línea de EmblemHealth. Para ello, inicie sesión en su cuenta del sitio web de EmblemHealth, en [emblemhealth.com/medicare](https://emblemhealth.com/medicare) y seleccione “Pagar mi factura”. Será transferido al sistema de pagos de nuestro banco intermediario, donde puede hacer un pago único o pagos recurrentes utilizando las opciones de cheque electrónico, Visa, MasterCard o tarjeta de débito, según prefiera. El acceso en línea está disponible las 24 horas, los 7 días de la semana. Tenga en cuenta que nuestro plan tiene prohibido ofrecer descuentos a miembros que usan el sitio web para pagar sus primas del plan.

### Opción 3: Sistema telefónico automático seguro de EmblemHealth

Puede pagar la prima de su plan por teléfono a través del sistema telefónico automático seguro de EmblemHealth, o el sistema interactivo de respuesta de voz de EmblemHealth (EIVR).

Comuníquese con Servicio de atención al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual) y escuchará un mensaje para revisar el saldo de su cuenta y realizar un pago. Será transferido al sistema seguro de pagos de nuestro banco intermediario, y podrá usar su cuenta de cheques o de ahorros, VISA o MasterCard para realizar el pago. No se cobran tarifas por estas transacciones. La opción de pago a través del EIVR está disponible las 24 horas, los 7 días de la semana.

### Opción 4: Puede pagar en un centro de Neighborhood Care

Puede pagar su prima mensual en un centro de Neighborhood Care y nuestros socios lo ayudarán a completar su pago en línea, por teléfono o correo postal. Se pueden realizar los pagos con Visa, MasterCard, Discover Card, un cheque para EmblemHealth o su información de cuenta bancaria. Visite [emblemhealth.com/medicare](https://emblemhealth.com/medicare) para conocer los horarios y las ubicaciones.

**Importante:** Los centros de Neighborhood Care no aceptan efectivo.

**Capítulo 1. Comenzar como miembro**

---

**Opción 5: Puede solicitar que la prima del plan se le descuenta de su cheque mensual del Seguro Social**

Puede solicitar que la prima del plan se le descuenta de su cheque mensual del Seguro Social. Comuníquese con el Servicio de atención al cliente para obtener más información sobre cómo pagar la prima del plan mensual de esta forma. Nos complacerá ayudarlo a implementar esta opción. (Los números de teléfono del Servicio de atención al cliente se encuentran en la contraportada de este manual).

**Qué hacer si tiene problemas para pagar su prima del plan**

Debe pagar la prima del plan en nuestra oficina antes del primer día del mes. Si no hemos recibido su prima a más tardar el primer día del mes, le enviaremos una notificación en la que se le informará que su membresía en el plan terminará si no recibimos el pago de su prima en un plazo de 90 días.

Si tiene problemas para pagar la prima puntualmente, comuníquese con el Servicio de atención al cliente para ver si podemos derivarlo a los programas que lo ayudarán con la prima de su plan. (Los números de teléfono del Servicio de atención al cliente se encuentran en la contraportada de este manual).

Si terminamos su membresía debido a que no pagó las primas, seguirá teniendo cobertura de salud en virtud de Original Medicare.

Si terminamos su membresía en el plan debido a que no pagó las primas del plan, y actualmente no cuenta con cobertura de medicamentos con receta, no podrá recibir la cobertura de la Parte D hasta el año siguiente si se inscribe en un nuevo plan durante el período de inscripción anual. Anualmente, durante el período de inscripción abierta de Medicare, puede inscribirse en un plan de medicamentos con receta independiente o en un plan de salud que también ofrece cobertura de medicamentos. (Si está más de 63 días sin cobertura de medicamentos “acreditable”, es posible que tenga que pagar la penalidad por inscripción tardía de la Parte D mientras tenga la cobertura de la Parte D).

Cuando terminemos su membresía, es posible que aún nos adeude las primas que no pagó. Tenemos el derecho de exigir el pago de las primas adeudadas. En el futuro, si desea inscribirse nuevamente en nuestro plan (o en otro plan ofrecido por nosotros), tendrá que pagar el importe que adeuda antes de poder inscribirse.

Si piensa que hemos terminado su membresía por error, tiene el derecho de solicitarnos que reconsideremos esta decisión mediante la presentación de una queja. En la Sección 7 del Capítulo 7 de este manual se le informa cómo presentar una queja. Si tuvo una circunstancia de emergencia fuera de su control y eso hizo que no pudiera pagar las primas del plan en el plazo de nuestro período de gracia, puede solicitarnos que reconsideremos esta decisión comunicándose al **1-877-444-7241**, entre la 8:00 am y las 8:00 pm, 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 7.2      ¿Podemos cambiar su prima mensual del plan durante el año?**

**No.** No tenemos permitido cambiar el importe que cobramos por la prima mensual del plan durante el año. Si la prima mensual del plan cambia para el año próximo, se lo informaremos en septiembre y el cambio entrará en vigor el 1.º de enero.

Sin embargo, en algunos casos, la parte de la prima que tiene que pagar puede cambiar durante el año. Esto sucede si comienza a ser elegible para el programa de “Ayuda Adicional” o si pierde su elegibilidad para el programa de “Ayuda Adicional” durante el año. Si un miembro califica para la “Ayuda Adicional” en los costos de medicamentos con receta, el programa de “Ayuda Adicional” pagará parte de la prima mensual del plan del miembro. Un miembro que pierde su elegibilidad durante el año deberá comenzar a pagar la prima mensual total. En la Sección 7 del Capítulo 2, encontrará más información sobre el programa de “Ayuda Adicional”.

---

**SECCIÓN 8      Mantenga actualizado su registro de membresía del plan**

---

**Sección 8.1      Cómo ayudar a garantizar que contamos con información precisa sobre usted**

Su registro de membresía tiene información de su formulario de inscripción, incluido su domicilio y número de teléfono. Muestra la cobertura específica de su plan.

Las farmacias de la red del plan necesitan contar con información correcta sobre usted. **Estos proveedores de la red usan su registro de membresía para saber qué medicamentos están cubiertos y los importes de participación en los costos para usted.** Debido a esto, es muy importante que nos ayude a mantener actualizada su información.

**Infórmenos si ocurren estos cambios:**

- Cambios en su nombre, domicilio o número de teléfono
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos que tenga (tales como de su empleador, el empleador de su cónyuge, la indemnización de trabajadores o Medicaid).
- Si tiene alguna reclamación por responsabilidad legal, tales como reclamaciones por un accidente automovilístico
- Si ingresó en una residencia de ancianos
- Si cambia la parte responsable designada (por ejemplo, un cuidador)

Si alguno de estos datos cambia, infórmenos llamando al Servicio de atención al cliente (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual).

**Capítulo 1. Comenzar como miembro**

---

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

**Lea la información que le enviamos sobre cualquier otra cobertura de seguro que tenga**

Eso se debe a que debemos coordinar cualquier otra cobertura que tenga con sus beneficios conforme a nuestro plan. (Para obtener más información sobre cómo funciona nuestra cobertura cuando tiene otros seguros, consulte la Sección 10 de este capítulo).

Una vez al año, le enviaremos una carta donde se detalla cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos sobre la que tengamos conocimiento. Lea esta información con atención. Si es correcta, no es necesario que haga nada. Si la información no es correcta o tiene otra cobertura que no está indicada, llame al Servicio de atención al cliente (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual).

---

**SECCIÓN 9 Protegemos la privacidad de su información de salud personal**

---

**Sección 9.1 Nos aseguramos de que su información de salud esté protegida**

Las leyes estatales y federales protegen la privacidad de sus historiales clínicos y su información de salud personal. Protegemos su información de salud personal según lo requerido por estas leyes.

Para obtener más información sobre cómo protegemos su Información de salud personal, consulte la Sección 1.3 del Capítulo 6 de este manual.

---

**SECCIÓN 10 Cómo funciona otro seguro con nuestro plan**

---

**Sección 10.1 ¿Qué plan paga primero cuando tiene otro seguro?**

Cuando usted tiene otro seguro (como una cobertura de salud grupal del empleador), existen reglas establecidas por Medicare que deciden si nuestro plan o su otro seguro paga primero. El seguro que paga primero se denomina “pagador principal” y paga hasta los límites de su cobertura. El que paga segundo, denominado el “pagador secundario”, solo paga si existieran costos sin cubrir por la cobertura principal. El pagador secundario puede no pagar todos los costos no cubiertos.

Estas reglas se aplican para la cobertura de plan de salud grupal de un sindicato o un empleador:

**Capítulo 1. Comenzar como miembro**

---

- Si usted tiene cobertura de jubilado, Medicare paga primero.
- Si la cobertura de plan de salud grupal se basa en su empleo actual o el de un familiar, quién paga primero depende de su edad, el número de personas empleadas por su empleador y si cuenta con Medicare basado en la edad, discapacidad o enfermedad renal en etapa terminal (ESRD):
  - Si usted es menor de 65 años y está discapacitado, y usted o un miembro de su familia aún trabaja, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 100 o más empleados, o al menos un empleador en un plan de múltiples empleadores tiene más de 100 empleados.
  - Si usted es mayor de 65 años y usted o su cónyuge aún trabaja, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 20 o más empleados, o al menos un empleador en un plan de múltiples empleadores tiene más de 20 empleados.
- Si usted tiene Medicare debido a una enfermedad renal en etapa terminal, su plan de salud grupal pagará primero durante los primeros 30 meses después de que pasa a ser elegible para Medicare.

Generalmente, estos tipos de cobertura pagan primero por los servicios relacionados con cada tipo:

- Seguro sin culpa (incluido el seguro automotor)
- Responsabilidad (incluido el seguro automotor)
- Beneficios por neumoconiosis
- Compensación de los trabajadores

Medicaid y TRICARE nunca pagan primero por los servicios cubiertos por Medicare. Solamente pagan una vez que Medicare, los planes de salud grupal del empleador y/o Medigap hayan pagado.

Si usted cuenta con otro seguro, informe a su médico, hospital y farmacia. Si tiene preguntas sobre quién paga primero o necesita actualizar la información de su otro seguro, llame al Servicio de atención al cliente (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual). Es posible que tenga que proporcionar el número de identificación de miembro del plan a sus otros seguros (una vez que haya confirmado la identidad de estos), de manera que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

# CAPÍTULO 2

*Números de teléfono y recursos importantes*

## **Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes**

<b>SECCIÓN 1</b>	<b>Contactos de EmblemHealth VIP Rx</b> (cómo comunicarse con nosotros, lo cual incluye cómo comunicarse con el Servicio de atención al cliente del plan) ..... <b>24</b>
<b>SECCIÓN 2</b>	<b>Medicare</b> (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal de Medicare) ..... <b>28</b>
<b>SECCIÓN 3</b>	<b>Programa estatal de asistencia con seguros de salud</b> (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare) ..... <b>30</b>
<b>SECCIÓN 4</b>	<b>Organización de mejora de la calidad</b> (Medicare le paga a esta organización para verificar la calidad de la atención que se brinda a las personas que tienen Medicare)..... <b>30</b>
<b>SECCIÓN 5</b>	<b>Seguro Social</b> ..... <b>31</b>
<b>SECCIÓN 6</b>	<b>Medicaid</b> (un programa conjunto del gobierno federal y estatal conjunto que brinda ayuda con los costos médicos a algunas personas con ingresos y recursos limitados)..... <b>32</b>
<b>SECCIÓN 7</b>	<b>Información acerca de programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos con receta</b> ..... <b>33</b>
	Programa de “Ayuda Adicional” de Medicare ..... 33
	Programa de descuento de interrupción de cobertura de Medicare ..... 35
	Programas estatales de asistencia farmacéutica ..... 38
<b>SECCIÓN 8</b>	<b>Cómo comunicarse con la Junta de Retiro Ferroviario</b> ..... <b>38</b>
<b>SECCIÓN 9</b>	<b>¿Tiene “seguro grupal” u otro seguro de salud de un empleador?</b> ..... <b>39</b>



---

## **SECCIÓN 1      Contactos de EmblemHealth VIP Rx** (cómo comunicarse con nosotros, lo cual incluye cómo comunicarse con el Servicio de atención al cliente del plan)

---

### **Cómo comunicarse con el Servicio de atención al cliente de nuestro plan**

Para obtener asistencia por consultas sobre reclamaciones, facturación o tarjeta de miembro, llame o escriba al Servicio de atención al cliente del plan EmblemHealth VIP Rx. Será un placer ayudarlo.

<b>Método</b>	<b>Servicio de atención al cliente: información de contacto</b>
<b>LLAMADAS</b>	<b>1-877-444-7241</b> Las llamadas a este número son gratuitas. El horario es de 8:00 am a 8:00 pm, los 7 días de la semana. El Servicio de atención al cliente también ofrece servicios gratuitos de intérprete disponibles para personas que no hablan inglés.
<b>TTY</b>	<b>711</b> (servicio de retransmisión del Estado de Nueva York) Para llamar a este número, se necesita un equipo telefónico especial, y está destinado solo a personas con dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario es de 8:00 am a 8:00 pm, los 7 días de la semana.
<b>FAX</b>	1-212-510-5373
<b>CORREO</b>	EmblemHealth Pharmacy Services PO Box 1520 JAF Station New York, NY 10116-1520
<b>SITIO WEB</b>	<b><a href="http://emblemhealth.com/medicare">emblemhealth.com/medicare</a></b>

## **Cómo comunicarse con nosotros cuando solicita una decisión de cobertura acerca de sus medicamentos con receta Parte D**

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos acerca de sus beneficios y su cobertura o acerca del importe que pagaremos por sus medicamentos con receta cubiertos por el beneficio de la Parte D incluido en su plan. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura sobre sus medicamentos con receta Parte D, consulte el Capítulo 7 (*¿Qué hacer si tiene un problema o queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]?*).

Puede llamarnos si tiene preguntas sobre nuestro proceso de decisión de cobertura.

<b>Método</b>	<b>Decisiones de cobertura para medicamentos con receta Parte D: información de contacto</b>
<b>LLAMADAS</b>	<b>1-877-920-1470</b> Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es las 24 horas del día, los 7 días de la semana
<b>TTY</b>	<b>1-800-716-3231</b>  Para llamar a este número, se necesita un equipo telefónico especial, y está destinado solo a personas con dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
<b>FAX</b>	1-877-251-5896
<b>CORREO</b>	Express Scripts Attn: Medicare Reviews P.O. Box 66571 St. Louis, MO 63166-6571
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.express-scripts.com">www.express-scripts.com</a>

## **Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación acerca de sus medicamentos con receta Parte D**

Una apelación es una manera formal de solicitarnos que evaluemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado. Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación sobre sus medicamentos con receta Parte D, consulte el Capítulo 7 (*¿Qué hacer si tiene un problema o queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]?*).

<b>Método</b>	<b>Apelaciones para medicamentos con receta Parte D: información de contacto</b>
<b>LLAMADAS</b>	<b>1-877-444-7241</b> Las llamadas a este número son gratuitas. De lunes a viernes, de 8:00 am a 6:00 pm. Para apelaciones de expedición urgente: 1-888-447-6855
<b>TTY</b>	<b>711</b> (servicio de retransmisión del Estado de Nueva York) Para llamar a este número, se necesita un equipo telefónico especial, y está destinado solo a personas con dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: 8:00 am a 8:00 pm, los 7 días de la semana.
<b>FAX</b>	1-212-510-5320 Para apelaciones de expedición urgente: 1-866-350-2168
<b>CORREO</b>	EmblemHealth Medicare PDP Attn: Grievance & Appeals P.O. Box 2807 New York, NY 10116-2807
<b>SITIO WEB</b>	<b><a href="http://emblemhealth.com/medicare">emblemhealth.com/medicare</a></b>

## **Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una queja acerca de sus medicamentos con receta Parte D**

Puede presentar una queja sobre nosotros o alguna de nuestras farmacias de la red, incluidas quejas con respecto a la calidad de su atención. Este tipo de queja no implica disputas sobre pagos o cobertura. (Si su problema es por la cobertura o el pago de su plan, debe consultar la sección anterior sobre cómo presentar una apelación). Para obtener más información acerca de cómo presentar una queja sobre sus medicamentos con receta Parte D, consulte el Capítulo 7 (*¿Qué hacer si tiene un problema o queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]?*).

Método	Quejas acerca de medicamentos con receta Parte D: información de contacto
<b>LLAMADAS</b>	<b>1-877-444-7241</b> Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: 8:00 am a 8:00 pm, los 7 días de la semana.
<b>TTY</b>	<b>711</b> (servicio de retransmisión del Estado de Nueva York) Para llamar a este número, se necesita un equipo telefónico especial, y está destinado solo a personas con dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: 8:00 am a 8:00 pm, los 7 días de la semana.
<b>FAX</b>	1-212-510-5320
<b>CORREO</b>	EmblemHealth Medicare PDP Attn: Grievance & Appeals P.O. Box 2807 New York, NY 10116-2807
<b>SITIO WEB DE MEDICARE</b>	Puede presentar una queja sobre EmblemHealth VIP Rx directamente ante Medicare. Para presentar una queja en línea a Medicare, ingrese en <a href="http://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx">www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx</a> .

### **Dónde enviarnos una solicitud de pago de nuestra parte del costo de un medicamento que haya recibido**

El proceso de determinación de cobertura incluye solicitudes de determinación para el pago de nuestra parte de los costos de un medicamento que usted haya recibido. Para obtener más información sobre situaciones en las que es posible que necesite solicitarle al plan un reembolso o el pago de una factura que ha recibido de un proveedor, consulte el Capítulo 5 (*Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de los costos por medicamentos cubiertos*).

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

Método	Solicitudes de pago: información de contacto
<b>CORREO</b>	Express Scripts ATTN: Medicare Part D P.O. Box 14718 Lexington, KY 40512-4718
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.express-scripts.com">www.express-scripts.com</a>

---

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

---

Medicare es el programa del seguro de salud federal destinado a personas mayores de 65 años, determinadas personas menores de 65 años con discapacidades y personas que padecen enfermedad renal en etapa terminal (insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o un trasplante de riñón).

La agencia federal a cargo de Medicare son los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (a veces, denominados “CMS”). Esta agencia contrata planes de medicamentos con receta de Medicare, entre los que nos encontramos nosotros.

<b>Método</b>	<b>Medicare: información de contacto</b>
<b>LLAMADAS</b>	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.
<b>TTY</b>	1-877-486-2048 Para llamar a este número, se necesita un equipo telefónico especial, y está destinado solo a personas con dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas.

<b>Método</b>	<b>Medicare: información de contacto</b>
<b>SITIO WEB</b>	<p data-bbox="418 317 669 346"><a href="http://www.medicare.gov">www.medicare.gov</a></p> <p data-bbox="418 363 1365 577">Este es el sitio web oficial del Gobierno para Medicare. Le proporciona información actualizada sobre Medicare y los temas actuales de Medicare. Además, tiene información sobre hospitales, residencias de ancianos, médicos, agencias de cuidado de la salud en el hogar y centros de diálisis. Incluye folletos que puede imprimir directamente desde su computadora. También puede encontrar los contactos de Medicare en su estado.</p> <p data-bbox="418 594 1328 695">El sitio web de Medicare también tiene información detallada sobre sus opciones de elegibilidad e inscripción para Medicare con las siguientes herramientas:</p> <ul data-bbox="467 716 1409 1018" style="list-style-type: none"><li data-bbox="467 716 1365 783">• <b>Herramienta de elegibilidad para Medicare:</b> brinda información sobre el estado de elegibilidad para Medicare.</li><li data-bbox="467 800 1409 1018">• <b>Buscador de planes Medicare:</b> brinda información personalizada sobre los planes de medicamentos con receta de Medicare, planes de salud de Medicare y pólizas de Medigap (seguro suplementario de Medicare) disponibles en su área. Estas herramientas proporcionan un <i>cálculo</i> de lo que sus gastos de bolsillo pueden ser en diferentes planes Medicare.</li></ul>
<b>SITIO WEB</b>	<p data-bbox="418 1100 1409 1167">También puede utilizar el sitio web para informar a Medicare sobre cualquier queja que tenga respecto a EmblemHealth VIP Rx:</p> <ul data-bbox="467 1184 1409 1669" style="list-style-type: none"><li data-bbox="467 1184 1409 1398">• <b>Informe a Medicare sobre su queja:</b> Puede presentar una queja sobre EmblemHealth VIP Rx directamente ante Medicare. Para presentar una queja a Medicare, ingrese en <a href="http://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx">www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx</a>. Medicare toma sus quejas muy en serio y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare.</li><li data-bbox="467 1415 1409 1669">• Si no tiene una computadora, su centro para adultos mayores o la biblioteca local pueden ayudarlo a visitar este sitio web utilizando sus computadoras. También puede llamar a Medicare y decirles qué información está buscando. Buscarán la información en el sitio web, la imprimirán y se la enviarán. (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 deberán llamar al 1-877-486-2048).</li></ul>

---

### **SECCIÓN 3 Programa estatal de asistencia con seguros de salud (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)**

---

El Programa estatal de asistencia con seguros de salud (SHIP) es un programa gubernamental que cuenta con consejeros capacitados en cada estado. En el estado de Nueva York, el SHIP se denomina Programa de asesoramiento y asistencia del seguro médico (HIICAP).

El HIICAP es independiente (no está relacionado con ninguna compañía de seguros ni plan de salud). Es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para ofrecer consejería gratuita local sobre seguros de salud a personas con Medicare.

Los consejeros del HIICAP pueden ayudarlo con sus preguntas o problemas sobre Medicare. Pueden ayudarlo a entender sus derechos en el Programa Medicare, a presentar quejas en relación con su atención o tratamiento médico y a resolver los problemas con las facturas del Programa Medicare. Los consejeros del HIICAP pueden ayudarlo a comprender sus opciones de planes Medicare y responder preguntas sobre el cambio de plan.

<b>Método</b>	<b>Programa de asesoramiento y asistencia del seguro médico (HIICAP) (el SHIP de Nueva York)</b>
<b>LLAMADAS</b>	1-800-701-0501
<b>TTY</b>	711 (servicio de retransmisión del Estado de Nueva York) Para llamar a este número, se necesita un equipo telefónico especial, y está destinado solo a personas con dificultades para oír o hablar.
<b>CORREO</b>	New York State Office for the Aging 2 Empire State Plaza Albany, New York 12223-1251
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.aging.ny.gov">www.aging.ny.gov</a>

---

### **SECCIÓN 4 Organización de mejora de la calidad (Medicare le paga a esta organización para verificar la calidad de la atención que se brinda a las personas que tienen Medicare)**

---

Hay una Organización de mejora de la calidad designada para atender a beneficiarios de Medicare en cada estado. Para el Estado de Nueva York, la Organización de mejora de la calidad recibe el nombre de Livanta.

Livanta tiene un grupo de médicos y otros profesionales del cuidado de la salud remunerados por el gobierno federal. Medicare le paga a esta organización para que controle y ayude a

mejorar la calidad de la atención para las personas que tienen Medicare. Livanta es una organización independiente. No está relacionada con nuestro plan.

Si tiene una queja sobre la calidad de la atención que recibió, debe comunicarse con Livanta. Por ejemplo, puede comunicarse con Livanta si le dieron un medicamento equivocado o si le dieron medicamentos que interactúan de forma negativa.

<b>Método</b>	<b>Livanta (Organización de Mejora de la Calidad del Estado de Nueva York): información de contacto</b>
<b>LLAMADAS</b>	1-866-815-5440 El horario de atención es de 9 am a 5 pm, de lunes a viernes
<b>TTY</b>	1-866-868-2289 Para llamar a este número, se necesita un equipo telefónico especial, y está destinado solo a personas con dificultades para oír o hablar.
<b>CORREO</b>	Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.livanta.com">www.livanta.com</a>

---

## **SECCIÓN 5 Seguro Social**

---

El Seguro Social es responsable de determinar la elegibilidad y manejar la inscripción para Medicare. Los ciudadanos de EE. UU. y los residentes permanentes legales que tienen 65 años o más, o que tienen una discapacidad o enfermedad renal en etapa terminal y cumplen con ciertas condiciones, son elegibles para acceder a Medicare. Si ya está recibiendo cheques del Seguro Social, la inscripción en Medicare es automática. Si no recibe cheques del Seguro Social, debe inscribirse en Medicare. El Seguro Social maneja el proceso de inscripción en Medicare. Para solicitar Medicare, puede llamar al Seguro Social o visitar la oficina del Seguro Social local.

El Seguro Social también es responsable de determinar quién tiene que pagar un importe adicional por la cobertura de medicamentos de la Parte D debido a sus ingresos más altos. Si recibió una carta del Seguro Social donde se le informa que tiene que pagar el importe adicional y tiene preguntas acerca del importe, o si sus ingresos disminuyeron debido a un evento que ha supuesto un cambio en su situación vital, puede llamar al Seguro Social para solicitar una reconsideración.

Si se muda o cambia su dirección postal, es importante llamar al Seguro Social para avisar.



Método	Seguro Social: información de contacto
<b>LLAMADAS</b>	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de lunes a viernes, de 7:00 am a 7:00 pm. Puede utilizar los servicios telefónicos automáticos del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunas transacciones durante las 24 horas del día.
<b>TTY</b>	1-800-325-0778 Para llamar a este número, se necesita un equipo telefónico especial, y está destinado solo a personas con dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de lunes a viernes, de 7:00 am, hora del Este, a 7:00 pm.
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.ssa.gov/">www.ssa.gov/</a>

---

## **SECCIÓN 6 Medicaid** (un programa conjunto del gobierno federal y estatal conjunto que brinda ayuda con los costos médicos a algunas personas con ingresos y recursos limitados)

---

Medicaid es un programa conjunto del gobierno federal y estatal que brinda ayuda con los costos médicos a personas con ingresos y recursos limitados. Algunas personas con Medicare también son elegibles para acceder a Medicaid.

Además, existen programas ofrecidos a través de Medicaid que ayudan a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare, como las primas de Medicare. Estos “Programas de ahorro de Medicare” ayudan a las personas con recursos e ingresos limitados a ahorrar dinero cada año:

- **Beneficiario calificado de Medicare (QMB):** ayuda a pagar las primas de Medicare Parte A y Parte B y la participación en los costos (como deducibles, coseguro y copagos). (Algunas personas con QMB también son elegibles para obtener los beneficios completos de Medicaid: [QMB+]).
- **Beneficiario específico de Medicare de bajos ingresos (SLMB):** ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunas personas con SLMB también son elegibles para obtener los beneficios completos de Medicaid: [SLMB+]).
- **Persona calificada (QI):** ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Persona discapacitada calificada con actividad laboral (QDWI):** ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Para obtener más información sobre Medicaid y sus programas, comuníquese con el Departamento de Salud del Estado de Nueva York.

<b>Método</b>	<b>Departamento de Salud del Estado de Nueva York (programa Medicaid de Nueva York): información de contacto</b>
<b>LLAMADAS</b>	1-800-541-2831 De 9:00 am a 5:00 pm, de lunes a viernes
<b>TTY</b>	711 (servicio de retransmisión del Estado de Nueva York) Para llamar a este número, se necesita un equipo telefónico especial, y está destinado solo a personas con dificultades para oír o hablar.
<b>CORREO</b>	New York State Department of Health Corning Tower Empire State Plaza Albany, NY 12237
<b>SITIO WEB</b>	<a href="https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/">https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/</a>

---

## **SECCIÓN 7 Información acerca de programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos con receta**

---

### **Programa de “Ayuda Adicional” de Medicare**

Medicare ofrece “Ayuda Adicional” para pagar los costos de los medicamentos con receta a personas que tienen ingresos y recursos limitados. Los recursos incluyen sus ahorros y acciones, pero no su hogar ni su automóvil. Si califica, recibirá ayuda para pagar la prima mensual de cualquier plan de medicamentos de Medicare, el deducible anual y los copagos o los coseguros de los medicamentos con receta. Esta “Ayuda Adicional” también se computa para sus gastos de bolsillo.

Las personas con ingresos y recursos limitados pueden calificar para “Ayuda Adicional”. Algunas personas califican automáticamente para “Ayuda Adicional” y no es necesario que la soliciten. Medicare le envía una carta a las personas que califican automáticamente para “Ayuda Adicional”.

Puede obtener “Ayuda Adicional” para pagar las primas y los costos de sus medicamentos con receta. Para saber si califica para “Ayuda Adicional”, llame a alguno de los siguientes números:

- 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).
- La Oficina de Seguro Social al 1-800-772-1213, de lunes a viernes, de 7 am a 7 pm. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes); o a

- La Oficina de Medicaid de su estado (solicitudes). (Consulte la Sección 6 de este capítulo para obtener la información de contacto).

Si cree que califica para “Ayuda Adicional” y cree que está pagando un importe de participación en los costos incorrecto cuando obtiene sus medicamentos con receta en una farmacia, nuestro plan ha implementado un proceso que le permite solicitar asistencia para obtener evidencia de su nivel de copago adecuado, o bien, si ya tiene la evidencia, presentarnos esta evidencia.

- Llame al Servicio de atención al cliente de nuestro plan, al número indicado en la contraportada de este manual, e infórmenos que cuenta con la evidencia. También puede enviarnos la evidencia por correo a la siguiente dirección:

EmblemHealth  
Attention: Medicare Enrollment  
P.O. Box 2859  
New York, NY 10117-7894

**La documentación que acepta Medicare como evidencia incluye:**

- Una copia de la tarjeta de Medicaid del beneficiario que incluya el nombre del beneficiario y una fecha de elegibilidad durante un mes después de junio del año calendario anterior.
- Una copia de un documento estatal que confirme el estado activo en Medicaid durante un mes después de junio del año calendario anterior.
- Una impresión del archivo de inscripción electrónica estatal que demuestre el estado en Medicaid durante un mes después de junio del año calendario anterior.
- Otra documentación proporcionada por el estado que demuestre el estado en Medicaid durante un mes después de junio del año calendario anterior.
- Si se considera que es elegible, una solicitud presentada que confirme que usted es “...automáticamente elegible para recibir Ayuda Adicional...”.
- Para las personas que no se consideran elegibles, pero que solicitan y se determina que son elegibles para el subsidio por bajos ingresos, una copia de la carta de otorgamiento de la Medicare establece esta reducción y la Administración del Seguro Social (SSA).
- Si recibe servicios basados en la comunidad y el hogar (HCBS), una copia emitida por el estado de un Aviso de acción, Aviso de determinación o Aviso de inscripción que incluya su nombre y la fecha de elegibilidad para HCBS durante un mes después de junio del año calendario anterior.
- Si recibe HCBS, un comprobante del centro que demuestre el pago de Medicaid por un mes calendario completo durante un mes después de junio del año calendario anterior.

**Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes**

---

- Si recibe HCBS, una copia de un documento estatal que confirme el pago de Medicaid en su nombre al centro por un mes calendario completo después de junio del año calendario anterior.
- Si recibe HCBS, una impresión de pantalla de los sistemas de Medicaid estatal que demuestre su estado institucional en función de, al menos, un mes calendario completo para los pagos de Medicaid durante un mes después de junio del año calendario anterior.
- Si recibe HCBS, una copia del plan de servicios de HCBS aprobado por el estado que incluya su nombre y fecha de entrada en vigor que comience durante un mes después de junio del año calendario anterior.
- Si recibe HCBS, una copia de una carta de aprobación de autorización anterior emitida por el estado para HCBS que incluya su nombre y fecha de entrada en vigor que comience durante un mes después de junio del año calendario anterior.
- Si recibe HCBS, otra documentación proporcionada por el estado que demuestre el estado de elegibilidad para HCBS durante un mes después de junio del año calendario anterior.
- Si recibe HCBS, un documento emitido por el estado, como un aviso de pago, que confirme el pago por HCBS e incluya su nombre y las fechas de los HCBS.

Si no está seguro sobre qué documentación es necesaria para la evidencia, comuníquese con el Servicio de atención al cliente de nuestro plan y una persona le informará qué documentos son aceptables por Medicare como evidencia (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual). Una vez que haya obtenido la documentación, el Servicio de atención al cliente puede indicarle a dónde enviar la información para el plan para actualizar sus registros con la cantidad de participación en los costos correcta.

- Cuando recibamos la evidencia que muestra su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que pueda pagar el copago correcto cuando reciba su próximo medicamento con receta en la farmacia. Si paga un copago más alto de lo que debería, recibirá un reembolso. Le enviaremos un cheque por el importe del pago excesivo o descontaremos de copagos futuros. Si la farmacia no le ha cobrado un copago y tiene registrado el copago como una deuda suya, le haremos el pago directamente a la farmacia. Si un estado pagó en su nombre, podríamos hacer el pago directamente al estado. Si tiene preguntas, llame al Servicio de atención al cliente (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual).

**Programa de descuento de interrupción de cobertura de Medicare**

El Programa de descuento de interrupción de cobertura de Medicare (Coverage Gap Discount Program) ofrece descuentos del fabricante en medicamentos de marca a miembros de la Parte D que han alcanzado la interrupción de cobertura y no reciben “Ayuda Adicional”. Para los medicamentos de marca, el 70 % de descuento proporcionado por los fabricantes excluye la

tarifa de entrega para los costos en la interrupción. Los miembros pagan el 25 % del precio negociado y una parte de la tarifa de entrega para los medicamentos de marca.

