

HealthAlliance**MEDICARE**

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2012

Evidencia de Cobertura:

Su cobertura de medicamentos recetados de Medicare como miembro de Plan Health Alliance Medicare Prescription Plan - Basic (PDP)

Este manual le proporciona los detalles acerca de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare desde el 1 de enero al 31 de diciembre de 2012. Le explica cómo obtener la cobertura de los medicamentos recetados que necesita. Esta carta es un documento legal importante. Por favor, manténgala en un lugar seguro.

Este plan, Health Alliance Medicare Prescription Plan - Basic (PDP), es ofrecido por Health Alliance Medicare Plans. (Cuando esta *Evidencia de Cobertura* dice “nosotros” o “nuestro,” significa Health Alliance Medicare Plans . Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, significa Health Alliance Medicare Prescription Plan - Basic (PDP).)

Health Alliance Medicare es un plan de medicamentos con receta independiente con un contrato de Medicare.

Esta información está disponible gratis en otros idiomas. Si desea información adicional, comuníquese con Servicios para Miembros al 1-855-291-9311. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711 o 1-800-526-0844. Nuestro horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Desde el 15 de octubre hasta el 14 de febrero, el Departamento de Servicios de Health Alliance Medicare está a su disposición de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. los siete días de la semana.

This information is available for free in other languages. Please contact our Health Alliance Medicare Services number at 1-855-291-9311 for additional information. (TTY users should call 711 or 1-800-526-0844 (Illinois Relay). Our business hours are Monday through Friday, 8 a.m. to 8 p.m. From October 15th through February 14th, Health Alliance Medicare Services is available 8 a.m. to 8 p.m., seven days a week. Health Alliance Medicare Services also has free language interpreter services available for non-English speakers (phone numbers are on the back cover of this booklet).

Esta información puede estar disponible en distintos formatos, incluso en letra grande.

Los beneficios, el formulario, la red de farmacias, las primas, los deducibles y/o los copagos/coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2013.

med-pdpeocSP-0811
S4219_10_03_11_6
CMS Approved 08/30/2011

Evidencia de Cobertura 2012

Contenido

Esta lista de capítulos y números de páginas es sólo un punto de partida. Para obtener mayor ayuda para encontrar la información que necesita, vaya a la primera página del capítulo. **Al comienzo de cada capítulo encontrará una lista detallada de temas.**

Capítulo 1. Miembro nuevo 1

Informa lo que significa estar en un plan de medicamentos recetados de Medicare y cómo utilizar este manual. Explica los materiales que le enviaremos, la prima de su plan, la tarjeta de miembro del plan y cómo mantener actualizado su registro de miembro.

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes 14

Le indica cómo comunicarse con nuestro plan (Health Alliance Medicare Prescription Plan Basic) y con otras organizaciones incluyendo Medicare, el Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP), la Organización para el Mejoramiento de la calidad, Seguro Social, Medicaid (programa estatal de seguro de salud para personas con bajos ingresos), programas que ayudan a las personas a pagar por sus medicamentos recetados, y la Junta de Retiro Ferroviario.

Capítulo 3. Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos recetado de la Parte D 29

Explica las normas que debe seguir cuando obtiene medicamentos de la Parte D. Le indica cómo utilizar la *lista de medicamentos cubiertos (formulario del plan)* para averiguar qué medicamentos están cubiertos. Le indica qué tipos de medicamentos *no* están cubiertos. Explica distintos tipos de restricciones que aplican a la cobertura de ciertos medicamentos. Le explica dónde surtir sus recetas médicas. Le informa acerca de los programas del plan para la seguridad de medicamentos y la administración de medicamentos.

Capítulo 4. Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D 53

Informa sobre las cuatro etapas de cobertura de medicamentos (*Etapas de Deducibles, Etapa de Cobertura Inicial, Período sin Cobertura, Etapa de Cobertura Catastrófica*) y de qué manera estas etapas afectan lo que usted paga por sus medicamentos. Explica los cinco niveles de costo compartido

para sus medicamentos de la Parte D y le informa lo que debe pagar por un medicamento en cada nivel de costo compartido. Le informa sobre la multa por inscripción tardía.

Capítulo 5. Cómo solicitarnos el pago de la parte que nos corresponde de los costos de medicamentos cubiertos 85

Informa cuándo y cómo enviarnos una factura cuando desea que le reembolsemos la parte que nos corresponde del costo de sus medicamentos cubiertos.

Capítulo 6. Sus derechos y responsabilidades 91

Explica los derechos y responsabilidades que tiene como miembro de nuestro plan. Le informa lo que puede hacer si piensa que sus derechos no están siendo respetados.

Capítulo 7. Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas) 93

Informa, paso a paso, lo que debe hacer si tiene problemas o inquietudes como miembro de nuestro plan.

- Explica cómo solicitar decisiones de cobertura y realizar apelaciones si tiene problemas para obtener los medicamentos recetados que considera que están cubiertos por nuestro plan. Esto incluye la solicitud de excepciones a las normas o restricciones adicionales a su cobertura.
- Explica cómo presentar quejas acerca de la calidad de servicios, tiempos de espera, servicio de atención al cliente y otras inquietudes.

Capítulo 8. Manera de terminar su membresía en el plan 120

Informa cuándo y cómo puede terminar su membresía del plan. Explica situaciones en las que nuestro plan requiere terminar su membresía.

Capítulo 9. Avisos legales 129

Incluye avisos sobre la ley vigente y la no discriminación.

Capítulo 10. Definiciones de palabras importantes 133

Explica términos claves utilizados en este manual.

Capítulo 1. Miembro nuevo

SECCIÓN 1	Introducción	3
Sección 1.1	Usted está inscrito en Health Alliance Medicare Prescription Plan Basic, que es un plan de medicamentos recetados de Medicare.....	3
Sección 1.2	¿De qué trata el manual <i>Evidencia de Cobertura</i> ?	3
Sección 1.3	¿Qué le informa este capítulo?.....	3
Sección 1.4	¿Qué sucede si es nuevo en nuestro Plan?	4
Sección 1.5	Información legal acerca de la <i>Evidencia de Cobertura</i>	4
SECCIÓN 2	¿Qué lo hace elegible para ser miembro de un plan?	4
Sección 2.1	Requisitos de elegibilidad.....	4
Sección 2.2	¿Qué son las Partes A y B de Medicare?	5
Sección 2.3	La siguiente es el área de servicio del plan de Health Alliance Medicare Prescription Plan Basic	5
SECCIÓN 3	¿Qué otros materiales recibirá de nuestra parte?	5
Sección 3.1	La tarjeta de miembro del plan: utilícela para obtener los medicamentos recetados cubiertos.....	5
Sección 3.2	<i>Directorio de farmacias</i> : su guía de las farmacias de la red.....	6
Sección 3.3	<i>Lista de medicamentos cubiertos (formulario)</i> del plan	6
Sección 3.4	<i>Explicación de beneficios</i> (“EOB”): informes con un resumen de los pagos realizados de los medicamentos recetados de la Parte D.....	7
SECCIÓN 4	Su prima mensual de nuestro Plan.....	7
Sección 4.1	¿Cuánto debe pagar por la prima de su plan?	7
Sección 4.2	Existen varias maneras en las que puede pagar la prima de su plan.....	9
Sección 4.3	¿Podemos cambiar su prima mensual del plan durante el año?.....	10

SECCIÓN 5	Mantenga actualizado su registro de miembro del plan.....	11
Sección 5.1	Cómo ayudar a garantizar que tengamos la información exacta sobre usted	11
SECCIÓN 6	Protegemos la privacidad de la información personal sobre su salud	12
Sección 6.1	Nos aseguramos de que la información sobre su salud esté protegida	12
SECCIÓN 7	Cómo funcionan los otros seguros con nuestro Plan.....	12
Sección 7.1	¿Qué plan paga primero cuando tiene otro seguro?.....	12

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1	Usted está inscrito en Health Alliance Medicare Prescription Plan Basic, que es un plan de medicamentos recetados de Medicare
--------------------	--

Usted está cubierto por Medicare Original para sus servicios médicos y eligió recibir la cobertura de medicamentos recetados de Medicare a través de nuestro plan, Health Alliance Medicare Prescription Plan Basic.

Existen diferentes tipos de planes de Medicare. Health Alliance Medicare Prescription Plan Basic es un plan de medicamentos recetados de Medicare (PDP, por sus sigla en inglés). Como todos los planes de Medicare, este plan de medicamentos recetados está aprobado por Medicare y lo administra una compañía privada.

Sección 1.2	¿De qué trata el manual <i>Evidencia de Cobertura</i>?
--------------------	---

Este manual *Evidencia de Cobertura* le informa cómo surtir sus recetas médicas de Medicare a través de nuestro plan. Este manual le explica sus derechos y responsabilidades, lo que está cubierto y lo que usted paga como miembro del plan.

Este plan, Health Alliance Medicare Prescription Plan Basic, es ofrecido por Health Alliance Medicare Plans. (Cuando esta Evidencia de Cobertura dice “nosotros” o “nuestro,” significa Health Alliance Medicare Plans. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, significa Health Alliance Medicare Prescription Plan Basic.)

Los términos “cobertura” y “medicamentos cubiertos” se refieren a la cobertura de medicamentos recetados que tendrá disponibles como miembro de Health Alliance Medicare Prescription Plan Basic.

Sección 1.3	¿Qué le informa este capítulo?
--------------------	---------------------------------------

Revise el Capítulo 1 de la *Evidencia de Cobertura* para conocer:

- ¿Qué lo hace elegible para ser miembro del plan?
- ¿Cuál es el área de servicio de su plan?
- ¿Qué materiales recibirá de nuestra parte?
- ¿Cuál es la prima de su plan y cómo puede pagarla?
- ¿Cómo mantiene actualizada la información de su registro de miembro?

Sección 1.4	¿Qué sucede si es nuevo en Health Alliance Medicare Prescription Plan Basic?
--------------------	---

Si es un miembro nuevo, es importante que conozca cómo funciona el plan, cuáles son las reglas y la cobertura que tiene disponible. Le aconsejamos que dedique parte de su tiempo para revisar el manual *Evidencia de Cobertura*.

Si está confundido o preocupado o si sólo tiene alguna pregunta, por favor, llame a Servicios para Miembros de nuestro Plan, el Departamento de Servicios de Health Alliance Medicare (la información de contacto se encuentra en la parte de atrás de este manual).

Sección 1.5	Información legal acerca de la <i>Evidencia de Cobertura</i>
--------------------	---

Es parte de nuestro contrato con usted

Esta *Evidencia de Cobertura* es parte de nuestro contrato con usted sobre la manera en que nuestro Plan cubre sus servicios. Otras partes de este contrato incluyen el formulario de inscripción, la *lista de medicamentos cubiertos (formulario)*, y cualquier aviso que reciba de nuestra parte acerca de los cambios a su cobertura o condiciones que afecten su cobertura. En ocasiones, a estos avisos se les llaman “anexos” o “correcciones”.

El contrato es válido durante los meses que esté inscrito en nuestro Plan entre el 1 de enero de 2012 y el 31 de diciembre de 2012.

Medicare debe aprobar nuestro plan cada año

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar nuestro Plan cada año. Puede continuar recibiendo la cobertura de Medicare como miembro de su plan sólo si decidimos continuar ofreciendo el plan durante el año en cuestión y si los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid renuevan su aprobación del plan.

SECCIÓN 2

¿Qué lo hace elegible para ser miembro de un plan?

Sección 2.1	Requisitos de elegibilidad
--------------------	-----------------------------------

Es elegible para ser miembro de nuestro plan si:

- Vive en nuestra área geográfica de servicio (la sección 2.3 a continuación describe nuestra área de servicio)
- -- y -- tiene derecho a la Parte A de Medicare o está inscrito en la Parte B de Medicare (o tiene ambos, Parte A y B)

Sección 2.2 ¿Qué son las Partes A y B de Medicare?

Cuando se inscribió originalmente en Medicare, recibió información acerca de cómo obtener las Partes A y B de Medicare. Recuerde:

- La Parte A de Medicare generalmente cubre los servicios ofrecidos de proveedores institucionales como hospitales, centros de enfermería especializada o agencias de cuidado de la salud en el hogar.
- La Parte B de Medicare es para la mayoría de los demás servicios médicos (como servicios de médicos y otros servicios ambulatorios) y ciertos suministros (como equipos médicos duraderos y suministros).

Sección 2.3 La siguiente es el área de servicio del plan de nuestro Plan

Aunque Medicare es un programa Federal, nuestro Plan está disponible sólo a las personas que viven en nuestra área de servicio del Plan. Para seguir siendo un miembro de nuestro Plan, debe seguir viviendo en esta área de servicio. A continuación se describe el área de servicio.

Nuestra área de servicio incluye los siguientes estados: Todos los condados en el estado de Illinois.