Si alcanza la interrupción de cobertura, automáticamente aplicaremos el descuento cuando su farmacia le facture su medicamento con receta, y su Explicación de beneficios (EOB) de la Parte D le mostrará cualquier descuento proporcionado. Tanto el importe que usted paga como el importe descontado por el fabricante computan para sus gastos de bolsillo como si usted los hubiera pagado, y le permiten avanzar en la interrupción de cobertura. El importe pagado por el plan (5 %) no se computa para sus gastos de bolsillo.

También recibe una cierta cobertura para los medicamentos genéricos. Si alcanza la interrupción de cobertura, el plan paga el 75 % del precio para los medicamentos genéricos y usted paga el 25 % restante del precio. Para los medicamentos genéricos, el importe pagado por el plan (75 %) no se computa para sus gastos de bolsillo. Solamente el importe que usted paga cuenta y le permite avanzar en la interrupción de cobertura. Además, la tarifa de entrega está incluida como parte del costo del medicamento.

Si tiene preguntas acerca de la disponibilidad de descuentos para los medicamentos que está recibiendo o acerca del Programa de descuento por interrupción de cobertura de Medicare (Medicare Coverage Gap Discount Program) en general, comuníquese con el Servicio de atención al cliente (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual).

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

Si está inscrito en un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP) o en cualquier otro programa que brinda cobertura para medicamentos de la Parte D (distinto de la “Ayuda Adicional”), recibirá el 70 % de descuento en medicamentos de marca cubiertos. Además, el plan paga el 5 % de los costos de los medicamentos de marca en la interrupción de cobertura. El descuento del 70 % y el 5 % pagado por el plan se aplican al precio del medicamento antes de cualquier cobertura del SPAP u otra cobertura.

### **¿Qué sucede si tiene cobertura de un Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP)?**

#### **¿Qué es el Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP)?**

El Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP) ayuda a que las personas elegibles para el ADAP que padecen VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH que ayudan a salvarles la vida. Los medicamentos con receta Parte D de Medicare que también están cubiertos por el Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP) califican para recibir asistencia con la participación en los costos de medicamentos con receta del Programa de atención para personas con VIH sin seguro del Estado de Nueva York. Nota: Para ser elegibles para el ADAP que funciona en su estado, las personas deben satisfacer determinados criterios, lo que incluye prueba de residencia en el estado y estado con respecto al VIH, bajos ingresos según lo defina el estado y condición de persona sin seguro/con seguro insuficiente.

Si actualmente está inscrito en un ADAP, el programa puede seguir ofreciéndole asistencia con la participación en los costos de medicamentos con receta de Medicare Parte D para medicamentos en la farmacia del ADAP. Para confirmar si continúa recibiendo esta asistencia, notifique al encargado de inscripción del ADAP local acerca de cualquier cambio en su nombre o número de póliza de su plan de la Medicare Parte D al 1-800-542-2437 (para residentes del estado de Nueva York) y al 1-518-459-1641 (para no residentes del estado de Nueva York). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-518-459-0121.

Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al Programa de atención para personas con VIH sin seguro (HIV Uninsured Care Program) del estado de Nueva York al 1-800-542-2437 (para residentes del estado de Nueva York) o al 1-518-459-1641 (para personas que no residen en el estado de Nueva York). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-518-459-0121.

<b>Método</b>	<b>Programa de atención para personas con VIH sin seguro del estado de Nueva York: información de contacto</b>
<b>LLAMADAS</b>	1-800-542-2437 (para residentes del estado de Nueva York) 1-518-459-1641 (para no residentes del estado de Nueva York)
<b>TTY</b>	1-518-459-0121 Para llamar a este número, se necesita un equipo telefónico especial, y está destinado solo a personas con dificultades para oír o hablar.
<b>CORREO</b>	New York State HIV Uninsured Care Program Empire Station P.O. Box 2052 Albany, NY 12220-0052
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.health.ny.gov/diseases/aids/general/resources/adap">http://www.health.ny.gov/diseases/aids/general/resources/adap</a>

### **¿Qué sucede si recibe “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar los costos de medicamentos con receta? ¿Puede recibir descuentos?**

No. Si recibe “Ayuda Adicional”, ya obtiene cobertura para los costos de sus medicamentos con receta durante la interrupción de cobertura.

### **¿Qué sucede si no recibe un descuento y cree que debería haberlo recibido?**

Si cree que ha alcanzado la interrupción de cobertura y no obtuvo un descuento cuando pagó su medicamento de marca, debe evaluar su próxima notificación de *Explicación de beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D). Si el descuento no figura en su *Explicación de beneficios de la Parte D*, debe comunicarse con nosotros para confirmar que los registros de sus medicamentos con receta sean correctos y estén actualizados. Si no estamos de acuerdo en que se le debe un

descuento, podrá apelar. Puede obtener ayuda para presentar una apelación a través del Programa estatal de asistencia con seguros de salud (SHIP) (los números de teléfono se encuentran en la Sección 3 de este capítulo) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

### **Programas estatales de asistencia farmacéutica**

Muchos estados tienen Programas estatales de asistencia farmacéutica que ayudan a las personas a pagar los medicamentos con receta según sus necesidades económicas, edad, condición médica o discapacidades. Cada estado tiene reglas diferentes para ofrecer la cobertura de medicamentos a sus miembros.

En el Estado de Nueva York, el Programa estatal de asistencia farmacéutica es el Programa de cobertura de seguro farmacéutico para personas mayores (EPIC).

<b>Método</b>	<b>Programa de cobertura de seguro farmacéutico para personas de edad avanzada (EPIC) (Programa de asistencia farmacéutica del estado de Nueva York): Información de contacto</b>
<b>LLAMADAS</b>	1-800-332-3742 El horario de atención es de 8:30 am a 5:00 pm, de lunes a viernes.
<b>TTY</b>	1-800-290-9138 Para llamar a este número, se necesita un equipo telefónico especial, y está destinado solo a personas con dificultades para oír o hablar.
<b>CORREO</b>	EPIC P.O. Box 15018 Albany, NY 12212-5018
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.health.ny.gov/health_care/epic/">http://www.health.ny.gov/health_care/epic/</a>

---

## **SECCIÓN 8      Cómo comunicarse con la Junta de Retiro Ferroviario**

---

La Junta de Retiro Ferroviario es una agencia federal independiente que administra programas integrales de beneficios para los trabajadores ferroviarios nacionales y sus familias. Si tiene preguntas sobre sus beneficios de la Junta de Retiro Ferroviario, comuníquese con la agencia.

Si usted recibe su cobertura de Medicare a través de la Junta de Retiro Ferroviario, es importante que le informe si se muda o cambia su domicilio postal.

Método	Junta de Retiro Ferroviario: información de contacto
<b>LLAMADAS</b>	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Si presiona “0”, puede hablar con un representante de la Junta de Jubilación para Empleados Ferroviarios (RRB) de las 9:00 am a las 3:30 pm, lunes, martes, jueves y viernes, y de 9:00 am a 12:00 pm los miércoles. Si presiona “1”, puede acceder a la Línea de ayuda automatizada de RRB con información grabada las 24 horas del día, incluidos los fines de semana y feriados.
<b>TTY</b>	1-312-751-4701 Para llamar a este número, se necesita un equipo telefónico especial, y está destinado solo a personas con dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número <i>no</i> son gratuitas.
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://rrb.gov/">rrb.gov/</a>

---

## **SECCIÓN 9      ¿Tiene “seguro grupal” u otro seguro de salud de un empleador?**

---

Si usted (o su cónyuge) obtiene beneficios de su empleador o grupo de jubilados (o del de su cónyuge) como parte de este plan, puede llamar al administrador de beneficios del empleador/sindicato o al Servicio de atención al cliente si tiene alguna pregunta. Puede preguntar por su período de inscripción, primas o beneficios de salud de jubilado o los del plan de su empleador (o los de su cónyuge). (Los números de teléfono del Servicio de atención al cliente se encuentran en la contraportada de este manual). También puede llamar a 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048) si tiene preguntas relacionadas con su cobertura de Medicare en virtud de este plan.

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



# CAPÍTULO 3

*Uso de la cobertura del plan para sus  
medicamentos con receta Parte D*

## Capítulo 3. Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos con receta Parte D

### **Capítulo 3. Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos con receta Parte D**

<b>SECCIÓN 1</b>	<b>Introducción.....</b>	<b>43</b>
Sección 1.1	En este capítulo se describe su cobertura de medicamentos de la Parte D ...	43
Sección 1.2	Reglas básicas para la cobertura de medicamentos de la Parte D del plan ...	44
<b>SECCIÓN 2</b>	<b>Llene sus recetas en una farmacia de la red o a través del servicio de pedidos por correo del plan.....</b>	<b>44</b>
Sección 2.1	Para que se le cubra su medicamento con receta, use una farmacia de la red.....	44
Sección 2.2	Cómo encontrar farmacias de la red.....	45
Sección 2.3	Uso de los servicios de pedidos por correo del plan .....	46
Sección 2.4	¿Cómo puede obtener un suministro de medicamentos a largo plazo?.....	47
Sección 2.5	¿Cuándo puede usar una farmacia que no está en la red del plan? .....	48
<b>SECCIÓN 3</b>	<b>Sus medicamentos deben estar incluidos en la lista de medicamentos del plan .....</b>	<b>49</b>
Sección 3.1	La “Lista de medicamentos” dice cuáles medicamentos de la Parte D están cubiertos .....	49
Sección 3.2	Hay cinco “categorías de costo compartido” en la Lista de medicamentos ..	50
Sección 3.3	¿Cómo puede averiguar si un medicamento específico está en la Lista de medicamentos? .....	51
<b>SECCIÓN 4</b>	<b>Hay restricciones en la cobertura de algunos medicamentos .....</b>	<b>51</b>
Sección 4.1	¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?.....	51
Sección 4.2	¿Qué clases de restricciones? .....	52
Sección 4.3	¿Es alguna de estas restricciones aplicable a sus medicamentos?.....	53
<b>SECCIÓN 5</b>	<b>¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto del modo en que desearía que esté cubierto?.....</b>	<b>53</b>
Sección 5.1	Hay cosas que usted puede hacer si su medicamento no está cubierto de la forma en que desearía que estuviera cubierto.....	53
Sección 5.2	¿Qué puede hacer si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o si el medicamento está restringido de algún modo?.....	54
Sección 5.3	¿Qué puede hacer si su medicamento está en una categoría de participación en los costos que usted considera que es muy alta? .....	56

### Capítulo 3. Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos con receta Parte D

<b>SECCIÓN 6</b>	<b>¿Qué sucede si su cobertura cambia para uno de sus medicamentos? .....</b>	<b>57</b>
Sección 6.1	La Lista de medicamentos puede cambiar durante el año .....	57
Sección 6.2	¿Qué sucede si la cobertura cambia por un medicamento que está tomando? .....	57
<b>SECCIÓN 7</b>	<b>¿Qué tipos de medicamentos <i>no</i> están cubiertos por el plan? .....</b>	<b>60</b>
Sección 7.1	Tipos de medicamentos que no cubrimos .....	60
<b>SECCIÓN 8</b>	<b>Muestre su tarjeta de membresía del plan cuando adquiera un medicamento con receta .....</b>	<b>61</b>
Sección 8.1	Muestre su tarjeta de membresía .....	61
Sección 8.2	¿Qué sucede si no tiene su tarjeta de membresía con usted? .....	61
<b>SECCIÓN 9</b>	<b>Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales .....</b>	<b>62</b>
Sección 9.1	¿Qué sucede si está en un hospital o en un centro de enfermería especializada por una estancia que está cubierta por Original Medicare? ....	62
Sección 9.2	¿Qué sucede si es residente en un centro de cuidados a largo plazo (LTC)? .....	62
Sección 9.3	¿Qué sucede si está tomando medicamentos cubiertos por Original Medicare? .....	63
Sección 9.4	¿Qué sucede si tiene una póliza de Medigap (seguro suplementario de Medicare) con cobertura de medicamentos con receta? .....	63
Sección 9.5	¿Qué sucede si también cuenta con cobertura de medicamentos de un plan de su grupo de jubilados o empleador? .....	64
Sección 9.6	¿Qué sucede si está un hospicio certificado por Medicare? .....	64
<b>SECCIÓN 10</b>	<b>Programas sobre la seguridad del medicamento y el manejo de los medicamentos .....</b>	<b>65</b>
Sección 10.1	Programas para ayudar a los miembros a usar los medicamentos de modo seguro .....	65
Sección 10.2	Programa de control de medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a administrarse sus medicamentos opioides de modo seguro .....	66
Sección 10.3	Control de terapia de medicamentos (MTM) y otros programas para ayudar a los miembros a controlar sus medicamentos .....	66

## Capítulo 3. Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos con receta Parte D



### ¿Sabía que existen programas para ayudar a las personas a pagar sus medicamentos?

Existen programas para ayudar a las personas con recursos limitados a pagar sus medicamentos. Entre ellos, se incluyen los programas de “Ayuda Adicional” y los programas de asistencia farmacéutica estatal. Para obtener más información, consulte el Capítulo 2, Sección 7.

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

Si está en un programa que ayuda a pagar sus medicamentos, es posible que **algo de la información en esta Evidencia de Cobertura sobre los costos de los medicamentos con receta Parte D no sea aplicable a usted**. Le enviamos un folleto por separado, denominado “Cláusula de la Evidencia de Cobertura para quienes reciben Ayuda Adicional para sus medicamentos con receta” (también conocida como “Cláusula de subsidio por bajos ingresos” [LIS]), que le informa sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este folleto, llame al Servicio de atención al cliente y solicite la “Cláusula LIS”. (Los números de teléfono del Servicio de atención al cliente se encuentran en la contraportada de este manual).

## SECCIÓN 1 Introducción

<b>Sección 1.1</b>	<b>En este capítulo se describe su cobertura de medicamentos de la Parte D</b>
--------------------	--

En este capítulo se **explican las reglas para usar su cobertura de medicamentos de la Parte D**. El próximo capítulo le indica qué paga usted por los medicamentos de la Parte D (Capítulo 4: *Lo que usted paga por sus medicamentos con receta Parte D*).

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

- Medicare Parte A cubre los medicamentos que reciba durante estancias hospitalarias o en un centro de enfermería especializada cubiertas por Medicare.
- Medicare Parte B además ofrece beneficios para algunos medicamentos. La Parte B incluye determinados medicamentos de quimioterapia, determinadas inyecciones de medicamentos que se le administran durante una visita al consultorio y los medicamentos que recibe en un centro de diálisis.

Los dos ejemplos de medicamentos antes descritos están cubiertos por Original Medicare. (Para obtener más información acerca de esta cobertura, consulte su manual *Medicare y usted*). Los medicamentos con receta Parte D tienen cobertura en nuestro plan.

## Capítulo 3. Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos con receta Parte D

### Sección 1.2 Reglas básicas para la cobertura de medicamentos de la Parte D del plan

En general, el plan cubrirá sus medicamentos siempre que usted cumpla estas reglas básicas:

- Su receta debe ser emitida por un proveedor (médico, dentista u otro profesional autorizado para recetar).
- El profesional autorizado para recetar debe aceptar Medicare o presentar documentación ante los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) que demuestre que está calificado para emitir recetas; de lo contrario, se le denegará su reclamación de la Parte D. La próxima vez que llame o visite a los profesionales autorizados para recetar debe preguntarles si cumplen con esta condición. De lo contrario, tenga en cuenta que la presentación de la documentación necesaria por parte del profesional autorizado para recetar lleva tiempo para procesarla.
- Por lo general, para obtener sus medicamentos con receta debe usar una farmacia de la red. (Consulte la Sección 2, *Llene sus recetas en una farmacia de la red o a través del servicio de pedidos por correo del plan*).
- Su medicamento debe estar en la *Lista de medicamentos cubiertos (Farmacopea)* del plan (en forma abreviada, la denominamos “Lista de medicamentos”). (Consulte la Sección 3, *Sus medicamentos tienen que estar incluidos en la “Lista de medicamentos” del plan*).
- Su medicamento debe utilizarse para una indicación aceptada médicamente. Una “indicación aceptada médicamente” es un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o respaldado por libros de referencia específicos. (Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre una indicación aceptada médicamente).

## SECCIÓN 2 Llene sus recetas en una farmacia de la red o a través del servicio de pedidos por correo del plan

### Sección 2.1 Para que se le cubra su medicamento con receta, use una farmacia de la red

En la mayoría de los casos, sus medicamentos con receta están cubiertos *solo* si se obtienen en una de las farmacias de la red del plan. (Consulte la Sección 2.5 para obtener más información sobre cuándo cubrimos medicamentos con receta obtenidos en farmacias fuera de la red).

Una farmacia de la red es una farmacia que tiene un contrato con el plan para proporcionar sus medicamentos con receta cubiertos. El término “medicamentos cubiertos” hace referencia a todos los medicamentos con receta Parte D que están cubiertos en la lista de medicamentos del plan.

## Capítulo 3. Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos con receta Parte D

Nuestra red incluye farmacias que ofrecen participación en los costos estándar y farmacias que ofrecen participación en los costos preferida. Puede recurrir a cualquier tipo de farmacia de la red para recibir sus medicamentos con receta cubiertos. Su participación en los costos puede ser menor en las farmacias con participación en los costos preferida.

### Sección 2.2      Cómo encontrar farmacias de la red

#### ¿Cómo encuentra una farmacia de la red en su zona?

Para encontrar una farmacia de la red, puede consultar su *Directorio de farmacias*, visitar nuestro sitio web ([emblemhealth.com/medicare](http://emblemhealth.com/medicare)), o llamar al servicio de atención al cliente (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual).

Puede ir a cualquiera de nuestras farmacias de la red. Sin embargo, los costos de sus medicamentos cubiertos pueden ser incluso inferiores si usa una farmacia de la red que ofrece participación en los costos preferida, en lugar de una farmacia de la red que ofrece participación en los costos estándar. En el *Directorio de farmacias* encontrará información sobre cuáles farmacias de la red ofrecen participación en los costos preferida. Comuníquese con nosotros para obtener más información acerca de cómo sus gastos de bolsillo podrían ser diferentes para los diferentes medicamentos. Si cambia de una farmacia de la red a otra y necesita resurtir un medicamento que ha estado tomando, puede solicitar o bien que su proveedor le extienda una nueva receta o pedir que su receta se transfiera a la nueva farmacia de la red que usted elija.

#### ¿Qué sucede si la farmacia que usted ha estado usando abandona la red?

Si la farmacia que ha estado usando abandona la red del plan, usted deberá buscar una nueva farmacia que esté en la red. O bien, si la farmacia que ha estado usando sigue dentro de la red pero ya no ofrece participación en los costos preferida, puede que usted quiera cambiarse a una farmacia diferente. Para encontrar otra farmacia de la red en su zona, puede obtener ayuda a través del servicio de atención al cliente (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual), o puede usar el *Directorio de farmacias*. También puede obtener información en nuestro sitio web, en [emblemhealth.com/medicare](http://emblemhealth.com/medicare).

#### ¿Qué sucede si necesita una farmacia especializada?

A veces, debe adquirir sus medicamentos con receta en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen:

- Farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusión domiciliaria.
- Farmacias que suministran medicamentos para los residentes de un centro de cuidados a largo plazo (LTC). Generalmente, un centro de cuidados a largo plazo (como un hogar de ancianos) tiene su propia farmacia. Si se encuentra en un centro de LTC, debemos asegurarnos de que pueda recibir sistemáticamente sus beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias de LTC, que por lo general, es la farmacia que usa el centro

### Capítulo 3. Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos con receta Parte D

de LTC. Si tiene alguna dificultad para obtener acceso a sus beneficios de la Parte D en un centro de LTC, comuníquese con el Servicio de atención al cliente.

- Farmacias que brindan servicios al Servicio de Salud Indígena y al Programa de salud para indígenas urbanos/tribales (no disponible en Puerto Rico). A excepción de los casos de emergencia, solo los nativos americanos o los nativos de Alaska tienen acceso a dichas farmacias en nuestra red.
- Farmacias que dispensan medicamentos que están restringidos por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) en determinados lugares o que requieren un manejo especial, la coordinación del proveedor o capacitación sobre su uso. (Nota: es poco frecuente que ocurra un caso así).

Para ubicar una farmacia especializada, consulte sur *Directorio de farmacias* o llame al Servicio de atención al cliente (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual).

#### Sección 2.3      Uso de los servicios de pedidos por correo del plan

Para determinados tipos de medicamentos, puede usar los servicios de pedidos por correo de la red del plan. Por lo general, los medicamentos que se proporcionan a través de los pedidos por correo son los medicamentos que usted toma a diario para una condición médica crónica o a largo plazo. Los medicamentos disponibles mediante el servicio de pedidos por correo de nuestro plan aparecen marcados como **medicamentos “MO” (pedidos por correo)** en nuestra lista de medicamentos.

El servicio de pedidos por correo de nuestro plan le permite solicitar *un suministro del medicamento de por lo menos 30 días y un suministro de no más de 90 días*.

Para obtener formularios de pedido e información sobre cómo surtir sus recetas por correo, comuníquese con el Servicio de atención al cliente (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual).

Por lo general, un pedido de farmacia por correo le llegará en no más de 14 días. Para asegurarse de tener siempre un suministro de medicamentos, puede pedirle a su médico que le extienda una receta por un mes, con la cual podrá adquirir sus medicamentos con receta en una farmacia de venta al detalle de inmediato, y una segunda receta por hasta 90 días, que podrá enviar junto con su formulario de pedido por correo.

#### **Recetas nuevas que la farmacia recibe directamente del consultorio de su médico.**

La farmacia automáticamente surtirá y entregará los nuevos medicamentos con receta solicitados por los proveedores de atención médica, sin antes consultarlo con usted, si:

- Usted usó los servicios de pedidos por correo con este plan en el pasado, o
- Usted está registrado para la entrega automática de todos los nuevos medicamentos con receta solicitados directamente por los proveedores de atención médica. Puede solicitar la

### Capítulo 3. Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos con receta Parte D

---

entrega automática de todos los medicamentos con receta nuevos ahora o en cualquier momento llamando al Servicio de atención al cliente de Express Scripts al 1-877-866-5828.

Si recibe automáticamente por correo un medicamento con receta que no desea y no fue contactado para verificar si lo quería antes de que se lo enviaran, puede que sea elegible para recibir un reembolso.

Si usó el pedido por correo previamente y no quiere que la farmacia le surta y le envíe automáticamente cada medicamento con receta nuevo, comuníquese con nosotros llamando al Servicio de atención al cliente de Express Scripts al 1-877-866-5828.

Si nunca utilizó nuestro servicio de pedidos por correo y/o decide suspender el despacho automático de medicamentos nuevos, la farmacia se comunicará con usted cada vez que obtenga una nueva receta de un proveedor de atención médica para verificar si usted desea adquirir y recibir el medicamento de inmediato. Esto le dará la oportunidad de garantizar que la farmacia le entregue el medicamento correcto (incluida la concentración, cantidad y formulación) y, según sea necesario, le permitirá cancelar o posponer el pedido antes de que se lo facturen y envíen. Es importante que responda cada vez que la farmacia se comunique con usted, para que sepan qué hacer con la nueva receta y para evitar retrasos en el envío.

Para evitar las entregas automáticas de nuevos medicamentos con receta solicitados directamente desde el consultorio de su proveedor de atención médica, comuníquese con nosotros llamando al Servicio de atención al cliente de Express Scripts al 1-877-866-5828.

**Resurtido de medicamentos con receta a través de pedidos por correo.** Para resurtir medicamentos, comuníquese con la farmacia 30 días antes de que se le acaben los que tiene, para asegurarse de que su próximo pedido se envíe a tiempo.

Para que la farmacia pueda comunicarse con usted a fin de confirmar su pedido antes de enviarlo, asegúrese de hacerle saber a la farmacia las mejores maneras de contactarlo llamando al Servicio de atención al cliente de Express Scripts al 1-877-866-5828.

<b>Sección 2.4</b>	<b>¿Cómo puede obtener un suministro de medicamentos a largo plazo?</b>
--------------------	---

Cuando reciba suministros de medicamentos a largo plazo, su participación en los costos puede ser menor. El plan ofrece dos maneras de obtener un suministro a largo plazo (también denominado “suministro extendido”) de medicamentos de “mantenimiento” en la lista de medicamentos de nuestro plan. (Los medicamentos de mantenimiento son aquellos que usted toma a diario para una condición médica crónica o a largo plazo). Puede solicitar este suministro a través de pedidos por correo (consulte la Sección 2.3) o puede ir a una farmacia de venta al detalle.



### Capítulo 3. Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos con receta Parte D

1. **Algunas farmacias de venta al detalle** en nuestra red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. En su *Directorio de farmacias* se le informa qué farmacias de nuestra red pueden proporcionarle un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar al Servicio de atención al cliente para obtener más información (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual).
2. Para determinados tipos de medicamentos, puede usar los **servicios de pedidos por correo** de la red del plan. Los medicamentos disponibles mediante el servicio de pedidos por correo de nuestro plan aparecen marcados como **medicamentos “MO”** (pedidos por correo) en nuestra lista de medicamentos. El servicio de pedidos por correo de nuestro plan le permite solicitar un suministro del medicamento de *por lo menos* 30 días y un suministro de *no más* de 90 días. Consulte la Sección 2.3 para obtener más información sobre el uso de nuestros servicios de pedidos por correo.

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

#### Puede que su medicamento con receta tenga cobertura en determinadas situaciones

En general, cubrimos los medicamentos que se dispensan en una farmacia fuera de la red *solamente* cuando no puede usar una farmacia de la red. A fin de ayudarlo, tenemos farmacias de la red fuera del área de servicio donde puede adquirir sus medicamentos con receta como miembro de nuestro plan. Si no puede usar una farmacia de la red, estas son las circunstancias en las que cubrimos los medicamentos con receta surtidos en una farmacia fuera de la red:

- Si viaja fuera del área de servicio del plan y se queda sin sus medicamentos cubiertos por la Parte D, o los pierde, y no puede acceder a una farmacia de la red (para obtener más información sobre el área de servicio del plan, consulte el Capítulo 1, Sección 2.3 de este manual).
- Si viaja fuera del área de servicio del plan, se enferma y necesita un medicamento cubierto Parte D y no tiene acceso a una farmacia de la red (para obtener más información sobre el área de servicio del plan, consulte el Capítulo 1, Sección 2.3 de este manual).
- Si adquiere un medicamento con receta para un medicamento cubierto por la Parte D de manera oportuna, y ese medicamento en particular cubierto por la Parte D (por ejemplo, un medicamento de especialidad que normalmente los fabricantes o los proveedores envían directamente) no forma parte del inventario regular de la red de farmacias minoristas accesibles o de las farmacias con servicio de envío por correo.
- Si recibe medicamentos cubiertos por la Parte D que le despacha una farmacia institucional fuera de la red mientras es un paciente en una sala de emergencia, en una clínica de un proveedor, de cirugía ambulatoria u otros entornos ambulatorios y, por lo tanto, no puede adquirir sus medicamentos en una farmacia de la red.

### Capítulo 3. Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos con receta Parte D

- Si hay una declaración federal de desastre u otra declaración de emergencia de salud pública en la que deba ser evacuado o desplazado de alguna otra manera de su residencia, y no se puede esperar razonablemente que obtenga medicamentos cubiertos por la Parte D en una farmacia de la red; además, en circunstancias en las que los canales de distribución normales no estén disponibles, el plan aplicará libremente las políticas fuera de la red para facilitar el acceso a los medicamentos.
- Si va a recibir una vacuna que es necesaria médicamente, pero no está cubierta por Medicare Parte B, o bien algunos medicamentos cubiertos que se administran en el consultorio del médico.

En estas situaciones, **verifique primero con el Servicio de atención al cliente** para ver si hay alguna farmacia de la red cercana. (Los números de teléfono del Servicio de atención al cliente se encuentran en la contraportada de este manual). Es posible 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.

#### ¿Cómo puede solicitar un reembolso del plan?

Si debe usar una farmacia fuera de la red, por lo general, deberá pagar el costo completo (en lugar de su participación habitual en el costo) al momento de abastecer su receta médica. Puede pedirnos que le reembolsemos nuestra parte del costo. (La Sección 2.1 del Capítulo 5 explica cómo pedir que su plan le haga un reintegro).

---

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

---

<b>Sección 3.1 La “Lista de medicamentos” dice cuáles medicamentos de la Parte D están cubiertos</b>
--

El plan tiene una “*Lista de medicamentos cubiertos (Farmacopea)*”. En esta *Evidencia de Cobertura*, la denominamos la “**Lista de medicamentos” de forma abreviada.**

Los medicamentos de esta lista son elegidos por el plan, con la ayuda de un equipo de médicos y farmacias. La lista debe cumplir con los requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la Lista de medicamentos del plan.

Los medicamentos de la Lista de medicamentos son solo aquellos cubiertos por Medicare Parte D (antes en este capítulo, en la Sección 1.1 se explica sobre los medicamentos de la Parte D).

Por lo general, cubrimos un medicamento de la Lista de medicamentos del plan siempre y cuando siga las otras reglas de cobertura que se explican en este capítulo y el uso del fármaco sea una indicación aceptada médicamente. Una “indicación aceptada médicamente” es un uso del medicamento que está, *ya sea*:

### Capítulo 3. Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos con receta Parte D

---

- Aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos. (Es decir, la Administración de Alimentos y Medicamentos aprobó el medicamento para el diagnóstico o la afección para el cual se receta).
- -- o -- respaldados por ciertas referencias, como el American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de Información DRUGDEX.

#### La Lista de medicamentos incluye los de marca y los genéricos.

Un medicamento genérico es un medicamento con receta que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Por lo general, funciona igual que el medicamento de marca y, usualmente, cuesta menos. Hay disponibles medicamentos genéricos sustitutos para muchos medicamentos de marca.

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

El plan no cubre todos los medicamentos con receta.

- En algunos casos, la ley no permite que el plan Medicare cubra determinados tipos de medicamentos (para obtener más información sobre esto, consulte la Sección 7.1 en este capítulo).
- En otros casos, hemos decidido no incluir un medicamento particular en nuestra Lista de medicamentos.

<b>Sección 3.2</b>	<b>Hay cinco “categorías de costo compartido” en la Lista de medicamentos</b>
--------------------	---

Cada medicamento de la Lista de medicamentos del plan está en una de las cinco categorías de participación en los costos. En general, cuanto más alta es la categoría de participación en los costos, más alto es el importe que debe pagar por el medicamento:

- La categoría 1 de participación en los costos incluye: medicamentos genéricos preferidos (categoría inferior)
- La categoría 2 de participación en los costos incluye: medicamentos genéricos
- La categoría 3 de participación en los costos incluye: medicamentos de marca preferidos
- La categoría 4 de participación en los costos incluye: medicamentos no preferidos
- La categoría 5 de participación en los costos incluye: medicamentos de la categoría de especialidad (categoría superior)

Para averiguar en qué categoría de participación en los costos está su medicamento, verifique en la Lista de medicamentos del plan.

## Capítulo 3. Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos con receta Parte D

El importe que usted paga por los medicamentos en cada categoría de participación en los costos figura en el Capítulo 4 (*Lo que usted paga por sus medicamentos con receta Parte D*).

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

Usted tiene tres formas de averiguarlo:

1. Verifique la Lista de medicamentos más reciente que le proporcionamos electrónicamente.
2. Visite el sitio web del plan, en [emblemhealth.com/medicare](http://emblemhealth.com/medicare). La Lista de medicamentos que aparece en el sitio web es la más actual siempre.
3. Llame al Servicio de atención al cliente para averiguar si un medicamento en particular está en la Lista de medicamentos del plan o para solicitar una copia de la lista. (Los números de teléfono del Servicio de atención al cliente se encuentran en la contraportada de este manual).

## SECCIÓN 4 Hay restricciones en la cobertura de algunos medicamentos

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

Para determinados medicamentos con receta, hay reglas especiales que restringen cómo y cuándo los cubre el plan. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrollaron estas reglas para ayudar a nuestros miembros a que usen medicamentos en los modos más eficaces. Estas reglas especiales también ayudan a controlar los costos generales de los medicamentos, lo cual mantiene asequible su cobertura de medicamentos.

En general, nuestras reglas lo alientan a obtener un medicamento que funcione bien para su condición médica y sea seguro y eficaz. Siempre que un medicamento seguro y de menor costo funcione igual que un medicamento de costo superior, las reglas del plan se diseñaron para alentarlos a usted y a su proveedor a que usen la opción de menor costo. También necesitamos cumplir con las reglas y reglamentaciones de Medicare sobre la cobertura de los medicamentos y la participación en los costos.

**Si hay alguna restricción para su medicamento, por lo general, significa que usted o su proveedor tomarán medidas adicionales para que podamos cubrir el medicamento.** Si desea que renunciemos a la restricción por usted, necesitará usar el proceso de decisión de cobertura y solicitarnos que hagamos una excepción. Podremos o no aceptar la renuncia a la restricción por usted. (Consulte la Sección 5.2 del Capítulo 7 para obtener información sobre cómo solicitar excepciones).

## Capítulo 3. Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos con receta Parte D

Tenga en cuenta que, a veces, un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra lista de medicamentos. Esto se debe a que es posible que se apliquen diferentes restricciones o participación en los costos en función de factores tales como la concentración, el importe o la presentación del medicamento con receta por su proveedor de atención médica (por ejemplo, 10 mg frente a 100 mg; uno por día frente a dos por día; comprimido frente a líquido).

### Sección 4.2 ¿Qué clases de restricciones?

Nuestro plan usa diferentes tipos de restricciones para ayudar a nuestros miembros a usar medicamentos en las formas más eficaces. Las secciones a continuación le dan más información sobre los tipos de restricciones que usamos para determinados medicamentos.

#### La restricción de los medicamentos de marca cuando hay disponible una versión genérica

Generalmente, un medicamento “genérico” funciona del mismo modo que un medicamento de marca, y generalmente cuesta menos. **En la mayoría de los casos, cuando hay disponible una versión genérica de un medicamento de marca, nuestras farmacias de la red le proporcionarán una versión genérica.** Por lo general, no cubriremos el medicamento de marca cuando haya disponible una versión genérica. Sin embargo, si su proveedor nos informa el motivo médico por el cual ni el medicamento genérico ni otros medicamentos cubiertos para tratar la misma afección funcionarían en su caso, entonces cubriremos el medicamento de marca. (Su participación en los costos podrá ser superior para el medicamento de marca que para el medicamento genérico).

#### Cómo obtener la aprobación del plan anticipadamente

Para determinados medicamentos, usted o su proveedor necesita obtener la aprobación del plan antes de que aceptemos cubrir el medicamento por usted. Esto se conoce como “**autorización previa**”. A veces, el requisito para obtener la aprobación de modo anticipado ayuda a guiar el uso adecuado de determinados medicamentos. Si no consigue esta aprobación, es probable que su plan no cubra el medicamento.

#### Probar primero un medicamento diferente

Este requisito lo alienta a probar medicamentos menos costosos, pero igual de eficaces, antes de que el plan cubra otro medicamento. Por ejemplo, si un Medicamento A y un Medicamento B tratan la misma condición médica, es posible que el plan le solicite que pruebe el Medicamento A primero. Si el Medicamento A no le funciona, el plan cubrirá el Medicamento B. Este requisito de probar primero un medicamento diferente “**tratamiento escalonado**”.

#### Límites de cantidad

Para determinados medicamentos, limitamos la cantidad del medicamento que puede recibir mediante la limitación de cuánto medicamento puede obtener cada vez que adquiere su

## Capítulo 3. Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos con receta Parte D

medicamento con receta. Por ejemplo, si se considera seguro con normalidad tomar solamente una pastilla por día para un determinado medicamento, limitaremos la cobertura para su receta médica a no más de una pastilla por día.

### Sección 4.3 ¿Es alguna de estas restricciones aplicable a sus medicamentos?

La Lista de medicamentos del plan incluye información sobre las restricciones descritas anteriormente. Para averiguar si algunas de estas restricciones rigen para un medicamento que toma o desea tomar, verifique la Lista de medicamentos. Para obtener la información más actualizada, llame al Servicio de atención al cliente (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual) o ingrese en nuestro sitio web [emblemhealth.com/medicare](http://emblemhealth.com/medicare).

**Si hay alguna restricción para su medicamento, por lo general, significa que usted o su proveedor tomarán medidas adicionales para que podamos cubrir el medicamento.** Si hay una restricción para el medicamento que desea tomar, deberá comunicarse con el Servicio de atención al cliente para saber qué deben hacer usted o su proveedor para obtener la cobertura del medicamento. Si desea que renunciemos a la restricción por usted, necesitará usar el proceso de decisión de cobertura y solicitarnos que hagamos una excepción. Podremos o no aceptar la renuncia a la restricción por usted. (Consulte la Sección 5.2 del Capítulo 7 para obtener información sobre cómo solicitar excepciones).

## SECCIÓN 5 ¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto del modo en que desearía que esté cubierto?

### Sección 5.1 Hay cosas que usted puede hacer si su medicamento no está cubierto de la forma en que desearía que estuviera cubierto

Esperamos que la cobertura de su medicamento le resulte conveniente a usted. Sin embargo, podría haber un medicamento con receta que esté tomando actualmente, o bien que usted y su proveedor consideren que debería estar tomando y que no está en la farmacoepa o que sí está, pero con restricciones. Por ejemplo:

- El medicamento podría no estar cubierto en absoluto. Tal vez, una versión genérica del medicamento esté cubierta, pero la versión de marca que desea tomar no lo esté.
- El medicamento está cubierto, pero hay reglas adicionales o restricciones en la cobertura para ese medicamento. Según lo explicado en la Sección 4, algunos de los medicamentos cubiertos por el plan tienen reglas adicionales para restringir su uso. Por ejemplo, se le podría solicitar que primero pruebe un medicamento diferente, para ver si funciona, antes de cubrir el medicamento que desea tomar. O bien, podría haber límites respecto de qué cantidad del medicamento (cantidad de pastillas, etc.) está cubierta durante un período en particular. En algunos casos, usted podría solicitar que no apliquemos la restricción en su caso.

### Capítulo 3. Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos con receta Parte D

---

- El medicamento está cubierto, pero está en una categoría de participación en los costos que hace que su participación sea más costosa de lo que piensa que debería ser. El plan clasifica cada medicamento cubierto en una de las cinco categorías diferentes de participación en los costos. El importe que usted paga por un medicamento con receta depende, en parte, de en cuál categoría de participación en los costos está su medicamento.

**Hay cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto del modo en que desearía que esté cubierto.** Sus opciones dependen de qué tipo de problema tenga:

- Si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o su medicamento está restringido, vaya a la Sección 5.2 para saber qué puede hacer.
- Si su medicamento está en una categoría de participación en los costos que hace que sea más caro de lo que piensa que debería ser, vaya a la Sección 5.3 para saber qué puede hacer.

<b>Sección 5.2</b>	<b>¿Qué puede hacer si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o si el medicamento está restringido de algún modo?</b>
--------------------	---

Si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o está restringido, aquí hay algunas cosas que puede hacer:

- Es posible que pueda obtener un suministro temporal del medicamento (solo los miembros en determinadas situaciones pueden obtener un suministro temporal). Esto les dará tiempo a usted y a su proveedor para que usted se cambie a otro medicamento o para que presente una solicitud para que se le cubra el medicamento.
- Puede cambiarse a otro medicamento.
- Puede solicitar una excepción y pedirle al plan que cubra el medicamento o que no aplique las restricciones de este.

#### **Podría obtener un suministro temporal**

En determinadas circunstancias, el plan puede ofrecerle el suministro temporal cuando su medicamento no esté en la Lista de medicamentos o cuando esté restringido de algún modo. Al hacer esto, puede tener tiempo para hablar con su proveedor acerca del cambio en la cobertura y saber qué hacer.

Para ser elegible para un suministro temporal, debe cumplir dos requisitos que se detallan a continuación:

#### **1. El cambio en su cobertura del medicamento debe ser uno de los siguientes tipos de cambio:**

### Capítulo 3. Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos con receta Parte D

---

- El medicamento que ha estado tomando **ya no está en la Lista de medicamentos del plan.**
- o -- El medicamento que ha estado tomando **ahora está restringido de algún modo** (la Sección 4 de este capítulo le explica sobre las restricciones).

#### 2. Debe estar en una de las situaciones descritas a continuación:

- **Para aquellos miembros que ahora son nuevos o que estaban en plan el año pasado:**
- Cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros 90 días de su membresía en el plan si usted es nuevo, y durante los primeros 90 días del año calendario si estaba en el plan el año pasado. Este suministro temporal será para un máximo de 30 días. Si su receta médica se extendió para pocos días, permitiremos varios resurtidos hasta un máximo de 30 días de suministro del medicamento. Debe surtir las recetas médicas en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo puede proporcionar el medicamento en cantidades inferiores de una vez para evitar derroches).
- **Para los miembros que han estado en el plan durante más de 90 días, y que residen en un centro de atención a largo plazo (LTC) y necesitan un suministro de inmediato:**

Cubriremos un suministro para 31 días de un medicamento particular, o menos, si su receta se emite para menos días. Esto es además de la situación de suministro temporal antes mencionado.

- Si está fuera de su período de transición e intenta adquirir un medicamento con receta que es elegible para transición, se marcará la reclamación para indicarle al farmacéutico que pida información sobre el nivel de cambios en la atención. Una vez que el cambio en el nivel de atención se haya confirmado, se le proporcionará al farmacéutico una autorización para permitir un suministro de transición por única vez.

Para pedir un suministro temporal, llame al Servicio de atención al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).

Durante el tiempo que reciba un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se acabe el suministro temporal. Puede cambiarse a otro medicamento cubierto por el plan, o bien solicitarle al plan que haga una excepción en su caso y cubra su medicamento actual. Las secciones a continuación le explican más sobre estas opciones.

#### **Puede cambiarse a otro medicamento.**

Comience por hablar con su proveedor. Tal vez haya un medicamento diferente cubierto por el plan que podría resultarle igual de adecuado. Puede llamar al Servicio de atención al cliente para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma condición médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que podría ser adecuado para



## Capítulo 3. Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos con receta Parte D

---

usted. (Los números de teléfono del Servicio de atención al cliente se encuentran en la contraportada de este manual).

### Puede pedir una excepción

Usted y su proveedor pueden pedirle al plan que haga una excepción en su caso y cubran el medicamento en el modo en que usted desearía que estuviera cubierto. Si su proveedor dice que tiene motivos médicos que justifican que nos pida una excepción, su proveedor puede ayudarlo a solicitar una excepción a la regla. Por ejemplo, puede pedirle al plan que cubra un medicamento aun cuando no esté en la Lista de medicamentos del plan. O bien puede pedirle al plan que haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

Si usted es un miembro vigente y un medicamento que usted recibe actualmente se eliminará de la farmacopea o se restringirá de alguna forma para el año próximo, le permitiremos que solicite una excepción a la farmacopea por anticipado para el año próximo. Le informaremos acerca de cualquier cambio en la cobertura para su medicamento para el año próximo. Puede pedir una excepción antes del año siguiente, y le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de haber recibido su solicitud (o la declaración de respaldo del profesional autorizado para recetar). Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura antes de que el cambio se haga efectivo.

Si usted y su proveedor desean pedir una excepción, la Sección 5.4 del Capítulo 7 le informará qué hacer. Explica los procedimientos y las fechas límite que Medicare estableció para garantizar que su solicitud se maneje de forma rápida y justa.

<b>Sección 5.3</b>	<b>¿Qué puede hacer si su medicamento está en una categoría de participación en los costos que usted considera que es muy alta?</b>
--------------------	---

Si su medicamento está en una categoría de participación en los costos que usted considera que es muy alta, puede hacer lo siguiente:

### Puede cambiarse a otro medicamento.

Si su medicamento está en una categoría de participación en los costos que usted considera demasiado alta, comience por hablar con su proveedor. Tal vez haya un medicamento diferente en una categoría de participación en los costos inferior que funcione igualmente bien para usted. Puede llamar al Servicio de atención al cliente para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma condición médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que podría ser adecuado para usted. (Los números de teléfono del Servicio de atención al cliente se encuentran en la contraportada de este manual).

### Puede pedir una excepción

Usted y su proveedor pueden pedirle al plan que haga una excepción en la categoría de participación en los costos para el medicamento a fin de que pague menos por este. Si su

## Capítulo 3. Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos con receta Parte D

proveedor dice que tiene motivos médicos que justifican que nos pida una excepción, su proveedor puede ayudarlo a solicitar una excepción a la regla.

Si usted y su proveedor desean pedir una excepción, la Sección 5.4 del Capítulo 7 le informará qué hacer. Explica los procedimientos y las fechas límite que Medicare estableció para garantizar que su solicitud se maneje de forma rápida y justa.

Los medicamentos de la categoría de especialidad (Categoría 5) no son elegibles para este tipo de excepción. No reducimos el importe de participación en los costos para los medicamentos en esta categoría.

---

## SECCIÓN 6 ¿Qué sucede si su cobertura cambia para uno de sus medicamentos?

---

<b>Sección 6.1</b>	<b>La Lista de medicamentos puede cambiar durante el año</b>
--------------------	--

La mayoría de los cambios en la cobertura de los medicamentos sucede al comienzo de cada año (1.º de enero). Sin embargo, durante el año, el plan podría hacer cambios a la Lista de medicamentos. Por ejemplo, el plan podría:

- **Agregar o quitar medicamentos de la Lista de medicamentos.** Podrían estar disponibles nuevos medicamentos, incluidos medicamentos genéricos. Tal vez, el gobierno aprobó un uso nuevo para un medicamento existente. A veces, un medicamento es retirado y decidimos no cubrirlo. O bien podríamos quitar un medicamento de la lista porque se descubrió que no es eficaz.
- **Pasar un medicamento a una categoría de participación en los costos más alta o más baja.**
- **Agregar o quitar una restricción en la cobertura para un medicamento** (para obtener más información sobre las restricciones a la cobertura, consulte la Sección 4 en este capítulo).
- **Reemplazar un medicamento de marca por un medicamento genérico.**

Debemos seguir los requisitos de Medicare antes de que cambiemos la Lista de medicamentos del plan.

<b>Sección 6.2</b>	<b>¿Qué sucede si la cobertura cambia por un medicamento que está tomando?</b>
--------------------	--

### Información sobre cambios a la cobertura de medicamentos

Cuando los cambios a la Lista de medicamentos ocurren durante el año, publicamos información en nuestro sitio web sobre esos cambios. Actualizaremos nuestra Lista de medicamentos en línea

### Capítulo 3. Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos con receta Parte D

---

mediante programación regular para incluir cualquier cambio que haya ocurrido después de la última actualización. A continuación, señalamos los momentos en los que recibiría notificación directa si se hicieran cambios al medicamento que usted está tomando. También puede llamar al Servicio de atención al cliente para obtener más información (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual).

#### ¿Los cambios a su cobertura de medicamentos lo afectan directamente?

**Los cambios que pueden afectarlo este año:** En los casos a continuación, usted se verá afectado por los cambios de cobertura durante el año actual:

- **Un medicamento genérico nuevo reemplaza a un medicamento de marca en la Lista de medicamentos (o cambiamos la categoría de participación en los costos o agregamos restricciones nuevas al medicamento de marca o ambas cosas)**
  - Podremos eliminar de inmediato un medicamento de marca de nuestra Lista de medicamentos si lo reemplazamos con una versión genérica recientemente aprobada del mismo fármaco que aparecerá en el mismo nivel de costo compartido, o una categoría menor, y con las mismas restricciones, o menos restricciones. Además, cuando agreguemos el nuevo medicamento genérico, podremos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos, pero moverlo de inmediato a una categoría más alta de participación en los costos o agregar restricciones nuevas o ambas cosas.
  - Tal vez no podamos informarle por anticipado antes de que hagamos ese cambio, aun si usted está tomando actualmente el medicamento de marca.
  - Usted o el profesional autorizado para recetar puede pedirnos que hagamos una excepción y continuemos cubriendo el medicamento de marca por usted. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 7 (*¿Qué hacer si tiene un problema o queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]?*).
  - Si está tomando el medicamento de marca al momento en el que hacemos el cambio, le proporcionaremos información sobre los cambios específicos que hicimos. Esto incluirá información sobre las medidas que puede tomar para solicitar una excepción para cubrir el medicamento de marca. Es posible que no obtenga esta notificación antes de que hagamos el cambio.
- **Los medicamentos no seguros y otros medicamentos en la Lista de medicamentos que son retirados del mercado.**
  - De vez en cuando, es posible que un medicamento sea retirado repentinamente porque se descubrió que no es seguro o se lo quitó el mercado por otro motivo. Si esto sucede, eliminaremos el medicamento de la Lista de medicamentos de inmediato. Si está tomando ese medicamento, le informaremos de este cambio inmediatamente.

### Capítulo 3. Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos con receta Parte D

---

- El profesional autorizado para recetar también le informará sobre este cambio y podrá intentar hallar otro medicamento para su afección junto a usted.
- **Otros cambios a los medicamentos de la Lista de medicamentos**
  - Es posible que hagamos otros cambios una vez que haya comenzado el año, que afecten a los medicamentos que está tomando. Por ejemplo, podríamos agregar un medicamento genérico que no sea nuevo en el mercado para reemplazar a un medicamento de marca o cambiar la categoría de participación en los costos o agregar restricciones nuevas al medicamento de marca o ambas cosas. También podríamos hacer cambios en función de las advertencias especiales de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o de nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare. Debemos proporcionarle una notificación con por menos 30 días de anticipación sobre el cambio, o notificarle sobre el cambio y proporcionarle un resurtido de 30 días del medicamento que esté tomando en una farmacia de la red.
  - Después de ser notificado sobre el cambio, debe trabajar con el profesional autorizado para recetar para cambiar a un medicamento diferente que cubramos.
  - Usted o el profesional autorizado para recetar puede pedirnos que hagamos una excepción y continuemos cubriendo el medicamento por usted. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 7 (*¿Qué hacer si tiene un problema o queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]?*).

**Los cambios a los medicamentos de la Lista de medicamentos que no afectarán a las personas que están tomando el medicamento actualmente:** Para los cambios en la Lista de medicamentos que no se describen anteriormente, si está tomando el medicamento actualmente, los siguientes tipos de cambio no lo afectarán hasta el 1.º de enero del año próximo si permanece en el plan:

- Si pasamos su medicamento a una categoría superior de participación en los costos.
- Si ponemos una restricción nueva en su uso del medicamento.
- Si eliminamos su medicamento de la Lista de medicamentos.

Si cualquiera de estos cambios sucede para un medicamento que está tomando (pero no debido a un retiro del mercado, un medicamento genérico que reemplaza a un medicamento de marca, o bien otro cambio que se haya mencionado en las secciones anteriores), entonces el cambio no afectará su uso o lo que pague como su participación en los costos hasta el 1.º de enero del año próximo. Hasta esa fecha, probablemente no verá ningún aumento en los pagos ni ninguna restricción agregada a su uso del medicamento. No obtendrá una notificación directa este año sobre los cambios que no lo afectan. Sin embargo, el 1.º de enero del año próximo, los cambios lo afectarán, y es importante que verifique la Lista de medicamentos del año nuevo de beneficios para ver si hay cambios en los medicamentos.

**Capítulo 3. Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos con receta Parte D****SECCIÓN 7 ¿Qué tipos de medicamentos *no* están cubiertos por el plan?****Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos**

En esta sección se le informa qué clases de medicamentos con receta están “excluidos”. Esto significa que Medicare no paga estos medicamentos.

Si obtiene medicamentos que están excluidos, deberá pagarlos usted. No pagaremos los medicamentos que figuran en la lista de esta sección. La única excepción es la siguiente: Si se descubre, después de una apelación, que el medicamento solicitado es un medicamento que no está excluido según la Parte D y debemos pagarlo o cubrirlo debido a su situación específica. (Para obtener más información sobre cómo apelar una decisión que hemos tomado para no cubrir un medicamento, consulte la Sección 5.5 del Capítulo 7 en este manual).

Aquí hay tres reglas generales sobre los medicamentos que el plan de medicamentos de Medicare no cubre según la Parte D:

- Nuestra cobertura de medicamentos en la Parte D del plan cubre un medicamento que estaría cubierto según Medicare Parte A o Parte B.
- Nuestro plan no puede cubrir un medicamento comprado fuera de Estados Unidos y sus territorios.
- Nuestro plan, generalmente, no puede cubrir el uso fuera de la indicación aprobada. El “uso fuera de la indicación aprobada” es cualquier uso del medicamento diferente de los que se indican en la etiqueta del medicamento como aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos.
  - En general, la cobertura para “uso fuera de la indicación aprobada” se permite solo cuando el uso está respaldado por ciertas referencias, como del American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de información DRUGDEX. Si el uso no está respaldado por ninguna de estas referencias, entonces nuestro plan no puede cubrir su “uso fuera de la indicación aprobada”.

Por ley, estas categorías de medicamentos no están cubiertas por los planes de medicamentos de Medicare:

- Los medicamentos de venta sin receta (también denominados medicamentos de venta libre)
- Los medicamentos cuando se los usa para promover la fertilidad.
- Los medicamentos cuando se los usa para aliviar la tos o los síntomas de resfriado.
- Los medicamentos cuando se los usa para fines cosméticos o para promover el crecimiento capilar.

### Capítulo 3. Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos con receta Parte D

---

- Las vitaminas y los productos minerales recetados, excepto las vitaminas y las preparaciones con fluoruro prenatales.
- Los medicamentos cuando se los usa para el tratamiento de disfunción sexual o eréctil.
- Los medicamentos cuando se los usa para el tratamiento de anorexia, pérdida de peso o aumento de peso.
- Los medicamentos ambulatorios para los que el fabricante busca que se compren los análisis o servicios de monitoreo asociados exclusivamente del fabricante como condición de venta.

**Si recibe “Ayuda Adicional” para el pago de sus medicamentos**, es posible que su programa de Medicaid estatal cubra algunos medicamentos con receta que no están cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare normalmente. Comuníquese con su programa de Medicaid estatal para determinar qué cobertura de medicamentos podrá haber disponible para usted. (Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto de Medicaid en la Sección 6 del Capítulo 2).

---

## SECCIÓN 8 Muestre su tarjeta de membresía del plan cuando adquiera un medicamento con receta

---

<b>Sección 8.1</b>	<b>Muestre su tarjeta de membresía</b>
--------------------	--

Para que le resurtan su medicamento con receta, muestre su tarjeta de membresía del plan en la farmacia de la red que escoja. Cuando muestre su tarjeta de membresía del plan, la farmacia de la red facturará directamente al plan por *nuestra* participación del costo de su medicamento con receta cubierto. Tendrá que pagar a la farmacia *su* participación del costo cuando retire su medicamento con receta.

<b>Sección 8.2</b>	<b>¿Qué sucede si no tiene su tarjeta de membresía con usted?</b>
--------------------	---

Si no tiene su tarjeta de membresía del plan con usted cuando va a adquirir su medicamento con receta, pídale a la farmacia que llame al plan para obtener la información necesaria.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, **es posible que deba pagar el costo total del medicamento con receta cuando lo retire**. (Puede, entonces, **pedirnos que le reembolsemos** nuestra parte. Consulte la Sección 2.1 del Capítulo 5 para obtener información sobre cómo solicitarle un reembolso al plan).

**Capítulo 3. Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos con receta Parte D****SECCIÓN 9 Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales****Sección 9.1 ¿Qué sucede si está en un hospital o en un centro de enfermería especializada por una estancia que está cubierta por Original Medicare?**

Si es **ingresado en un hospital** por una estancia que está cubierta por Original Medicare, Medicare Parte A, por lo general, cubrirá el costo de sus medicamentos con receta durante su internación. Una vez que deje el hospital, nuestro plan cubrirá sus medicamentos siempre que los medicamentos cumplan con todas nuestras reglas de cobertura. Consulte las partes anteriores de este capítulo en donde se explican las reglas para obtener la cobertura de los medicamentos.

Si es **ingresado en un centro de enfermería especializada** por una estancia que está cubierta por Original Medicare, Medicare Parte A, por lo general, cubrirá sus medicamentos con receta durante toda o parte de su internación. Si sigue en el centro de enfermería especializada, y la Parte A deja de cubrir sus medicamentos, nuestro plan cubrirá sus medicamentos siempre que estos cumplan con todas nuestras reglas de cobertura. Consulte las partes anteriores de este capítulo en donde se explican las reglas para obtener la cobertura de los medicamentos.

**Tenga en cuenta:** Cuando ingrese a un centro de enfermería especializada, viva en este o lo deje, tendrá derecho a un Período de inscripción especial. Durante este período, podrá cambiar de planes o cambiar su cobertura. (En el Capítulo 8, *Cómo terminar su membresía en el plan*, se le explica cuándo puede dejar nuestro plan e inscribirse en un plan Medicare diferente).

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

Por lo general, un centro de cuidados a largo plazo (LTC) (p. ej., un hogar de ancianos) tiene su propia farmacia, o una farmacia que suministra medicamentos para todos los residentes. Si es un residente de un centro de cuidados a largo plazo, podrá obtener sus medicamentos con receta a través de la farmacia del centro siempre que sea parte de nuestra red.

Verifique su *Directorio de farmacias* para averiguar si la farmacia de su centro de cuidados a largo plazo es parte de nuestra red. Si no lo es, o si necesita más información, comuníquese con el Servicio de atención al cliente (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual).

**¿Qué sucede si usted reside en un centro de cuidados a largo plazo (LTC) y pasa a ser un miembro nuevo del plan?**

Si necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o está restringido de algún modo, el plan cubrirá un **suministro temporal** de su medicamento durante los primeros 90

### Capítulo 3. Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos con receta Parte D

días de su membresía. El suministro total será por un máximo de 31 días, o menos, si su receta se emite para menos días. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo puede proporcionar el medicamento en menores cantidades por vez para evitar que se desperdicie). Si ha sido miembro del plan durante más de 90 días y necesita un medicamento que no se encuentra en nuestra Lista de medicamentos, o si el plan tiene alguna restricción en la cobertura del medicamento, nosotros cubriremos un suministro de 31 días, o menos, si su receta se emite por menos días.

Durante el tiempo que reciba un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se acabe el suministro temporal. Tal vez haya un medicamento diferente cubierto por el plan que podría resultarle igual de adecuado. Usted y su proveedor pueden pedirle al plan que hagan una excepción para usted y le cubran el medicamento en el modo en que usted desearía que estuviera cubierto. Si usted y su proveedor desean pedir una excepción, la Sección 5.4 del Capítulo 7 le informará qué hacer.

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

Su inscripción en EmblemHealth VIP Rx no afecta su cobertura para medicamentos cubiertos por Medicare Parte A o Parte B. Si cumple con los requisitos de la cobertura de Medicare, su medicamento tendrá cobertura en Medicare Parte A o Parte B, aunque esté inscrito en este plan. Además, si su medicamento estuviese cubierto por Medicare Parte A o Parte B, nuestro plan no podría cubrirlo, aunque decida no inscribirse en la Parte A o la Parte B.

Algunos medicamentos pueden estar cubiertos por Medicare Parte B en algunas situaciones, y a través de EmblemHealth VIP Rx en otras situaciones. Sin embargo, los medicamentos nunca están cubiertos por la Parte B y nuestro plan a la vez. En general, su farmacia o proveedor determinarán si se debe facturar a Medicare Parte B o a EmblemHealth VIP Rx por el medicamento.

#### **Sección 9.4      ¿Qué sucede si tiene una póliza de Medigap (seguro suplementario de Medicare) con cobertura de medicamentos con receta?**

Si en la actualidad tiene una póliza de Medigap que incluye cobertura para medicamentos con receta, debe comunicarse con su emisor de Medigap e informarle que se ha inscrito en nuestro plan. Si decide conservar su actual póliza de Medigap, su emisor de Medigap eliminará la parte correspondiente a la cobertura de medicamentos con receta de su póliza de Medigap y bajará su prima.

Cada año su compañía de seguro de Medigap debe enviarle una notificación que le informe si su cobertura de medicamentos con receta es “acreditable” y las opciones que tiene para la cobertura de medicamentos. (Si la cobertura de la póliza de Medigap es “**acreditable**”, significa que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura de medicamentos con receta



### Capítulo 3. Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos con receta Parte D

estándar de Medicare). La notificación también explicará cuánto bajaría su prima si elimina la cobertura de medicamentos con receta de su póliza de Medigap. Si no recibió esta notificación, o si no puede encontrarla, comuníquese con su compañía de seguro de Medigap y solicite otra copia.

#### Sección 9.5 ¿Qué sucede si también cuenta con cobertura de medicamentos de un plan de su grupo de jubilados o empleador?

En la actualidad, ¿tiene otra cobertura de medicamentos con receta a través de su empleador (o de su cónyuge) o un grupo de jubilados? De ser así, comuníquese con **el administrador de beneficios de ese grupo**. Este puede ayudarlo a determinar cómo funcionará su cobertura de medicamentos con receta actual con nuestro plan.

En general, si está empleado actualmente, la cobertura de medicamentos con receta que obtiene de nosotros será *secundaria* a la cobertura para grupos del empleador o jubilado. Eso significa que la cobertura para grupos pagaría primero.

#### Nota especial sobre la “cobertura acreditable”:

Cada año, su empleador o grupo de jubilados deberá enviarle una notificación que le informe si su cobertura de medicamentos con receta para el año calendario siguiente es “acreditable” y las opciones que tiene para la cobertura del medicamento.

Si la cobertura del plan grupal es “**acreditable**”, esto significa que el plan tiene cobertura de medicamentos que se prevé que pague, en promedio, por lo menos tanto como la cobertura de medicamentos con receta estándar de Medicare.

**Conserve estas notificaciones sobre la cobertura acreditable**, porque es posible que las necesite luego. Si se inscribe en un plan Medicare que incluye la cobertura de medicamentos de la Parte D, es posible que necesite estas notificaciones para mostrar que ha conservado la cobertura acreditable. Si no recibió una notificación sobre la cobertura acreditable del plan de su empleador o grupo de jubilados, podrá obtener una copia del administrador de beneficios del plan del empleador o grupo de jubilados, o del empleador o el sindicato.

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

Los medicamentos nunca están cubiertos por la atención de hospicio y nuestro plan a la vez. Si está inscrito en un hospicio de Medicare y requiere medicamentos contra las náuseas, laxantes o analgésicos o medicamentos contra la ansiedad que no estén cubiertos por su hospicio porque no se relacionan con su enfermedad terminal ni con afecciones relacionadas, nuestro plan debe recibir notificación del profesional autorizado para recetar o el proveedor del hospicio acerca de que el medicamento no está relacionado antes que nuestro plan pueda cubrir el medicamento. A fin de evitar demoras para recibir cualquier medicamento no relacionado que debería estar

### **Capítulo 3. Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos con receta Parte D**

---

cubierto por nuestro plan, puede solicitarle al proveedor del hospicio o el profesional autorizado para recetar que se aseguren de brindarnos la notificación de que el medicamento no está relacionado antes de pedirle a la farmacia que surta su medicamento con receta.

En el caso de que revoque su elección de hospicio o el hospicio le dé el alta, nuestro plan deberá cubrir todos sus medicamentos. A fin de prevenir cualquier demora en una farmacia cuando termine el beneficio del hospicio de Medicare, deberá traer la documentación a la farmacia para verificar su revocación o el alta. Consulte las partes anteriores de esta sección que le informan sobre las reglas para obtener cobertura de medicamentos según la Parte D. El Capítulo 4 (Lo que usted paga por sus medicamentos con receta Parte D) le brinda más información sobre la cobertura de medicamentos y lo que usted paga.

---

## **SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad del medicamento y el manejo de los medicamentos**

---

<b>Sección 10.1</b>	<b>Programas para ayudar a los miembros a usar los medicamentos de modo seguro</b>
---------------------	--

Realizamos evaluaciones sobre el uso de medicamentos para a nuestros miembros para garantizar que estén obteniendo la atención adecuada y segura. Estas evaluaciones son importantes especialmente para los miembros que tienen más de un proveedor que le receta sus medicamentos.

Hacemos una evaluación cada vez que adquiere un medicamento con receta. También evaluamos nuestros registros de modo regular. Durante estas evaluaciones, buscamos posibles problemas, por ejemplo, los siguientes:

- Posibles errores en la medicación
- Es posible que los medicamentos no sean necesarios porque está tomando otro medicamento para tratar la misma condición médica.
- Posiblemente, los medicamentos no sean seguros o adecuados debido a su edad o sexo.
- Determinadas combinaciones de medicamentos que podrían dañarlo si los toma a la vez.
- Recetas médicas que fueron indicadas para medicamentos que tienen componentes a los cuales usted es alérgico.
- Posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que está tomando.
- Cantidades inseguras de analgésicos con opioides

Si vemos un posible problema en su uso de los medicamentos, trabajaremos junto a su proveedor para corregir el problema.

**Capítulo 3. Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos con receta Parte D****Sección 10.2 Programa de control de medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a administrarse sus medicamentos opioides de modo seguro**

Tenemos un programa que puede ayudar a garantizarle a nuestros miembros el uso seguro de sus medicamentos opioides con receta, o bien otros medicamentos que, con frecuencia, se consumen excesivamente. Este programa se llama Programa de control de medicamentos (DMP). Si usa medicamentos opioides que obtiene de varios médicos o farmacias, es posible que hablemos con sus médicos para asegurarnos de que su uso de medicamentos opioides sea adecuado y médicamente necesario. Trabajando con sus médicos, si decidimos que su uso de medicamentos opioides o con benzodiazepinas con receta no es seguro, es posible que limitemos cómo puede obtener esos medicamentos. Las limitaciones pueden ser las siguientes:

- Solicitarle que obtenga todas las recetas médicas para medicamentos opioides o con benzodiazepinas de cierta(s) farmacia(s).
- Solicitarle que obtenga todas las recetas médicas para medicamentos opioides o con benzodiazepinas de cierto(s) médico(s).
- Limitar la cantidad de medicamentos opioides o con benzodiazepinas que le cubriremos.

Si consideramos que se le deben aplicar una o más de estas limitaciones, le enviaremos una carta por anticipado. Esta carta contendrá información que explique las limitaciones que consideramos que se le deben aplicar. También tendrá la oportunidad de informarnos qué médicos o farmacias prefiere usar y sobre cualquier otra información que considere importante que conozcamos. Después de que haya tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos, le enviaremos otra carta para confirmar la limitación. Si considera que cometimos un error o no está de acuerdo con nuestra determinación de que existe un riesgo de uso indebido de medicamentos con receta o con la limitación, usted y el profesional autorizado para recetar tienen el derecho a solicitarnos una apelación. Si decide presentar una apelación, evaluaremos su caso y le comunicaremos una decisión. Si continuamos denegando cualquier parte de su solicitud relacionada a las limitaciones que se aplican a su acceso a los medicamentos, enviaremos automáticamente su caso a un revisor independiente fuera de nuestro plan. Consulte el Capítulo 7 para obtener información sobre cómo solicitar una apelación.