Si planea mudarse fuera del área de servicio, por favor, comuníquese con el Departamento de Servicios de Health Alliance Medicare. Cuando se mude, usted tendrá un Período especial de inscripción que le permitirá inscribirse en un plan de salud o de medicamentos recetados de Medicare que esté disponible en su nuevo lugar.

SECCIÓN 3 ¿Qué otros materiales recibirá de nuestra parte?

Sección 3.1 La tarjeta de miembro del plan: utilícela para obtener los medicamentos recetados cubiertos

Mientras sea miembro de nuestro plan, debe usar la tarjeta de miembro de nuestro plan para los medicamentos recetados que obtiene en las farmacias de la red. Esta es una muestra de la tarjeta de miembro para mostrarle cómo será la suya:

<p>Basic Prescription Drug Plan (PDP) Health Alliance MEDICARE Issued: S4219-001</p> <p>Name: ID: -</p> <p>Sample</p> <p>RxBIN: 003585 RxCN: 14100 Rx Group:</p> <p>Issuer: (80840) Prescriptions received from pharmacies outside the Health Alliance Medicare network will have higher copayments/coinsurance. See your Evidence of Coverage for details. This card is for identification purposes only. It is not a guarantee of eligibility or coverage.</p> <p>MedicareRx Prescription Drug Coverage</p>	<p>Providers: Bill Health Alliance, not Medicare</p> <p>Sample</p> <p>Send Prescription Claims to: MedImpact Healthcare System, Inc. 10680 Treena St., 5th Floor San Diego, CA 92131 1-800-681-7730</p>
---	--

Por favor, lleve con usted su tarjeta todo el tiempo y recuerde mostrarla cuando obtenga medicamentos cubiertos. Si su tarjeta de miembro del plan se daña, se pierde o se la roban, llame sin demora al Departamento de Servicios de Health Alliance Medicare y le enviaremos una nueva.

Puede que necesite usar su tarjeta de Medicare roja, blanca y azul para obtener atención y servicios médicos bajo el Medicare Original.

Sección 3.2 *Directorio de farmacias: su guía de las farmacias de la red*

Cada año que sea miembro del plan, le enviaremos un nuevo *Directorio de farmacias* o una actualización de su *Directorio de farmacias*. El directorio lista todas las farmacias de nuestra red.

¿Qué son las “farmacias de la red”?

El *Directorio de farmacias* le proporciona una lista completa de las farmacias de la red, esto significa todas las farmacias que acordaron suministrar las recetas de medicamentos cubiertos de los miembros de nuestro plan.

¿Por qué necesita saber acerca de las farmacias de la red?

Puede usar el *Directorio de farmacias* para encontrar la farmacia de la red que quiere usar. Es importante debido a que, con algunas excepciones, usted debe presentar sus recetas médicas en alguna de las farmacias de la red si desea que nuestro plan las cubra (le ayude a pagarlas).

Si no tiene el *Directorio de farmacias*, puede solicitar una copia desde el Departamento de Servicios de Health Alliance Medicare (los números de teléfono están en la parte de atrás de este manual). En cualquier momento, puede llamar al Departamento de Servicios de Health Alliance Medicare para solicitar información actualizada acerca de los cambios en la red de farmacias. También puede encontrar la información en nuestro sitio web HealthAllianceMedicare.org

Sección 3.3 *Lista de medicamentos cubiertos (formulario) del plan*

El plan tiene una *lista de medicamentos cubiertos (formulario)*. Para abreviar, la llamamos “lista de medicamentos”. La lista indica qué medicamentos recetados de la Parte D están cubiertos por nuestro Plan. Los medicamentos en la lista son seleccionados por el plan con la ayuda de un grupo de médicos y farmacéutas. La lista debe cumplir los requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la lista de drogas Plan.

Además, la lista de medicamentos le informa si existen normas que restringen la cobertura de algunos medicamentos.

Le enviaremos una copia de la lista de medicamentos. La Lista de medicamentos que le enviamos incluye información sobre los medicamentos cubiertos que nuestros miembros utilizan con mayor frecuencia. Sin embargo, cubrimos también otros medicamentos no incluidos en la Lista de medicamentos impresa. Si alguno de los medicamentos que usted toma no está incluido en la Lista de medicamentos, visite nuestro sitio web o comuníquese con el Departamento de Servicios de Health Alliance Medicare para averiguar si lo cubrimos. Para obtener información más completa y actualizada acerca de los medicamentos cubiertos, puede visitar el sitio web del plan (HealthAllianceMedicare.org) o llamar al Departamento de Servicios de Health Alliance Medicare (los números de teléfono están en la parte de atrás de este manual).

Sección 3.4 *Explicación de beneficios (“EOB”): informes con un resumen de los pagos realizados de los medicamentos recetados de la Parte D*

Cuando use los beneficios de medicamentos recetados de la Parte D, le enviaremos un informe con un resumen para ayudarle a comprender y mantener un registro de los pagos por sus medicamentos recetados de la Parte D. Este informe resumido se conoce como *Explicación de beneficios* (EOB por su sigla en inglés).

El *Explicación de beneficios* le indica la cantidad total que ha gastado en sus medicamentos recetados de la Parte D y la cantidad total que hemos pagado por cada uno de sus medicamentos recetados de la Parte D durante el mes. El Capítulo 4 (*Lo que usted paga por los medicamentos recetados de la Parte D*) le ofrece más información sobre el *Explicación de beneficios* y cómo puede ayudarle a dar seguimiento de la cobertura de sus medicamentos.

También está disponible un resumen del *Explicación de beneficios* a solicitud. Para obtener una copia, comuníquese con Servicios para Miembros.

SECCIÓN 4 Su prima mensual de nuestro Plan

Sección 4.1 ¿Cuánto debe pagar por la prima de su plan?

Como miembro de nuestro plan, debe pagar una prima mensual del plan. Para el 2012, la prima mensual para nuestro Plan es \$46.60. Además, debe continuar pagando su prima por la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid o terceros paguen la prima de la Parte B por usted).

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

Existen programas para ayudar a las personas con bajos recursos a pagar sus medicamentos. Estos incluyen “Ayuda Adicional” y Programas Estatales de Ayuda Farmacéutica. El Capítulo 2, Sección 7 tiene más información acerca de este programa. Si es elegible, la inscripción en el programa podría reducir la prima mensual de su plan.

Si usted *ya está inscrito* y recibe ayuda de alguno de estos programas, **la información acerca de las primas en la presente *Evidencia de Cobertura* posiblemente no se aplica a usted**. Le enviamos un folleto separado, con el nombre de “Anexo de la Evidencia de Cobertura para las personas que reciben Ayuda Adicional para pagar medicamentos recetados” (Anexo LIS) que le informa sobre la cobertura de medicamentos. Si no tiene este folleto, por favor, llame a Servicios para Miembros y solicite el “Anexo de Evidencia de Cobertura para las personas que reciben Ayuda Adicional para pagar medicamentos recetados” (Anexo LIS). Los números de teléfono de Servicios para Miembros están en la parte de atrás de este manual.

En algunas situaciones, la prima de su plan puede ser mayor

En algunas situaciones, la prima del plan podría ser mayor a la cantidad que se dio antes en la Sección 4.1. Estas situaciones se describen a continuación.

- La mayoría de las personas paga una prima mensual estándar de la Parte D. Sin embargo, algunas personas pagan una cantidad adicional debido a su ingreso anual. Si su ingreso es de \$85,000 o más para una persona (o personas casadas que declaran impuestos por separado), o \$170,000 o más para parejas casadas, usted debe pagar una cantidad adicional para la cobertura de la Parte D de Medicare. Si tiene que pagar una cantidad adicional, la Administración del Seguro Social, no su plan de Medicare, le enviará una carta informándole cuál será la cantidad adicional. Si desea más información acerca de las primas de la Parte D, en base al ingreso, consulte el Capítulo 4, Sección 11 de este manual. Además, puede visitar el sitio web <http://www.medicare.gov> 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 pueden llamar al 1-877-486-2048. O puede llamar a la Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.
- Algunos miembros deben pagar una **multa por inscripción tardía** debido a que no se inscribieron en un plan de medicamentos de Medicare cuando fueron elegibles por primera vez o debido a que tuvieron un período continuo de 63 días o más sin una cobertura “válida” de medicamentos recetados. (“Válida” significa que se espera que la pague la cobertura de medicamentos pague, en promedio, al menos, la misma cantidad que la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare). Para estos miembros, la multa por inscripción tardía se agrega a la prima mensual del plan. La cantidad de la prima será la prima mensual del plan más la cantidad de la multa por inscripción tardía.
 - Si tiene que pagar una multa por inscripción tardía, la cantidad de la multa dependerá de cuánto tiempo esperó antes de inscribirse en la cobertura de medicamentos o cuántos meses estuvo sin cobertura de medicamentos después de ser elegible. El Capítulo 4, Sección 10, explica la multa sobre la inscripción tardía.
 - Si tiene una multa por inscripción tardía y no la paga, podría ser dado de baja del plan.

Muchos miembros tienen que pagar otras primas de Medicare

Algunos miembros del plan pagarán una prima por la Parte A de Medicare y la mayoría de los miembros del plan pagarán una prima por la Parte B de Medicare, además de pagar la prima mensual de la Parte D.

- La copia de *Medicare y Usted 2012* le informa acerca de estas primas en la sección denominada “Costos de Medicare 2012”. La copia explica cómo la prima de la parte B difiere para personas con diferentes ingresos.
- Todos aquellos que tienen Medicare reciben una copia de *Medicare y Usted* en el otoño. Los nuevos miembros de Medicare la reciben dentro del mes de la inscripción. También puede descargar una copia de *Medicare y Usted 2012* del sitio web de Medicare (<http://www.medicare.gov>). O puede solicitar una copia impresa telefónicamente al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben comunicarse al 1-877-486-2048.

Sección 4.2	Existen varias maneras en las que puede pagar la prima de su plan
--------------------	--

Existen tres maneras en las que puede pagar la prima de su plan. Puede comunicarse con el Departamento de Servicios de Health Alliance Medicare para informarnos qué forma desea usar para pagar la prima o si desea cambiar la forma de pago.

Si decide cambiar la manera en que paga su prima, puede tardar hasta tres meses para que entre en vigencia su nuevo método de pago. Mientras procesamos su solicitud para un nuevo método de pago, usted es responsable de garantizar que la prima de su plan se pague oportunamente.

Opción 1: Puede pagar con cheque

Puede decidir pagar la prima mensual del plan directamente a nuestro plan. Se le enviará un estado de cuenta mensual sobre sus primas. Los pagos vencen el primero de cada mes. Los cheques deben extenderse pagaderos a Health Alliance Medical Plans y enviarse por correo a Health Alliance Medical Plans, 301 South Vine Street, Urbana, IL 61801-3347. También puede pagar en persona en esa misma dirección. Los cheques sin fondo estarán sujetos a un cargo de \$25.

Opción 2: Retirar automático

Puede solicitar que su prima mensual del plan se debite automáticamente de su cuenta corriente o caja de ahorro, o que se cargue cada mes directamente a su tarjeta de débito o de crédito. Puede comunicarse con el Departamento de Servicios de Health Alliance Medicare para coordinar el débito automático.

Opción 3: Se puede deducir la prima del plan de su cheque mensual del Seguro Social

Se puede deducir la prima del plan de su cheque mensual del Seguro Social. Comuníquese con Servicios para Miembros para obtener más información sobre cómo pagar la prima mensual de su plan de esta manera. Será un placer ayudarle a establecerlo.

Qué hacer en caso de tener problemas para pagar la prima de su plan

Debemos recibir el pago de la prima del plan en nuestra oficina antes del primer día de cada mes. Si no hemos recibido su prima para el día 8 del mes, le enviaremos un aviso informándole que su membresía en el plan se cancelará si no recibimos el pago de su prima en un plazo de 60 días.

Si tiene problemas para pagar su prima a tiempo, comuníquese con Servicios para Miembros para ver si podemos referirlo a programas que lo ayuden con la prima de su plan. Si le damos de baja del plan debido a la falta de pago de sus primas, y actualmente no tiene cobertura de medicamentos recetados, entonces no podrá recibir la cobertura de la Parte D hasta el período de elección anual. En ese momento, podrá inscribirse en un plan independiente de medicamentos recetados o a un plan de salud que también tenga cobertura de medicamentos recetados. (Si permanece sin cobertura de medicamentos “válida” por más de 63 días, es posible que tenga que pagar una multa cuando se inscriba para el plan de la Parte D.)

Si le damos de baja como miembro del plan debido a la falta de pago de la prima, de todas maneras tendrá cobertura bajo Medicare Original. Al momento en que damos de baja su inscripción, es posible que nos deba por primas que no haya pagado. Tenemos derecho a demandar el pago de esas primas. En el futuro, si desea inscribirse de nuevo en nuestro plan (o en cualquier otro plan que ofrezcamos), deberá pagar las primas atrasadas antes de poder inscribirse.

Si considera que le dimos de baja por error, tiene derecho a apelar nuestra decisión. Si desea información acerca de cómo apelar la terminación de su cobertura, llame 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 4.3 ¿Podemos cambiar su prima mensual del plan durante el año?