Es posible que no se aplique el DMP en su caso si tiene determinadas condiciones médicas, por ejemplo, cáncer, o recibe atención de hospicio, cuidados paliativos o al final de la vida, o vive en un centro de cuidados a largo plazo.

**Sección 10.3 Control de terapia de medicamentos (MTM) y otros programas para ayudar a los miembros a controlar sus medicamentos**

Tenemos un programa que puede ayudar a nuestros miembros con necesidades de salud complejas.

### Capítulo 3. Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos con receta Parte D

---

Estos programas son voluntarios y libres para los miembros. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrollaron el programa por nosotros. Estos programas pueden ayudar a garantizar que nuestros miembros obtengan el máximo beneficio de los medicamentos que toman. Nuestro programa se denomina Programa de Control de Terapia de Medicamentos (MTM).

Algunos miembros que toman medicamentos por diferentes condiciones médicas y tienen altos costos por medicamentos podrán obtener servicios a través de un Programa de Control de Terapia de Medicamentos (MTM). Un farmacéutico u otro profesional de la salud le darán una evaluación integral de todos sus medicamentos. Puede hablar sobre cómo tomar mejor sus medicamentos, sus costos y sobre cualquier problema o pregunta que tenga sobre sus medicamentos con receta y de venta libre. Recibirá un resumen escrito de esta conversación. El resumen tiene un plan de acción para medicamentos que recomienda lo que puede hacer para la mejor utilización de sus medicamentos, con espacio para que tome notas o escriba cualquier pregunta de seguimiento. También recibirá una lista de medicamentos personal que incluirá todos los medicamentos que está tomando y el motivo por el que los toma.

Es una buena idea tener la evaluación de sus medicamentos antes de su visita de “bienestar” anual, así podrá hablar con su médico sobre su plan de acción y lista de medicamentos. Traiga su plan de acción y lista de medicamentos con usted a su visita o en cualquier momento en que hable con los médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. También conserve su lista de medicamentos con usted (por ejemplo, con su identificación) en caso de que vaya a un hospital o una sala de emergencia.

Si tenemos un programa que se ajuste a sus necesidades, lo inscribiremos automáticamente en el programa y le enviaremos información. Si decide no participar, notifíquenos y lo retiraremos del programa. Si tiene preguntas sobre estos programas, comuníquese con el Servicio de atención al cliente (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual).

# CAPÍTULO 4

*Lo que usted paga por sus  
medicamentos con receta Parte D*

## **Capítulo 4. Lo que usted paga por sus medicamentos con receta** **Parte D**

<b>SECCIÓN 1</b>	<b>Introducción.....</b>	<b>71</b>
Sección 1.1	Use este capítulo junto con otros materiales que explican su cobertura de medicamentos.....	71
Sección 1.2	Tipos de gastos de bolsillo que podría pagar por los medicamentos cubiertos .....	72
<b>SECCIÓN 2</b>	<b>Lo que paga por un medicamento depende de en cuál “etapa de pago de medicamentos” esté cuando obtenga el medicamento .....</b>	<b>72</b>
Sección 2.1	¿Cuáles son las etapas de pago de medicamentos para los miembros de EmblemHealth VIP Rx?.....	72
<b>SECCIÓN 3</b>	<b>Le enviamos los informes que explican los pagos de sus medicamentos y en cuál etapa de pago está.....</b>	<b>74</b>
Sección 3.1	Le enviamos un informe mensual denominado “Explicación de beneficios de la Parte D” (“EOB de la Parte D”).....	74
Sección 3.2	Ayúdenos a mantener actualizada nuestra información sobre sus pagos de medicamentos.....	75
<b>SECCIÓN 4</b>	<b>Durante la Etapa del deducible, usted paga el costo total de sus medicamentos de la categoría 1, categoría 2, categoría 3, categoría 4, y categoría 5.....</b>	<b>76</b>
Sección 4.1	Usted permanece en la Etapa del deducible hasta que haya pagado \$445 por sus medicamentos de la categoría 1, categoría 2, categoría 3, categoría 4 y categoría 5.....	76
<b>SECCIÓN 5</b>	<b>Durante la etapa de cobertura inicial, el plan paga su parte de los costos de medicamentos y usted paga su parte.....</b>	<b>77</b>
Sección 5.1	Lo que usted paga por un medicamento depende del medicamento y de dónde adquiera usted su medicamento con receta.....	77
Sección 5.2	En la tabla, se muestran los costos que usted debe pagar para un suministro de <i>un mes</i> de un medicamento.....	78
Sección 5.3	Si su médico le receta un suministro de menos de un mes completo, es posible que no tenga que pagar el costo del suministro por el mes entero....	80
Sección 5.4	En la tabla se muestran sus costos para un <i>suministro a largo plazo</i> (de hasta 90 días) de un medicamento.....	80
Sección 5.5	Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que los costos totales de medicamentos para el año alcancen los \$4,130 .....	82

**Capítulo 4. Lo que usted paga por sus medicamentos con receta Parte D**

---

<b>SECCIÓN 6</b>	<b>Durante la Etapa de interrupción de cobertura, recibirá un descuento en los medicamentos de marca y pagará hasta el 25 % de los costos por medicamentos genéricos.....</b>	<b>83</b>
Sección 6.1	Usted permanece en la Etapa de interrupción de cobertura hasta que sus gastos de bolsillo lleguen a \$6,550.....	83
Sección 6.2	Cómo calcula Medicare sus gastos de bolsillo para sus medicamentos con receta .....	84
<b>SECCIÓN 7</b>	<b>Durante la Etapa de cobertura catastrófica, el plan paga la mayoría de los costos de sus medicamentos .....</b>	<b>86</b>
Sección 7.1	Cuando esté en la Etapa de cobertura catastrófica, permanecerá en esta etapa por el resto del año .....	86
<b>SECCIÓN 8</b>	<b>Lo que usted paga por las vacunaciones cubiertas por la Parte D depende de cómo y dónde las recibe .....</b>	<b>86</b>
Sección 8.1	Nuestro plan puede tener cobertura por separado para el medicamento de vacuna de la Parte D en sí y para el costo de administrarle la vacuna .....	86
Sección 8.2	Es posible que desee llamarnos al Servicio de atención al cliente antes de recibir una vacunación.....	88



### ¿Sabía que existen programas para ayudar a las personas a pagar sus medicamentos?

Existen programas para ayudar a las personas con recursos limitados a pagar sus medicamentos. Entre ellos, se incluyen los programas de “Ayuda Adicional” y los programas de asistencia farmacéutica estatal. Para obtener más información, consulte el Capítulo 2, Sección 7.

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

Si está en un programa que ayuda a pagar sus medicamentos, es posible que **algo de la información en esta *Evidencia de Cobertura sobre los costos de los medicamentos con receta Parte D* no sea aplicable a usted**. Le enviamos un folleto por separado, denominado “Cláusula de la Evidencia de Cobertura para quienes reciben Ayuda Adicional para sus medicamentos con receta” (también conocida como “Cláusula de subsidio por bajos ingresos” [LIS]), que le informa sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este folleto, llame al Servicio de atención al cliente y solicite la “Cláusula LIS”. (Los números de teléfono del Servicio de atención al cliente se encuentran en la contraportada de este manual).

---

## SECCIÓN 1      Introducción

---

<b>Sección 1.1</b>	<b>Use este capítulo junto con otros materiales que explican su cobertura de medicamentos</b>
--------------------	---

Este capítulo se centra en lo que usted paga por sus medicamentos con receta Parte D. Para simplificarlo, usamos “medicamento” en este capítulo para referirnos a medicamentos con receta Parte D. Como se explicó en el Capítulo 3, no todos los medicamentos pertenecen a la Parte D, algunos están cubiertos según Medicare Parte A o Parte B, y otros están excluidos de la cobertura de Medicare por ley.

Para comprender la información de pago que le brindamos en este capítulo, necesita conocer los aspectos básicos de qué medicamentos están cubiertos, donde adquirir sus medicamentos con receta y qué reglas seguir para obtener sus medicamentos con cobertura. Aquí hay materiales que explican estos aspectos básicos:

- **La Lista de medicamentos cubiertos (*Farmacopea*) del plan.** Para simplificarlo, a esta lista la llamamos “Lista de medicamentos”.
  - En esta Lista de medicamentos se le informa qué medicamentos están cubiertos en su caso.
  - También le informa en cuál de las cinco “categorías de participación en los costos” está el medicamento y si hay alguna restricción en su cobertura del medicamento.



**Capítulo 4. Lo que usted paga por sus medicamentos con receta Parte D**

- Si necesita una copia de la Lista de medicamentos, llame al Servicio de atención al cliente (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual). También puede encontrar la Lista de medicamentos en nuestro sitio web, en **emblemhealth.com/medicare**. La Lista de medicamentos que aparece en el sitio web es la más actual siempre.
- **Capítulo 3 de este manual.** El Capítulo 3 brinda detalles sobre su cobertura de medicamentos con receta, incluidas las reglas que debe seguir cuando obtiene sus medicamentos cubiertos. El Capítulo 3 también le informa qué tipos de medicamentos con receta no están cubiertos por nuestro plan.
- **Directorio de farmacias del plan.** En la mayoría de las situaciones, debe usar una farmacia de la red para obtener sus medicamentos cubiertos (consulte el Capítulo 3 por información detallada). El *Directorio de farmacias* tiene una lista de las farmacias de la red del plan. También le informa qué farmacias en nuestra red pueden proporcionarle un suministro a largo plazo de un medicamento (por ejemplo, adquirir un medicamento con receta para un suministro de tres meses).

<b>Sección 1.2</b>	<b>Tipos de gastos de bolsillo que podría pagar por los medicamentos cubiertos</b>
--------------------	--

Para comprender la información de pago que le brindamos en este capítulo, es necesario que conozca los tipos de gastos de bolsillo que puede pagar por sus servicios cubiertos. El importe que usted paga por un medicamento se denomina “participación en los costos” y hay tres maneras en las que se le puede pedir que pague.

- El “**deducible**” es el importe que debe pagar por los medicamentos antes de que nuestro plan comience a pagar su parte.
- “**Copago**” significa que usted paga un importe fijo cada vez que adquiere un medicamento con receta.
- “**Coseguro**” significa que usted paga un porcentaje del costo total del medicamento cada vez que adquiere un medicamento con receta.

---

<b>SECCIÓN 2</b>	<b>Lo que paga por un medicamento depende de en cuál “etapa de pago de medicamentos” esté cuando obtenga el medicamento</b>
------------------	---

---

<b>Sección 2.1</b>	<b>¿Cuáles son las etapas de pago de medicamentos para los miembros de EmblemHealth VIP Rx?</b>
--------------------	---

Como se muestra en la tabla a continuación, hay “etapas de pago de medicamentos” para la cobertura de sus medicamentos con receta según EmblemHealth VIP Rx. Cuánto pague por un medicamento depende de en cuál de estas etapas esté al momento en que adquiere o resurte un

**Capítulo 4. Lo que usted paga por sus medicamentos con receta Parte D**

medicamento con receta. Recuerde que usted siempre es responsable de la prima mensual del plan independiente de la etapa de pago de medicamentos.

<b>Etapa 1</b> <i>Etapa de deducible anual</i>	<b>Etapa 2</b> <i>Etapa de cobertura inicial</i>	<b>Etapa 3</b> <i>Etapa de interrupción de cobertura</i>	<b>Etapa 4</b> <i>Etapa de cobertura catastrófica</i>
<p>Comienza en esta etapa de pago cuando surte su primera receta del año.</p> <p>Durante esta etapa, <b>usted paga el costo total</b> de sus medicamentos de categoría 1 (medicamentos genéricos preferidos), categoría 2 (medicamentos genéricos), categoría 3 (medicamentos de marca preferidos), categoría 4 (medicamentos no preferidos) y categoría 5 (medicamentos de especialidad).</p> <p>Usted permanece en esta etapa hasta que haya pagado <b>\$445</b> por sus medicamentos de categoría 1 (medicamentos genéricos preferidos) categoría 2 (medicamentos genéricos), categoría 3 (medicamentos de marca preferidos), categoría 4 (medicamentos no</p>	<p>Durante esta etapa, el plan paga su participación en los costos de sus medicamentos y <b>usted paga la participación en los costos que le corresponde.</b></p> <p>Usted permanece en esta etapa hasta que los <b>“costos totales de medicamentos”</b> total del año a la fecha alcancen un total de <b>\$4,130.</b></p> <p>(Se brindan detalles en la Sección 5 de este capítulo).</p>	<p>Durante esta etapa, usted paga un 25 % del precio para los medicamentos de marca (más una parte de la tarifa de entrega) y un 25 % del precio para medicamentos genéricos.</p> <p>Usted permanece en esta etapa hasta que sus <b>“gastos de bolsillo”</b> (sus pagos) del año hasta la fecha alcancen un total de <b>\$6,550.</b> Medicare ha establecido este importe y las reglas para el recuento de los costos que contribuyen a conformar este importe.</p> <p>(Se brindan detalles en la Sección 6 de este capítulo).</p>	<p>Durante esta etapa, <b>el plan pagará la mayor parte del costo</b> de sus medicamentos para el resto del año calendario (hasta el 31 de diciembre de 2021).</p> <p>(Se brindan detalles en la Sección 7 de este capítulo).</p>

**Capítulo 4. Lo que usted paga por sus medicamentos con receta Parte D**

<b>Etapa 1</b> <i>Etapa de deducible anual</i>	<b>Etapa 2</b> <i>Etapa de cobertura inicial</i>	<b>Etapa 3</b> <i>Etapa de interrupción de cobertura</i>	<b>Etapa 4</b> <i>Etapa de cobertura catastrófica</i>
<p>preferidos) y categoría 5 (medicamentos de categoría de especialidad). (\$445 es el importe del deducible de categoría 1 (medicamentos genéricos preferidos), categoría 2 (medicamentos genéricos), categoría 3 (medicamentos de marca preferidos), categoría 4 (medicamentos no preferidos) y categoría 5 (medicamentos de especialidad).</p> <p>(Se brindan detalles en la Sección 4 de este capítulo).</p>			

---

**SECCIÓN 3 Le enviamos los informes que explican los pagos de sus medicamentos y en cuál etapa de pago está**


---

**Sección 3.1 Le enviamos un informe mensual denominado “Explicación de beneficios de la Parte D” (“EOB de la Parte D”)**

Nuestro plan lleva un registro de los costos de sus medicamentos con receta y los pagos que hizo cuando adquirió sus medicamentos con receta o los resurtió en la farmacia. De este modo, podemos informarle cuando ha pasado de una etapa de pago de medicamentos a la siguiente. En particular, hay dos tipos de costos de los que llevamos registro:

- Llevamos registro de cuánto pagó. A esto se lo denomina su gasto **“de bolsillo”**.
- Llevamos registro de su **“total de costos en medicamentos.”** Este es el importe que usted paga de su bolsillo u otros pagan en su nombre más el importe pagado por el plan.

Nuestro plan preparará un informe escrito denominado *Explicación de beneficios de la Parte D* (a veces se denomina “EOB de la Parte D”) cuando haya adquirido uno o más medicamentos con

**Capítulo 4. Lo que usted paga por sus medicamentos con receta Parte D**

---

receta a través del plan durante el mes anterior. La EOB de la Parte D proporciona más información sobre los medicamentos que usted toma, como aumentos de precio y otros medicamentos con participación en los costos más baja que pueden estar disponibles. Debe consultar con su profesional autorizado para recetar acerca de estas opciones de menor costo. Allí se incluye el siguiente material:

- **Información para ese mes.** Este informe le brinda detalles del pago sobre los medicamentos con receta que adquirió durante el mes anterior. Muestra el total de costos de medicamentos, lo que el plan pagó y lo que usted y otros pagaron en su nombre.
- **Totales para el año desde el 1.º de enero.** Esta se denomina información “del año hasta la fecha”. Le muestra el total de costos en medicamentos y el total de pagos por sus medicamentos desde el comienzo del año.
- **Información sobre el precio de los medicamentos.** Esta información mostrará los aumentos porcentuales acumulados para cada reclamación de medicamentos con receta.
- **Medicamentos con receta alternativos disponibles de menor costo.** Esto incluirá información sobre otros medicamentos con participación en los costos más baja para cada reclamación de medicamentos con receta que pueda estar disponible.

<b>Sección 3.2</b>	<b>Ayúdenos a mantener actualizada nuestra información sobre sus pagos de medicamentos</b>
--------------------	--

A fin de llevar un registro de los costos de sus medicamentos y los pagos que hace para los medicamentos, usamos los registros que obtenemos de las farmacias. Aquí encontrará el modo de ayudarnos a mantener su información correcta y actualizada:

- **Muestre su tarjeta de membresía cuando adquiera un medicamento con receta.** A fin de garantizar que sepamos de los medicamentos con receta que está adquiriendo y lo que está pagando, muestre su tarjeta de membresía del plan cada vez que adquiere un medicamento con receta.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** Hay momentos en los que podrá pagar los medicamentos con receta y nosotros no obtengamos la información que necesitamos para llevar un registro de sus gastos de bolsillo automáticamente. A fin de ayudarnos a llevar un registro de sus gastos de bolsillo, puede proporcionarnos copias de los recibos de los medicamentos que ha comprado. (Si le facturan un medicamento cubierto, puede solicitar a nuestro plan que le paguemos nuestra parte del costo. Para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo, vaya a la Sección 2 del Capítulo 5 de este manual). Aquí hay algunos tipos de situaciones en las que podría querer proporcionarnos copias de los recibos de sus medicamentos para estar seguro de que tengamos un registro completo de lo que ha gastado por sus medicamentos:
  - Cuando compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o usa una tarjeta de descuento que no es parte de los beneficios.
  - Cuando hizo un copago de medicamentos que se proporcionan según un programa de asistencia al paciente del fabricante del medicamento.

**Capítulo 4. Lo que usted paga por sus medicamentos con receta Parte D**

---

- En cualquier momento en que haya comprado medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red o en otros momentos en los que haya pagado el precio total de un medicamento cubierto en circunstancias especiales.
- **Envíenos información sobre los pagos que otros hicieron por usted.** Los pagos hechos por otras personas y organizaciones también cuentan como contribución de sus gastos de bolsillo y ayudan a calificarlo para cobertura catastrófica. Por ejemplo, los pagos hechos por Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica, un programa de asistencia para medicamentos para el SIDA (ADAP), Servicio de Salud Indígena y la mayoría de las organizaciones benéficas, cuentan como contribución a sus gastos de bolsillo. Deberá llevar un registro de estos pagos y enviarnoslos para que podamos registrar sus costos.
- **Verifique el informe por escrito que le enviamos.** Cuando reciba por correo una *Explicación de beneficios de la Parte D* (una EOB), revise la información para asegurarse de que esté completa y sea correcta. Si piensa que falta algo en el informe o tiene preguntas, llámenos al Servicio de atención al cliente (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual). Asegúrese de conservar estos informes. Son un registro importante de sus costos de medicamentos.

---

**SECCIÓN 4 Durante la Etapa del deducible, usted paga el costo total de sus medicamentos de la categoría 1, categoría 2, categoría 3, categoría 4, y categoría 5**

---

<b>Sección 4.1</b>	<b>Usted permanece en la Etapa del deducible hasta que haya pagado \$445 por sus medicamentos de la categoría 1, categoría 2, categoría 3, categoría 4 y categoría 5</b>
--------------------	--

La Etapa del deducible es la primera etapa de pago para su cobertura de medicamentos. Esta etapa comienza cuando usted surte su primera receta del año. Durante esta etapa de pago, **debe pagar el costo total de sus medicamentos** hasta que alcance el importe del deducible del plan, que es **\$445** para 2021.

- Su “**costo total**” es, por lo general, inferior que el precio total normal del medicamento, ya que nuestro plan negoció los costos inferiores para la mayoría de los medicamentos.
- El “**deducible**” es el importe que debe pagar por los medicamentos con receta Parte D antes de que nuestro plan comience a pagar su parte.

Una vez que haya pagado **\$445** por sus medicamentos de la categoría 1, categoría 2, categoría 3, categoría 4 y categoría 5, saldrá de la Etapa del deducible y pasará a la siguiente etapa de pago de medicamentos, que es la Etapa de cobertura inicial.

---

**SECCIÓN 5 Durante la etapa de cobertura inicial, el plan paga su parte de los costos de medicamentos y usted paga su parte**

---

<b>Sección 5.1</b>	<b>Lo que usted paga por un medicamento depende del medicamento y de dónde adquiera usted su medicamento con receta</b>
--------------------	---

Durante la etapa de cobertura inicial, el plan paga su parte del costo de los medicamentos con receta cubiertos, y usted paga su parte (el importe de su copago o coseguro). Su parte del costo variará según el medicamento y donde surta usted el medicamento con receta.

**El plan tiene cinco categorías de participación en los costos**

Cada medicamento de la Lista de medicamentos del plan está en una de las cinco categorías de participación en los costos. En general, cuanto más alto es el número de la categoría de participación en los costos, más alto es el costo que usted debe pagar por el medicamento:

- Categoría 1, incluye: medicamentos genéricos preferidos (categoría más baja)
- Categoría 2, incluye: medicamentos genéricos
- Categoría 3 incluye: medicamentos de marca preferidos
- Categoría 4 incluye: medicamentos no preferidos
- Categoría 5 incluye: medicamentos de la categoría de especialidad (categoría más alta)

Para averiguar en qué categoría de participación en los costos está su medicamento, verifique en la *Lista de medicamentos* del plan.

**Sus opciones de farmacia**

Cuánto usted paga por un medicamento, depende de si obtiene el medicamento de:

- Una farmacia de venta al detalle de la red que ofrece una participación en los costos estándar.
- Una farmacia de venta al detalle de la red que ofrece una participación en los costos preferida.
- Una farmacia que no está en la red del plan.
- La farmacia con servicio de pedidos por correo del plan.

Para obtener más información sobre estas opciones de farmacia y cómo adquirir sus medicamentos con receta, consulte el Capítulo 3 de este manual y el *Directorio de farmacias* del plan.

**Capítulo 4. Lo que usted paga por sus medicamentos con receta Parte D**

---

Generalmente, sus medicamentos con receta estarán cubiertos *solo* si se surten en una de nuestras farmacias de la red. Algunas de nuestras farmacias de la red también ofrecen participación en los costos preferida. Puede ir a farmacias de la red que ofrecen participación en los costos preferida o a otras farmacias de la red que ofrecen participación en los costos estándar para recibir sus medicamentos con receta cubiertos. Es posible que sus costos sean menores en las farmacias que ofrecen participación en los costos preferida.

<b>Sección 5.2</b>	<b>En la tabla, se muestran los costos que usted debe pagar para un suministro de <i>un mes</i> de un medicamento</b>
--------------------	---

Durante la etapa de cobertura inicial, su participación en el costo de un medicamento cubierto será un copago o un coseguro.

- **“Copago”** significa que usted paga un importe fijo cada vez que adquiere un medicamento con receta.
- **“Coseguro”** significa que usted paga un porcentaje del costo total del medicamento cada vez que adquiere un medicamento con receta.

Como se muestra en la tabla a continuación, el importe del copago o coseguro depende de en qué categoría esté su medicamento. Tenga en cuenta:

- Si los costos de los medicamentos cubiertos son inferiores al importe de copago mencionado en la tabla, usted pagará ese precio inferior por el medicamento. Usted paga el precio completo del medicamento *o* el importe de copago, *lo que sea inferior*.
- Cubrimos los medicamentos con receta adquiridos en farmacias fuera de la red solo en situaciones limitadas. Consulte el Capítulo 3, Sección 2.5, para obtener información sobre cuándo cubriremos un medicamento con receta adquirido en una farmacia fuera de la red.

**Capítulo 4. Lo que usted paga por sus medicamentos con receta Parte D**

**Su participación en el costo cuando recibe un suministro de *un mes* de un medicamento con receta Parte D cubierto:**

<b>Categoría</b>	<b>participación en los costos para medicamento estándar adquirido en farmacias de venta al detalle (dentro de la red) (un suministro de hasta 30 días)</b>	<b>participación en los costos para medicamento preferido adquirido en farmacias de venta al detalle (dentro de la red) (un suministro de hasta 30 días)</b>	<b>participación en los costos de pedidos por correo (un suministro de hasta 30 días)</b>	<b>participación en los costos por cuidados a largo plazo (LTC) (un suministro de hasta 31 días)</b>	<b>participación en los costos fuera de la red (La cobertura se limita a determinadas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener más detalles). (suministro de hasta 30 días)</b>
<b>Categoría 1 de participación en los costos</b> (Medicamentos genéricos preferidos)	\$7	\$2	\$0	\$7	\$7
<b>Categoría 2 de participación en los costos</b> (Medicamentos genéricos)	\$17	\$12	\$12	\$17	\$17
<b>Categoría 3 de participación en los costos</b> (Medicamentos de marca preferidos)	\$45	\$40	\$40	\$45	\$45
<b>Categoría 4 de participación en los costos</b> (Medicamentos no preferidos)	33 %	33 %	33 %	33 %	33 %
<b>Categoría 5 de participación en los costos</b> (Medicamentos del nivel de especialidad)	25 %	25 %	25 %	25 %	25 %



<b>Sección 5.3</b>	<b>Si su médico le receta un suministro de menos de un mes completo, es posible que no tenga que pagar el costo del suministro por el mes entero</b>
--------------------	--

Normalmente, el importe que usted paga por un medicamento con receta cubre el suministro para un mes completo del medicamento cubierto. No obstante, su médico puede recetar menos que el suministro de medicamento para un mes. Es posible que en ocasiones en las que le pida al médico que le recete menos suministro de un medicamento que para un mes (por ejemplo, cuando prueba por primera vez un medicamento que se sabe que tiene efectos secundarios graves). Si su médico le receta menos que el suministro para un mes completo, usted no tendrá que pagar el suministro para el mes completo de ciertos medicamentos.

El importe que usted paga cuando recibe menos que el suministro para un mes completo dependerá de si usted es responsable del pago de coseguro (un porcentaje del costo total) o un copago (un importe fijo en dólares).

- Si usted es responsable del coseguro, usted paga un *porcentaje* del costo total del medicamento. Usted paga el mismo porcentaje independientemente de si la receta es para el suministro de un mes o por menos días. No obstante, como el costo total del medicamento será menor si recibe menos suministro que el suministro para todo un mes, el *importe* que usted paga será menor.
- Si es responsable de un copago del medicamento, su copago se basará en la cantidad de días que reciba el medicamento. Calcularemos el importe que usted paga por día para su medicamento (la “tarifa de participación en los costos diaria”) y lo multiplicaremos por la cantidad de días para los cuales reciba el medicamento.
  - A continuación, un ejemplo: Digamos que el copago de su medicamento para el suministro de un mes completo (un suministro de 30 días) es \$30. Esto significa que el importe que usted paga por día por su medicamento es \$1. Si recibe un suministro para 7 días del medicamento, su pago será de \$1 por día multiplicado por 7 días, lo que dará un pago total de \$7.

La participación en los costos diaria le permite asegurarse de que el medicamento le funciona antes de tener que pagar el suministro para un mes completo. También puede pedirle a su médico que le recete, y a su farmacéutico que le despache, menos que el suministro para un mes completo de un medicamento o medicamentos si esto le ayuda a planificar mejor las fechas de resurtido de los diferentes medicamentos con receta y así tener que ir menos veces a la farmacia. El importe que usted paga dependerá de cuántos días de suministro reciba.

<b>Sección 5.4</b>	<b>En la tabla se muestran sus costos para un <i>suministro a largo plazo</i> (de hasta 90 días) de un medicamento</b>
--------------------	--

Para algunos medicamentos, puede recibir un suministro a largo plazo (lo que también se llama un “suministro extendido”) cuando surta su receta. Un suministro a largo plazo es un suministro

**Capítulo 4. Lo que usted paga por sus medicamentos con receta Parte D**

de hasta 90 días. (Para obtener información detallada acerca de cómo recibir un suministro a largo plazo de un medicamento, consulte el Capítulo 5, Sección 2.4).

En la tabla a continuación, se muestra lo que usted paga cuando recibe un suministro a largo plazo de hasta 90 días de un medicamento.

- Tenga en cuenta: Si los costos de los medicamentos cubiertos son inferiores al importe de copago mencionado en la tabla, usted pagará ese precio inferior por el medicamento. Usted paga el precio completo del medicamento *o* el importe de copago, *lo que sea inferior*.

**Su participación en el costo cuando adquiere un suministro a largo plazo de un medicamento con receta Parte D cubierto:**

<b>Categoría</b>	<b>participación en los costos para medicamento estándar adquirido en farmacias de venta al detalle (dentro de la red)</b> (un suministro de hasta 90 días)	<b>participación en los costos para medicamento preferido adquirido en farmacias de venta al detalle (dentro de la red)</b> (un suministro de hasta 90 días)	<b>participación en los costos para medicamento adquirido en farmacias de pedidos por correo</b> (un suministro de hasta 90 días)
<b>Categoría 1 de participación en los costos</b> (Medicamentos genéricos preferidos)	\$21	\$6	\$0
<b>Categoría 2 de participación en los costos</b> (Medicamentos genéricos)	\$51	\$36	\$30
<b>Categoría 3 de participación en los costos</b> (Medicamentos de marca preferidos)	\$135	\$120	\$120

**Capítulo 4. Lo que usted paga por sus medicamentos con receta Parte D**

<b>Categoría</b>	<b>participación en los costos para medicamento estándar adquirido en farmacias de venta al detalle (dentro de la red)</b> (un suministro de hasta 90 días)	<b>participación en los costos para medicamento preferido adquirido en farmacias de venta al detalle (dentro de la red)</b> (un suministro de hasta 90 días)	<b>participación en los costos para medicamento adquirido en farmacias de pedidos por correo</b> (un suministro de hasta 90 días)
<b>Categoría 4 de participación en los costos</b> (Medicamentos no preferidos)	33 %	33 %	33 %
<b>Categoría 5 de participación en los costos</b> (Medicamentos del nivel de especialidad)	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos de la categoría 5.	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos de la categoría 5.	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos de la categoría 5.

<b>Sección 5.5</b>	<b>Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que los costos totales de medicamentos para el año alcancen los \$4,130</b>
--------------------	---

Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que el importe total de los medicamentos con receta que haya surtido y resurtido llegue a límite de **\$4,130 para la Etapa de cobertura inicial**.

Su costo total de medicamentos se basa en la suma de lo que ha pagado y lo que el plan de la Parte D ha pagado:

- **Lo que usted ha pagado** por todos los medicamentos cubiertos que ha recibido a partir de la primera compra de medicamentos del año. (Consulte la Sección 6.2 para obtener más información acerca de cómo Medicare calcula sus gastos de bolsillo). Esto incluye:
  - Los **\$445** que usted pagó cuando se encontraba en la Etapa de deducible.
  - El total que pagó como su participación en los costos para sus medicamentos durante la Etapa de cobertura inicial.
- **Lo que el plan ha pagado** como su parte del costo para sus medicamentos durante la Etapa de cobertura inicial. (Si se inscribió en un plan de la Parte D diferente en algún momento de 2021, el importe que pagó ese plan durante la Etapa de cobertura inicial también se suma a su total de costos en medicamentos).

**Capítulo 4. Lo que usted paga por sus medicamentos con receta Parte D**

---

La *Explicación de beneficios* (EOB) que le enviamos lo ayudará a hacer un seguimiento de lo que usted y el plan, así como los terceros, han gastado en su nombre durante el año. Muchas personas no alcanzan el límite de **\$4,130** en un año.

Le informaremos si alcanza este importe de **\$4,130**. Si lo alcanza, dejará de estar en la Etapa de cobertura inicial y pasará a la Etapa de interrupción de cobertura.

---

**SECCIÓN 6 Durante la Etapa de interrupción de cobertura, recibirá un descuento en los medicamentos de marca y pagará hasta el 25 % de los costos por medicamentos genéricos**

---

<b>Sección 6.1</b>	<b>Usted permanece en la Etapa de interrupción de cobertura hasta que sus gastos de bolsillo lleguen a \$6,550</b>
--------------------	--

Cuando está en la Etapa de interrupción de cobertura, el Programa de descuento de interrupción de cobertura de Medicare ofrece descuentos de fabricantes para medicamentos de marca. Usted paga el 25 % del precio negociado y una parte de la tarifa de entrega para los medicamentos de marca. Tanto el importe que usted paga como el importe descontado por el fabricante computan para sus gastos de bolsillo como si usted los hubiera pagado, y le permiten avanzar en la interrupción de cobertura.

También recibe una cierta cobertura para los medicamentos genéricos. Usted paga hasta 25 % del costo para los medicamentos genéricos y el plan paga el resto. Para los medicamentos genéricos, el importe pagado por el plan (75 %) no se computa para sus gastos de bolsillo. Solo cuenta el importe que usted paga, que le permite avanzar en la etapa de interrupción de cobertura.

Puede continuar pagando el precio con descuento por los medicamentos de marca y hasta el 25 % de los costos de medicamentos genéricos hasta que los gastos de bolsillo anuales que usted efectúe alcancen el importe máximo que Medicare haya establecido. En 2021, ese importe es **\$6,550**.

Medicare tiene reglas sobre qué cuenta y qué *no* cuenta como gastos de bolsillo. Cuando usted alcanza un límite de gasto de bolsillo de **\$6,550**, deja la Etapa de interrupción de cobertura y pasa a la Etapa de cobertura catastrófica.

<b>Sección 6.2</b>	<b>Cómo calcula Medicare sus gastos de bolsillo para sus medicamentos con receta</b>
--------------------	--

A continuación, se presentan las reglas de Medicare que debemos seguir cuando realizamos el seguimiento de sus gastos de bolsillo por sus medicamentos.

### **Estos pagos se incluyen en sus gastos de bolsillo**

Cuando suma sus gastos de bolsillo, **puede incluir** los pagos que se mencionan a continuación (siempre y cuando sean para los medicamentos cubiertos de la Parte D y usted haya seguido las reglas de la cobertura de medicamentos que se explican en el Capítulo 3 de este manual):

- El importe que usted paga por los medicamentos cuando se encuentra en alguna de las siguientes etapas de pago de medicamento:
  - La Etapa de deducible
  - La Etapa de cobertura inicial
  - La Etapa de interrupción de cobertura
- Todos los pagos que hizo durante este año calendario como miembro de un plan de medicamentos con receta de Medicare diferente antes de incorporarse a nuestro plan.

#### **Es importante quién paga:**

- Si **usted mismo** realiza estos pagos, estos se incluyen en sus gastos de bolsillo.
- Estos pagos *también se incluyen* si **ciertas otras personas u organizaciones** los hacen en su nombre. Incluye los pagos por sus medicamentos hechos por un amigo o pariente, la mayoría de las organizaciones benéficas, los programas de asistencia para medicamentos contra el SIDA, un programa estatal de asistencia farmacéutica que reúna los requisitos de Medicare o por el Servicio de Salud Indígena. También se incluyen los pagos efectuados mediante el Programa de “Ayuda Adicional” de Medicare.
- Se incluyen algunos de los pagos realizados por el Programa de descuento de interrupción de cobertura de Medicare. Se incluye el importe que paga el fabricante por sus medicamentos de marca. No obstante, el importe pagado por el plan por sus medicamentos genéricos no está incluido.

#### **Paso a la Etapa de cobertura catastrófica:**

Cuando usted (o aquellos que pagan en su nombre) ha gastado un total de **\$6,550** en gastos de bolsillo en un año calendario, pasará de la etapa de interrupción de cobertura a la Etapa de cobertura catastrófica.

---

## **Estos pagos no se incluyen en sus gastos de bolsillo**

Cuando suma sus gastos de bolsillo, **no puede incluir** ninguno de estos tipos de pagos para medicamentos con receta:

- El importe que usted paga por su prima mensual.
- Los medicamentos que compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Los medicamentos que no tienen cobertura de su plan.
- Los medicamentos que recibe en una farmacia fuera de la red que no cumplen con los requisitos del plan para la cobertura fuera de la red.
- Medicamentos que no son de la Parte D, incluidos medicamentos con receta cubiertos por la Parte A o la Parte B y otros medicamentos excluidos de la cobertura de Medicare.
- Los pagos que haga por los medicamentos con receta no cubiertos normalmente por un plan de medicamentos con receta de Medicare.
- Los pagos realizados por el plan para sus medicamentos de marca o genéricos mientras se encuentra en la Interrupción de cobertura.
- Los pagos de sus medicamentos realizados por planes de salud grupales, incluidos los planes de salud de un empleador.
- Los pagos de sus medicamentos realizados por ciertos planes de seguro y programas de salud financiados por el gobierno, tales como TRICARE y el Departamento de Asuntos de Veteranos.
- Los pagos de sus medicamentos realizados por un tercero con una obligación legal de pagar los costos de medicamentos con receta (por ejemplo, indemnización de trabajadores).

*Recordatorio:* Si alguna otra organización, tal como las mencionadas antes, paga una parte o la totalidad de sus gastos de bolsillo por sus medicamentos, usted debe informar a nuestro plan. Llame al Servicio de atención al cliente para notificarnos (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual).

---

### ***¿Cómo puede llevar un registro de sus gastos de bolsillo totales?***

- **Lo ayudaremos.** El informe de la *Explicación de beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D) que le enviamos incluye el importe actual de sus gastos de bolsillo (en la Sección 3 de este capítulo, contiene información acerca de este informe). Cuando alcanza un total de **\$6,550** de gastos de bolsillo en ese año, este informe le indicará que ha dejado la Etapa de interrupción de cobertura y que ha pasado a la Etapa de cobertura catastrófica.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** La Sección 3.2 le informa qué puede hacer para ayudar a garantizar que nuestros registros de lo que usted ha gastado estén completos y actualizados.

---

## SECCIÓN 7 Durante la Etapa de cobertura catastrófica, el plan paga la mayoría de los costos de sus medicamentos

---

Sección 7.1	Cuando esté en la Etapa de cobertura catastrófica, permanecerá en esta etapa por el resto del año
-------------	---

Usted califica para la Etapa de cobertura catastrófica cuando sus gastos de bolsillo alcanzan el límite de **\$6,550** para el año calendario. Cuando esté en la Etapa de cobertura catastrófica, permanecerá en esta etapa de pago hasta que finalice el año calendario.

Durante esta etapa, el plan pagará la mayoría de los costos de sus medicamentos.

- **Su participación en el costo** de un medicamento cubierto será el coseguro o el copago, según el importe que sea *mayor*:
  - – *o bien* – Coseguro de **5 %** del costo del medicamento
  - – *o* – **\$3.70** para un medicamento genérico o un medicamento tratado como un medicamento genérico y **\$9.20** para todos los demás medicamentos.
- **Nuestro plan paga el resto** del costo.

---

## SECCIÓN 8 Lo que usted paga por las vacunaciones cubiertas por la Parte D depende de cómo y dónde las recibe

---

Sección 8.1	Nuestro plan puede tener cobertura por separado para el medicamento de vacuna de la Parte D en sí y para el costo de administrarle la vacuna
-------------	--

Nuestro plan ofrece cobertura para una cantidad de vacunas de la Parte D. Existen dos partes de nuestra cobertura de vacunaciones:

- La primera parte de la cobertura es el costo del medicamento de **la vacuna en sí**. La vacuna es un medicamento con receta.
- La segunda parte de la cobertura es para el costo de **colocarle la vacuna**. (A veces, se llama la “administración” de la vacuna).

### ¿Qué paga usted de una vacunación de la Parte D?

Lo que usted paga de una vacunación de la Parte D depende de tres factores:

1. **El tipo de vacuna** (contra qué se está vacunando).

**Capítulo 4. Lo que usted paga por sus medicamentos con receta Parte D**

---

- Algunas vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas enumeradas en la *Lista de medicamentos cubiertos (Farmacopea) del plan*.
- Otras vacunas se consideran beneficios médicos. Tienen cobertura en Original Medicare.

**2. Dónde le administran el medicamento de la vacuna.****3. Quién le administra la vacuna.**

Lo que usted paga en el momento en que recibe la vacunación de la Parte D puede variar de acuerdo con la situación. Por ejemplo:

- A veces, cuando le administren una vacuna, deberá pagar el costo completo tanto del medicamento de la vacuna como de la administración de la vacuna. Puede pedir a nuestro plan que le reintegre la parte que nos corresponde del costo.
- En otras ocasiones, cuando reciba el medicamento de la vacuna o la vacuna, solamente pagará la parte que le corresponda del costo.

Para demostrar cómo funciona esto, aquí se presentan tres formas comunes en que puede recibir una vacuna de la Parte D. Recuerde que es responsable de todos los costos asociados con las vacunas (incluida su administración) durante las Etapas de deducible y de interrupción de cobertura de su beneficio.

*Situación 1:* Usted compra la vacuna de la Parte D en la farmacia y le administran la vacuna en la farmacia de la red. (Tener esta opción dependerá del lugar en donde viva. Algunos estados no permiten que las farmacias administren vacunaciones).

- Tendrá que pagarle a la farmacia el importe de su coseguro o copago por la vacuna y el costo de administrarla.
- Nuestro plan pagará el resto de los costos.

*Situación 2:* Usted recibe la vacunación de la Parte D en el consultorio de su médico.

- Cuando lo vacunen, usted pagará el costo total de la vacunación y su administración.
- Luego, puede pedir a nuestro plan que pague nuestra parte del costo mediante el uso de los procedimientos que se describen en el Capítulo 5 de este manual (*Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de los costos por medicamentos cubiertos*).
- Le reembolsaremos el importe que pagó menos su coseguro o copago normal por la vacuna (incluida la administración), menos cualquier diferencia entre el importe que cobra el médico y lo que nosotros pagamos normalmente. (Si usted recibe “Ayuda Adicional”, le reembolsaremos esa diferencia).



**Capítulo 4. Lo que usted paga por sus medicamentos con receta Parte D**

---

*Situación 3:* Usted compra la vacuna de la Parte D en su farmacia y la lleva al consultorio de su médico y allí le administran la vacuna.

- Tendrá que pagarle a la farmacia el importe de su coseguro o copago por la vacuna en sí.
- Cuando su médico le administre la vacuna, usted pagará el costo total por este servicio. Luego, puede pedir a nuestro plan que pague nuestra parte del costo mediante los procedimientos descritos en el Capítulo 5 de este manual.
- Se le reembolsará el importe cobrado por el médico por administrarle la vacuna, menos la diferencia que hubiera entre el importe que cobre el médico y lo que nosotros habitualmente pagamos. (Si usted recibe “Ayuda Adicional”, le reembolsaremos esa diferencia).

<b>Sección 8.2</b>	<b>Es posible que desee llamarnos al Servicio de atención al cliente antes de recibir una vacunación</b>
--------------------	--

Las reglas de cobertura de las vacunaciones son complicadas. Estamos aquí para ayudar. Le recomendamos que primero nos llame al Servicio de atención al cliente cada vez que esté planificando recibir una vacunación. (Los números de teléfono del Servicio de atención al cliente se encuentran en la contraportada de este manual).

- Le podemos informar acerca de cómo es la cobertura de su vacunación en nuestro plan y explicarle su participación en los costos.
- Podemos informarle cómo mantener el costo bajo si usa proveedores y farmacias de nuestra red.
- Si no puede usar un proveedor o una farmacia de la red, podemos informarle qué necesita hacer para recibir el pago de nuestra participación en los costos.

# CAPÍTULO 5

*Cómo solicitarnos que paguemos  
nuestra parte de los costos por  
medicamentos cubiertos*

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

---

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

<b>SECCIÓN 1</b>	<b>Situaciones en las que debe solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo por sus medicamentos cubiertos .....</b>	<b>91</b>
Sección 1.1	Si usted paga la parte del costo que le corresponde a nuestro plan por medicamentos cubiertos, puede solicitarnos el pago.....	91
<b>SECCIÓN 2</b>	<b>Cómo solicitarnos un reintegro .....</b>	<b>92</b>
Sección 2.1	Cómo y dónde enviarnos su solicitud de pago .....	92
<b>SECCIÓN 3</b>	<b>Consideraremos su solicitud de pago y le diremos si lo aceptamos o lo rechazamos.....</b>	<b>93</b>
Sección 3.1	Hacemos una comprobación para ver si debemos cubrir un medicamento y cuánto debemos .....	93
Sección 3.2	Si le informamos que no le pagaremos la totalidad o una parte del medicamento, puede realizar una apelación.....	93
<b>SECCIÓN 4</b>	<b>Otras situaciones en las que debe guardar sus recibos y enviarnos copias .....</b>	<b>94</b>
Sección 4.1	En algunos casos, nos debe enviar copias de sus recibos para ayudarnos a rastrear sus gastos de bolsillo para medicamentos .....	94

**Capítulo 5. Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de los costos por medicamentos cubiertos****SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo por sus medicamentos cubiertos****Sección 1.1 Si usted paga la parte del costo que le corresponde a nuestro plan por medicamentos cubiertos, puede solicitarnos el pago**

A veces, cuando recibe un medicamento con receta, es posible que deba pagar el costo total directamente. Otras veces, es posible que descubra que ha pagado más que lo esperado en función de las reglas de cobertura de nuestro plan. En cualquiera de los casos, puede solicitarnos que le reintegremos (reintegrar a menudo se denomina “reembolsar”).

A continuación, se presentan ejemplos de situaciones en las que usted, posiblemente, necesite solicitar a nuestro plan que le haga un reintegro. Todos estos ejemplos son tipos de decisiones de cobertura (para obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte el Capítulo 7 de este manual).

**1. Cuando surte una receta en una farmacia fuera de la red**

Si va a una farmacia fuera de la red e intenta usar su tarjeta de miembro para surtir una receta, quizás la farmacia no pueda presentarnos la reclamación directamente. Cuando esto suceda, usted deberá pagar el costo total de su receta. (Cubrimos recetas surtidas en farmacias fuera de la red solo en algunas situaciones especiales. Consulte el Capítulo 3, Sección 2.5, para obtener más información).

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos solicite el reintegro de nuestra participación en los costos.

**2. Cuando usted paga el costo total de una receta porque no tiene la tarjeta de miembro del plan**

Si no tiene su tarjeta de miembro del plan, debe pedir que, desde la farmacia, llamen al plan o busquen su información de inscripción. No obstante, si en la farmacia no pueden obtener la información de inscripción que necesitan de inmediato, es posible que usted deba pagar el costo total de su receta.

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos solicite el reintegro de nuestra participación en los costos.

**3. Cuando usted paga el costo total de una receta en otras situaciones**

Es posible que deba pagar el costo total de la receta, porque descubre que el medicamento, por algún motivo, no tiene cobertura.

- Por ejemplo, es posible que el medicamento no esté en la *Lista de medicamentos cubiertos (Farmacopea)* del plan o que tenga un requisito o restricción que usted no

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

---

conocía o que pensaba que no correspondía a su situación. Si decide obtener el medicamento de inmediato, es posible que deba pagar el costo total por el medicamento.

- Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos solicite el reintegro. En algunas situaciones, posiblemente necesitemos más información de su médico a fin de hacerle el reintegro de nuestra parte del costo.

### 4. Si usted está inscrito en nuestro plan de forma retroactiva

A veces, la inscripción de una persona en el plan es retroactiva. (Retroactiva significa que el primer día de la inscripción ya ha pasado. La fecha de inscripción puede haber sido incluso el año anterior).

Si se inscribió retroactivamente en nuestro plan y pagó gastos de bolsillo por alguno de sus medicamentos cubiertos después de la fecha de inscripción, nos puede solicitar que le reintegremos nuestra parte de los costos. Deberá presentar documentación para que realicemos el reembolso.

Llame al Servicio de atención al cliente para obtener información adicional acerca de cómo solicitarnos el reembolso y las fechas límite para realizar su solicitud. (Los números de teléfono del Servicio de atención al cliente se encuentran en la contraportada de este manual).

Estos ejemplos anteriores son tipos de decisiones de cobertura. Esto significa que, si rechazamos su solicitud de pago, usted puede apelar nuestra decisión. En el Capítulo 7 de este manual (*¿Qué hacer si tiene un problema o queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]?*), hay información acerca de cómo efectuar una apelación.

---

## SECCIÓN 2      Cómo solicitarnos un reintegro

---

<b>Sección 2.1      Cómo y dónde enviarnos su solicitud de pago</b>
---

Envíenos su solicitud de pago, junto con el recibo que documenta el pago que haya realizado. Una buena idea es realizar una copia de los recibos para que los guarde.

Asegúrese de darnos toda la información que necesitamos para tomar una decisión; puede llenar nuestro formulario de reclamación para realizar una solicitud de pago.

- No tiene que usar el formulario, pero nos ayudará a procesar la información más rápidamente.
- Descargue una copia del formulario de nuestro sitio web ([emblemhealth.com/medicare](http://emblemhealth.com/medicare)) o llame al Servicio de atención al cliente y solicite uno. (Los números de teléfono del Servicio de atención al cliente se encuentran en la contraportada de este manual).

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

---

Envíe por correo postal su solicitud de pago, junto con los recibos, a esta dirección:

Express Scripts  
ATTN: Medicare Parte D  
P.O. Box 14718  
Lexington, KY 40512-4718

**Usted debe enviarnos su reclamación en el plazo de 120 días** a partir de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.

Si tiene preguntas, comuníquese con el Servicio de atención al cliente (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual). Si no sabe lo que debería haber pagado, podemos ayudarlo. También puede llamar si desea obtener más información acerca de una solicitud de pago que ya nos ha enviado.

---

**SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y le diremos si lo aceptamos o lo rechazamos**

---

<b>Sección 3.1 Hacemos una comprobación para ver si debemos cubrir un medicamento y cuánto debemos</b>
--

Cuando recibamos su solicitud de pago, le avisaremos si necesitamos información adicional de su parte. De lo contrario, consideraremos su solicitud y tomaremos una decisión de cobertura.

- Si decidimos que el medicamento tiene cobertura y usted cumplió con todas las reglas para obtener el medicamento, le pagaremos nuestra parte del costo. Le enviaremos por correo postal un reembolso por nuestra parte del costo. (El Capítulo 3 explica las reglas que tiene que seguir para obtener sus medicamentos con receta Parte D cubiertos). Le enviaremos el pago en un plazo de 30 días después de recibida su solicitud.
- Si decidimos que el medicamento *no* tiene cobertura o si usted *no* cumplió con todas las reglas, no le pagaremos nuestra parte del costo. En lugar de eso, le enviaremos una carta para explicarle los motivos por los cuales no le enviamos el pago que solicitó y sus derechos para apelar esta decisión.

<b>Sección 3.2 Si le informamos que no le pagaremos la totalidad o una parte del medicamento, puede realizar una apelación</b>
--

Si cree que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago o si no está de acuerdo con el importe que le pagamos, puede presentar una apelación. Si lo hace, nos pide que cambiemos la decisión que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

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

---

Para obtener información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 7 de este manual (*¿Qué hacer si tiene un problema o queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]?*). El proceso de apelación es un proceso formal con procedimientos detallados y fechas límite importantes. Si una apelación es algo nuevo para usted, descubrirá que es útil empezar con la lectura de la Sección 4 del Capítulo 7. La Sección 4 es una sección introductoria en la que se explica el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones, y se proporcionan definiciones de términos, tales como “apelación”. Después de leer la Sección 4, puede ir a la Sección 5.5 del Capítulo 7 para ver una explicación paso a paso de cómo presentar una apelación.

---

### SECCIÓN 4 Otras situaciones en las que debe guardar sus recibos y enviarnos copias

---

<b>Sección 4.1</b>	<b>En algunos casos, nos debe enviar copias de sus recibos para ayudarnos a rastrear sus gastos de bolsillo para medicamentos</b>
--------------------	---

Existen algunas situaciones en las que usted debe informarnos acerca de los pagos realizados por los medicamentos. En estos casos, no nos solicita el pago. En lugar de ello, nos informa sus pagos para que nosotros calculemos sus gastos de bolsillo de forma correcta. Esto puede ayudar a calificar para la Etapa de cobertura catastrófica más rápidamente.

Existen dos situaciones en las que usted debe enviarnos copias de recibos para informarnos acerca de los pagos realizados por los medicamentos:

#### 1. Cuando compra el medicamento por un precio inferior a nuestro precio

A veces, cuando está en la Etapa del deducible, puede comprar su medicamento en una **farmacia de la red** por un precio que es inferior a nuestro precio.

- Por ejemplo, una farmacia puede ofrecer el medicamento a un precio de oferta. O es posible que tenga una tarjeta de descuento con la cual se ofrezca un precio inferior y que esté fuera de nuestro beneficio.
- Salvo que se apliquen condiciones especiales, debe usar una farmacia de la red en estas situaciones y su medicamento debe estar en nuestra Lista de medicamentos.
- Guarde su recibo y envíenos una copia para que podamos contar sus gastos de bolsillo para su calificación para la Etapa de cobertura catastrófica.
- **Tenga en cuenta:** Si se encuentra en la Etapa del deducible, es posible que no paguemos ninguna parte de los costos de estos medicamentos. No obstante, si nos envía una copia de un recibo, podremos calcular sus gastos de bolsillo de manera correcta y esto puede ayudarlo a calificar para la Etapa de cobertura catastrófica más rápidamente.

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

---

### 2. Cuando recibe un medicamento a través de un programa de asistencia a pacientes ofrecido por un fabricante de medicamentos

Algunos miembros están inscritos en un programa de asistencia a pacientes ofrecido por un fabricante de medicamentos que no participa de los beneficios del plan. Si recibe medicamentos a través de un programa ofrecido por un fabricante de medicamentos, es posible que deba abonar un copago al programa de asistencia a pacientes.

- Guarde su recibo y envíenos una copia para que podamos contar sus gastos de bolsillo para su calificación para la Etapa de cobertura catastrófica.
- **Tenga en cuenta:** Como usted recibe su medicamento mediante el programa de asistencia a pacientes y no mediante los beneficios del plan, no pagaremos ninguna participación de los costos del medicamento. No obstante, si nos envía una copia de un recibo, podremos calcular sus gastos de bolsillo de manera correcta y esto puede ayudarlo a calificar para la Etapa de cobertura catastrófica más rápidamente.

Puesto que usted no solicita el pago en los dos casos descritos anteriormente, estas situaciones no se consideran decisiones de cobertura. Por lo tanto, no puede hacer una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión.



# CAPÍTULO 6

*Sus derechos y responsabilidades*

## **Capítulo 6. Sus derechos y responsabilidades**

<b>SECCIÓN 1</b>	<b>Nuestro plan debe respetar sus derechos como miembro del plan.....</b>	<b>98</b>
Sección 1.1	Debemos proporcionar información en un formato que a usted le sirva (en otros idiomas además de inglés, braille, en letras grandes o formatos alternativos, etc.) .....	98
Sección 1.2	Debemos garantizar que usted acceda de forma oportuna a sus medicamentos cubiertos .....	99
Sección 1.3	Debemos proteger la privacidad de su información de salud personal .....	99
Sección 1.4	Le debemos ofrecer información sobre el plan, su red de farmacias y los medicamentos cubiertos .....	100
Sección 1.5	Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su cuidado .....	101
Sección 1.6	Tiene derecho a presentar quejas y solicitarnos que reconsideremos las decisiones que tomamos .....	103
Sección 1.7	¿Qué puede hacer si cree que lo están tratando injustamente o que no se están respetando sus derechos? .....	103
Sección 1.8	Cómo obtener más información sobre sus derechos .....	103
<b>SECCIÓN 2</b>	<b>Como miembro del plan, tiene algunas responsabilidades .....</b>	<b>104</b>
Sección 2.1	¿Cuáles son sus responsabilidades? .....	104

---

## **SECCIÓN 1      Nuestro plan debe respetar sus derechos como miembro del plan**

---

<b>Section 1.1</b>	<b>We must provide information in a way that works for you (in languages other than English, in braille, in large print, or other alternate formats, etc.)</b>
--------------------	--

To get information from us in a way that works for you, please call Customer Service (phone numbers are printed on the back cover of this booklet).

Our plan has people and free interpreter services available to answer questions from disabled and non-English speaking members. Information is available for free in other languages. We can also give you information in braille, in large print, or other alternate formats at no cost if you need it. We are required to give you information about the plan's benefits in a format that is accessible and appropriate for you. To get information from us in a way that works for you, please call Customer Service (phone numbers are printed on the back cover of this booklet.)

If you have any trouble getting information from our plan in a format that is accessible and appropriate for you, please call to file a grievance with Customer Service (phone numbers are printed on the back cover of this booklet). You may also file a complaint with Medicare by calling 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) or directly with the Office for Civil Rights. Contact information is included in this Evidence of Coverage or with this mailing, or you may contact our plan's Customer Service for additional information.

<b>Sección 1.1</b>	<b>Debemos proporcionar información en un formato que a usted le sirva (en otros idiomas además de inglés, braille, en letras grandes o formatos alternativos, etc.)</b>
--------------------	--

Para recibir información nuestra en un formato que le sirva, llame al Servicio de atención al cliente (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual).

Nuestro plan tiene personal y servicios de interpretación gratuitos disponibles para responder preguntas de personas con discapacidades y de miembros que no hablan inglés. Esta información está disponible de forma gratuita en otros idiomas. Además, si lo necesita, le ofrecemos información en braille, en letras grandes o en otros formatos alternativos sin costo alguno. Estamos obligados a ofrecer información acerca de los beneficios del plan en un formato que le resulte accesible y que sea adecuado para usted. Para recibir información nuestra en un formato que le sirva, llame al Servicio de atención al cliente (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual).

Si tiene algún inconveniente para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, llame para presentar un reclamo ante el Servicio de atención al cliente (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual). También puede presentar una queja ante Medicare, llamando 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 en este correo; también puede ponerse en contacto con nuestro Servicio de atención al cliente del plan para obtener información adicional.

<b>Sección 1.2</b>	<b>Debemos garantizar que usted acceda de forma oportuna a sus medicamentos cubiertos</b>
--------------------	---

Como miembro de nuestro plan, tiene el derecho de surtir o volver a surtir sus recetas en cualquiera de nuestras farmacias de la red sin demoras prolongadas. Si cree que no está recibiendo los medicamentos de la Parte D en un plazo razonable, en la Sección 7 del Capítulo 7 de este manual, se proporciona información sobre lo que puede hacer al respecto. (Si hemos rechazado la cobertura de sus medicamentos con receta y usted no está de acuerdo con nuestra decisión, en la Sección 4 del Capítulo 7, encontrará información acerca de lo que puede hacer).

<b>Sección 1.3</b>	<b>Debemos proteger la privacidad de su información de salud personal</b>
--------------------	---

Las leyes estatales y federales protegen la privacidad de sus historiales clínicos y su información de salud personal. Protegemos su información de salud personal según lo requerido por estas leyes.

- Su “información de salud personal” incluye la información personal que usted nos dio cuando se inscribió en este plan, así como los historiales clínicos y otra información médica y de salud.
- La legislación que protege su privacidad le otorga derechos relacionados con la obtención de la información y el control de cómo se utiliza su información de salud. Le entregamos un aviso por escrito, llamado “Aviso de confidencialidad clínica”, en el que se le informa sobre estos derechos y se explica cómo protegemos la privacidad de su información de salud.

### **¿Cómo protegemos la privacidad de su información de salud?**

- Nos aseguramos de que las personas no autorizadas no vean ni cambien sus registros.
- En la mayoría de las situaciones, si entregamos su información de salud a una persona que no le presta servicios de atención o que no paga por su atención, *primero necesitamos que usted nos otorgue un permiso por escrito*. Usted u otra persona (a quien usted le haya dado un poder legal para tomar decisiones por usted) pueden dar permiso por escrito.
- Existen algunas excepciones que no requieren que tengamos su permiso escrito. Estas excepciones están permitidas o son exigidas por ley.
  - Por ejemplo, estamos obligados de divulgar información de salud a las agencias gubernamentales que controlan la calidad de la atención.
  - Como usted es miembro del plan a través de Medicare, estamos obligados a entregar a Medicare su información de salud, incluida la información acerca de sus medicamentos con receta Parte D. Si Medicare divulga su información para

investigación o para otros usos, esto se hará conforme a las leyes y regulaciones federales.

### **Puede consultar la información de sus registros y saber de qué manera se ha compartido con otros**

Tiene derecho de examinar sus historiales clínicos que conserva el plan y de obtener una copia de sus registros. Se nos permite cobrarle una tarifa por las copias. Asimismo, tiene derecho de solicitarnos que incorporemos algo o hagamos correcciones en sus historiales clínicos. Si nos solicita esto, trabajaremos con su proveedor del cuidado de la salud para decidir los cambios que debemos hacer.

Tiene derecho de saber cómo se ha compartido su información de salud con otros por motivos que no son de rutina.

Si tiene preguntas o inquietudes acerca de la privacidad de su información de salud personal, llame al Servicio de atención al cliente (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual).

<b>Sección 1.4</b>	<b>Le debemos ofrecer información sobre el plan, su red de farmacias y los medicamentos cubiertos</b>
--------------------	---

Como miembro de EmblemHealth VIP Rx, tiene derecho a obtener diferentes tipos de información de nuestra parte. (Tal como se explica en la Sección 1.1, tiene derecho de recibir información de una forma que le sirva a usted. Esto incluye la obtención de información en idiomas que no sean el inglés, en letra grande u otros formatos alternativos).

Si desea obtener cualquiera de los siguientes tipos de información, llame al Servicio de atención al cliente (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual):

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la condición financiera del plan. Esto también incluye información sobre la cantidad de apelaciones realizadas por los miembros y las clasificaciones de rendimiento del plan, lo que incluye la calificación por parte de los miembros del plan y la comparación con otros planes de medicamentos con receta de Medicare.
- **Información sobre las farmacias de nuestra red.**
  - Por ejemplo, tiene derecho a obtener información sobre nosotros por parte de las farmacias de nuestra red.
  - Para obtener una lista de las farmacias de la red del plan, consulte el *Directorio de farmacias*.
  - Para obtener información más detallada sobre nuestros proveedores o nuestras farmacias, puede llamar al Servicio de atención al cliente (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual) o visitar nuestro sitio web, en [emblemhealth.com/medicare](http://emblemhealth.com/medicare).

- **Información sobre su cobertura y las reglas que debe seguir al usar su cobertura.**
  - Para obtener información detallada sobre su cobertura de medicamentos con receta Parte D, consulte los Capítulos 3 y 4 de este manual y la *Lista de medicamentos cubiertos (Farmacopea)* del plan. Estos capítulos, además de la *Lista de medicamentos cubiertos (Farmacopea)*, le informan qué medicamentos están cubiertos y se explican las reglas que debe seguir y las restricciones que tiene su cobertura para ciertos medicamentos.
  - Si tiene preguntas sobre las reglas o restricciones, llame al Servicio de atención al cliente (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual).
- **Información sobre por qué algo no tiene cobertura y qué puede hacer al respecto.**
  - Si un medicamento de la Parte D no tiene cobertura en su caso, o si su cobertura está restringida de alguna manera, puede solicitarnos una explicación por escrito. Tiene derecho a esta explicación, incluso, si recibió el medicamento de una farmacia fuera de la red.
  - Si no está satisfecho o si no está de acuerdo con una decisión que tomamos sobre qué medicamento Parte D tienen cobertura en su caso, tiene derecho a solicitarnos que cambiemos la decisión. Puede pedirnos que cambiemos la decisión mediante la presentación de una apelación. Para obtener información detallada sobre qué hacer si algo no tiene cobertura en su caso en la forma en que usted cree que debería tenerla, consulte el Capítulo 7 de este manual. Le brinda los detalles sobre cómo presentar una apelación si desea que cambiemos nuestra decisión. (En el Capítulo 7, también se brinda información sobre cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera y otras inquietudes).
  - Si desea solicitar que nuestro plan pague nuestra parte del costo por un medicamento con receta Parte D, consulte el Capítulo 5 de este manual.

<b>Sección 1.5</b>	<b>Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su cuidado</b>
--------------------	--

**Tiene derecho a dar instrucciones sobre lo que se debe hacer si no puede tomar decisiones médicas por sí mismo.**

A veces, las personas no pueden tomar decisiones de cuidado de la salud por sí mismas debido a accidentes o enfermedades graves. Tiene derecho a decir lo que quiere que suceda si se encuentra en esta situación. Esto significa que, *si quiere*, puede:

- Completar un formulario por escrito a fin de otorgar a **alguien la autoridad legal para tomar decisiones médicas en lugar de usted** si en algún momento no puede tomar decisiones por usted mismo.
- **Proporcionar a sus médicos instrucciones escritas** sobre cómo desea que manejen su atención médica si no puede tomar decisiones por usted mismo.

Los documentos legales que puede usar para dar instrucciones por adelantado en estas situaciones se llaman “**directivas médicas anticipadas.**” Existen diferentes tipos de directivas médicas anticipadas y diferentes nombres para ellas. Ejemplos de directivas médicas anticipadas son los documentos llamados “**declaración de voluntad anticipada**” y “**poder para el cuidado de la salud**”.

Si desea usar una “directiva médica anticipada” para dar sus instrucciones, a continuación, se muestra lo que debe hacer:

- **Obtenga el formulario.** Si desea tener una directiva médica anticipada, puede obtener un formulario de su abogado, de un trabajador social o en algunas tiendas de insumos de oficina. A veces, puede obtener formularios de directivas médicas anticipadas de organizaciones que brindan información sobre Medicare. También puede comunicarse con el Servicio de atención al cliente para solicitar los formularios (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual).
- **Llénelo y fírmelo.** Independientemente de dónde obtenga este formulario, tenga en cuenta que es un documento legal. Debe considerar contar con la ayuda de un abogado para preparar el documento.
- **Entregue copias a las personas apropiadas.** Debe entregar una copia del formulario a su médico y a la persona que designe en el formulario para que tome las decisiones en nombre de usted si usted no puede hacerlo. Además, puede entregar copias a amigos cercanos o miembros de su familia. Asegúrese de guardar una copia en su casa.

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

- Si lo admiten en el hospital, le preguntarán si ha firmado un formulario de directiva médica anticipada y si lo tiene con usted.
- Si no ha firmado un formulario de directiva médica anticipada, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntarán si desea firmar uno.