No. No se nos permite cambiar la cantidad que cobramos por la prima mensual del plan durante el año. Si cambia la prima mensual del plan para el año próximo le informaremos en septiembre y el cambio entrará en vigencia desde el 1 de enero.

Sin embargo, en algunos casos la parte de la prima que debe pagar puede cambiar durante el año. Esto sucede si usted es elegible para el programa Ayuda Adicional o si pierde la elegibilidad para el programa Ayuda Adicional durante el año. Si un miembro califica para Ayuda Adicional con los costos de los medicamentos recetados, el programa Ayuda Adicional pagará parte de la prima mensual del plan del miembro. Por lo tanto, un miembro que es elegible para la Ayuda Adicional

durante el año, comenzaría a pagar menos por su prima mensual. El miembro que pierda la elegibilidad durante el año, deberá comenzar a pagar su prima mensual completa. Puede obtener más información acerca del programa de Ayuda Adicional en el Capítulo 2, Sección 7.

SECCIÓN 5 Mantenga actualizado su registro de miembro del plan

Sección 5.1 Cómo ayudar a garantizar que tengamos la información exacta sobre usted

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

Los farmacéutas de la red del plan deben tener su información personal correcta. **Estos proveedores de la red usan su registro de miembro para saber qué medicamentos incluye su cobertura.** Debido a esto, es muy importante que nos ayude a mantener su información actualizada.

Infórmenos los siguientes cambios:

- Cambio de nombre, dirección o número de teléfono
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro de salud o medicamentos que tenga (como por ejemplo de su empleador, el empleador de su esposo(a), compensación al trabajador o Medicaid)
- Si tiene reclamaciones de responsabilidad civil, por ejemplo, por un accidente automovilístico
- Si fue admitido en un asilo de ancianos
- Si cambia la persona responsable designada (como por ejemplo, el cuidador)

Si cambia alguna de esta información, llame a Servicios para Miembros para informarnos (los números de teléfono están en la parte de atrás de este manual).

Lea toda la información que le enviamos acerca de cualquier otra cobertura de seguros que tenga

Se debe a que debemos coordinar cualquier otra cobertura que tenga con sus beneficios dentro de nuestro plan. (Para obtener más información acerca de cómo funciona nuestra cobertura cuando usted tiene otro seguro, consulte la Sección 7 de este capítulo.)

Una vez por año, le enviaremos una carta donde figura cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos que conozcamos. Lea toda la información detenidamente. Si es correcta, no deberá hacer nada. Si la información es incorrecta, o si tiene otra cobertura que no está allí,

comuníquese con Servicios para Miembros (los números de teléfono están en la parte de atrás de este manual).

SECCIÓN 6 Protegemos la privacidad de la información personal sobre su salud

Sección 6.1	Nos aseguramos de que la información sobre su salud esté protegida
--------------------	---

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de sus registros médicos y la información personal sobre su salud. Protegemos la información personal sobre su salud como lo exigen estas leyes.

Si desea más información acerca de cómo protegemos la información personal sobre su salud, consulte el Capítulo 6, Sección 1.4 de este manual.

SECCIÓN 7 Cómo funcionan los otros seguros con nuestro plan

Sección 7.1	¿Qué plan paga primero cuando tiene otro seguro?
--------------------	---

Cuando usted tiene otro seguro (como la cobertura de salud grupal de su empleador), existen normas establecidas por Medicare que deciden si nuestro plan o su otro seguro paga primero. El seguro que paga primero se le conoce como “pagador primario” y paga hasta el límite de su cobertura. El otro es el “pagador secundario”, sólo paga si queda algún costo pendiente que el pagador primario no haya pagado. El pagador secundario podría no pagar por todos los costos que no estén cubiertos por su plan.

Se aplican las siguientes normas para la cobertura del plan de salud grupal de su empleador o sindicato:

- Si usted tiene cobertura de jubilado, Medicare paga primero.
- Si su cobertura proviene de su empleador actual o de un miembro de su familia, el que paga primero dependerá de su edad, la cantidad de empleados que tenga el empleador y si usted tiene Medicare por su edad, por una incapacidad o porque tiene una Enfermedad Renal Terminal (ESRD):
 - Si tiene menos de 65 años y está incapacitado y usted o un miembro de su familia está trabajando, su plan paga primero si el empleador tiene 100 o más empleados o si por lo menos un empleador de su plan de empleadores múltiples, tiene más de 100 empleados.

- Si tiene más de 65 años y usted o su esposo(a) está trabajando, su plan paga primero si el empleador tiene 20 o más empleados o si por lo menos un empleador de su plan de empleadores múltiples, tiene más de 20 empleados.
- Si tiene Medicare porque padece de Enfermedad Renal Terminal (ESRD), su plan paga primero en todos los casos durante los 30 primeros meses que usted tenga Medicare.

Los siguientes tipos de coberturas, por lo general, pagan primero:

- Seguro sin parte culpable (incluido el seguro de automóvil)
- Seguro de responsabilidad (incluido el seguro de automóvil)
- Seguro médico para mineros (“pulmón negro”)
- Seguro de accidente de trabajo (“compensación al trabajador”)

Medicaid y TRICARE nunca pagan primero por los servicios cubiertos por Medicare. Sólo pagan después de que Medicare, su plan de salud grupal y/o Medigap hayan pagado.

Si tiene otro seguro, dígaselo a su médico, hospital y a su farmacia. Si tiene preguntas sobre quién paga primero, o necesita actualizar la información sobre su otro seguro, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están en la parte de atrás de este manual.) Tal vez deba darle a su otro seguro su número de Medicare (después de haber confirmado la identidad) para que sus cuentas se paguen correctamente y a tiempo.

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

SECCIÓN 1	Contactos de <i>Health Alliance Medicare</i> (cómo comunicarse con nosotros, incluyendo cómo comunicarse con al Departamento de Servicios de Health Alliance Medicare)	15
SECCIÓN 2	Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal Medicare)	20
SECCIÓN 3	Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (ayuda e información gratis y respuestas a sus preguntas acerca de Medicare).....	21
SECCIÓN 4	Organización para el Mejoramiento de Calidad (pagado por Medicare para controlar la calidad de la atención de las personas con Medicare).....	22
SECCIÓN 5	Seguro Social	23
SECCIÓN 6	Medicaid (programa conjunto federal y estatal que proporciona ayuda con los costos médicos a algunas personas de bajos recursos e ingresos limitados)	23
SECCIÓN 7	Información acerca de programas para ayudar a las personas a pagar sus medicamentos recetados	25
SECCIÓN 8	Cómo comunicarse con la Junta de Retiro Ferroviario	27
SECCIÓN 9	¿Tiene un “seguro grupal” u otro seguro médico de un empleador?	28

SECCIÓN 1 *Health Alliance Medicare*
Contactos de
(cómo comunicarse con nosotros, incluyendo cómo comunicarse con al Departamento de Servicios de Health Alliance Medicare)

Cómo comunicarse con Servicios para Miembros del plan

Para recibir ayuda con las reclamaciones, facturación o si tiene preguntas acerca de la tarjeta de miembro, llame o escriba a Servicios para Miembros de al Departamento de Servicios de Health Alliance Medicare. Será un placer ayudarle.

Departamento de Servicios de Health Alliance Medicare	
LLAME	1-855-291-9311 Las llamadas a este número son gratuitas. También puede llamar a nuestro número local: (217) 337-8478. Nuestro horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Si llama fuera de este horario y deja un mensaje, uno de nuestros representantes le devolverá la llamada temprano en la mañana del día hábil siguiente. Desde el 15 de octubre hasta el 14 de febrero, el Departamento de Servicios de Health Alliance Medicare estará a su disposición de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los siete días de la semana. El Departamento de Servicios de Health Alliance Medicare también cuenta con servicios de interpretación gratuitos disponibles para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 ó 1-800-526-0844 (retransmisión de Illinois) Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Si llama fuera de este horario y deja un mensaje, uno de nuestros representantes le devolverá la llamada temprano en la mañana del día hábil siguiente. Desde el 15 de octubre hasta el 14 de febrero, el Departamento de Servicios de Health Alliance Medicare estará a su disposición de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los siete días de la semana.
FAX	217-337-3425
ESCRIBA A	Health Alliance Medical Plans, Inc., 301 South Vine Street, Urbana, IL 61801-3347

SITIO WEB HealthAllianceMedicare.org

Cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura acerca de los medicamentos recetados de la Parte D

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura, o sobre la cantidad que pagaremos por sus medicamentos recetados de la Parte D. Si desea más información acerca de cómo solicitar decisiones de cobertura acerca de sus medicamentos recetados de la Parte D, vea el Capítulo 7 (*Qué hacer si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*).

Si tiene preguntas acerca del proceso de decisión de cobertura, puede comunicarse con nosotros.

Decisiones de cobertura para medicamentos recetados de la Parte D	
LLAME	1-800-500-3373 Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. Si necesita una decisión “rápida” en relación con la cobertura fuera del horario normal de atención, llame al 1-800-500-3373.
TTY	711 ó 1-800-526-0844 (retransmisión de Illinois) Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Si llama fuera de este horario y deja un mensaje, uno de nuestros representantes le devolverá la llamada temprano en la mañana del día hábil siguiente. Desde el 15 de octubre hasta el 14 de febrero, el Departamento de

	Servicios de Health Alliance Medicare estará a su disposición de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los siete días de la semana. Las llamadas a este número.
FAX	217-337-3425
ESCRIBA A	Health Alliance Medical Plans, Inc., 301 South Vine Street, Urbana, IL 61801-3347
SITIO WEB	HealthAllianceMedicare.org

Cómo comunicarse con nosotros para realizar una apelación acerca de los medicamentos recetados de la Parte D

Una apelación es una manera formal de solicitarnos la revisión y el cambio de una decisión de cobertura que hemos tomado. Si desea más información acerca de cómo realizar una apelación relacionada con sus medicamentos recetados de la Parte D, vea el Capítulo 7 (*Qué hacer si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*).

Apelaciones para medicamentos recetados de la Parte D	
LLAME	1-855-291-9311 Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. Si necesita una decisión “rápida” en relación con la cobertura fuera del horario normal de atención, llame al 1-800-500-3373.
TTY	711 ó 1-800-526-0844 (retransmisión de Illinois) Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Si llama fuera de este horario y deja un mensaje, uno de nuestros representantes le devolverá la llamada temprano en la mañana del día hábil siguiente. Desde el 15 de octubre hasta el 14 de febrero, el Departamento de Servicios de Health Alliance Medicare estará a su disposición de

8:00 a.m. a 8:00 p.m., los siete días de la semana.	
FAX	(217) 337-3425
ESCRIBA A	Health Alliance Medical Plans, Inc., 301 South Vine Street, Urbana, IL 61801-3347

Cómo comunicarse con nosotros para presentar una queja acerca de sus medicamentos recetados de la Parte D

Puede presentar una queja sobre nosotros o una de nuestras farmacias de la red, incluyendo una queja acerca de la calidad de la atención. Este tipo de queja no incluye conflictos con pagos o coberturas. (Si su problema es acerca de la cobertura o pago del plan, debe consultar en la sección anterior sobre la presentación de una apelación.) Si desea más información acerca de cómo presentar una queja relacionada con los medicamentos recetados de la Parte D, vea el Capítulo 7 (*What to do if you have a problem or complaint (coverage decisions, appeals, complaints)*).

Quejas acerca de los medicamentos recetados de la Parte D	
LLAME	1-855-291-9311 Las llamadas a este número son gratuitas. También puede llamar a nuestro número local: (217) 337-8478. Nuestro horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Si llama fuera de este horario y deja un mensaje, uno de nuestros representantes le devolverá la llamada temprano en la mañana del día hábil siguiente. Desde el 15 de octubre hasta el 14 de febrero, el Departamento de Servicios de Health Alliance Medicare estará a su disposición de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los siete días de la semana.
TTY	711 ó 1-800-526-0844 (retransmisión de Illinois) Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Si llama fuera de este horario y deja un mensaje, uno de nuestros representantes le

	devolverá la llamada temprano en la mañana del día hábil siguiente. Desde el 15 de octubre hasta el 14 de febrero, el Departamento de Servicios de Health Alliance Medicare estará a su disposición de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los siete días de la semana.
FAX	(217) 337-3425
ESCRIBA A	Health Alliance Medical Plans, Inc., 301 South Vine Street, Urbana, IL 61801-3347

Dónde enviar la solicitud de pago de la parte del costo que nos corresponde por un medicamento recibido

El proceso que determina la cobertura incluye la solicitud de pago de la parte del costo que nos corresponde por un medicamento recibido. Si desea más información acerca de situaciones en las que necesite solicitar un reembolso o pagar una factura recibida de un proveedor, vea el Capítulo 5 (*Cómo solicitarnos el pago de la parte que nos corresponde de una factura recibida por medicamentos cubiertos*).

Solicitudes de pago	
LLAME	1-855-291-9311 Las llamadas a este número son gratuitas. También puede llamar a nuestro número local: (217) 337-8478. Nuestro horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Si llama fuera de este horario y deja un mensaje, uno de nuestros representantes le devolverá la llamada temprano en la mañana del día hábil siguiente. Desde el 15 de octubre hasta el 14 de febrero, el Departamento de Servicios de Health Alliance Medicare estará a su disposición de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los siete días de la semana.
TTY	711 ó 1-800-526-0844 (retransmisión de Illinois) Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Si llama fuera de este horario y deja un mensaje, uno de nuestros representantes le devolverá la llamada temprano en la mañana del día hábil siguiente. Desde el 15 de octubre hasta el 14 de febrero, el Departamento de Servicios de Health Alliance Medicare estará a su disposición de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los siete días de la semana.
FAX	217-337-3425

ESCRIBA A	Health Alliance Medical Plans, Inc., 301 South Vine Street, Urbana, IL 61801-3347
SITIO WEB	HealthAllianceMedicare.org

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

Medicare es el programa federal de seguro médico para personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con incapacidades y personas que padecen Enfermedad Renal Terminal (insuficiencia renal permanente que requiere tratamiento de diálisis o un trasplante de riñón).

La agencia federal que está a cargo del programa Medicare es Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (a veces llamado “CMS”). Esta agencia tiene un contrato con las organizaciones de Medicare Advantage que nos incluye a nosotros.

Medicare	
LLAME	1-800-MEDICARE, o 1-800-633-4227 Las llamadas a este número son gratis. Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Este número requiere un equipo telefónico especial y es sólo para personas con dificultades auditivas o de voz. Las llamadas a este número son gratis.
SITIO WEB	http://www.medicare.gov Éste es el sitio web oficial gubernamental de Medicare. Le ofrece información actualizada sobre Medicare y temas actuales de Medicare. Además, tiene información sobre hospitales, asilos de ancianos, médicos, agencias de cuidado de la salud en el hogar y centros de diálisis. Incluye manuales que puede imprimir directamente desde su computadora. Además, puede buscar la información de contacto de Medicare en su estado seleccionando “Ayuda” y luego “Teléfonos y

sitios web útiles.”

Asimismo, el sitio web de Medicare tiene información detallada acerca de sus opciones de elegibilidad e inscripción en Medicare con las siguientes herramientas:

- **Herramienta de elegibilidad de Medicare:** Proporciona información del estado de elegibilidad de Medicare. Seleccione “Averigüe si es elegible”.
- **Buscador de planes de Medicare:** Proporciona información personalizada acerca de los planes de medicamentos recetados de Medicare, planes de salud de Medicare, y las pólizas Medigap (seguro suplementario a Medicare) disponibles en su área. Seleccione “Planes: salud/recetas” y luego “Comparar planes de salud y de medicamentos” o “Comparar pólizas de Medigap”. Estas herramientas proporcionan una *estimación* de lo que podrían ser los gastos directos de su bolsillo en diferentes planes de Medicare.

Si no tiene una computadora, su biblioteca local o el centro para personas de la tercera edad pueden ayudarle a visitar el sitio web desde una computadora. O, puede llamar a Medicare a los números antes mencionados e indicarles la información que está buscando. Ellos encontrarán la información en el sitio web, la imprimirán y se la enviarán.

SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (ayuda e información gratis y respuestas a sus preguntas acerca de Medicare)

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) es un programa del gobierno con asesores capacitados en cada estado. En Illinois, SHIP se conoce como Senior Health Insurance Program.

Senior Health Insurance Program es independiente (no tiene conexión con ninguna compañía de seguro o plan médico). Es un programa del estado que recibe dinero del gobierno federal para dar asesoría local gratis a las personas con Medicare.

Los asesores de Senior Health Insurance Program pueden ayudarle con sus preguntas o problemas con Medicare. Pueden ayudarle a comprender sus derechos de Medicare, ayudarle a presentar quejas sobre su atención médica o tratamiento, y ayudarle a solucionar los

problemas con las facturas de Medicare. Los asesores de Senior Health Insurance Program además pueden ayudarle a comprender las opciones de planes de Medicare y responder preguntas acerca del cambio de plan.

Senior Health Insurance Program	
LLAME	1-800-548-9034
TTY	217-524-4872 Este número requiere un equipo telefónico especial y es sólo para las personas con dificultades auditivas o de voz.]
ESCRIBA A	Senior Health Insurance Program, Illinois Department of Insurance, 320 West Washington Street, Springfield, IL 62767-0001
SITIO WEB	http://www.insurance.illinois.gov/ship/

SECCIÓN 4 Organización para el Mejoramiento de Calidad (pagado por Medicare para controlar la calidad de la atención de las personas con Medicare)

En cada estado existe una Organización para el Mejoramiento de Calidad. En Illinois, la Organización para el Mejoramiento de Calidad se conoce como Telligen.

Telligen tiene un grupo de médicos y otros profesionales de la salud pagados por el gobierno federal. Medicare le paga a esta organización para controlar y ayudar a mejorar la calidad de la atención de las personas con Medicare. Telligen es una organización independiente. No tiene conexión con nuestro plan.

Debe comunicarse con Telligen si tiene una queja acerca de la calidad de atención recibida. Por ejemplo, puede comunicarse con Telligen si le dieron el medicamento equivocado o si le recetaron algún medicamento que reaccionó de manera negativa.

Telligen	
LLAME	1-800-647-8089
ESCRIBA A	Telligen, 1776 West Lakes Parkway, West Des Moines, IA 50266

SITIO WEB	www.ifqhc.org
------------------	--

SECCIÓN 5 Seguro Social

La Administración del Seguro Social es responsable de determinar la elegibilidad y de manejar la inscripción a Medicare. Los ciudadanos de EE. UU. de 65 años o más, o con incapacidades, o que padezcan Enfermedad Renal Terminal y cumplan con ciertas condiciones, son elegibles para tener Medicare. Si ya está recibiendo cheques del Seguro Social, la inscripción a Medicare es automática. Si no recibe cheques del Seguro Social, debe inscribirse en Medicare. El Seguro Social maneja el proceso de inscripción a Medicare. Para solicitar Medicare, puede comunicarse con el Seguro Social o visitar la oficina local del Seguro Social.

Administración del Seguro Social	
LLAME	1-800-772-1213
	Las llamadas a este número son gratis.
	Disponible de 7:00 AM a 7:00 PM de lunes a viernes.
	Puede utilizar los servicios telefónicos automatizados del Seguro Social para escuchar la información grabada y realizar algunos trámites las 24 horas del día.
TTY	1-800-325-0778
	Este número requiere un equipo telefónico especial y es sólo para personas con dificultades auditivas o de voz.
	Las llamadas a este número son gratis.
	Disponible de 7:00 AM a 7:00 PM de lunes a viernes.
SITIO WEB	http://www.ssa.gov

SECCIÓN 6

Medicaid

(programa conjunto federal y estatal que proporciona

ayuda con los costos médicos a algunas personas de
bajos recursos e ingresos limitados)

Medicaid es un programa conjunto federal y estatal que proporciona ayuda con los costos médicos a algunas personas de bajos recursos e ingresos limitados. Algunas personas con Medicare también son elegibles para tener Medicaid.

Además, existen programas que se ofrecen a través de Medicaid y que ayudan a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare, tales como las primas de Medicare. Dichos programas ayudan a las personas de bajos recursos e ingresos limitados a ahorrar dinero cada año:

- **Beneficiario calificado de Medicare (QMB):** Ayuda a pagar las primas de las Partes A y B de Medicare, y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos).
- **Beneficiario calificado de Medicare especificado de bajos ingresos (SLMB) y Persona calificada (QI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Trabajadores discapacitados calificados (QDWI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Si desea más información acerca de Medicaid y sus programas, comuníquese con Illinois Department of Human Services.

Illinois Department of Human Services	
LLAME	1-800-843-6154
TTY	1-800-447-6404 Este número requiere un equipo telefónico especial y es sólo para las personas con dificultades auditivas o de voz.]
ESCRIBA A	Department of Human Services, 100 South Grand Avenue East, Springfield, IL 62704
SITIO WEB	www.dhs.state.il.us/

SECCIÓN 7 Información acerca de programas para ayudar a las personas a pagar sus medicamentos recetados

Programa “Ayuda Adicional” de Medicare

Medicare les proporciona a las personas con ingresos y recursos limitados una “Ayuda Adicional” para pagar los costos de los medicamentos recetados. Los recursos incluyen sus ahorros y acciones, pero no su vivienda o su automóvil. Si es elegible, obtendrá ayuda para pagar la prima mensual de cualquier plan de medicamentos de Medicare, el deducible anual y copagos o coseguro de medicamentos. Esta Ayuda Adicional también se tendrá en cuenta para los gastos directos de su bolsillo.

Las personas con ingresos y recursos limitados podrían ser elegibles para recibir Ayuda Adicional. Algunas personas son elegibles automáticamente para la Ayuda Adicional y no necesitan inscribirse. Medicare les envía una carta a las personas que son elegibles automáticamente para la Ayuda Adicional.

Puede recibir Ayuda Adicional para pagar las primas y los costos de sus medicamentos recetados. Para saber si es elegible para obtener la Ayuda Adicional, llame al:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- La oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, de lunes a viernes, de 7 AM a 7 PM. Los usuarios de TTY deben comunicarse al 1-800-325-0778; o bien
- La oficina de Medicaid de su estado. (Consulte la Sección 6 de este capítulo para recibir información de contacto).

Si cree que es elegible para la Ayuda Adicional y cree que está pagando una cantidad de costo compartido incorrecto al surtir su receta en la farmacia, nuestro plan ha establecido un proceso que le permite pedir ayuda para obtener una prueba sobre cuál es su nivel de copago adecuado o, si ya tiene la prueba, que nos la proporcione.

- Nuestro Plan ha establecido un proceso que permite o solicitar asistencia en la obtención de pruebas de su nivel de gastos adecuado o, si ya tiene las pruebas, que nos proporciona esta evidencia. Póngase en contacto con Departamento de Servicios de Health Alliance Medicare y le pediremos que algunas preguntas para determinar qué documentación específica necesitamos que nos suministre a fin de tomar una decisión.
- Cuando recibamos la prueba que muestre el nivel de su copago, actualizaremos nuestro sistema de manera que pueda pagar el copago correcto cuando obtenga la próxima receta médica en la farmacia. Si pagó de más por su copago, le reembolsaremos la cantidad correspondiente. Le enviaremos un cheque con la cantidad del sobrepago, o bien deduciremos copagos futuros. Si la farmacia no ha recibido el copago y usted tiene esa deuda, le pagaremos directamente a la farmacia. Si el estado realizó el pago en su

nombre, le pagaremos directamente al estado. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con Servicios para Miembros.

Programa de Medicare de descuentos durante durante el Período sin Cobertura

El Programa de Medicare de descuentos durante el período sin cobertura proporciona descuentos del fabricante en los medicamentos de marca a los miembros inscritos en la Parte D que han llegado al período sin cobertura y no reciben “Ayuda Adicional”. Esta disponible un descuento del 50% sobre el precio negociado (sin incluir la tarifa de suministro y administración de vacuna, si existen) para los medicamentos de marca de fabricantes que hayan acordado pagar el descuento.

Si usted llega al período sin cobertura, automáticamente aplicaremos el descuento cuando la farmacia le facture a usted su receta y el Explicación de beneficios (EOB) mostrará los descuentos proporcionados. La cantidad que usted paga y la cantidad descontada por el fabricante se tienen en cuenta para sus gastos directos de su bolsillo como si usted hubiera pagado esa cantidad y lo ayuda a pasar el período sin cobertura.

Además, recibe cobertura para medicamentos genéricos. Si llega al período sin cobertura, el plan paga el 14% del precio de los medicamentos genéricos y usted paga el 86% restante del precio. La cobertura para medicamentos genéricos funciona de manera diferente que el descuento del 50% para los medicamentos de marca. Para los medicamentos genéricos, la cantidad que paga el plan (14%) no se tiene en cuenta para los gastos directos de su bolsillo. Solamente cuenta la cantidad que usted paga y le ayuda a pasar el período sin cobertura. Además, la tarifa de suministro está incluida como parte del costo del medicamento.

Si tiene alguna pregunta acerca de la disponibilidad de los descuentos para medicamentos que esté tomando o acerca del Programa de Medicare de descuentos durante el período sin cobertura en general, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están en la parte de atrás de este manual).

¿Qué sucede si usted tiene cobertura del Programa Estatal de Ayuda Farmacéutica (SPAP)?

Si está inscrito en el Programa Estatal de Ayuda Farmacéutica (SPAP por su sigla en inglés), o cualquier otro programa que proporciona cobertura para los medicamentos de la Parte D (que no sea Ayuda Adicional), aún así recibe el 50% de descuento en los medicamentos de marca cubiertos. El 50% de descuento se aplica al precio del medicamento antes de la cobertura de SPAP u otra cobertura.