**Recuerde, es decisión suya completar o no una directiva médica anticipada** (incluido si desea o no firmar una si está en el hospital). Según la ley, nadie puede negarle el cuidado ni discriminarlo en función de si ha firmado o no una directiva médica anticipada.

### **¿Qué sucede si no se respetan sus instrucciones?**

Si ha firmado una directiva médica anticipada y considera que un médico o un hospital no respetaron las instrucciones de dicha directiva, puede presentar una queja ante el Departamento de Salud del Estado de Nueva York. Si desea presentar una queja sobre un hospital, debe llamar al 1-800-804-5447. Si desea presentar una queja sobre un médico, debe llamar al 1-800-663-6114.

**Sección 1.6      Tiene derecho a presentar quejas y solicitarnos que reconsideremos las decisiones que tomamos**

Si tiene algún problema o una inquietud acerca de su atención o servicios cubiertos, en el Capítulo 7 de este manual se le informa qué puede hacer. Se proporcionan detalles acerca de cómo tratar todo tipo de problemas y quejas, lo que debe hacer para dar seguimiento a un problema o una inquietud depende de la situación. Podría tener que solicitar a nuestro plan que tomemos una decisión de cobertura, presentarnos una apelación para que cambiemos una decisión de cobertura o presentar una queja. Independientemente de lo que haga, ya sea solicitar una decisión de cobertura, presentar una apelación o presentar una queja, **debemos tratarlo de manera justa.**

Tiene derecho a obtener un resumen de la información sobre las apelaciones y quejas que otros miembros han presentado en contra de nuestro plan en el pasado. Para obtener esta información, llame al Servicio de atención al cliente (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual).

**Sección 1.7      ¿Qué puede hacer si cree que lo están tratando injustamente o que no se están respetando sus derechos?**

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

Si cree que ha recibido un tratamiento injusto o que sus derechos no fueron respetados por motivos de su raza, discapacidad, religión, sexo, salud, origen étnico, credo (creencias), edad o nacionalidad de origen, debe llamar a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697, o llame a su Oficina de Derechos Civiles local.

**¿Se trata de otra cosa?**

Si cree que ha recibido un tratamiento injusto o que sus derechos no fueron respetados y *no* es un asunto de discriminación, puede obtener ayuda para resolver el problema que tiene:

- Puede **llamar al Servicio de atención al cliente** (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual).
- Puede **llamar al Programa estatal de asistencia con seguros de salud**. Para obtener información detallada sobre esta organización y cómo ponerse en contacto, vaya al Capítulo 2, Sección 3.
- O 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 1.8      Cómo obtener más información sobre sus derechos**

Hay varios lugares donde puede obtener más información sobre sus derechos:



- Puede **llamar al Servicio de atención al cliente** (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual).
- Puede **llamar al Programa estatal de asistencia con seguros de salud**. Para obtener información detallada sobre esta organización y cómo ponerse en contacto, vaya al Capítulo 2, Sección 3.
- Puede ponerse en contacto con **Medicare**.
  - Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación “Derechos y protecciones de Medicare”. (La publicación está disponible en: [www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf](http://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf)).
  - O 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 tiene el derecho de hacer recomendaciones con respecto a la política de derechos y responsabilidades de los miembros de la organización.

---

## **SECCIÓN 2      Como miembro del plan, tiene algunas responsabilidades**

---

<b>Sección 2.1      ¿Cuáles son sus responsabilidades?</b>
--

Las cosas que debe hacer como miembro del plan se presentan a continuación. Si tiene preguntas, llame al Servicio de atención al cliente (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual). Estamos aquí para ayudarlo.

- **Familiarícese con sus medicamentos cubiertos y las reglas que debe cumplir para obtener estos medicamentos cubiertos.** Use este manual de Evidencia de Cobertura para conocer qué está cubierto en su caso y las reglas que debe seguir para obtener sus medicamentos cubiertos.
  - En los Capítulos 3 y 4, se brindan detalles sobre su cobertura de medicamentos con receta Parte D.
- **Si tiene alguna otra cobertura de medicamentos con receta además de nuestro plan, debe informarnos.** Llame al Servicio de atención al cliente para notificarnos (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual).
  - Estamos obligados a respetar las reglas establecidas por Medicare para asegurarnos de que usted usa toda su cobertura en combinación cuando obtiene sus medicamentos cubiertos de nuestro plan. Esto se denomina “**coordinación de beneficios**”, porque implica coordinar los beneficios de medicamentos que obtiene de nuestro plan con todos los demás beneficios de medicamentos que tiene disponibles. Lo ayudaremos a coordinar sus beneficios. (Para obtener más información sobre la coordinación de beneficios, consulte el Capítulo 1, Sección 10).

- **Informe a su médico y a su farmacia que está inscrito en nuestro plan.** Muestre su tarjeta de miembro del plan cada vez que reciba medicamentos con receta Parte D.
- **Colabore con sus médicos y con otros proveedores, para que ellos lo ayuden a usted, brindándoles información, haciendo preguntas y siguiendo las pautas que le den para su cuidado.**
  - Para ayudar a sus médicos y a otros proveedores de salud a brindarle el mejor cuidado, aprenda todo lo que pueda sobre sus problemas de salud y bríndeles la información que necesitan sobre usted y su salud. Siga los planes de tratamiento y las instrucciones que usted y sus médicos acuerden.
  - Asegúrese de que sus médicos conozcan todos los medicamentos que recibe, incluidos los medicamentos de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
  - Si tiene alguna pregunta, asegúrese de formularla. Se supone que sus médicos y otros proveedores de atención médica le explicarán las cosas de una manera que usted pueda comprenderlas. Si hace una pregunta y no entiende la respuesta que le dan, vuelva a preguntar.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, es responsable de estos pagos:
  - Debe pagar las primas de su plan para seguir siendo miembro de nuestro plan.
  - Para la mayoría de sus medicamentos cubiertos por el plan, debe pagar su parte del costo cuando recibe el medicamento. Esto será el copago (un importe fijo) o coseguro (un porcentaje del costo total). En el Capítulo 4 se le informa qué debe pagar por sus servicios medicamentos con receta Parte D.
  - Si recibe medicamentos que no tienen cobertura de nuestro plan o de otro seguro que pueda tener, debe pagar el costo total.
    - Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazo de la cobertura de un medicamento, puede presentar una apelación. Consulte el Capítulo 7 de este manual para obtener información sobre cómo presentar una apelación.
  - Si debe pagar una penalidad por inscripción tardía, debe pagar la penalidad para seguir siendo miembro del plan.
  - Si es necesario que pague un importe adicional por la Parte D debido a su ingreso anual, debe pagar el importe adicional directamente al Gobierno para seguir siendo miembro del plan.
- **Avísenos si se muda.** Si se va a mudar, es importante que nos informe de inmediato. Llame al Servicio de atención al cliente (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual).
  - **Si se traslada fuera del área de servicio de nuestro plan, no puede seguir siendo miembro del plan.** (En el Capítulo 1, se le informa sobre nuestra área de servicio). Podemos ayudarlo a resolver el asunto si se muda fuera de nuestra área de servicio. Si deja nuestra área de servicio, tendrá un Período de inscripción especial durante el cual se podrá inscribir en cualquier plan Medicare disponible en su nueva área. Podemos informarle si tenemos un plan en su nueva área.

- **Si se muda *dentro* de nuestra área de servicio, también debemos saberlo** para que podamos actualizar su registro de miembro y saber cómo contactarlo.
- Si se muda, también es importante informar al Seguro Social (o a la Junta de Retiro Ferroviario). Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto de estas organizaciones en el Capítulo 2.
- **Llame al Servicio de atención al cliente para obtener ayuda si tiene preguntas o inquietudes.** Además, agradecemos todas las sugerencias que pueda tener para mejorar nuestro plan.
  - Los números de teléfono y el horario de atención del Servicio de atención al cliente se encuentran en la contraportada de este manual.
  - Para obtener más información sobre cómo comunicarse con nosotros, incluida nuestra dirección postal, consulte el Capítulo 2.

# CAPÍTULO 7

*¿Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)?*

**Capítulo 7. ¿Qué hacer si tiene un problema  
o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)?**

---

**Capítulo 7. ¿Qué hacer si tiene un problema  
o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)?**

<b>SECCIÓN 1</b>	<b>Introducción.....</b>	<b>110</b>
Sección 1.1	¿Qué hacer si tiene un problema o una inquietud?.....	110
Sección 1.2	¿Qué sucede con los términos legales? .....	110
<b>SECCIÓN 2</b>	<b>Puede obtener ayuda de organizaciones gubernamentales que no tienen relación con nosotros.....</b>	<b>111</b>
Sección 2.1	Dónde obtener más información y asistencia personalizada.....	111
<b>SECCIÓN 3</b>	<b>Para manejar su problema, ¿qué proceso debe seguir? .....</b>	<b>111</b>
Sección 3.1	¿Debe emplear el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O debe emplear el proceso para presentar quejas?.....	111
<b>DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES .....</b>		<b>112</b>
<b>SECCIÓN 4</b>	<b>Guía sobre los conceptos básicos de las decisiones de cobertura y las apelaciones .....</b>	<b>112</b>
Sección 4.1	Solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: panorama general .....	112
Sección 4.2	Cómo obtener ayuda cuando solicita una decisión de cobertura o presenta una apelación.....	113
<b>SECCIÓN 5</b>	<b>Sus medicamentos con receta Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación .....</b>	<b>114</b>
Sección 5.1	En esta sección, se le informa qué debe hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea un reintegro por el pago de un medicamento de la Parte D.....	114
Sección 5.2	¿Qué es una excepción? .....	116
Sección 5.3	Información importante sobre cómo solicitar excepciones.....	118
Sección 5.4	Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción.....	119
Sección 5.5	Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 (cómo solicitar una evaluación de una decisión de cobertura tomada por nuestro plan) .....	123
Sección 5.6	Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2.....	126
<b>SECCIÓN 6</b>	<b>El proceso de apelación después del Nivel 3 .....</b>	<b>128</b>
Sección 6.1	Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D.....	128

**Capítulo 7. ¿Qué hacer si tiene un problema  
o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)?**

---

<b>PRESENTACIÓN DE QUEJAS .....</b>	<b>130</b>
<b>SECCIÓN 7      Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio de atención al cliente u otras inquietudes.....</b>	<b>130</b>
Sección 7.1    ¿Qué tipos de problemas maneja el proceso de quejas? .....	130
Sección 7.2    El término formal para “presentar una queja” es “presentar un reclamo”. .	132
Sección 7.3    Paso a paso: Presentación de una queja.....	132
Sección 7.4    También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención ante la Organización de Mejora de la Calidad .....	134
Sección 7.5    También puede informarle a Medicare sobre su queja.....	134

## Capítulo 7. ¿Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)?

### SECCIÓN 1 Introducción

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

En este capítulo, se explican dos tipos de procesos para manejar problemas e inquietudes:

- Para algunos tipos de problemas, debe seguir el **proceso para decisiones de cobertura y apelaciones**.
- Para otros tipos de problemas, debe seguir el **proceso para la presentación de quejas**.

Ambos procesos tienen la aprobación de Medicare. Para garantizar la imparcialidad y el manejo rápido de sus problemas, cada proceso tiene un conjunto de reglas, procedimientos y fechas límite que tanto nosotros como usted debemos seguir.

¿Cuál debe usar? Eso depende del tipo de problema que tenga. En la guía que aparece en la Sección 3, obtendrá asistencia para identificar el proceso correcto que debe seguir.

#### Sección 1.2 ¿Qué sucede con los términos legales?

Existen términos legales técnicos para algunas de las reglas, procedimientos y tipos de fechas límite que se explican en este capítulo. Muchos de estos términos son desconocidos para la mayoría de las personas y pueden ser difíciles de entender.

Para simplificar, en este capítulo, se emplean palabras más simples en lugar de ciertos términos legales para explicar las reglas y los procedimientos legales. Por ejemplo, en este capítulo, generalmente, encontrará la frase “presentar una queja” en lugar de “presentar un reclamo”; “decisión de cobertura” en lugar de “determinación de cobertura” o “determinación de riesgo”; y “Organización de evaluación independiente” en vez de “Entidad de evaluación independiente”. Asimismo, las abreviaturas se usan lo menos posible.

No obstante, puede ser útil y, algunas veces, bastante importante, que conozca los términos legales correctos para la situación en la que se encuentra. Saber qué términos emplear lo ayudará a comunicarse de manera más clara y precisa cuando trate su problema, además de ayudarlo a obtener la asistencia o la información adecuadas para su situación. Para ayudarlo a conocer qué términos debe emplear, incluimos términos legales cuando brindamos detalles para manejar tipos específicos de situaciones.

**Capítulo 7. ¿Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)?**

---

**SECCIÓN 2 Puede obtener ayuda de organizaciones gubernamentales que no tienen relación con nosotros**

---

**Sección 2.1 Dónde obtener más información y asistencia personalizada**

A veces, puede ser confuso iniciar o completar el proceso para tratar un problema. Esto puede ser especialmente cierto si no se siente bien o tiene energía limitada. Otras veces, es posible que no tenga el conocimiento que necesita para dar el siguiente paso.

**Obtenga ayuda de una organización gubernamental independiente**

Siempre estamos disponibles para ayudarlo. Pero en algunas situaciones, es posible que también desee ayuda u orientación de alguien que no esté conectado con nosotros. Siempre puede ponerse en contacto con su **Programa estatal de asistencia con seguros de salud (SHIP)**. Este programa gubernamental cuenta con orientadores capacitados en todos los estados. El programa no está conectado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los orientadores de este programa pueden ayudarlo a comprender qué proceso debe seguir para manejar un problema que tenga. Además, pueden responder sus preguntas, brindarle más información y ofrecerle orientación sobre qué hacer.

Los servicios de los orientadores de SHIP son gratuitos. Encontrará los números de teléfono en el Capítulo 2, Sección 3 de este manual.

**También puede obtener ayuda e información de Medicare**

Para obtener más información y ayuda para manejar un problema, también puede comunicarse con Medicare. Aquí hay dos maneras de obtener información directamente de 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.
- Puede visitar el sitio web de Medicare ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)).

---

**SECCIÓN 3 Para manejar su problema, ¿qué proceso debe seguir?**

---

**Sección 3.1 ¿Debe emplear el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O debe emplear el proceso para presentar quejas?**

Si tiene un problema o una inquietud, solamente necesita leer las partes de este capítulo correspondientes a su situación. En la guía a continuación encontrará ayuda.



## Capítulo 7. ¿Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)?

Para saber en qué parte de este capítulo encontrará ayuda para su problema o inquietud específicos, **COMIENCE AQUÍ**

### ¿Su problema o inquietud es sobre sus beneficios o cobertura?

(Esto incluye problemas sobre si el cuidado médico o medicamentos con receta específicos están cubiertos o no, la forma en que están cubiertos y los problemas relacionados con el pago del cuidado médico o los medicamentos con receta).

**Sí.** Mi problema es sobre beneficios o cobertura.

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

**No.** Mi problema no es sobre los beneficios ni la cobertura.

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

## DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES

### SECCIÓN 4 Guía sobre los conceptos básicos de las decisiones de cobertura y las apelaciones

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

El proceso de decisiones de cobertura y apelaciones se encarga de problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura de medicamentos con receta, incluidos los problemas relacionados con el pago. Este es el proceso que debe seguir para cuestiones relacionadas con si un medicamento tiene cobertura o no y la forma en que el medicamento está cubierto.

#### Solicitud de decisiones de cobertura

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y su cobertura o sobre el importe que pagaremos por sus medicamentos con receta.

Tomamos una decisión de cobertura por usted cuando decidimos qué cubriremos en su caso y cuánto pagaremos. Es posible que, en algunos casos, decidamos que un medicamento no está

## Capítulo 7. ¿Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)?

---

cubierto o ya no tiene cobertura de Medicare. Si no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

### Presentación de una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura y usted no está satisfecho con esta decisión, puede “apelar” la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que evaluemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado.

Cuando apela una decisión por primera vez, esto se llama Apelación de Nivel 1. En esta apelación, evaluaremos la decisión de cobertura que tomamos para comprobar si seguimos todas las reglas adecuadamente. Su apelación es manejada por diferentes revisores que no son los que tomaron la decisión original desfavorable. Cuando hayamos completado la evaluación, le informaremos nuestra decisión. En determinadas situaciones, que analizaremos más adelante, puede solicitar una decisión de expedición urgente o “decisión de cobertura acelerada” o una apelación acelerada de una decisión de cobertura.

Si rechazamos total o parcialmente su apelación de Nivel 1, puede solicitar una apelación de Nivel 2. La apelación de Nivel 2 es realizada por una Organización de evaluación independiente que no está relacionada con nosotros. Si no está satisfecho con la decisión en la apelación de Nivel 2, es posible que pueda avanzar a otros niveles de apelación.

<b>Sección 4.2</b>	<b>Cómo obtener ayuda cuando solicita una decisión de cobertura o presenta una apelación</b>
--------------------	--

¿Desea obtener ayuda? Aquí, se presentan recursos que se pueden usar si decide solicitar algún tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- Usted **puede llamar al Servicio de atención al cliente** (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual).
- Usted **puede obtener ayuda gratuita** de su Programa estatal de asistencia con seguros de salud (consulte la Sección 2 de este capítulo).
- **Su médico u otro profesional autorizado para recetar pueden hacer una solicitud por usted.** Para los medicamentos con receta Parte D, su médico u otro profesional autorizado para recetar pueden solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 o Nivel 2 en nombre de usted. Si debe solicitar una apelación después del Nivel 2, su médico u otro profesional autorizado para recetar debe ser designado como su representante.
- **Puede pedirle a alguien que actúe en nombre de usted.** Si lo desea, puede nombrar a otra persona para que actúe en su nombre como su “representante” para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
  - Puede haber alguien que ya esté legalmente autorizado para actuar como su representante en virtud de la legislación estatal.

## Capítulo 7. ¿Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)?

- Si desea que un amigo, un familiar, su médico u otro profesional autorizado para recetar, u otra persona actúen como su representante, llame al Servicio de atención al cliente (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual) y solicite el formulario de “Designación de representante”. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en [www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf](http://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf) o en nuestro sitio web en [emblemhealth.com/medicare](http://emblemhealth.com/medicare)). El formulario autoriza a esa persona a actuar en nombre de usted. Debe estar firmado por usted y por la persona que usted desea que lo represente. Debe darnos una copia del formulario firmado.
- **También tiene derecho a contratar un abogado para que lo represente.** Puede ponerse en contacto con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado de su colegio de abogados local u otro servicio de derivación. También hay grupos que ofrecen servicios legales gratuitos, si usted califica. Sin embargo, **no es necesario que contrate a un abogado** para solicitar algún tipo de decisión de cobertura o para apelar una decisión.

---

## SECCIÓN 5 Sus medicamentos con receta Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

---



¿Ha leído la Sección 4 de este capítulo (*Guía sobre “los conceptos básicos” de las decisiones de cobertura y las apelaciones*)? Si no lo hizo, posiblemente, desee leerlo antes de comenzar esta sección.

<b>Sección 5.1</b>	<b>En esta sección, se le informa qué debe hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea un reintegro por el pago de un medicamento de la Parte D</b>
--------------------	---

Sus beneficios como miembro de nuestro plan incluyen la cobertura de muchos medicamentos con receta. Consulte la *Lista de medicamentos cubiertos (Farmacopea)* de nuestro plan. Para que el medicamento tenga cobertura, debe usarse para una indicación aceptada médicamente. (Una “indicación aceptada médicamente” es un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o apoyado por ciertos libros de referencia. Consulte el Capítulo 3, Sección 3, para obtener más información sobre qué es una indicación aceptada médicamente).

- **En esta sección, solo se abordan los medicamentos de la Parte D.** Para simplificar, en general, hablamos de “medicamento” en el resto de esta sección, en lugar de repetir “medicamento con receta cubierto para pacientes ambulatorios” o “medicamento de la Parte D”.

## Capítulo 7. ¿Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)?

- Para obtener información detallada sobre a qué nos referimos con medicamentos de la Parte D, la *Lista de medicamentos cubiertos (Farmacopea)*, las reglas y las restricciones de la cobertura y la información de costos, consulte el Capítulo 3 (*Uso de la cobertura de nuestro plan para sus medicamentos con receta Parte D*) y el Capítulo 4 (*Lo que usted paga por sus medicamentos con receta Parte D*).

### Decisiones de cobertura de la Parte D y apelaciones

Tal como se mencionó en la Sección 4 de este capítulo, una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y su cobertura o sobre el importe que pagaremos por sus medicamentos.

Términos legales
Una decisión de cobertura inicial sobre sus medicamentos de la Parte D se denomina “ <b>determinación de cobertura</b> ”.

Estos son algunos ejemplos de decisiones de cobertura que nos solicita para sus medicamentos de la Parte D:

- Nos pide que hagamos una excepción, lo que incluye:
  - Cómo solicitarnos que cubramos un medicamento de la Parte D que no está en la *Lista de medicamentos cubiertos (Farmacopea)* del plan
  - Solicitarnos que no apliquemos una restricción de la cobertura del plan para un medicamento (como los límites en la cantidad de medicamento que puede obtener)
  - Solicitarnos pagar un importe menor por la participación en los costos de un medicamento cubierto que se encuentra en una categoría de participación en los costos superior
- Nos pregunta si un medicamento está cubierto en su caso y si usted cumple con las reglas de cobertura correspondientes. (Por ejemplo, cuando su medicamento está en la *Lista de medicamentos cubiertos [Farmacopea]* del plan, pero le solicitamos que obtenga nuestra aprobación antes de que lo cubramos).
  - *Tenga en cuenta:* Si en su farmacia le informan que su receta no puede surtir tal como está escrita, la farmacia le dará un aviso por escrito con el que se le explicará cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.
- Nos solicita que paguemos un medicamento con receta que ya compró. Esta es una solicitud de una decisión de cobertura de pago.

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

## Capítulo 7. ¿Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)?

En esta sección, se le informa cómo solicitar decisiones de cobertura y cómo solicitar una apelación. Use la tabla siguiente para ayudarse a determinar qué parte tiene información relativa a su situación:

### ¿En cuál de estas situaciones se encuentra?

Si se encuentra en esta situación:	Puede hacer lo siguiente:
Si necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o necesita que no apliquemos una regla o restricción de un medicamento que cubrimos.	Puede solicitarnos que hagamos una excepción. (Es un tipo de decisión de cobertura). Comience en la <b>Sección 5.2</b> de este capítulo.
Si desea que cubramos un medicamento de nuestra Lista de medicamentos y considera que cumple con todas las reglas o restricciones del plan (como obtener aprobación previa) para el medicamento que necesita.	Puede solicitarnos una decisión de cobertura. Vaya directamente a la <b>Sección 5.4</b> de este capítulo.
Si quiere solicitarnos el reintegro de un medicamento que ya recibió y pagó.	Puede solicitarnos un reintegro. (Es un tipo de decisión de cobertura). Vaya directamente a la <b>Sección 5.4</b> de este capítulo.
Si ya le informamos que no cubriremos ni pagaremos un medicamento de la forma en que a usted le gustaría que lo cubramos o paguemos.	Puede presentar una apelación. (Esto significa que nos solicita una reconsideración). Vaya directamente a la <b>Sección 5.5</b> este capítulo.

### Sección 5.2 ¿Qué es una excepción?

Si un medicamento no está cubierto en el modo en que usted desearía que estuviera cubierto, puede solicitarnos que hagamos una “excepción”. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura. De manera similar a otros tipos de decisiones de cobertura, si desestimamos su solicitud de una excepción, puede apelar nuestra decisión.

Cuando solicita una excepción, su médico u otro profesional autorizado para recetar deberán explicar los motivos médicos por los cuales usted necesita que se apruebe la excepción. Luego, consideraremos su solicitud. Aquí, hay tres ejemplos de excepciones que usted, su médico u otro profesional autorizado para recetar nos pueden pedir que hagamos:

## Capítulo 7. ¿Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)?

### 1. Cobertura de un medicamento de la Parte D para usted que no está en nuestra *Lista de medicamentos cubiertos (farmacopea)*. (La llamamos la “Lista de medicamentos”, para abreviar).

#### Términos legales

Solicitar la cobertura de un medicamento que no está en la Lista de medicamentos a veces se llama solicitar una “**excepción de farmacopea**”.

- Si aceptamos hacer una excepción y cubrir un medicamento que no está en la Lista de medicamentos, tendrá que pagar el importe de participación en los costos correspondiente a los medicamentos de la categoría 5 (medicamentos de la categoría de especialidad). No puede pedir una excepción para el importe de copago o coseguro que le exigimos que pague por el medicamento.

### 2. Eliminación de una restricción en nuestra cobertura de un medicamento cubierto.

Existen reglas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos en nuestra *Lista de medicamentos cubiertos (Farmacopea)* (para obtener más información, vaya al Capítulo 3).

#### Términos legales

Solicitar la eliminación de una restricción en la cobertura de un medicamento a veces se llama solicitar una “**excepción de la farmacopea**”.

- Las reglas y restricciones adicionales en la cobertura de ciertos medicamentos incluyen:
  - *Tener que usar la versión genérica* de un medicamento en lugar del medicamento de marca.
  - *Obtener la aprobación previa por parte del plan* antes de que aceptemos cubrirle el medicamento. (Esto a veces se conoce como “autorización previa”).
  - *Tener que probar un medicamento diferente primero* antes de que aceptemos cubrir el medicamento que está solicitando. (Esto a veces se denomina “tratamiento escalonado”).
  - *Límites de cantidad*. Para algunos medicamentos, existen restricciones sobre la cantidad del medicamento que puede tener.
- Si aceptamos hacer una excepción y no aplicarle una restricción, puede solicitar una excepción del importe de copago o coseguro que le exigimos que pague por el medicamento.

## Capítulo 7. ¿Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)?

- 3. Cambio en la cobertura de un medicamento a una categoría de participación en los costos inferior.** Cada medicamento de nuestra Lista de medicamentos está en una de las cinco categorías de participación en los costos. En general, cuanto más bajo sea el número de la categoría de participación en los costos, menos pagará por su parte del costo del medicamento.

### Términos legales

Solicitar pagar un precio inferior por un medicamento no preferido cubierto a veces se llama solicitar una “**excepción de categoría**”.

- Si nuestra lista de medicamentos contiene medicamentos alternativos para tratar su condición médica que se encuentran en una categoría de participación en los costos inferior que su medicamento, puede solicitar que cubramos su medicamento por el importe de participación en los costos que se aplica al medicamento alternativo. Esto reduciría la parte que le corresponde a usted del costo del medicamento.
  - Si el medicamento que está tomando es un producto biológico, puede solicitar que cubramos su medicamento con el importe de participación en los costos que se aplica a la categoría inferior que contiene alternativas de productos biológicos para tratar su afección.
  - Si el medicamento que está tomando es un medicamento de marca, puede solicitar que cubramos su medicamento al importe de participación en los costos que se aplica a la categoría inferior que contiene alternativas de marca para tratar su afección.
  - Si el medicamento que está tomando es un medicamento genérico, puede solicitar que cubramos su medicamento por el importe de participación en los costos que se aplica a la categoría inferior que contiene alternativas de marca o genéricas para tratar su afección.
- No puede solicitarnos que cambiemos la categoría de participación en los costos de ningún medicamento de la Categoría 5 (medicamentos de la categoría de especialidad).
- Si aprobamos su solicitud de una excepción de categoría y hay más de una categoría inferior de participación en los costos con medicamentos alternativos que no puede tomar, generalmente pagará el importe más bajo.

### Sección 5.3 Información importante sobre cómo solicitar excepciones

#### Su médico debe informarnos los motivos médicos.

Su médico u otro profesional autorizado para recetar deben darnos una declaración que explique los motivos médicos para solicitar una excepción. Para obtener una decisión más acelerada,

## Capítulo 7. ¿Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)?

---

incluya esta información médica de su médico u otro profesional autorizado para recetar cuando solicite la excepción.

Por lo general, nuestra Lista de medicamentos incluye más de un medicamento para tratar una afección en particular. Estas diferentes posibilidades se llaman “medicamentos alternativos”. Si un medicamento alternativo fuera igual de eficaz que el medicamento que está solicitando y no le provocara más efectos secundarios u otros problemas de salud, generalmente *no* aprobaremos su solicitud de excepción. Si nos solicita una excepción de categoría, por lo general *no* aprobaremos su solicitud de excepción a menos que todos los medicamentos alternativos en las categorías de participación en los costos más bajas no funcionen tan bien para usted o probablemente causen una reacción adversa u otro daño.

### Podemos aceptar o rechazar su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de excepción, nuestra aprobación generalmente es válida hasta el final del año del plan. Esto es así siempre que su médico continúe recetándole el medicamento y ese medicamento continúe siendo seguro y eficaz para tratar su afección.
- Si rechazamos su solicitud de excepción, puede solicitar una evaluación de nuestra decisión mediante la presentación de una apelación. En la Sección 5.5, se informa cómo presentar una apelación en caso de que desestimemos una decisión.

En la siguiente sección, se le informa cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción.

<b>Sección 5.4</b>	<b>Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción</b>
--------------------	--

**Paso 1: Usted nos solicita que tomemos una decisión de cobertura sobre los medicamentos o el pago que necesita. Según su estado de salud, si necesita una respuesta rápida, debe pedirnos que tomemos una “decisión de cobertura acelerada”. No puede solicitar una decisión de cobertura acelerada si nos pide que le reintegremos el importe de un medicamento que ya compró.**

#### *Qué debe hacer*

- **Solicite el tipo de decisión de cobertura que desea.** Para comenzar, llámenos, escríbanos o envíenos un fax para hacer su solicitud. Usted, su representante o su médico (u otro profesional autorizado para recetar) pueden hacerlo. También puede acceder al proceso de decisión de cobertura a través de nuestro sitio web. Para obtener información detallada, consulte el Capítulo 2, Sección 1, y busque la sección titulada *Cómo comunicarse con nosotros cuando solicita una decisión de cobertura acerca de sus medicamentos con receta Parte D*. O bien, si nos solicita que le reintegremos el importe de un medicamento, consulte la sección *Dónde enviar una solicitud de pago de nuestra parte del costo por un medicamento que ya recibió*.



## Capítulo 7. ¿Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)?

- **Usted, su médico u otra persona que actúe en nombre de usted** pueden solicitar una decisión de cobertura. En la Sección 4 de este capítulo, se le informa cómo puede otorgar un permiso por escrito a otra persona para que actúe como su representante. Además, puede estar representado por un abogado.
- **Si desea solicitar un reintegro por un medicamento**, comience por leer el Capítulo 5 de este manual: *Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de los costos por medicamentos cubiertos*. En el Capítulo 5, se describen las situaciones en las que puede necesitar solicitar un reembolso. Asimismo, se le informa cómo enviarnos la documentación para la solicitud del reembolso de nuestra participación en los costos de un medicamento que usted pagó.
- **Si solicita una excepción, proporcione la “declaración de apoyo”**. Su médico u otro profesional autorizado para recetar deben brindarnos los motivos médicos de la excepción de medicamentos que está solicitando. (A esto lo llamamos “declaración de apoyo”). Su médico u otro profesional autorizado para recetar pueden enviarnos por fax o correo la declaración. O su médico u otro profesional autorizado para recetar pueden informarnos por teléfono y hacer un seguimiento, por fax o por correo, con una declaración por escrito si es necesario. Consulte las Secciones 5.2 y 5.3 para obtener más información sobre las solicitudes de excepción.
- **Debemos aceptar toda solicitud** por escrito, incluida una solicitud presentada en el Formulario de solicitud de determinación de cobertura con el modelo de CMS que está disponible en nuestro sitio web.

*Si su estado de salud lo requiere, solicítenos una “decisión de cobertura acelerada”.*

Términos legales
Una “decisión de cobertura acelerada” se denomina “ <b>determinación de cobertura acelerada</b> ”.

- Cuando le informemos nuestra decisión, usaremos las fechas límite “estándar” a menos que hayamos acordado seguir las fechas límite “aceleradas”. Una decisión de cobertura estándar significa que le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de haber recibido la declaración de su médico. Una decisión de cobertura acelerada significa que responderemos en un plazo de 24 horas después de haber recibido la declaración de su médico.
- **Para obtener una decisión de cobertura acelerada, debe cumplir con dos requisitos:**
  - Puede obtener una decisión de cobertura acelerada *solamente* si está solicitando un medicamento que aún no ha recibido. (No puede solicitar una decisión de cobertura acelerada si nos pide que le reintegremos el importe de un medicamento que ya compró).

## Capítulo 7. ¿Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)?

---

- Puede obtener una decisión de cobertura acelerada *solo* si el uso de las fechas límite estándar *puede provocar daños graves a su salud o dañar su capacidad funcional*.
- **Si su médico u otro profesional autorizado para recetar nos informan que, por cuestiones de salud, usted necesita una “decisión de cobertura acelerada”, aceptaremos automáticamente darle dicho tipo de decisión.**
- Si pide una decisión de cobertura acelerada por cuenta propia (sin el apoyo de su médico u otro profesional autorizado para recetar), nosotros decidiremos si su salud requiere que le demos una decisión de cobertura acelerada.
  - Si decidimos que su condición médica no cumple con los requisitos de una decisión de cobertura acelerada, le enviaremos una carta para informarle (y usaremos en su lugar las fechas límite estándar).
  - Esta carta le informará que si su médico u otro profesional autorizado para recetar piden la decisión de cobertura acelerada, se la daremos de forma automática.
  - La carta también le informará cómo puede presentar una queja sobre nuestra decisión de darle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura acelerada que pidió. Le informa cómo presentar una queja “de respuesta rápida”, lo que significa que recibirá nuestra respuesta a su queja en un plazo de 24 horas después de haber recibido la queja. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso de decisiones de cobertura y de apelaciones. Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, consulte la Sección 7 de este capítulo).

### **Paso 2: Consideramos su solicitud y le damos nuestra respuesta.**

#### ***Fechas límite para una “decisión de cobertura acelerada”***

- Cuando nos basamos en fechas límite aceleradas, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 24 horas**.
  - En general, esto significa en un plazo de 24 horas después de haber recibido su solicitud. Si solicita una excepción, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas después de haber recibido la declaración de su médico que apoye su solicitud. Le daremos nuestra respuesta antes si su estado de salud así lo requiere.
  - Si no cumplimos con esta fecha límite, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será evaluada por una Organización de evaluación independiente. Más adelante en esta sección, hablamos sobre esta organización de evaluación y explicamos qué sucede en la Apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es “sí” a todo o parte de lo que solicitó**, debemos proporcionar la cobertura que hemos acordado en un plazo de 24 horas después de haber recibido su solicitud o la declaración de su médico que apoye su solicitud.

## Capítulo 7. ¿Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)?

---

- **Si nuestra respuesta es “no” a todo o parte de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito que explica por qué tomamos esa decisión. También le informaremos cómo puede apelar.

### *Las fechas límite para una “decisión de cobertura estándar” sobre un medicamento que aún no ha recibido*

- Cuando nos basamos en las fechas límite estándar, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 72 horas**.
  - En general, esto significa en un plazo de 72 horas después de haber recibido su solicitud. Si solicita una excepción, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de haber recibido la declaración de su médico que apoye su solicitud. Le daremos nuestra respuesta antes si su estado de salud así lo requiere.
  - Si no cumplimos con esta fecha límite, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será evaluada por una Organización de evaluación independiente. Más adelante en esta sección, hablamos sobre esta organización de evaluación y explicamos qué sucede en la Apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es “sí” para todo o parte de lo que solicitó:**
  - Si aprobamos su solicitud de cobertura, debemos **proporcionar la cobertura** que hemos acordado proporcionar en un **plazo de 72 horas** después de haber recibido su solicitud o la declaración del médico que apoye su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es “no” a todo o parte de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito que explica por qué tomamos esa decisión. También le informaremos cómo puede apelar.

### *Fechas límite para una “decisión de cobertura estándar” sobre el pago de un medicamento que ya ha comprado*

- Debemos darle nuestra respuesta en un **plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.
  - Si no cumplimos con esta fecha límite, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será evaluada por una Organización de evaluación independiente. Más adelante en esta sección, hablamos sobre esta organización de evaluación y explicamos qué sucede en la Apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es “sí” a todo o parte de lo que solicitó**, también estamos obligados a realizar el pago en un plazo de 14 días calendario después de haber recibido su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es “no” a todo o parte de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito que explica por qué tomamos esa decisión. También le informaremos cómo puede apelar.

## Capítulo 7. ¿Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)?

### **Paso 3:** Si nuestra respuesta es “no” a su solicitud de cobertura, usted decide si desea presentar una apelación.

- Si nuestra respuesta es “no”, tiene derecho a solicitar una apelación. Solicitar una apelación significa pedirnos que reconsideremos y, posiblemente, modifiquemos la decisión que tomamos.

<b>Sección 5.5</b>	<b>Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1</b> (cómo solicitar una evaluación de una decisión de cobertura tomada por nuestro plan)
--------------------	---

<b>Términos legales</b>
-------------------------

Una apelación ante el plan sobre una decisión de cobertura de medicamentos de la Parte D se llama una “ <b>redeterminación del plan</b> ”.
--

**Paso 1:** Se comunica con nosotros y presenta su **Apelación de Nivel 1**. Si su estado de salud exige una respuesta rápida, debe solicitar una “**apelación acelerada**”.

#### *Qué debe hacer*

- **Para iniciar una apelación, usted (su representante, su médico u otro profesional autorizado para recetar) debe comunicarse con nosotros.**
  - Para obtener información detallada sobre cómo comunicarse con nosotros por teléfono, fax, correo postal o en nuestro sitio web, por cualquier motivo relacionado con su apelación, consulte el Capítulo 2, Sección 1, y busque la sección llamada *Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación acerca de sus medicamentos con receta Parte D*.
- **Si solicita una apelación estándar, hágala mediante la presentación de una solicitud por escrito.** También puede solicitar una apelación si nos llama al número de teléfono que figura en el Capítulo 2, Sección 1 (*Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación acerca de sus medicamentos con receta Parte D*).
- **Si solicita una apelación acelerada, puede presentar su apelación por escrito o llamarnos al número de teléfono que figura en la Sección 1 del Capítulo 2** (*Cómo contactar a nuestro plan cuando presenta una apelación acerca de sus medicamentos con receta Parte D*).
- **Debemos aceptar toda solicitud por escrito**, incluida una solicitud presentada en el Formulario de solicitud de determinación de cobertura con el modelo de CMS que está disponible en nuestro sitio web.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en un plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha del aviso por escrito que le enviamos para informarle nuestra respuesta a su

## Capítulo 7. ¿Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)?

solicitud de una decisión de cobertura. Si no cumple con esta fecha límite y tiene una justificación aceptable, podemos darle más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de una justificación aceptable para no cumplir con la fecha límite pueden incluir el haber tenido una enfermedad grave que le haya impedido comunicarse con nosotros o que le hayamos proporcionado información incorrecta o incompleta sobre la fecha límite para solicitar una apelación.

- **Puede solicitar una copia de la información de su apelación y agregar más información.**
  - Tiene derecho a solicitarnos una copia de la información relacionada con su apelación.
  - Si lo desea, usted, su médico u otro profesional autorizado para recetar pueden brindarnos información adicional para apoyar su apelación.

*Si su estado de salud lo exige, solicite una “apelación acelerada”*

<b>Términos legales</b>
Una “apelación acelerada” también se denomina una “ <b>redeterminación acelerada</b> ”.

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre la cobertura de un medicamento que aún no ha recibido, usted o su médico u otro profesional autorizado para recetar deberán decidir si necesita una “apelación acelerada”.
- Los requisitos para obtener una “apelación acelerada” son los mismos que para obtener una “decisión de cobertura acelerada”, que se explican en la Sección 5.4 de este capítulo.

### **Paso 2: Consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.**

- Cuando evaluamos su apelación, volvemos a examinar cuidadosamente toda la información de su solicitud de cobertura. Hacemos una comprobación para ver si cumplimos con todas las reglas al momento de rechazar su solicitud. Podemos comunicarnos con usted, su médico u otro profesional autorizado para recetar para obtener más información.

*Fechas límite para una “apelación acelerada”*

- Si nos basamos en fechas límite aceleradas, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 72 horas después de haber recibido su apelación**. Le daremos nuestra respuesta antes si su estado de salud así lo requiere.
  - Si no le damos una respuesta en un plazo de 72 horas, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será evaluada por una Organización de evaluación independiente. (Más adelante en esta sección,

## Capítulo 7. ¿Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)?

---

hablamos sobre esta organización de evaluación y explicamos qué sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones).

- **Si nuestra respuesta es “sí” a todo o parte de lo que solicitó**, debemos proporcionar la cobertura que hemos acordado en un plazo de 72 horas después de haber recibido su apelación.
- **Si nuestra respuesta es “no” a todo o parte de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito que explica por qué tomamos esa decisión y cómo apelarla.

### *Fechas límite para una “apelación estándar”*

- Si nos basamos en las fechas límite estándar, debemos darle nuestra respuesta en un **plazo de 7 días calendario** después de haber recibido su apelación por un medicamento que aún no ha recibido. Le informaremos nuestra decisión antes si aún no ha recibido el medicamento y su afección así lo exige. Si cree que su estado de salud lo requiere, debe solicitar una “apelación acelerada”.
  - Si no le damos una decisión en un plazo de 7 días calendario, tenemos la obligación de enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será evaluada por una Organización de evaluación independiente. Más adelante en esta sección, hablamos sobre esta organización de evaluación y explicamos qué sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta es “sí” para todo o parte de lo que solicitó:**
  - Si aprobamos una solicitud de cobertura, debemos **proporcionar la cobertura** que acordamos proporcionar lo antes posible según lo exija su estado de salud y **sin superar los 7 días calendario** después de haber recibido su apelación.
  - Si aprobamos su solicitud de reintegrarle el importe por un medicamento que ya ha comprado, estamos obligados a **enviarle el pago en un plazo de 30 días calendario** después haber recibido su solicitud de apelación.
- **Si nuestra respuesta es “no” a todo o parte de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito que explica por qué tomamos esa decisión y cómo apelarla.
- Si solicita que le reintegremos el importe de un medicamento que ya compró, debemos darle nuestra respuesta en un **plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.
  - Si no le damos una decisión en un plazo de 14 días calendario, tenemos la obligación de enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será evaluada por una Organización de evaluación independiente. Más adelante en esta sección, hablamos sobre esta organización de evaluación y explicamos qué sucede en la Apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es “sí” a todo o parte de lo que solicitó**, también estamos obligados a realizar el pago en un plazo de 30 días calendario después de haber recibido su solicitud.

## Capítulo 7. ¿Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)?

- Si nuestra respuesta es “no” a todo o parte de lo que solicitó, le enviaremos una declaración por escrito que explica por qué tomamos esa decisión. También le informaremos cómo puede apelar nuestra decisión.

### **Paso 3: Si nuestra respuesta es “no” a su apelación, usted decide si desea continuar con el proceso de apelaciones y realizar otra apelación.**

- Si nuestra respuesta es “no” a su apelación, entonces usted elige si acepta esta decisión o continúa presentando otra apelación.
- Si decide presentar otra apelación, significa que su apelación pasará al Nivel 2 del proceso de apelaciones (consulte a continuación).

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

Si nuestra respuesta es “no” a su apelación, entonces usted elige si acepta esta decisión o continúa presentando otra apelación. Si decide pasar a una Apelación de Nivel 2, la **Organización de evaluación independiente** evaluará la decisión que tomamos cuando rechazamos su primera apelación. Esta organización determina si la decisión que tomamos debe cambiarse.

#### **Términos legales**

El nombre formal de la “Organización de evaluación independiente” es “**Entidad de evaluación independiente**”. A menudo, se llama “**IRE**”.

### **Paso 1: Para presentar una Apelación de Nivel 2, usted (o su representante, su médico u otro profesional autorizado para recetar) debe comunicarse con la Organización de evaluación independiente y solicitar una evaluación de su caso.**

- Si nuestra respuesta es “no” a su Apelación de Nivel 1, el aviso por escrito que le enviemos incluirá **instrucciones sobre cómo presentar una Apelación de Nivel 2** ante la Organización de evaluación independiente. Estas instrucciones le indicarán quién puede presentar esta Apelación de Nivel 2, qué fechas límite debe cumplir y cómo comunicarse con la organización de evaluación.
- Cuando presente una apelación ante la Organización de evaluación independiente, enviaremos la información que tengamos sobre su apelación a esta organización. Esta información se llama su “expediente del caso”. **Usted tiene el derecho de solicitarnos una copia de su expediente del caso.**
- Tiene derecho a brindar información adicional a la Organización de evaluación independiente para apoyar su apelación.

## Capítulo 7. ¿Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)?

---

### **Paso 2: La Organización de evaluación independiente evalúa su apelación y le responde.**

- **La Organización de evaluación independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una compañía elegida por Medicare para evaluar nuestras decisiones sobre sus beneficios de la Parte D.
- Los revisores de la Organización de evaluación independiente analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación. La organización le informará su decisión por escrito y le explicará los motivos.

#### *Fechas límite para “apelaciones aceleradas” en el Nivel 2*

- Si su estado de salud lo exige, solicite a la Organización de evaluación independiente una “apelación acelerada”.
- Si la organización de evaluación acepta proporcionarle una “apelación acelerada”, la organización de evaluación debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 en un **plazo de 72 horas** después de haber recibido su solicitud de apelación.
- **Si la respuesta de la Organización de evaluación independiente es “sí” para todo o parte de lo que solicitó,** debemos proporcionar la cobertura de medicamentos que aprobó la organización de evaluación **en un plazo de 24 horas** después de haber recibido la decisión de la organización de evaluación.

#### *Fechas límite para “apelaciones estándar” en el Nivel 2*

- Si tiene una apelación estándar en el Nivel 2, la organización de evaluación debe darle una respuesta sobre su Apelación de Nivel 2 en un **plazo de 7 días calendario** después de haber recibido su apelación si se trata de un medicamento que usted aún no ha recibido. Si solicita que le reintegremos el importe de un medicamento que ya compró, la organización de evaluación debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 en un **plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.
- **Si la respuesta de la Organización de evaluación independiente es “sí” para todo o parte de lo que solicitó**
- Si la Organización de evaluación independiente aprueba una solicitud de cobertura, debemos **proporcionar la cobertura del medicamento** que fue aprobada por la organización de evaluación en un **plazo de 72 horas** después de haber recibido la decisión de la organización de evaluación.
- Si la Organización de evaluación independiente aprueba una solicitud de reintegro de un medicamento que ya compró, debemos **enviarle el pago en el plazo de 30 días calendario** después de haber recibido la decisión de la organización de evaluación.



## Capítulo 7. ¿Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)?

---

### ¿Qué sucede si la respuesta de la organización de evaluación es “no” a su apelación?

Si la respuesta de la organización es “no” a su apelación, significa que la organización está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. (Esto se llama “confirmar la decisión”. También se denomina “desestimar su apelación”).

Si la Organización de evaluación independiente “confirma la decisión”, usted tiene derecho a una apelación de Nivel 3. Sin embargo, para presentar otra apelación en el Nivel 3, el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que está solicitando debe cumplir con un mínimo. Si el valor en dólares de la cobertura del medicamento que solicita es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación y la decisión del Nivel 2 es la definitiva. Con el aviso que reciba de la Organización de evaluación independiente, se le informará el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelaciones.

### **Paso 3:** Si el valor en dólares de la cobertura que solicita cumple con el requisito, usted elige si quiere seguir avanzando con la apelación.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (que dan un total de cinco niveles de apelación).
- Si su Apelación de Nivel 2 es desestimada y usted cumple con los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, debe decidir si desea pasar al Nivel 3 y presentar una tercera apelación. Si decide presentar una tercera apelación, podrá leer los detalles de cómo hacerlo en el aviso por escrito que recibió después de su segunda apelación.
- La Apelación de Nivel 3 es manejada por un Juez de Derecho Administrativo o un mediador. En la Sección 6 de este capítulo, se brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

---

## **SECCIÓN 6 El proceso de apelación después del Nivel 3**

---

<b>Sección 6.1 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D</b>
---

Esta sección puede ser apropiada para usted si presentó una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2, y ambas fueron rechazadas.

Si el valor en dólares del medicamento por el que apela cumple con un importe determinado en dólares, es posible que pueda continuar en otros niveles de apelación. Si el importe en dólares es menor, no puede seguir apelando. La respuesta que reciba por escrito a su apelación de Nivel 2 explicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

## Capítulo 7. ¿Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)?

---

Para la mayoría de las situaciones que involucran apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan de manera similar. Le mostramos quién maneja la evaluación de su apelación en cada uno de estos niveles.

**Apelación de Nivel 3 Un juez (denominado Juez de Derecho Administrativo) o un mediador legal que trabaja para el gobierno federal evaluarán su apelación y le darán una respuesta.**

- **Si la respuesta es “sí”, el proceso de apelaciones termina.** Se aprueba lo que solicitó en la apelación. Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos** que aprobó el Juez de Derecho Administrativo o mediador legal **en el plazo de 72 horas (24 horas para apelaciones urgentes) o realizar el pago no más de 30 días calendario** después de haber recibido la decisión.
- **Si el Juez de Derecho Administrativo o mediador legal rechaza su apelación, el proceso de apelaciones *puede o no haber terminado.***
  - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones termina.
  - Si no desea aceptar la decisión, puede continuar con el próximo nivel del proceso de evaluación. Si el Juez de Derecho Administrativo o mediador legal rechaza su apelación, el aviso que recibirá le informará qué hacer a continuación si decide seguir con su apelación.

**Apelación de Nivel 4: El Consejo de Apelaciones (Consejo) de Medicare evaluará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo forma parte del gobierno federal.**

- **Si la respuesta es “sí”, el proceso de apelaciones termina.** Se aprueba lo que solicitó en la apelación. Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos** que aprobó el Consejo **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones urgentes) o realizar el pago no más de 30 días calendario** después de haber recibido la decisión.
- **Si la respuesta es “no”, el proceso de apelaciones *puede o no haber terminado.***
  - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones termina.
  - Si no desea aceptar la decisión, es posible que pueda continuar con el próximo nivel del proceso de evaluación. Si el Consejo rechaza su apelación o rechaza su solicitud de evaluación de la apelación, el aviso que reciba le indicará si las normas le permiten seguir a una apelación de Nivel 5. Si las reglas le permiten continuar, el aviso por escrito también le indicará con quién debe comunicarse y qué hacer a continuación si decide continuar con su apelación.

## Capítulo 7. ¿Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)?

**Apelación de Nivel 5:** Un juez del **Tribunal del Distrito Federal** evaluará su apelación.

- Es la última etapa del proceso de apelaciones.

## PRESENTACIÓN DE QUEJAS

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



Si su problema tiene que ver con decisiones relacionadas con los beneficios, la cobertura o el pago, entonces esta sección *no es para usted*. En su lugar, debe usar el proceso para las decisiones y apelaciones de cobertura. Vaya a la Sección 4 de este capítulo.

#### Sección 7.1 **¿Qué tipos de problemas maneja el proceso de quejas?**

Esta sección explica de qué forma usar el proceso de presentación de quejas. El proceso de quejas se usa para determinados tipos de problemas *solamente*. Incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio de atención al cliente que recibe. Estos son algunos ejemplos de los tipos de problemas manejados por el proceso de quejas.

**Si tiene alguno de estos tipos de problemas, puede “presentar una queja”**

Queja	Ejemplo
<b>Calidad de su atención médica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿No está conforme con la calidad de la atención que recibió?</li> </ul>
<b>Respeto de su privacidad</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cree que alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información sobre usted que considera debería ser confidencial?</li> </ul>
<b>Falta de respeto, servicio de atención al cliente deficiente u otras conductas negativas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Alguien fue descortés o irrespetuoso con usted?</li> <li>• ¿Está insatisfecho con la forma en que lo ha tratado el Servicio de atención al cliente?</li> <li>• ¿Siente que lo están incentivando a abandonar el plan?</li> </ul>

## Capítulo 7. ¿Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)?

Queja	Ejemplo
<b>Tiempos de espera</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Lo hicieron esperar demasiado en la farmacia? ¿O lo ha hecho esperar nuestro Servicio de atención al cliente u otro personal del plan?               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Algunos ejemplos incluyen esperar demasiado en el teléfono o al comprar un medicamento con receta.</li> </ul> </li> </ul>
<b>Limpieza</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿No está conforme con la limpieza o el estado de una farmacia?</li> </ul>
<b>Información que le proporcionamos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Considera que no le hemos proporcionado un aviso que debemos proporcionarle?</li> <li>• ¿Considera que es difícil de comprender información por escrito que le hemos proporcionado?</li> </ul>
<p><b>Puntualidad</b> (todos estos tipos de quejas se relacionan con la <i>puntualidad</i> de nuestras acciones en relación con las decisiones de cobertura y apelaciones)</p>	<p>El proceso de solicitud de una decisión de cobertura y presentación de apelaciones se explica en las Secciones 4 a 6 de este capítulo. Si solicita una decisión de cobertura o presenta una apelación, use dicho proceso, no el proceso de queja.</p> <p>Sin embargo, si ya nos solicitó una decisión de cobertura o presentó una apelación y cree que no le respondemos con la suficiente rapidez, también puede presentar una queja sobre nuestra lentitud. Estos son algunos ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si nos solicitó una “decisión de cobertura rápida” o una “apelación acelerada” y dijimos que no lo haremos, puede presentar una queja.</li> <li>• Si cree que no cumplimos con los plazos para tomar una decisión de cobertura o darle una respuesta a una apelación que presentó, puede presentar una queja.</li> <li>• Cuando se evalúa una decisión de cobertura que tomamos y nos indican que debemos cubrir o reembolsarle determinados medicamentos, hay fechas límite que se aplican. Si piensa que no cumplimos con estos plazos, puede presentar una queja.</li> <li>• Cuando no le comunicamos una decisión a tiempo, debemos enviar su caso a la Organización de Evaluación Independiente. Si no lo hacemos dentro del plazo requerido, puede presentar una queja.</li> </ul>

## Capítulo 7. ¿Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)?

**Sección 7.2** El término formal para “presentar una queja” es “presentar un reclamo”.

### Términos legales

- Lo que en esta sección se denomina una “**queja**” también se denomina un “**reclamo**”.
- Otro término para “**presentar una queja**” es “**presentar un reclamo**”.

También puede decirse “**usar el proceso de quejas**” o “**usar el proceso de reclamos**”.

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

**Paso 1: Comuníquese con nosotros a la brevedad, ya sea por teléfono o por escrito.**

- **En general, llamar al Servicio de atención al cliente es el primer paso.** Si hay algo más que deba hacer, el Servicio de atención al cliente se lo informará. Nuestro número de teléfono es **1-877-444-7241**; atendemos los 7 días de la semana, de 8:00 am a 8:00 pm (TTY: 711).
- **Si no desea llamar (o si llamó y no está satisfecho con la respuesta), puede asentar su queja por escrito y enviárnosla.** Si presentó su queja por escrito, le responderemos por escrito.
- El reclamo (queja) del miembro se debe presentar en un plazo de 60 días a partir de la fecha del incidente que generó la queja, escribiendo a:

EmblemHealth Medicare - PDP  
ATTN: Grievance and Appeals  
PO Box 2807  
New York, NY 10116-2807

o bien, puede llamar al Servicio de atención al cliente al:  
**1-877-444-7241 (TTY 711)**

El horario de atención es de 8:00 am a 8:00 pm, de lunes a domingo.

Si alguien presenta un reclamo en su nombre, este debe incluir un “Formulario de Designación de representante” que autorice a la persona a representarlo. Para obtener el formulario, llame al Servicio de atención al cliente (los números de teléfono son los indicados anteriormente) y solicite un “Formulario de Designación de representante”.

## Capítulo 7. ¿Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)?

---

También está disponible en el sitio web de Medicare, en [/www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf](http://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf) o en nuestro sitio web en [emblemhealth.com/medicare](http://emblemhealth.com/medicare). Si bien podemos aceptar un reclamo sin el formulario, no podemos completar nuestra evaluación hasta que lo recibamos. Si no recibimos el formulario en un plazo de 44 días después de recibir su solicitud de reclamo (nuestra fecha límite para responder a su reclamo), su solicitud de reclamo se cerrará.

Se le enviará un acuse de recibo por escrito en un plazo de 15 días después de la fecha en que EmblemHealth Medicare haya recibido el reclamo. Incluirá una solicitud de cualquier información adicional necesaria para resolver el reclamo e identificará el nombre, la dirección y el número de teléfono del departamento que se haya designado para responderlo.

Investigaremos su reclamo y le notificaremos sobre nuestra decisión tan rápidamente como lo requiera su caso, en función de su estado de salud, pero no más de 30 días calendario después de haber recibido su reclamo. Este período se podría ampliar hasta 14 días calendario si usted solicita una extensión, o si justificamos la necesidad de recibir información adicional y el retraso lo beneficia a usted. Le notificaremos si se requiere una extensión.

Si solicita una determinación de cobertura urgente, una reconsideración urgente o una redeterminación urgente, es posible que decidamos que su solicitud no cumple con los criterios de urgencia y, en consecuencia, procesaremos su solicitud usando los plazos para una solicitud estándar. Si decidimos que su solicitud no es urgente o pedimos una extensión para su solicitud, puede solicitar un reclamo de expedición urgente. EmblemHealth debe responder a su reclamo expedito en un plazo de 24 horas a partir de la solicitud.

- **Independientemente de si llama o escribe, debe comunicarse con el Servicio de atención al cliente de inmediato.** La queja debe presentarse en un plazo de 60 días calendario después de haber tenido el problema sobre el que desea quejarse.
- **Si presenta una queja porque le denegamos su solicitud de una “decisión de cobertura acelerada” o de una “apelación acelerada”, automáticamente la consideraremos una queja de respuesta “rápida”.** Si tiene una queja “de respuesta rápida”, significa que le daremos **una respuesta en un plazo de 24 horas.**

### Términos legales

Lo que en esta sección se denomina una “**queja de respuesta rápida**” también se denomina un “**reclamo de expedición urgente**”.

## Capítulo 7. ¿Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)?

### **Paso 2: Analizaremos su queja y le daremos nuestra respuesta.**

- **Si es posible, le responderemos de inmediato.** Si nos llama para presentar una queja, es posible que le demos una respuesta en la misma llamada telefónica. Si su afección nos exige una respuesta rápida, lo haremos.
- **La mayoría de las quejas se responden dentro de los 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora va en interés suyo o si solicita más tiempo, podemos tomarnos hasta 14 días calendario más (44 días calendario en total) para responder su queja. Si decidimos tomar días adicionales, le informaremos por escrito.
- **Si no estamos de acuerdo** con la totalidad o parte de su queja, o no nos hacemos cargo del problema por el que se está quejando, le informaremos al respecto. Nuestra respuesta incluirá nuestros motivos para darle esta respuesta. Debemos responder si estamos de acuerdo con la queja o no.

<b>Sección 7.4</b>	<b>También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención ante la Organización de Mejora de la Calidad</b>
--------------------	--

Puede presentarnos su queja sobre la calidad de la atención que recibió usando el proceso paso a paso descrito anteriormente.

Cuando su queja tiene que ver con la *calidad de la atención*, tiene dos opciones más:

- **Puede presentar su queja ante la Organización de Mejora de la Calidad.** Si lo prefiere, puede presentar su queja sobre la calidad de la atención que recibió directamente ante esta organización (*sin* presentarnos la queja a nosotros).
  - La Organización de Mejora de la Calidad está integrada por un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en cuidado de la salud contratados por el gobierno federal para controlar y mejorar la atención que reciben los pacientes de Medicare.
  - Para buscar el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización de Mejora de la Calidad de su estado, consulte el Capítulo 2, Sección 4, de este manual. Si presenta una queja ante esta organización, trabajaremos con ella para resolver su queja.
- **O puede presentar su queja ante ambos al mismo tiempo.** Si así lo desea, puede presentarnos su queja sobre la calidad de la atención y también ante la Organización de Mejora de la Calidad.

<b>Sección 7.5</b>	<b>También puede informarle a Medicare sobre su queja</b>
--------------------	---

Puede presentar una queja sobre EmblemHealth VIP Rx directamente ante Medicare. Para presentar una queja a Medicare, ingrese en

**Capítulo 7. ¿Qué hacer si tiene un problema  
o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)?**

---

[www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx](http://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx). Medicare toma sus quejas muy en serio y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare.

Si tiene otros comentarios o inquietudes, o si cree que el plan no trata su problema, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TDD/TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.



# CAPÍTULO 8

*Cómo terminar su membresía en el  
plan*

## **Capítulo 8. Cómo terminar su membresía en el plan**

<b>SECCIÓN 1</b>	<b>Introducción.....</b>	<b>138</b>
Sección 1.1	Este capítulo se centra en la terminación de su membresía en nuestro plan	138
<b>SECCIÓN 2</b>	<b>¿Cuándo puede usted terminar su membresía en nuestro plan? .....</b>	<b>138</b>
Sección 2.1	Puede terminar su membresía durante el Período de inscripción anual .....	138
Sección 2.2	En determinadas situaciones, puede terminar su membresía durante un período de inscripción especial .....	139
Sección 2.3	¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede terminar su membresía?.....	141
<b>SECCIÓN 3</b>	<b>¿Cómo termina usted su membresía en nuestro plan? .....</b>	<b>141</b>
Sección 3.1	Generalmente, usted termina su membresía inscribiéndose en otro plan....	141
<b>SECCIÓN 4</b>	<b>Hasta que finalice su membresía, debe seguir recibiendo sus medicamentos a través de nuestro plan .....</b>	<b>144</b>
Sección 4.1	Hasta que termine su membresía, usted sigue siendo un miembro de nuestro plan .....	144
<b>SECCIÓN 5</b>	<b>El plan EmblemHealth VIP Rx debe terminar su membresía en el plan en ciertas situaciones.....</b>	<b>144</b>
Sección 5.1	¿Cuándo debemos terminar su membresía en el plan?.....	144
Sección 5.2	<u>No podemos</u> pedirle que abandone nuestro plan por motivos relacionados con su salud .....	145
Sección 5.3	Tiene derecho a presentar una queja si terminamos su membresía en nuestro plan .....	145

---

## **SECCIÓN 1      Introducción**

---

<b>Sección 1.1</b>	<b>Este capítulo se centra en la terminación de su membresía en nuestro plan</b>
--------------------	--

La terminación de su membresía en EmblemHealth VIP Rx puede ser **voluntaria** (de su elección) o **involuntaria** (no de su elección):

- Usted podría abandonar nuestro plan porque ha decidido que *desea* hacerlo.
  - Solo hay determinados momentos durante el año o determinadas situaciones en las que puede terminar su membresía en el plan de forma voluntaria. La Sección 2 le indica *cuándo* puede terminar su membresía en el plan.
  - El proceso para terminar su membresía de forma voluntaria varía según el tipo de cobertura nueva que elija. La Sección 3 le indica *cómo* terminar su membresía en cada situación.
- También hay situaciones limitadas en las que usted no decide terminar la membresía, sino que nosotros debemos su membresía. La Sección 5 brinda información sobre las situaciones en las que debemos terminar su membresía.

Si abandona nuestro plan, debe continuar obteniendo sus medicamentos con receta Parte D a través de nuestro plan hasta que termine su membresía.

---

## **SECCIÓN 2      ¿Cuándo puede usted terminar su membresía en nuestro plan?**

---

Puede terminar su membresía en nuestro plan solamente durante determinados momentos del año, conocidos como períodos de inscripción. Todos los miembros tienen la oportunidad de abandonar el plan durante el período de inscripción anual. En determinadas situaciones, también puede ser elegible para abandonar el plan en otros momentos del año.

<b>Sección 2.1</b>	<b>Puede terminar su membresía durante el Período de inscripción anual</b>
--------------------	--

Puede terminar su membresía durante el **Período de inscripción anual** (también conocido como “Período de inscripción abierta anual”). Este es el momento en el cual debe evaluar su cobertura de salud y medicamentos, y tomar una decisión sobre su cobertura para el año siguiente.

- **¿Cuándo es el Período de inscripción anual?** Es entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre.
- **¿A qué tipo de plan puede cambiarse durante el Período de inscripción anual?** Puede elegir mantener su cobertura actual o hacer cambios en su cobertura para el año

siguiente. Si decide cambiarse a un plan nuevo, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:

- Otro plan de medicamentos con receta de Medicare.
- Original Medicare *sin* un plan de medicamentos con receta de Medicare diferente.
  - **Si recibe “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos con receta:** Si no se inscribe en un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted haya optado por salirse de 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 contrata con Medicare para brindar todos los beneficios de Medicare Parte A (hospital) y Parte B (servicios médicos). Algunos planes de salud de Medicare además incluyen cobertura de medicamentos con receta Parte D.
  - Si se inscribe en la mayoría de los planes de salud de Medicare, se cancelará su inscripción en EmblemHealth VIP Rx cuando comience la cobertura del nuevo plan. Sin embargo, si elige un plan de cargo por servicio privado sin cobertura de medicamentos de la Parte D, un plan con una cuenta de ahorros para costos médicos de Medicare o un plan con costo de Medicare, puede inscribirse en ese plan y mantener EmblemHealth VIP Rx para su cobertura de medicamentos. Si no desea conservar nuestro plan, puede elegir inscribirse en otro plan de medicamentos con receta de Medicare o reducir la cobertura de medicamentos con receta de Medicare.

**Nota:** Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos con receta de Medicare y se encuentra sin cobertura acreditable de medicamentos con receta durante 63 días o más seguidos, es posible que deba pagar una penalidad por inscripción tardía si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante. (Cobertura “acreditable” significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare). Consulte el Capítulo 1, Sección 5, para obtener más información sobre la penalidad por inscripción tardía.

- **¿Cuándo terminará su membresía?** Su membresía terminará cuando comience la cobertura del plan nuevo el 1.º de enero.

<b>Sección 2.2</b>	<b>En determinadas situaciones, puede terminar su membresía durante un período de inscripción especial</b>
--------------------	--

En determinadas situaciones, los miembros de EmblemHealth VIP Rx pueden ser elegibles para terminar su membresía en otros momentos del año. Este se conoce como **Período de inscripción especial**.