¿Qué sucede si usted recibe Ayuda Adicional de Medicare para pagar los costos de los medicamentos recetados? ¿Puede recibir los descuentos?

No. si usted recibe Ayuda Adicional, ya recibe cobertura para los costos de medicamentos recetados durante el período sin cobertura.

¿Qué sucede si no recibe un descuento que usted cree que debería tener?

Si cree que ha llegado al período sin cobertura y no recibió descuento al pagar por sus medicamentos de marca, debe revisar el próximo aviso del *Explicación de beneficios* (EOB). Si el descuento no aparece en el *Explicación de beneficios*, debe comunicarse con nosotros para asegurarse de que sus registros de recetas médicas son correctos y están actualizados. Si no estamos de acuerdo que le corresponde un descuento, puede apelar. Puede obtener ayuda para presentar una apelación por parte del Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) (los números de teléfono están en la Sección 3 de este capítulo) 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.

Programas Estatales de Ayuda Farmacéutica

Muchos estados tienen Programas Estatales de Ayuda Farmacéutica que ayudan a algunas personas a pagar sus medicamentos recetados basándose en sus necesidades económicas, su edad o problema médico. Cada estado tiene normas diferentes para proporcionar cobertura de medicamentos a sus miembros.

Dichos programas proporcionan a las personas de la tercera edad con necesidades médicas y bajos ingresos y personas con incapacidades ayuda financiera para sus medicamentos recetados. En Illinois, el Programa Estatal de Ayuda Farmacéutica es Illinois Cares Rx.

Illinois Cares Rx	
LLAME	1-800-252-8966
TTY	1-888-206-1327 Este número requiere un equipo telefónico especial y es sólo para las personas con dificultades auditivas o de voz.]
ESCRIBA A	Illinois Department on Aging, 421 E. Capitol Ave. #100, Springfield, IL 62701-1789
SITIO WEB	http://www.state.il.us/aging/1rx/cbrx/cbrx-main.htm

SECCIÓN 8 Cómo comunicarse con la Junta de Retiro Ferroviario

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

Junta de Retiro Ferroviario

LLAME	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratis. Disponible de 9:00 AM a 3:30 PM de lunes a viernes. Si tiene un teléfono de marcación por tonos, información grabada y servicios automatizados están disponibles las 24 horas del día, incluso los fines de semana y días festivos.
TTY	1-312-751-4701 Este número requiere un equipo telefónico especial y es sólo para personas con dificultades auditivas o de voz. Las llamadas a este número <i>no</i> son gratis.
SITIO WEB	http://www.rrb.gov

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

Si usted (o su esposo(a)) recibe los beneficios de su empleador (o el de su esposo(a)) o grupo de jubilados, comuníquese con el administrador de beneficios del empleador/sindicato o Servicios para Miembros si tiene alguna pregunta. Puede solicitar información acerca de los beneficios de salud, primas o período de inscripción de su empleador (o el de su esposo(a)) o para jubilados.

Si tiene otra cobertura de medicamentos recetados a través de su empleador o plan grupal de jubilados (o el de su esposo(a)), comuníquese con el **administrador de beneficios del grupo**. El administrador de beneficios le puede ayudar a determinar cómo funcionará su cobertura actual de medicamentos recetados con nuestro plan.

Capítulo 3. Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

SECCIÓN 1	Introducción	32
Sección 1.1	Este capítulo describe su cobertura de medicamentos de la Parte D	32
Sección 1.2	Normas básicas para la cobertura de medicamentos de la Parte D del plan.....	33
SECCIÓN 2	Debe surtir sus recetas médicas en una farmacia de la red a través de un servicio de orden por correo del plan.....	33
Sección 2.1	Para que se cubra su receta, utilice una farmacia de la red.....	33
Sección 2.2	Búsqueda de farmacias de la red.....	34
Sección 2.3	Uso de los servicios de pedido por correo del plan	35
Sección 2.4	¿Cómo puede obtener un suministro de medicamentos a largo plazo?	35
Sección 2.5	¿Cuándo puede utilizar una farmacia que no pertenece a la red del plan?	35
SECCIÓN 3	Sus medicamentos deben estar incluidos en la “lista de medicamentos” del plan	36
Sección 3.1	La “lista de medicamentos” le informa los medicamentos de la Parte D que están cubiertos.....	36
Sección 3.2	Existen cinco "niveles de costo compartido" para los medicamentos de la Lista de medicamentos.....	37
Sección 3.3	¿Cómo puede averiguar si un medicamento específico está incluido en la Lista de medicamentos?	38
SECCIÓN 4	Existen restricciones en la cobertura de algunos medicamentos.....	38
Sección 4.1	¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?	38
Sección 4.2	¿Qué tipos de restricciones?.....	39

Sección 4.3	¿Alguna de estas restricciones se aplica a sus medicamentos?.....	40
SECCIÓN 5	¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la forma que usted desearía?	40
Sección 5.1	Hay pasos que puede seguir si su medicamento no está cubierto de la forma que usted desearía.....	40
Sección 5.2	¿Qué puede hacer si su medicamento no está incluido en la Lista de medicamentos o si el medicamento está restringido de alguna forma?	41
Sección 5.3	¿Qué puede hacer si su medicamento está en un nivel de costo compartido que cree que es demasiado alto?	43
SECCIÓN 6	¿Qué sucede si cambia la cobertura de alguno de sus medicamentos?	44
Sección 6.1	La lista de medicamentos puede cambiar durante el año.....	44
Sección 6.2	¿Qué sucede si cambia la cobertura de un medicamento que está tomando?.....	44
SECCIÓN 7	¿Qué tipos de medicamentos <i>no</i> están cubiertos por el plan?	46
Sección 7.1	Tipos de medicamentos que no cubrimos.....	46
SECCIÓN 8	Muestre su tarjeta de miembro del plan al surtir una receta.....	47
Sección 8.1	Muestre su tarjeta de miembro.....	47
Sección 8.2	¿Qué sucede si no lleva la tarjeta de miembro?.....	47
SECCIÓN 9	Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales	48
Sección 9.1	¿Qué sucede si usted se encuentra en un hospital o centro de enfermería especializada por una internación cubierta por Medicare Original?	48
Sección 9.2	¿Qué sucede si usted reside en un centro de cuidado a largo plazo?	48
Sección 9.3	¿Qué sucede si está tomando medicamentos cubiertos por Medicare Original?	49

Sección 9.4	¿Qué sucede si tiene Medigap (seguro suplementario a Medicare) con la cobertura de medicamentos recetados?.....	49
Sección 9.5	¿Qué sucede si además recibe cobertura de medicamentos de un plan grupal de su empleador o de jubilados?.....	50
SECCIÓN 10	Programas para la seguridad de medicamentos y la administración de medicamentos	51
Sección 10.1	Programas para ayudar a los miembros a usar los medicamentos de manera segura	51
Sección 10.2	Programas para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos	51



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

Hay programas que ayudan a las personas con recursos limitados a pagar los medicamentos. Entre estos programas se incluyen el programa de “Ayuda adicional” y los Programas estatales de asistencia farmacéutica. Si desea más información, vea el Capítulo 2, Sección 7.

¿Actualmente recibe ayuda para pagar sus medicamentos?

Si usted se encuentra en un programa que ayuda a pagar sus medicamentos, **parte de la información en esta *Evidencia de Cobertura acerca de los costos de sus medicamentos recetados de la Parte D* posiblemente no se aplica a usted.** Le enviamos un folleto separado, llamado “Anexo de la Evidencia de Cobertura para las personas que reciben Ayuda Adicional para pagar sus medicamentos recetados” (Anexo LIS) que le informa sobre la cobertura de medicamentos. Si no tiene este folleto, llame a Departamento de Servicios de Health Alliance Medicare y solicite el “Anexo de Evidencia de Cobertura para las personas que reciben Ayuda Adicional para pagar sus medicamentos recetados” (Anexo LIS). Los números de teléfono del Departamento de Servicios de Health Alliance Medicare están en la parte de atrás de este manual.

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Este capítulo describe su cobertura de medicamentos de la Parte D

Este capítulo le explica las normas para el uso de su cobertura de medicamentos de la Parte D. El siguiente capítulo le informa cuánto debe pagar por sus medicamentos de la Parte D (Capítulo 4, *Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D*).

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

- La Parte A de Medicare cubre los medicamentos que usted recibe durante las estadías cubiertas por Medicare, en el hospital o en un centro de enfermería especializada.
- La Parte B de Medicare también proporciona beneficios para algunos medicamentos. Los medicamentos de la Parte B incluyen determinados medicamentos para quimioterapia,

determinadas inyecciones de medicamentos que recibe durante una visita al consultorio y medicamentos que recibe en un centro de diálisis.

Los dos ejemplos de medicamentos descritos anteriormente están cubiertos por Medicare Original. (Para más información sobre esta cobertura, vea su Manual de *Medicare & Usted*). Sus medicamentos recetados están cubiertos por los beneficios de la Parte D del plan. Este capítulo explica las normas para el uso de su cobertura de medicamentos para la Parte D de nuestro plan. El siguiente capítulo le informa cuánto debe pagar por sus medicamentos de la Parte D (Capítulo 4, *Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D*).

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

El plan generalmente cubrirá sus medicamentos siempre que usted siga estas normas básicas:

- Debe tener un proveedor (un doctor o algún otro proveedor que recete medicamentos) que le recete su medicamento por escrito.
- Debe utilizar una farmacia de la red para obtener sus medicamentos con receta. (Consulte la sección 2, *Obtenga su medicamento con receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan*).
- Su medicamento debe estar incluido en la *lista de medicamentos cubiertos (formulario)* (para abreviar, la llamamos “lista de medicamentos”). (Vea la Sección 3, *Sus medicamentos deben estar incluidos en la “lista de medicamentos” del plan*.)
- Su medicamento debe utilizarse para una indicación aceptada por razones médicas. Una “indicación aceptada por razones médicas” es el uso de un medicamento que está aprobado por la Administración de Drogas y Alimentos o respaldado por determinados libros de referencia. (Vea la Sección 3 para obtener más información acerca de una indicación aceptada por razones médicas.)

SECCIÓN 2 Debe surtir sus recetas médicas en una farmacia de la red o a través de un servicio de orden por correo del plan

Sección 2.1 Para que se cubra su receta, utilice una farmacia de la red

En la mayoría de los casos, sus recetas se cubren *sólo* si se surten en las farmacias de la red del plan. (Vea la Sección 2.5 para obtener información sobre cuándo cubriríamos las recetas que se surten en farmacias que no participan de la red.)

Una farmacia de la red es una farmacia que tiene contrato con el plan para proporcionarle sus medicamentos recetados cubiertos. El término “medicamentos cubiertos” hace referencia a todos

los medicamentos recetados de la Parte D incluidos en la Lista de medicamentos del plan.

Las farmacias preferidas son aquellas farmacias de nuestra red con las que el plan ha negociado un costo compartido de medicamentos cubiertos para miembros inferior al que se aplica en otras farmacias de la red. Sin embargo, normalmente accederá a medicamentos con precios más bajos en estas otras farmacias de la red que en farmacias fuera de la red. Puede ir a cualquiera de estos tipos de farmacias de la red para obtener los medicamentos con receta cubiertos.

Sección 2.2 Búsqueda de farmacias de la red

¿Cómo puede buscar una farmacia de la red en su área?

Para encontrar una farmacia de la red, puede consultar su *Directorio de farmacias*, visitar nuestro sitio web (HealthAllianceMedicare.org), o llamar a Departamento de Servicios de Health Alliance Medicare (los números de teléfono se encuentran en la parte de atrás). Elija lo que le resulte más fácil.

Puede ir a cualquiera de las farmacias de nuestra red. Si cambia de una farmacia de la red a otra, y necesita volver a surtir un medicamento que está tomando, puede solicitar una nueva receta escrita por un proveedor o solicitar que su receta se transfiera a su nueva farmacia de la red.

¿Qué sucede si la farmacia que usted utiliza abandona la red?

Si la farmacia que utiliza abandona la red del plan, deberá encontrar una nueva farmacia que forme parte de la red. O si la farmacia ha implementado cambios al pasar de ser una farmacia preferida a una farmacia no preferida, usted puede cambiar a una farmacia preferida nueva. Para buscar otra farmacia de la red en su área, puede obtener ayuda de Servicios para Miembros (los números de teléfono están en la parte de atrás de este manual) o utilizar el *Directorio de farmacias*. También puede encontrar información en nuestro sitio web en HealthAllianceMedicare.org.

¿Qué sucede si necesita una farmacia especializada?

En algunas ocasiones, las recetas médicas se deben surtir en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen:

- Farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusión en el hogar.
- Farmacias que suministran medicamentos para residentes de un centro de cuidado a largo plazo. Generalmente, un centro de cuidado a largo plazo (como un asilo de ancianos) tiene su propia farmacia. Los residentes pueden obtener sus medicamentos recetados a través de la farmacia del centro siempre que sea parte de nuestra red. Si su farmacia de cuidado a largo plazo no forma parte de nuestra red, comuníquese con Departamento de Servicios de Health Alliance Medicare.