- **¿Quién es elegible para un Período de inscripción especial?** Si cualquiera de las siguientes situaciones se aplica a su caso, usted puede ser elegible para terminar su

membresía durante un Período de inscripción especial. Son tan solo ejemplos; para ver la lista completa, puede comunicarse con el plan, llamar a Medicare o visitar el sitio web de Medicare ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)):

- Si se mudó fuera del área de servicio del plan.
  - Si tiene Medicaid.
  - Si es elegible para la “Ayuda Adicional” para el pago de sus medicamentos con receta de Medicare.
  - Si no respetamos el contrato que tenemos con usted.
  - Si recibe atención en una institución, como un hogar de ancianos o un hospital de atención a largo plazo (LTC).
  - Si se inscribe en el Programa integral de atención para personas de edad avanzada (PACE).
  - **Nota:** Si está en un programa de control de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de plan. La Sección 10 del Capítulo 3 le brinda más información sobre los programas de control de medicamentos.
- **¿Cuándo son los períodos de inscripción especial?** Los períodos de inscripción varían según su situación.
  - **¿Qué puede hacer?** Para saber si es elegible 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 es elegible para terminar su membresía por una situación especial, puede elegir cambiar tanto su cobertura de salud como su cobertura de medicamentos con receta de Medicare. Esto significa que puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
    - Otro plan de medicamentos con receta de Medicare.
    - Original Medicare *sin* un plan de medicamentos con receta de Medicare diferente.
      - **Si recibe “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos con receta:** Si se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos con receta de Medicare diferente, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted haya optado por salirse de 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 contrata con Medicare para brindar todos los beneficios de Medicare Parte A (hospital) y Parte B (servicios médicos). Algunos planes de salud de Medicare además incluyen cobertura de medicamentos con receta Parte D.
      - Si se inscribe en la mayoría de los planes de salud de Medicare, su inscripción en EmblemHealth VIP Rx se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura del nuevo plan. Sin embargo, si elige un plan de cargo por servicio privado sin cobertura de medicamentos de la Parte D, un plan con una cuenta de ahorros para costos médicos de

Medicare o un plan con costo de Medicare, puede inscribirse en ese plan y mantener EmblemHealth VIP Rx para su cobertura de medicamentos. Si no desea conservar nuestro plan, puede elegir inscribirse en otro plan de medicamentos con receta de Medicare o reducir la cobertura de medicamentos con receta de Medicare.

**Nota:** Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos con receta de Medicare y se encuentra sin cobertura acreditable de medicamentos con receta durante un plazo de 63 días o más, es posible que deba pagar una penalidad por inscripción tardía en la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante. (Cobertura “acreditable” significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare). Consulte el Capítulo 1, Sección 5, para obtener más información sobre la penalidad por inscripción tardía.

- **¿Cuándo terminará su membresía?** Su membresía generalmente terminará el primer día del mes después de haber recibido su solicitud de cambio de plan.

<b>Sección 2.3</b>	<b>¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede terminar su membresía?</b>
--------------------	---

Si tiene preguntas o si desea más información sobre cuándo puede finalizar su membresía:

- Puede **llamar al Servicio de atención al cliente** (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual).
- Puede encontrar la información en el Manual *Medicare y usted 2021*.
  - Todas aquellas personas que tengan Medicare reciben una copia de *Medicare y usted* en otoño. Quienes son nuevos en Medicare, lo reciben en el plazo de un mes después de la inscripción inicial.
  - También puede descargar una copia del sitio web de Medicare ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)). O puede solicitar una copia impresa llamando a Medicare al siguiente número.
- Puede 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.

---

## **SECCIÓN 3**      **¿Cómo termina usted su membresía en nuestro plan?**

---

<b>Sección 3.1</b>	<b>Generalmente, usted termina su membresía inscribiéndose en otro plan</b>
--------------------	---

En general, para terminar su membresía en nuestro plan, usted simplemente se inscribe en otro plan de Medicare durante uno de los períodos de inscripción (consulte la Sección 2 de este capítulo para obtener información sobre los períodos de inscripción). Sin embargo, existen dos situaciones en las que tendrá que terminar su membresía de otra manera:

- Si desea cambiarse de nuestro plan a Original Medicare *sin* un plan de medicamentos con receta de Medicare, debe pedir que cancelen su inscripción en nuestro plan.
- Si se inscribe en un plan de cargo por servicio privado sin cobertura de medicamentos con receta, en un plan con una cuenta de ahorros para costos médicos de Medicare o en un plan con costo de Medicare, la inscripción en el nuevo plan no terminará su membresía en nuestro plan. En este caso, puede inscribirse en ese plan y mantener EmblemHealth VIP Rx para su cobertura de medicamentos. Si no desea conservar nuestro plan, puede elegir inscribirse en otro plan de medicamentos con receta de Medicare o pedir que cancelen su inscripción en nuestro plan.

Si se encuentran en una de estas dos situaciones y desea abandonar nuestro plan, tiene dos formas en las que puede solicitar que se cancele su inscripción:

- Puede presentarnos una solicitud por escrito. Comuníquese con el Servicio de atención al cliente si necesita más información sobre cómo hacer esto (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual).
- *o* puede 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.

**Nota:** Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos con receta de Medicare y se encuentra sin cobertura acreditable de medicamentos con receta durante 63 días o más seguidos, es posible que deba pagar una penalidad por inscripción tardía en la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante. (Cobertura “acreditable” significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare). Consulte el Capítulo 1, Sección 5, para obtener más información sobre la penalidad por inscripción tardía.

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

<b>Si desea cambiarse de nuestro plan a:</b>	<b>Debe hacer lo siguiente:</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Otro plan de medicamentos con receta de Medicare.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Inscribábase 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 EmblemHealth VIP Rx se cancelará automáticamente.</li></ul>

<b>Si desea cambiarse de nuestro plan a:</b>	<b>Debe hacer lo siguiente:</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Un plan de salud de Medicare.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Inscribese en el plan de salud de Medicare antes del 7 de diciembre. Con la mayoría de los planes de salud de Medicare, su inscripción en EmblemHealth VIP Rx se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura del nuevo plan.  Sin embargo, si elige un plan de cargo por servicio privado sin cobertura de medicamentos de la Parte D, un plan con una cuenta de ahorros para costos médicos de Medicare o un plan con costo de Medicare, puede inscribirse en ese plan nuevo y mantener EmblemHealth VIP Rx para su cobertura de medicamentos. Si desea abandonar nuestro plan, debe <i>o bien</i> inscribirse en otro plan de medicamentos con receta de Medicare, <i>o bien</i>, pedir que se cancele su inscripción. Para pedir que se cancele su inscripción, debe enviarnos una solicitud por escrito (comuníquese con el Servicio de atención al cliente [los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual] si necesita más información sobre cómo hacer esto) 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).</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Original Medicare <i>sin</i> un plan de medicamentos con receta de Medicare diferente.</li></ul> <p><b>Nota:</b> Si cancela su inscripción en un plan de medicamentos con receta de Medicare y se encuentra sin cobertura acreditable de medicamentos con receta durante 63 días o más seguidos, es posible que deba pagar una penalidad por inscripción tardía si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante. Consulte el Capítulo 1, Sección 5, para obtener más información sobre la penalidad por inscripción tardía.</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Envíenos una solicitud de cancelación de inscripción por escrito.</b> Comuníquese con el Servicio de atención al cliente si necesita más información sobre cómo hacer esto (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual).</li><li>• También puede comunicarse con <b>Medicare</b> al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicitar que cancelen su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</li></ul>



---

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

---

<b>Sección 4.1 Hasta que termine su membresía, usted sigue siendo un miembro de nuestro plan</b>
--

Si abandona EmblemHealth VIP Rx, puede que transcurra cierto tiempo hasta que finalice su membresía y entre en vigencia su nueva cobertura de Medicare. (Consulte la Sección 2 para obtener información sobre cuándo comienza su nueva cobertura). Durante este período, debe seguir recibiendo sus medicamentos con receta a través de nuestro plan.

- **Debe continuar usando las farmacias de nuestra red para surtir sus medicamentos con receta hasta que finalice su membresía en nuestro plan.** En general, solamente están cubiertos sus medicamentos con receta si se surten en una farmacia de la red, incluido a través de nuestros servicios de farmacias que brindan pedidos por correo.

---

## **SECCIÓN 5 El plan EmblemHealth VIP Rx debe terminar su membresía en el plan en ciertas situaciones**

---

<b>Sección 5.1 ¿Cuándo debemos terminar su membresía en el plan?</b>
--

**EmblemHealth VIP Rx debe terminar su membresía en el plan si se produce alguno de los siguientes hechos:**

- Si ya no tiene Medicare Parte A o Parte B (o ninguna de las dos).
- Si se muda de nuestra área de servicio.
- Si está fuera de nuestra área de servicio durante más de 12 meses.
  - Si se muda o hace un viaje largo, debe llamar al Servicio de atención al cliente para averiguar si el lugar al cual viajará o se mudará se encuentra dentro del área de nuestro plan. (Los números de teléfono del Servicio de atención al cliente se encuentran en la contraportada de este manual).
- Si lo encarcelan (va a prisión).
- Si no es ciudadano de los Estados Unidos o no está legalmente presente en los Estados Unidos.
- Si miente u oculta información sobre otro seguro que tiene y le brinda cobertura de medicamentos con receta.
- Si intencionalmente nos brinda información incorrecta al inscribirse en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos hacer que abandone nuestro plan por este motivo, a menos que primero obtengamos permiso de Medicare).

- Si tiene un continuo comportamiento problemático que dificulta que podamos brindarles atención a usted y a otros miembros de nuestro plan. (No podemos hacer que abandone nuestro plan por este motivo, a menos que primero obtengamos permiso de Medicare).
- Si deja que otra persona use su tarjeta de membresía para obtener medicamentos con receta. (No podemos hacer que abandone nuestro plan por este motivo, a menos que primero obtengamos permiso de Medicare).
  - Si terminamos su cobertura por este motivo, Medicare puede hacer que el inspector general investigue su caso.
- Si no paga las primas del plan de salud durante 90 días.
  - Debemos notificarle por escrito que tiene 90 días para pagar la prima del plan antes de terminar su membresía.
- Si debe pagar el importe extra de la Parte D por sus ingresos y no lo paga, Medicare cancelará su inscripción en nuestro plan y perderá la cobertura de medicamentos con receta.

### ¿Dónde puede solicitar más información?

Si tiene preguntas o si desea más información sobre cuándo podemos finalizar su membresía:

- Puede llamar al **Servicio de atención al cliente** para obtener más información (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual).

<b>Sección 5.2</b>	<b><u>No podemos</u> pedirle que abandone nuestro plan por motivos relacionados con su salud</b>
--------------------	--

EmblemHealth VIP Rx no tiene permitido pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud.

### ¿Qué debe hacer si esto sucede?

Si cree que le están pidiendo que abandone nuestro plan por un motivo relacionado con su salud, debe llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

<b>Sección 5.3</b>	<b>Tiene derecho a presentar una queja si terminamos su membresía en nuestro plan</b>
--------------------	---

Si terminamos su membresía en nuestro plan, debemos indicarle por escrito los motivos por los que terminamos su cobertura. También debemos explicar cómo puede presentar un reclamo o una queja sobre nuestra decisión de terminar su membresía. También puede consultar el Capítulo 7, Sección 7, para obtener información sobre cómo presentar una queja.

# CAPÍTULO 9

## *Avisos legales*

**Capítulo 9. Avisos legales**

<b>SECCIÓN 1</b>	<b>Aviso sobre la legislación aplicable .....</b>	<b>148</b>
<b>SECCIÓN 2</b>	<b>Aviso respecto de la no discriminación .....</b>	<b>148</b>
<b>SECCIÓN 3</b>	<b>Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare.....</b>	<b>148</b>

---

## **SECCIÓN 1      Aviso sobre la legislación aplicable**

---

Se aplican muchas leyes a esta *Evidencia de Cobertura* y es posible que se apliquen algunas otras disposiciones porque así lo exige la ley. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades aun cuando las leyes no estén incluidas ni se expliquen en este documento. La ley principal que se aplica a este documento es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social (Social Security Act) y las regulaciones que fueron creadas conforme a la Ley del Seguro Social por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Además, pueden aplicarse otras leyes federales y, en ciertas circunstancias, las leyes del estado en el que vive.

---

## **SECCIÓN 2      Aviso respecto de la no discriminación**

---

Nuestro plan debe obedecer las leyes que lo protegen de la discriminación y el tratamiento injusto. **No discriminamos** por raza, etnia, nacionalidad de origen, color, religión, sexo, género, edad, discapacidad mental o física, estado de salud, experiencia con reclamaciones, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que proveen planes de medicamentos con receta de Medicare, como nuestro plan, deben obedecer las leyes federales contra la discriminación, incluido el Título VI de la Ley de Derechos Civiles (Civil Rights Act) de 1964, la Ley de Rehabilitación (Rehabilitation Act) de 1973, la Ley contra la Discriminación por Edad (Age Discrimination Act) de 1975, la Ley de Cuidado de Salud Asequible (Americans with Disabilities Act), el artículo 1557 de la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA), todas las demás leyes aplicables a las organizaciones que reciben fondos federales y cualquier otra ley o norma que resulte aplicable por otro motivo.

Si desea obtener más información o si tiene inquietudes de discriminación o tratamiento injusto, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a su Oficina de Derechos Civiles local.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para obtener acceso a la atención, llame al Servicio de atención al cliente (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual). Si tiene una queja, como un problema con el acceso para sillas de ruedas, el Servicio de atención al cliente puede ayudarlo.

---

## **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 de Medicare de los cuales Medicare no sea el pagador principal. Conforme con la normativa de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) establecida en el Título 42 del Código Federal de Regulaciones (CFR), artículos 422.108 y 423.462, EmblemHealth VIP Rx, como patrocinador del plan de medicamentos con receta de Medicare, ejercerá los mismos derechos de recuperación que ejerce la Secretaría conforme con la normativa de los CMS establecida en las subpartes B a D de la parte 411 del Título 42 del CFR, y las normas establecidas en esta sección sustituyen cualquier legislación estatal.

# CAPÍTULO 10

## *Definiciones de palabras importantes*

## **Capítulo 10. Definiciones de palabras importantes**

**Apelación:** se presenta una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazo de una solicitud de cobertura de medicamentos con receta, o de pago de medicamentos que ya recibió. Por ejemplo, puede solicitar una apelación si no pagamos un medicamento que usted considere que debe recibir. El Capítulo 7 explica las apelaciones, incluido el proceso a seguir para presentarlas.

**Período de inscripción anual:** período especificado cada otoño durante el cual los miembros pueden cambiar sus planes de salud o medicamentos, o cambiarse a Original Medicare. El período de inscripción anual es del 15 de octubre al 7 de diciembre.

**Medicamento de marca:** Medicamento con receta que es fabricado y vendido por la compañía farmacéutica que originalmente investigó y desarrolló el medicamento. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de principio activo que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, son fabricados y vendidos por otros fabricantes de medicamentos, y generalmente no están disponibles hasta después de que haya vencido la patente del medicamento de marca.

**Etapas de cobertura catastrófica:** la etapa en el beneficio de medicamentos de la Parte D en la que usted paga un copago o coseguro bajo por sus medicamentos después de que usted u otras partes calificadas en su nombre han gastado **\$6,550** en medicamentos cubiertos durante el año cubierto.

**Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS):** Organismo federal que administra Medicare. El Capítulo 2 explica cómo comunicarse con los CMS.

**Coseguro:** importe que posiblemente deba pagar por su participación en los costos por los servicios o medicamentos con receta, después de que usted paga los deducibles. El coseguro por lo general es un porcentaje (por ejemplo, el 20 %).

**Queja:** el término formal para “presentar una queja” es “presentar un reclamo”. El proceso de quejas se usa para determinados tipos de problemas *solamente*. Incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio de atención al cliente que recibe. Consulte también “reclamo” en esta lista de definiciones.

**Copago:** importe que tal vez deba pagar como su parte del costo por un medicamento con receta. Un copago es un importe fijo, en lugar de un porcentaje. Por ejemplo, podría tener que pagar \$10 o \$20 por un medicamento con receta.

**Participación en los costos:** se refiere a los importes que debe pagar un miembro cuando recibe medicamentos. (Esto es adicional a la prima mensual del plan). Los costos compartidos incluyen cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) todo importe de deducible que puede exigir un plan antes de cubrir los medicamentos; (2) todo importe fijo de “copago” que un plan exige cuando usted recibe un medicamento específico; o (3) todo importe de “coseguro”, un porcentaje del importe total pagado por un medicamento que un plan exige cuando se recibe un medicamento específico. Puede aplicarse una “tarifa diaria de participación en los costos”

cuando su médico le recete un suministro para menos de un mes de determinados medicamentos y usted deba pagar un copago.

**Categoría de participación en los costos:** cada medicamento de la lista de medicamentos cubiertos pertenece a una de las cinco categorías de participación en los costos. En general, cuanto mayor es la categoría de participación en los costos, mayor será el costo que usted debe pagar por el medicamento.

**Determinación de cobertura:** decisión sobre si un medicamento con receta para usted tiene cobertura del plan o no, y el importe, si lo hay, que usted debe pagar por el medicamento con receta. En general, si usted lleva su receta a una farmacia y la farmacia le indica que su medicamento con receta no está cubierto por el plan, esto no se considera una determinación de cobertura. Debe llamar o escribir a su plan para solicitar una decisión formal sobre la cobertura. Las determinaciones de cobertura se denominan “decisiones de cobertura” en este manual. En el Capítulo 7, se explica cómo pedirnos una decisión de cobertura.

**Medicamentos cubiertos:** el término que usamos para hacer referencia a todos los medicamentos con receta cubiertos por nuestro plan.

**Cobertura acreditable de medicamentos con receta:** cobertura de medicamentos con receta (por ejemplo, de un empleador o sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura cuando se convierten en elegibles para Medicare generalmente pueden conservar esa cobertura sin pagar una penalidad, si deciden inscribirse en una cobertura de medicamentos con receta de Medicare posteriormente.

**Servicio de atención al cliente:** departamento de nuestro plan que está a cargo de responder sus preguntas respecto de su membresía, sus beneficios, sus quejas y sus apelaciones. Consulte el Capítulo 2 para obtener información acerca de cómo comunicarse con el Servicio de atención al cliente.

**Tarifa diaria de participación en los costos:** puede aplicarse una “tarifa diaria de participación en los costos” cuando su médico le recete un suministro para menos de un mes de determinados medicamentos y usted deba pagar un copago. Una tarifa diaria de participación en los costos es el copago dividido entre la cantidad de días en un suministro para un mes. Por ejemplo: si su copago por un suministro para un mes de un medicamento es de \$30 y el suministro para un mes en su plan incluye 30 días, entonces su “tarifa diaria de participación en los costos” es de \$1 por día. Esto significa que usted paga \$1 por el suministro de cada día cuando surta su medicamento con receta.

**Deducible:** el importe que debe pagar por los medicamentos con receta antes de que el plan comience a pagar.

**Cancelar la inscripción o cancelación de la inscripción:** el proceso de terminar la membresía en nuestro plan. La cancelación de la inscripción puede ser voluntaria (su decisión) o involuntaria (no es su decisión).



**Tarifa de entrega:** tarifa que se cobra cada vez que se entrega un medicamento cubierto, para pagar el costo de surtir un medicamento con receta. La tarifa de entrega comprende costos tales como el tiempo del farmacéutico para preparar y envasar el medicamento con receta.

**Emergencia:** se produce una emergencia médica cuando usted o cualquier persona prudente que tenga un conocimiento promedio sobre salud y medicina cree que usted tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para prevenir la pérdida de la vida, la pérdida de una extremidad o la pérdida de la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, un dolor intenso o una condición médica que empeora rápidamente.

**Evidencia de Cobertura (EOC) e información de la cobertura:** este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro adjunto, cláusula adicional u otra cobertura opcional seleccionada, que explican su cobertura, qué debemos hacer nosotros, sus derechos y qué debe hacer usted como miembro de nuestro plan.

**Excepción:** un tipo de decisión de cobertura que, si se aprueba, le permite obtener un medicamento que no está en la farmacoepa del patrocinador de su plan (una excepción a la farmacoepa), o bien obtener un medicamento no preferido con un nivel menor de participación en los costos (una excepción de categoría). También puede solicitar una excepción si el patrocinador de su plan le exige que pruebe otro medicamento antes de recibir el medicamento que está solicitando o el plan limita la cantidad o la dosis del medicamento que está solicitando (excepción a la farmacoepa).

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

**Medicamento genérico:** medicamento con receta que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) como medicamento que tiene el/los mismo(s) principio(s) activo(s) que el medicamento de marca. Generalmente, un medicamento “genérico” funciona del mismo modo que un medicamento de marca, y generalmente cuesta menos.

**Reclamo:** tipo de queja que usted presenta sobre nosotros o una de las farmacias de nuestra red, incluso una relativa a la calidad de su atención. Este tipo de queja no implica disputas sobre pagos o cobertura.

**Importe de ajuste mensual relacionado con los ingresos (IRMAA):** si sus ingresos brutos ajustados modificados, según lo informado en su declaración de impuestos al IRS de hace 2 años, son mayores de un importe determinado, usted pagará el importe de la prima estándar y un importe de ajuste mensual relacionado con los ingresos, también conocido como IRMAA (Income Related Monthly Adjustment Amount). El 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 de las personas no pagarán una prima más alta.

**Límite de cobertura inicial:** el límite máximo de cobertura conforme a la Etapa de cobertura inicial.

**Etapas de cobertura inicial:** es la etapa antes de que su total de costos en medicamentos, incluidos los importes que ha pagado y lo que su plan ha pagado en su nombre en el año, lleguen a \$4,130.

**Período de inscripción inicial:** cuando es elegible por primera vez para Medicare, el período en el cual usted se inscribe en Medicare Parte A y Parte B. Por ejemplo, si es elegible para Medicare cuando cumple 65 años, su período de inscripción inicial es el período de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que cumple 65 años, incluye el mes en que cumple 65 años y termina 3 meses después del mes en que cumple 65 años.

**Lista de medicamentos cubiertos (Farmacopea o “Lista de medicamentos”):** lista de los medicamentos con receta cubiertos por el plan. Los medicamentos de esta lista son seleccionados por el plan con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La lista incluye medicamentos de marca y genéricos.

**Subsidio por bajos ingresos (LIS):** consulte “Ayuda Adicional”.

**Medicaid (o Asistencia Médica):** es un programa federal y estatal conjunto que brinda asistencia con los costos médicos para personas con ingresos bajos y recursos limitados. Los programas Medicaid varían según el estado; sin embargo, la mayoría de los costos del cuidado de la salud están cubiertos si califica tanto para Medicare como para Medicaid. Consulte el Capítulo 2, Sección 6, para obtener información acerca de cómo comunicarse con Medicaid en su estado.

**Indicación médicamente aceptada:** uso de un medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o respaldado por determinados libros de referencia. Consulte el Capítulo 3, Sección 3, para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada.

**Medicare:** programa del seguro de salud federal destinado a personas de 65 años de edad o más, determinadas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas que padecen enfermedad renal en etapa terminal (generalmente, personas con insuficiencia renal permanente que requieren diálisis o un trasplante de riñón). Las personas que tienen Medicare pueden obtener su cobertura de salud de Medicare a través de Original Medicare, un plan con costo de Medicare, un plan PACE o un plan Medicare Advantage.

**Plan Medicare Advantage (MA):** a veces se denomina Medicare Parte C. Es un plan ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindarle todos los beneficios de Medicare Parte A y Parte B. Un plan Medicare Advantage puede ser un plan de una Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO), un plan de una Organización de Proveedores Preferidos (PPO), un plan privado de cargo por servicio (PFFS) o un plan con una cuenta de ahorros para costos médicos (MSA) de Medicare. Si está inscrito en un plan Medicare Advantage, los servicios de Medicare tienen cobertura a través del plan y no los paga Original Medicare. En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen Medicare Parte D (cobertura de medicamentos con receta). Estos planes se denominan **planes Medicare Advantage con cobertura de medicamentos con receta**. Todas las personas que tengan

Medicare Parte A y Parte B son elegibles para inscribirse en cualquiera de los planes de salud Medicare Advantage que se ofrecen en su área.

**Programa de descuento de interrupción de cobertura de Medicare:** programa que ofrece descuentos en la mayoría de los medicamentos de marca de la Parte D cubiertos a los miembros de la Parte D que alcanzaron la Etapa de interrupción de cobertura y que no están recibiendo todavía la “Ayuda Adicional”. Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y determinados fabricantes de medicamentos. Por este motivo, la mayoría de los medicamentos de marca, pero no todos, tienen descuentos.

**Servicios cubiertos por Medicare:** servicios cubiertos por Medicare Parte A y Parte B.

**Plan de salud de Medicare:** plan de salud de Medicare que es ofrecido por una compañía privada que tiene contratos con Medicare para brindar beneficios de la Parte A y la Parte B a personas con Medicare que se inscriben en el plan. Este término incluye todos los planes Medicare Advantage, planes con costo de Medicare, programas piloto/de demostración y Programas integrales de atención para personas de edad avanzada (PACE).

**Cobertura de medicamentos con receta de Medicare (Medicare Parte D):** seguro que ayuda a pagar los medicamentos con receta para pacientes ambulatorios, vacunas, preparaciones biológicas y ciertos suministros no cubiertos por Medicare Parte A o Medicare Parte B.

**Póliza de “Medigap” (seguro suplementario de Medicare):** seguro suplementario de Medicare ofrecido por compañías aseguradoras privadas para cubrir las “carencias” de Original Medicare. Las pólizas de Medigap solo funcionan con Original Medicare. (Un plan Medicare Advantage no es una póliza de Medigap).

**Miembro (miembro de nuestro plan o “miembro del plan”):** persona que tiene Medicare, es elegible para obtener servicios cubiertos, se ha afiliado a nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

**Farmacia de la red:** es una farmacia donde los miembros de nuestro plan pueden obtener sus beneficios de medicamentos con receta. Las llamamos “farmacias de la red” porque tienen contratos con nuestro plan. En la mayoría de los casos, sus medicamentos con receta están cubiertos solo si se surten en una de nuestras farmacias de la red.

**Original Medicare (“Medicare tradicional” o “Medicare con cargo por servicio”):** Original Medicare es ofrecido por el gobierno y no es un plan de salud privado como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos con receta. Con Original Medicare, los servicios de Medicare están cubiertos mediante el pago de importes establecidos por el Congreso a médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica. Puede consultar a cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención médica que acepte Medicare. Debe pagar el deducible. Medicare paga su parte del importe aprobado por Medicare y usted paga su parte. Original Medicare tiene dos partes: la Parte A (seguro de hospital) y la Parte B (seguro médico), y se encuentra disponible en cualquier lugar de los Estados Unidos.

**Farmacia fuera de la red:** farmacia que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar o suministrar medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. Tal como se explica en esta Evidencia de Cobertura, la mayoría de los medicamentos que obtiene de las farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que se den ciertas condiciones.

**Gastos de bolsillo:** consulte la definición de “participación en los costos” anterior. El requisito de participación en los costos de un miembro que le exige pagar una parte de los medicamentos recibidos también se denomina requisito de gastos “de bolsillo” del miembro.

**Plan PACE:** plan del Programa de atención integral para personas de edad avanzada (PACE) combina servicios médicos, sociales y de atención a largo plazo (LTC) para personas con salud debilitada, y las ayuda a mantener su independencia y a vivir en su comunidad (en lugar de mudarse a un hogar para ancianos) durante todo el tiempo que sea posible, mientras reciben la atención de alta calidad que necesitan. Las personas inscritas en los planes del PACE reciben los beneficios tanto de Medicare como de Medicaid a través del plan.

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

**Parte D:** programa voluntario de beneficios de medicamentos con receta de Medicare. (Para su comodidad, nos referiremos al programa de beneficios de medicamentos con receta como la Parte D).

**Medicamentos de la Parte D:** medicamentos que pueden estar cubiertos conforme a la Parte D. Podemos o no ofrecer todos los medicamentos de la Parte D. (Consulte su farmacopea para obtener una lista de medicamentos cubiertos específica). Determinadas categorías de medicamentos fueron excluidas específicamente por el Congreso como medicamentos con cobertura de la Parte D.

**Penalidad por inscripción tardía en la Parte D:** importe agregado a su prima mensual para la cobertura de medicamentos de Medicare si se queda sin cobertura acreditable (cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare) durante un período continuo de 63 días o más después de que usted sea primeramente elegible para unirse a un plan de la Parte D. Usted paga este importe más alto siempre y cuando tenga un plan de medicamentos de Medicare. Hay algunas excepciones. Por ejemplo, si recibe “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar los costos del plan para sus medicamentos con receta, no se le aplicarán las normas sobre la penalidad por inscripción tardía. Si recibe “Ayuda Adicional”, no tiene que pagar la penalidad por inscripción tardía.

**Participación preferida en los costos:** significa una participación en los costos menor para determinados medicamentos cubiertos de la Parte D en determinadas farmacias de la red.

**Prima:** pago periódico a Medicare, una compañía de seguros o un plan del cuidado de la salud por la cobertura de salud o de medicamentos con receta.

**Autorización previa:** aprobación por adelantado para recibir servicios o ciertos medicamentos que pueden o no estar en nuestra farmacopea. Algunos servicios médicos dentro de la red están cubiertos únicamente si su médico u otro proveedor de la red obtiene la “autorización previa” de nuestro plan. Los servicios cubiertos que requieren autorización previa están marcados en la Tabla de beneficios del Capítulo 4. Algunos medicamentos están cubiertos únicamente si su médico u otro proveedor de la red obtienen nuestra “autorización previa”. Los medicamentos cubiertos que requieren autorización previa están marcados en la farmacopea.

**Organización de Mejora de la Calidad (QIO):** grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en cuidado de la salud contratados por el gobierno federal para controlar y mejorar la atención que reciben los pacientes de Medicare. Consulte el Capítulo 2, Sección 4, para obtener información acerca de cómo comunicarse con la QIO de su estado.

**Límites de cantidad:** herramienta de control diseñada para limitar el uso de medicamentos seleccionados por motivos de calidad, seguridad o utilización. Los límites pueden estar en la cantidad del medicamento que cubrimos por receta o por un período definido.

**Área de servicio:** área geográfica donde un plan de medicamentos con receta acepta miembros, si limita la membresía según el lugar donde viven las personas. El plan puede cancelar su inscripción si se muda permanentemente del área de servicio del plan.

**Período de inscripción especial:** período especificado durante el cual los miembros pueden cambiar sus planes de salud o medicamentos, o volver a Original Medicare. Las situaciones en que puede ser elegible para un Período de inscripción especial incluyen: si se muda fuera del área de servicio, si recibe “Ayuda Adicional” para pagar los costos de los medicamentos con receta, si se muda a un hogar para ancianos o si incumplimos nuestro contrato con usted.

**Participación en los costos estándar:** es la participación en los costos opuesta a la participación en los costos preferida que se ofrece en una farmacia de la red.

**Tratamiento escalonado:** herramienta de uso que requiere que usted primero pruebe otro medicamento para el tratamiento de su condición médica antes de que nosotros cubramos el medicamento que su médico le recetó en primer lugar.

**Ingreso suplementario de seguridad (SSI):** beneficio mensual que paga el Seguro Social a las personas de ingresos y recursos limitados que son discapacitadas, ciegas o tienen 65 años o más. Los beneficios de la SSI no son iguales a los beneficios del Seguro Social.

## Servicio de atención al cliente de EmblemHealth VIP Rx

Método	Servicio de atención al cliente: información de contacto
<b>LLAMADAS</b>	<b>1-877-444-7241</b> Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de servicio: 8:00 am a 8:00 pm, los 7 días de la semana. El Servicio de atención al cliente también ofrece servicios gratuitos de intérprete disponibles para personas que no hablan inglés.
<b>TTY</b>	<b>711</b> (servicio de retransmisión del estado de Nueva York) Para llamar a este número, se necesita un equipo telefónico especial, y está destinado solo a personas con dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: 8:00 am a 8:00 pm, los 7 días de la semana.
<b>FAX</b>	1-212-510-5373
<b>CORREO</b>	EmblemHealth Pharmacy Services PO Box 1520 JAF Station New York, NY 10116-1520
<b>SITIO WEB</b>	<b><a href="http://emblemhealth.com/medicare">emblemhealth.com/medicare</a></b>

## Programa de asesoramiento y asistencia del seguro médico (HIICAP) (el SHIP de Nueva York)

HIICAP es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para ofrecer orientación gratuita local sobre seguros de salud a personas con Medicare.

Método	Información de contacto
<b>LLAMADAS</b>	1-800-701-0501
<b>TTY</b>	711 (servicio de retransmisión del Estado de Nueva York) Para llamar a este número, se necesita un equipo telefónico especial, y está destinado solo a personas con dificultades para oír o hablar.
<b>CORREO</b>	New York State Office for the Aging 2 Empire State Plaza Albany, New York 12223-1251
<b>SITIO WEB</b>	<b><a href="http://www.aging.ny.gov">http://www.aging.ny.gov</a></b>

**Declaración de divulgación de la PRA** De acuerdo con la Ley de Reducción de Documentación (PRA) de 1995, ninguna persona debe responder a una recolección de información a no ser que presente un número de control OMB válido. El número de control OMB válido para esta recolección de información es 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.