- Farmacias que atienden al Servicio de salud para indígenas / Programa de salud tribal / indígena urbano (no disponible en Puerto Rico). Excepto en casos de emergencia, sólo los indígenas nativos de EE.UU. o los indígenas nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias de nuestra red.
- Las farmacias que administran medicamentos que la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) restringe a determinados lugares, o que requieren manipulación especial, coordinación con el proveedor o asesoramiento sobre su utilización. (Nota: Esta situación debe suceder con poca frecuencia.)

Para ubicar una farmacia especializada, consulte su *Directorio de farmacias* o llame a Servicios para Miembros.

Sección 2.3 Uso de los servicios de pedido por correo del plan

El servicio de pedido por correo de nuestro plan permite que usted solicite 90 días.

Para obtener formularios de pedido y la información sobre como surtir recetas por correo póngase en contacto con Departamento de Servicios de Health Alliance Medicare.

Generalmente, usted recibirá un pedido de una farmacia por correo en un plazo no mayor a cinco días. Sin embargo, a veces puede haber demoras. Si no recibe sus medicamentos recetados dentro del plazo mencionado, comuníquese de inmediato con la farmacia que le envía el pedido por correo para solicitar ayuda.

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

El plan ofrece dos formas de obtener un suministro a largo plazo de medicamentos “de pedido por correo” en la lista de medicamentos de nuestro plan. (Los medicamentos de pedido por correo son medicamentos que usted toma con regularidad para una condición médica crónica o de largo plazo.)

1. **Algunas farmacias minoristas** de nuestra red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de pedido por correo. Su *Directorio de farmacias* le informa las farmacias de nuestra red que pueden proporcionarle un suministro a largo plazo de medicamentos de pedido por correo. También puede llamar a Departamento de Servicios de Health Alliance Medicare para obtener más información.
2. Para determinados tipos de medicamentos, puede utilizar los **servicios de pedido por correo** de la red del plan. Los medicamentos que *no* están disponibles a través de nuestro servicio de pedidos por correo están marcados con ✓ en nuestra Lista de medicamentos. Nuestro servicio de pedidos por correo le permite solicitar un suministro de hasta 90 días.

Para obtener más información sobre cómo usar el servicio de pedido por correo, consulte la sección 2.3.

Sección 2.5 ¿Cuándo puede utilizar una farmacia que no pertenece a la red del plan?

Su receta puede cubrirse en determinadas situaciones

Contamos farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio donde puede presentar sus recetas como miembro de nuestro plan. Por lo general, cubrimos las recetas de medicamentos que se surten en una farmacia que no pertenece a la red *sólo* cuando usted no puede utilizar una farmacia de la red. A continuación, se detallan las circunstancias en las que cubriríamos recetas médicas que se surten en una farmacia fuera de la red:

- En circunstancias especiales, entre ellas enfermedad mientras se viaja fuera del área de servicio del plan donde no haya farmacias de la red, los medicamentos Parte D cubiertos están disponibles en farmacias que no pertenecen a la red. Estará limitado a un suministro para 30 días y es posible que deba pagar el costo total de la receta.

En estas situaciones, **primero consulte a Departamento de Servicios de Health Alliance Medicare** para saber si hay una farmacia de la red cercana.

¿Cómo debe solicitar un reembolso por parte de nuestro plan?

Si debe utilizar una farmacia que no pertenece a la red, generalmente deberá pagar la totalidad del costo (en lugar de la parte habitual que le corresponde del costo) al surtir su receta. Puede solicitarnos que le reembolsemos la parte que nos corresponde del costo. (El Capítulo 5, Sección 2.1 le explica cómo debe solicitar al plan el reembolso.)

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

Sección 3.1 La “lista de medicamentos” le informa los medicamentos de la Parte D que están cubiertos

El plan tiene una “*lista de medicamentos cubiertos (formulario)*”. En esta *Evidencia de Cobertura*, se llama “**lista de medicamentos**”, para abreviar.

Los medicamentos de esta lista están seleccionados por el plan, con la ayuda de un equipo de doctores y farmacéutas. La lista debe cumplir los requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la lista de medicamentos del plan.

Los medicamentos de la Lista de medicamentos son aquellos que solamente están cubiertos por la Parte D de Medicare (anteriormente en este capítulo, la Sección 1.1 explica acerca de los medicamentos de la Parte D).

Por lo general, cubriremos un medicamento de la Lista de medicamentos siempre que usted cumpla con las demás normas de cobertura que se explican en este capítulo y el uso del medicamento sea una indicación aceptada por razones médicas. Una “indicación aceptada por razones médicas” es el uso de un medicamento que:

- esté aprobado por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA). (Es decir, la Administración de Drogas y Alimentos ha aprobado el medicamento para el diagnóstico o condición para la que fue recetado.)
- -- o -- está respaldado por determinados libros de referencia. (Estos libros de referencia son American Hospital Formulary Service Drug Information, DRUGDEX Information System y USPDI o la versión posterior.)

La Lista de medicamentos incluye medicamentos de marca y genéricos

Un medicamento genérico es un medicamento recetado que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Por lo general, es igualmente efectivo como el medicamento de marca y con frecuencia el costo es inferior. Existen medicamentos genéricos sustitutos disponibles para muchos medicamentos de marca.

¿Qué *no* incluye la Lista de medicamentos?

El plan no cubre todos los medicamentos recetados.

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

Sección 3.2	Existen cinco "niveles de costo compartido" para los medicamentos de la Lista de medicamentos
--------------------	--

Cada medicamento de la Lista de medicamentos del plan está en uno de los cinco niveles de costo compartido. En general, cuanto más alto sea el nivel de costo compartido, más alto el costo del medicamento:

- Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos
- Nivel 2: medicamentos genéricos no preferidos
- Nivel 3: medicamentos de marca preferidos

- Nivel 4: medicamentos de marca no preferidos
- Nivel 5: medicamentos recetados especializados Para saber a qué nivel de costo compartido pertenece su medicamento, búsquelo en la Lista de medicamentos del plan.

La cantidad que debe pagar por los medicamentos en cada nivel de costo compartido se muestra en el Capítulo 4 (*Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D*).

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

Tiene tres formas de averiguarlo:

1. Consulte la Lista de medicamentos más reciente que le enviamos por correo. (Tenga en cuenta que la Lista de medicamentos que le enviamos incluye información sobre los medicamentos cubiertos que nuestros miembros utilizan con mayor frecuencia. Sin embargo, cubrimos también otros medicamentos no incluidos en la Lista de medicamentos impresa. Si alguno de los medicamentos que usted toma no está incluido en la Lista de medicamentos, visite nuestro sitio web o comuníquese con el Departamento de Servicios para los miembros para averiguar si lo cubrimos).
2. Visite el sitio web del plan (HealthAllianceMedicare.org). La lista de medicamentos en el sitio web siempre es la más actualizada.
3. Llame a Departamento de Servicios de Health Alliance Medicare para averiguar si un medicamento en particular está incluido en la Lista de medicamentos del plan o para solicitar una copia de la lista. Los números de teléfono del Departamento de Servicios de Health Alliance Medicare están en la parte de atrás de este manual.

SECCIÓN 4 Existen restricciones en la cobertura de algunos medicamentos

Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?

Algunas normas especiales restringen cómo y cuándo el plan cubre determinados medicamentos. Un equipo de doctores y farmacéutas desarrollaron estas normas para ayudar a nuestros miembros a usar los medicamentos de la manera más efectiva. Estas normas especiales también ayudan a controlar los costos generales de los medicamentos, lo que mantiene su cobertura de medicamentos a costos más accesibles.

En general, nuestras normas lo alientan a obtener un medicamento que funcione para su condición médica y que sea seguro y eficaz. Cuando un medicamento seguro y de costo inferior sea médicamente tan efectivo como el medicamento de costo superior, las normas del plan están

diseñadas para alentarle a usted y a su proveedor a utilizar esa opción de costo inferior. Además, debemos cumplir con las normas y reglamentos de Medicare para la cobertura de medicamentos y costo compartido.

Si existe una restricción para su medicamento, generalmente significa que usted o su proveedor deberá tomar medidas adicionales para que cubramos el medicamento. Si desea que no se aplique la restricción para usted, deberá utilizar el proceso de apelación formal y solicitarnos que realicemos una excepción. Podemos aceptar o no la aplicación de la restricción. (Consulte el Capítulo 9, Sección 5.2 para obtener más información acerca de la solicitud de excepciones.)

Sección 4.2 ¿Qué tipos de restricciones?

Nuestro plan utiliza diferentes tipos de restricciones para ayudar a nuestros miembros a usar los medicamentos de la manera más efectiva. Las siguientes secciones le proporcionan más información sobre los tipos de restricciones que utilizamos para determinados medicamentos.

Obtención de la aprobación previa del plan

Para determinados medicamentos, usted o su proveedor debe obtener la aprobación del plan antes de que aceptemos cubrir su medicamento. Esto se llama **“autorización previa”**. A veces, el requisito de obtener la aprobación anticipada ayuda en la consejería del uso correcto de determinados medicamentos. Si no obtiene dicha aprobación, es posible que su medicamento no esté cubierto por el plan.

Primero pruebe un medicamento diferente

Este requisito lo alienta a probar medicamentos menos costosos pero igualmente efectivos antes de que el plan cubra otro medicamento. Por ejemplo, si un Medicamento A y un Medicamento B tratan la misma condición médica, el plan puede exigirle que primero pruebe el Medicamento A. Si el Medicamento A no funciona en su caso, el plan cubrirá el Medicamento B. Este requisito de probar en primer lugar un medicamento diferente se denomina **"Terapia en etapas"**.

Límites de cantidad

Para determinados medicamentos, limitamos la cantidad del medicamento que puede recibir. Por ejemplo, el plan puede limitar la cantidad de suministros que puede recibir, o la cantidad de medicamento que puede obtener cada vez que surte una receta médica. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro que tome sólo un comprimido por día de determinado medicamento, podemos limitar la cobertura de su receta a no más de un comprimido por día.

Sección 4.3	¿Alguna de estas restricciones se aplica a sus medicamentos?
--------------------	---

La Lista de medicamentos del plan incluye información acerca de las restricciones descritas anteriormente. Para averiguar si alguna de estas restricciones se aplica a un medicamento que usted toma o desea tomar, consulte la Lista de medicamentos. Si desea obtener la información más actualizada, llame a Departamento de Servicios de Health Alliance Medicare (los números de teléfono están en la parte de atrás de este manual) o consulte nuestro sitio web (HealthAllianceMedicare.org).

Si existe una restricción para su medicamento, generalmente significa que usted o su proveedor deberá tomar medidas adicionales para que cubramos el medicamento. Si existe una restricción en el medicamento que desea tomar, debe comunicarse con Departamento de Servicios de Health Alliance Medicare para conocer lo que debería hacer usted o su proveedor para obtener la cobertura del medicamento. Si desea que no se aplique la restricción para usted, deberá utilizar el proceso de apelación formal y solicitarnos que realicemos una excepción. Podemos aceptar o no la aplicación de la restricción. (Consulte el Capítulo 9, Sección 5.2 para obtener más información acerca de la solicitud de excepciones.)

SECCIÓN 5	¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la forma que usted desearía?
------------------	--

Sección 5.1	Hay pasos que puede seguir si su medicamento no está cubierto de la forma que usted desearía
--------------------	---

Supongamos que hay un medicamento recetado que toma actualmente, o uno que usted y su proveedor consideran que debería tomar. Esperamos que la cobertura de su medicamento funcione de forma eficaz en su caso, pero es posible que surjan problemas. Por ejemplo:

- **¿Qué sucede si el medicamento que desea tomar no está cubierto por el plan?** Por ejemplo, es posible que el medicamento no esté cubierto en absoluto. O tal vez se cubra una versión genérica del medicamento, pero la versión de marca que desea tomar no está cubierta.
- **¿Qué sucede si se cubre el medicamento, pero existen normas o restricciones adicionales en la cobertura de dicho medicamento?** Como se explica en la Sección 5, algunos de los medicamentos cubiertos por el plan tienen normas adicionales que restringen su uso. Por ejemplo podría requerírsele que probara un medicamento diferente primero, para ver si funciona, antes de que se cubra el medicamento que quiere tomar. También puede haber límites sobre la cantidad de medicamento (cantidad de píldoras, etc.) que tendría cobertura durante un período determinado. En algunos casos, es posible que desee que no apliquemos la restricción en su caso. Por ejemplo, podría desear que cubramos un medicamento determinado para usted sin probar primero otros

medicamentos. O podría querer que cubramos más de un medicamento (cantidad de píldoras, etc.) que lo que cubrimos habitualmente.

- **¿Qué sucede si el medicamento está cubierto, pero pertenece a un nivel de costo compartido que lo hace más costoso de lo que cree conveniente?** El plan coloca cada medicamento cubierto en uno de cinco niveles de costo compartido diferentes. Lo que deba pagar por su receta depende en parte del nivel de costo compartido en que esté el medicamento.

Hay pasos que puede seguir si su medicamento no está cubierto de la forma que usted desearía. Sus opciones dependen del tipo de problema que tenga:

- Si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o si el medicamento tiene restricciones, consulte la Sección 5.2 para saber lo que puede hacer.
- Si el medicamento está en un nivel de costo compartido que lo hace más costoso de lo que cree conveniente, consulte la Sección 5.3 para saber lo que puede hacer.

Sección 5.2	¿Qué puede hacer si su medicamento no está incluido en la Lista de medicamentos o si el medicamento está restringido de alguna forma?
--------------------	--

Si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o está restringido, puede hacer lo siguiente:

- Es posible que pueda recibir un suministro temporal del medicamento (sólo los miembros en determinadas situaciones pueden recibir un suministro temporal). Esto le dará a usted y a su proveedor tiempo para cambiar a otro medicamento o presentar una solicitud de cobertura para el medicamento.
- Puede cambiar a otro medicamento.
- Puede solicitar una excepción y pedir que el plan cubra el medicamento o que retire las restricciones del medicamento.

Puede recibir un suministro temporal

En determinadas circunstancias, el plan puede ofrecerle un suministro temporal de un medicamento cuando el suyo no está en la Lista de medicamentos o cuando está restringido de alguna forma. De esta forma tiene más tiempo para hablar con su médico sobre el cambio en la cobertura y decidir qué hacer.

Para ser elegible para un suministro temporal, debe cumplir con los dos requisitos siguientes:

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

- 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 alguna forma** (la Sección 5 de este capítulo le informa sobre estas restricciones).

2. Usted debe estar en alguna de las situaciones que se describen a continuación:

- **Para los miembros que estuvieron en el plan el año pasado y no están en un centro de atención a largo plazo:**

Cubriremos un suministro temporal del medicamento **sólo una vez durante los primeros 90 días del año calendario.** Este suministro temporal será para un máximo de 30 días, o menos, si su receta está indicada para menos días. El medicamento con receta debe obtenerse en una farmacia de la red.

- **Para los miembros nuevos del plan y que no se encuentran en un centro de cuidado a largo plazo:**

Cubriremos un suministro temporal de su medicamento **durante los primeros 90 días como miembro** del plan. La primera provisión será para un máximo de 30 días, o menos si su receta está escrita por una menor cantidad de días. La receta médica se debe surtir en una farmacia de la red.

- **Para los miembros nuevos del plan y que residen en un centro de cuidado a largo plazo:**

Cubriremos un suministro temporal de su medicamento **sólo una vez durante los primeros 90 días como miembro** del plan. Este suministro temporal será para un máximo de 31 días o menos si su receta está escrita por una menor cantidad de días. Si es necesario, cubriremos resurtidos adicionales durante sus primeros 90 días en el plan.

Para los miembros que han permanecido en el plan durante más de 90 días y residen en un centro de cuidado a largo plazo y necesitan un suministro de inmediato:

Cubriremos un suministro de 31 días o menos si su receta está escrita por una menor cantidad de días. Esto se agrega al suministro de transición de cuidado a largo plazo anterior. Si es necesario, cubriremos resurtidos adicionales durante sus primeros 90 días en el plan.

Para solicitar un suministro temporal, llame a Departamento de Servicios de Health Alliance Medicare (los números de teléfono que están en la parte de atrás de este manual).

Durante el tiempo en que recibe un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su médico para decidir qué hacer cuando se termine su suministro temporal. Puede cambiar a un medicamento diferente cubierto por el plan o solicitar al plan que realice una excepción y cubra su medicamento actual. Las siguientes secciones le proporcionan más información sobre estas opciones.

Puede cambiar por otro medicamento

En primer lugar, hable con su proveedor. Tal vez haya un medicamento diferente cubierto por el plan que podría ser igualmente de efectivo para usted. Puede llamar a Departamento de Servicios de Health Alliance Medicare para solicitar una lista de los medicamentos cubiertos que tratan el mismo problema de salud. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que pueda ser eficaz para usted.

Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitar al plan que le realice una excepción y cubra el medicamento de la forma que usted desearía que fuera cubierto. Si su proveedor manifiesta que usted tiene razones médicas que justifican la solicitud de una excepción, su proveedor puede ayudarlo a solicitar una excepción a la norma. Por ejemplo, puede solicitar al plan que cubra un medicamento aunque éste no esté incluido en la Lista de medicamentos del plan. O puede solicitar al plan que realice una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, el Capítulo 7, Sección 5.4 le indica lo que debe hacer. Le explica los procedimientos y las fechas límite establecidas por Medicare para garantizar que su solicitud se maneje de forma ágil y justa.

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

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

Puede cambiar por otro medicamento

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que cree que es demasiado alto, en primer lugar hable con su proveedor. Tal vez haya un medicamento diferente en un nivel de costo compartido inferior que podría ser igualmente de efectivo para usted. Puede llamar a Departamento de Servicios de Health Alliance Medicare para solicitar una lista de los medicamentos cubiertos que tratan el mismo problema de salud. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que pueda ser eficaz para usted.

Puede solicitar una excepción

Para los medicamentos nivel 2 (genéricos no preferidos) y del nivel 4 (de marca no preferidos), usted y su proveedor pueden solicitar al plan que realice una excepción en el nivel de costo compartido del medicamento para que usted pague menos. Si su proveedor manifiesta que usted tiene razones médicas que justifican la solicitud de una excepción, su proveedor puede ayudarlo a solicitar una excepción a la norma.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, el Capítulo 7, Sección 5.4 le indica lo que debe hacer. Le explica los procedimientos y las fechas límite establecidas por Medicare para garantizar que su solicitud se maneje de forma ágil y justa.

Los medicamentos en algunos niveles de nuestro costo compartido no son elegibles para este tipo de excepción. No disminuimos la cantidad del costo compartido para los medicamentos en el nivel 1 (genéricos preferidos) y del nivel 3 (de marca preferidos).

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

Sección 6.1 La lista de medicamentos puede cambiar durante el año
--

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos se produce al comienzo de cada año (1 de enero). No obstante, durante el año, el plan podría realizar muchos tipos de cambios a la lista de medicamentos. Por ejemplo, el plan podría:

- **Agregar o quitar medicamentos de la lista de medicamentos.** Hay nuevos medicamentos disponibles, incluyendo nuevos medicamentos genéricos. Tal vez el gobierno haya dado la aprobación para un nuevo uso de un medicamento existente. En algunas ocasiones, un medicamento es retirado del mercado y decidimos no cubrirlo. O es posible que quitemos un medicamento de la lista porque se descubre que no es eficaz.
- **Pasar un medicamento a un nivel de costo compartido más alto o bajo.**
- **Agregar o quitar una restricción a la cobertura de un medicamento** (si desea más información sobre restricciones a la cobertura, consulte la Sección 4 en este capítulo).
- **Reemplazar un medicamento de marca por un medicamento genérico.**

En casi todos los casos, debemos obtener la aprobación de Medicare para los cambios que realizamos a la lista de medicamentos del plan.

Sección 6.2 ¿Qué sucede si cambia la cobertura de un medicamento que está tomando?

¿Cómo sabrá si la cobertura de su medicamento ha cambiado?

Si se produce un cambio en la cobertura *de un medicamento que está tomando*, el plan le enviará un aviso para informarle. Normalmente, **le informaremos con al menos 60 días de anticipación**.

De vez en cuando, un medicamento **se retira del mercado repentinamente** debido a que se comprobó que no era seguro o por otros motivos. En este caso, el plan retirará de inmediato el medicamento de la lista de medicamentos. Le informaremos este cambio de inmediato. Su proveedor también tendrá conocimiento de ese cambio y puede trabajar con usted para buscar otro medicamento para su condición.

¿Los cambios en la cobertura de medicamentos lo afectan de inmediato?

Si alguno de los siguientes tipos de cambios afecta el medicamento que está tomando, el cambio no lo afectará hasta el 1 de enero del año siguiente si permanece en el plan:

- Si pasamos su medicamento a un nivel de costo compartido más alto
- Si imponemos una nueva restricción para el uso del medicamento.
- Si quitamos su medicamento de la lista de medicamentos, pero no debido a un retiro repentino del mercado o debido a que un nuevo medicamento genérico lo ha reemplazado.

Si se produce alguno de estos cambios para un medicamento que está tomando, el cambio no afectará su uso o lo que usted paga como la parte que le corresponde del costo hasta el 1 de enero del año siguiente. Hasta esa fecha, es probable que no note ningún incremento en sus pagos o ninguna restricción adicional en el uso del medicamento. Sin embargo, el 1 de enero del año siguiente, los cambios lo afectarán.

En algunos casos, se verá afectado por el cambio en la cobertura antes del 1 de enero:

- Si un **medicamento de marca que está tomando es reemplazado por un medicamento genérico**, el plan debe informarle con al menos 60 días de anticipación o proporcionarle una reposición de su medicamento de marca para 60 días en una farmacia de la red.
 - Durante este período de 60 días, debe analizar junto con su proveedor el cambio al genérico o a un medicamento diferente que cubramos.
 - O usted y su proveedor pueden solicitar al plan que realice una excepción y continúe la cobertura de su medicamento de marca. Si desea información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 7 (*Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*).
- Nuevamente, si un medicamento **se retira repentinamente del mercado** debido a que se comprobó que no es seguro o por otros motivos, de inmediato el plan lo quitará de la lista de medicamentos. Le informaremos este cambio de inmediato.

- Su proveedor también tendrá conocimiento de ese cambio, y puede ayudarle a buscar otro medicamento para su condición.

SECCIÓN 7 ¿Qué tipos de medicamentos *no* están cubiertos por el plan?

Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos

Esta sección le indica los tipos de medicamentos recetados que están “excluidos”. Esto significa que Medicare no paga por estos medicamentos.

Si recibe medicamentos que están excluidos, usted debe pagarlos. No pagaremos por los medicamentos que se indican en esta sección. La única excepción: si después de una apelación se comprueba que el medicamento solicitado es un medicamento no excluido en la Parte D y deberíamos haberlo pagado o cubierto debido a su situación específica. (Si desea información sobre cómo apelar una decisión que hemos tomado de no cubrir un medicamento, consulte el Capítulo 7, Sección 5.5 de este manual.)

A continuación se detallan tres normas generales sobre los medicamentos que los planes de medicamentos de Medicare no cubrirán en la Parte D:

- Nuestro plan de medicamentos de la Parte D no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto por las Partes A o B de Medicare.
- Nuestro plan no puede cubrir un medicamento adquirido fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- En lo general, nuestro plan no cubre los usos no prescritos. El “uso no prescrito” es cualquier uso del medicamento distinto a los usos indicados en el prospecto del medicamento según la aprobación de la Administración de Drogas y Alimentos (FDA).
 - En general, la cobertura de los “usos no prescritos” se permite sólo en casos en los que el uso esté respaldado por determinados libros de referencia. Estos libros de referencia son American Hospital Formulary Service Drug Information, DRUGDEX Information System y USPDI o la versión posterior. Si el uso no está respaldado por alguno de estos libros de referencia, nuestro plan no puede cubrir el “uso no prescrito”.

Además, según lo exige la ley, estas categorías de medicamentos no están cubiertas por los planes de medicamentos de Medicare:

- Medicamentos no prescritos (también llamados de venta libre).
- Medicamentos que se usan para estimular la fertilidad.

- Medicamentos que se usan para el alivio de los síntomas de la tos o el resfrío.
- Medicamentos que se usan con fines cosméticos o para el crecimiento del cabello.
- Vitaminas y productos minerales recetados, excepto las vitaminas prenatales y los preparados de fluoruro.
- Medicamentos que se usan para el tratamiento de las disfunciones sexual o eréctil tales como Viagra, Cialis, Levitra y Caverject.
- Medicamentos que se usan para el tratamiento de la anorexia, pérdida de peso o aumento de peso.
- Medicamentos para pacientes ambulatorios para los que el fabricante solicite que se adquieran las pruebas asociadas o servicios de monitoreo exclusivamente del fabricante como condición de venta.
- Barbitúricos y benzodiazepinas.

Si recibe Ayuda Adicional para pagar sus medicamentos, el programa estatal de Medicaid puede cubrir algunos medicamentos recetados que habitualmente no están cubiertos por un plan de medicamentos de Medicare. Por favor, comuníquese con el programa estatal de Medicaid para determinar qué cobertura de medicamentos está disponible para usted. (Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto de Medicaid en el Capítulo 2, Sección 6.)

SECCIÓN 8 Muestre su tarjeta de miembro del plan al surtir una receta

Sección 8.1 Muestre su tarjeta de miembro

Para surtir su receta médica, muestre su tarjeta de miembro del plan en la farmacia de la red que elija. Cuando usted muestra su tarjeta de miembro del plan, la farmacia de la red automáticamente facturará al plan *nuestra* parte del costo del medicamento recetado cubierto. Usted deberá pagar a la farmacia *su* parte del costo al recoger su medicamento recetado.

Sección 8.2 ¿Qué sucede si no lleva la tarjeta de miembro?
--

Si no lleva la tarjeta de miembro del plan al momento de surtir su receta médica, pida a la farmacia que llame al plan para obtener la información necesaria.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, **es posible que tenga que pagar la totalidad del costo del medicamento cuando lo recoja**. (Posteriormente puede **solicitarnos que le reembolsemos** la parte que nos corresponde. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.1 para obtener información sobre cómo solicitar el reembolso al plan.)

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

Sección 9.1	¿Qué sucede si usted se encuentra en un hospital o centro de enfermería especializada por una internación cubierta por Medicare Original?
--------------------	--

Si es admitido en un hospital para una internación cubierta por Medicare Original, la Parte A de Medicare por lo general cubrirá el costo de sus medicamentos recetados durante su internación. Una vez que deje el hospital, nuestro plan cubrirá sus medicamentos siempre que éstos cumplan con todas nuestras normas de cobertura. Consulte las partes anteriores de este capítulo, donde se informan las normas para recibir la cobertura de medicamentos.

Si es admitido en un centro de enfermería especializada para una internación cubierta por Medicare Original, la Parte A de Medicare por lo general cubrirá el costo de sus medicamentos recetados durante toda o parte de su internación. Si todavía está en el centro de enfermería especializada, y la Parte A ya no cubre sus medicamentos recetados, nuestro plan cubrirá sus medicamentos siempre y cuando los medicamentos cumplan todas las normas de cobertura. Consulte las partes anteriores de este capítulo, donde se informan las normas para recibir la cobertura de medicamentos.

Por favor, tenga en cuenta: Al ingresar, vivir o retirarse de un centro de enfermería especializada, usted es elegible para un período de inscripción especial. Durante este período, puede cambiar de plan o cambiar su cobertura en cualquier momento. (El Capítulo 8, *Baja del plan*, le informa cuándo puede abandonar nuestro plan e inscribirse en un plan Medicare diferente.)

Sección 9.2	¿Qué sucede si usted reside en un centro de cuidado a largo plazo?
--------------------	---

Por lo general, un centro de cuidado a largo plazo (como un asilo de ancianos) tiene su propia farmacia, o una farmacia que suministra medicamentos para todos sus residentes. Si usted reside en un centro de cuidado a largo plazo, puede recibir sus medicamentos recetados a través de la farmacia del centro siempre que forme parte de nuestra red.

Consulte el *Directorio de farmacias* para averiguar si la farmacia de su centro de cuidado a largo plazo forma parte de nuestra red. En caso contrario, o si necesita más información, por favor, comuníquese con Departamento de Servicios de Health Alliance Medicare.

¿Qué sucede si usted es residente de un centro de cuidado a largo plazo y se convierte en un nuevo miembro del plan?

Si necesita un medicamento que no está incluido en la lista de medicamentos o que está restringido de alguna manera, el plan cubrirá un **suministro temporal** de su medicamento durante los primeros 90 días de su inscripción. El primer suministro será para un máximo de 31 días, o menos si su receta está escrita por una menor cantidad de días. Si fuera necesario, cubriremos provisiones adicionales durante sus primeros 90 días en el plan.

Si ha sido miembro del plan durante más de 90 días y necesita un medicamento que no está en nuestra lista de medicamentos o si el plan tiene alguna restricción para la cobertura del medicamento, cubriremos un suministro de 31 días, o menos si su receta está escrita por una menor cantidad de días.

Durante el tiempo en que recibe el suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su médico para decidir qué hacer cuando se termine su suministro temporal. Tal vez haya un medicamento diferente cubierto por el plan que podría ser igualmente de efectivo para usted. O usted y su proveedor pueden solicitar al plan que realice una excepción para usted y cubra el medicamento de la forma que usted desearía que fuera cubierto. Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, el Capítulo 7, Sección 5.4 le indica lo que debe hacer.

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

Su inscripción en nuestro Plan no afecta la cobertura de sus medicamentos en la Parte A o B de Medicare. Si usted cumple con los requisitos de cobertura de Medicare, el medicamento todavía estará cubierto por las Partes A y B de Medicare, aún cuando usted esté inscrito en este plan. Además, si su medicamento estuviera cubierto por las Partes A o B de Medicare, nuestro Plan no podría cubrirlo, aún cuando usted decida no inscribirse en las Partes A o B.

Algunos medicamentos pueden estar cubiertos bajo la Parte B de Medicare en algunas situaciones y bajo nuestro Plan en otras situaciones. Pero los medicamentos nunca estarán cubiertos por ambos, Parte B y nuestro plan, al mismo tiempo. Por lo general, su farmaceuta o proveedor determinará si factura su medicamento a la Parte B de Medicare o a nuestro Plan.

Sección 9.4 ¿Qué sucede si tiene Medigap (seguro suplementario a Medicare) con la cobertura de medicamentos recetados?

Si actualmente tiene una póliza de Medigap que incluye cobertura de medicamentos recetados, debe comunicarse con el emisor de Medigap y decirles que usted está inscrito(a) en nuestro plan. Si usted decide mantener su póliza de Medigap, su emisor de Medigap eliminará la cobertura de medicamentos recetados de su póliza de Medigap y bajará el costo de su prima.

Cada año, la compañía de seguro de Medigap debe enviarle una notificación que le informe si su cobertura de medicamentos recetados es “válida/aválida/acreditable,” y las opciones que tiene para la cobertura de medicamentos. (Si la cobertura de la póliza de Medigap es

“**válida/acreditable**,” significa que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de Medicare de medicamentos recetados.) La notificación también explicará cuánto bajaría su prima si usted elimina la cobertura de medicamentos recetados de su póliza de Medigap. Si usted no recibe esta notificación, o si no la puede encontrar, comuníquese con su compañía de seguros de Medigap y pida otra copia.

Sección 9.5	¿Qué sucede si además recibe cobertura de medicamentos de un plan grupal de su empleador o de jubilados?
--------------------	---

¿Actualmente tiene otro plan de medicamentos recetados a través de un plan grupal, de su empleador (o el de su esposo(a)) o de jubilados? De ser así, comuníquese con **el administrador de beneficios de dicho grupo**. Le puede ayudar a determinar cómo funciona su cobertura actual de medicamentos recetados con nuestro plan.

En general, si tiene un empleo en la actualidad, la cobertura de medicamentos recetados que obtendrá de nosotros será *secundaria* a la cobertura de su empleador o grupal de jubilados. Eso significa que la cobertura grupal pagaría en primer lugar.

Nota especial sobre la ‘cobertura válida’:

Cada año su empleador o grupo de jubilados debe enviarle un aviso que le informe si su cobertura de medicamentos recetados para el año siguiente es “válida” y las opciones que tiene para la cobertura de medicamentos.

Si la cobertura de su plan grupal es “**válida**”, significa que el plan tiene cobertura de medicamentos que se espera que pague, en promedio, al menos la misma cantidad que la cobertura estándar de medicamentos de Medicare.

Conserve estas notificaciones sobre la cobertura válida, ya que es posible que las necesite posteriormente. Si se inscribe en un plan Medicare que incluye la cobertura de medicamentos de la Parte D, es posible que necesite estos avisos para demostrar que ha mantenido la cobertura válida. Si no recibió el aviso de la cobertura válida por parte de su plan grupal del empleador o de jubilados, puede obtener una copia del administrador de beneficios del plan del empleador o jubilados o el empleador o sindicato.

SECCIÓN 10 Programas para la seguridad de medicamentos y la administración de medicamentos

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

Llevamos a cabo una revisión del uso de medicamentos de nuestros miembros para ayudar a garantizar que estén recibiendo una atención segura y adecuada. Estas revisiones son especialmente importantes para los miembros que tienen más de un proveedor que les receta sus medicamentos.

Realizamos una revisión cada vez que usted surte una receta. Además, realizamos una revisión de nuestros registros con regularidad. Durante estas revisiones buscamos posibles problemas, tales como:

- Posibles errores de medicación.
- Medicamentos que posiblemente no sean necesarios dado que ya toma otro medicamento para tratar la misma condición médica.
- Medicamentos que posiblemente no sean seguros o adecuados debido a su edad o sexo.
- Determinadas combinaciones de medicamentos que podrían perjudicarlo si se toman al mismo tiempo.
- Recetas para medicamentos que contienen ingredientes a los cuales es alérgico.
- Posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que está tomando.

Si observamos un posible problema en su uso de la medicación, lo analizaremos junto con su médico para corregir el problema.

Sección 10.2 Programas para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos
--

Tenemos programas que pueden ayudar a nuestros miembros con situaciones especiales. Por ejemplo, algunos miembros padecen diversas condiciones médicas complejas o posiblemente necesitan tomar varios medicamentos a la vez, o podrían tener costos de medicamentos muy elevados.

Estos programas son voluntarios y gratuitos para los miembros. Un grupo de farmacéutas y médicos desarrollaron los programas para nosotros. Los programas pueden ayudar a garantizar que nuestros miembros estén usando los medicamentos más eficaces para el tratamiento de sus condiciones médicas y ayudarnos a identificar posibles errores en la medicación.

Si tenemos un programa que se adapta a sus necesidades, lo inscribiremos automáticamente en el programa y le enviaremos información. Si decide no participar, por favor, notifíquenos y lo retiraremos del programa. Si tiene alguna pregunta acerca de estos programas, comuníquese con Departamento de Servicios de Health Alliance Medicare (los números de teléfono están en la parte de atrás de este manual).

Capítulo 4. Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

SECCIÓN 1	Introducción	56
Sección 1.1	Utilice este capítulo junto con otros materiales que le explican la cobertura de medicamentos.....	56
SECCIÓN 2	Lo que usted paga por un medicamento depende de la "etapa de pago del medicamento" en la que usted se encuentra al recibir el medicamento.....	57
Sección 2.1	¿Cuáles son las etapas de pago de los medicamentos para los miembros de nuestro Plan?	57
SECCIÓN 3	Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y en qué etapa de pago se encuentra	59
Sección 3.1	Le enviamos un informe mensual llamado "Explicación de beneficios" (EOB).....	59
Sección 3.2	Ayúdenos a mantener actualizada la información sobre sus pagos de medicamentos	59
SECCIÓN 4	Durante la Etapa del Deducible, usted paga el costo total de sus medicamentos niveles 3, niveles 4 y niveles 5	60
Sección 4.1	Usted permanece en la Etapa de Deducible hasta que haya pagado \$200 por sus medicamentos niveles 3, 4 y 5	60
SECCIÓN 5	Durante la Etapa de Cobertura Inicial, el plan paga la parte del costo que le corresponde de sus medicamentos y usted paga su parte.....	61
Sección 5.1	Lo que usted paga por su medicamento depende del medicamento y del lugar donde surte su receta.....	61
Sección 5.2	La tabla muestra sus costos para un suministro de un medicamento para un mes	62
Sección 5.3	Una tabla que muestra sus costos por un suministro de un medicamento a <i>largo plazo</i> (hasta 90 días).....	64
Sección 5.4	Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que los costos totales de los medicamentos durante el año lleguen a \$2,930	65

SECCIÓN 6	Durante la Etapa del período sin cobertura, usted recibe un descuento en medicamentos de marca y no paga más del 86% de los costos de los medicamentos genéricos	66
Sección 6.1	Usted permanece en el Período sin cobertura hasta que los gastos directos de su bolsillo lleguen a \$4,700	66
Sección 6.2	De qué manera Medicare calcula los gastos directos de su bolsillo para medicamentos recetados	67
SECCIÓN 7	Durante la Etapa de Cobertura Catastrófica, el plan paga la mayor parte del costo de sus medicamentos	70
Sección 7.1	Una vez que se encuentra en la Etapa de Cobertura Catastrófica, permanecerá en esta etapa durante el resto del año	70
SECCIÓN 8	Lo que usted paga por las vacunas cubiertas por la Parte D depende de cómo y dónde las recibe	70
Sección 8.1	Nuestro plan tiene una cobertura por separado para el medicamento de la vacuna en sí de la Parte D y para el costo de la aplicación de la vacuna	70
Sección 8.2	Puede llamarnos a Servicios para Miembros antes de recibir una vacuna	72
SECCIÓN 9	¿Tiene que pagar la “multa por inscripción tardía” para la Parte D?	72
Sección 9.1	¿Qué es la "multa por inscripción tardía" de la Parte D?.....	72
Sección 9.2	¿Cuál es el costo de la multa por inscripción tardía de la Parte D?	73
Sección 9.3	En algunas situaciones, usted puede inscribirse tarde y no tiene que pagar la multa.....	74
Sección 9.4	¿Qué puede hacer si no está de acuerdo con la multa por inscripción tardía?.....	75
SECCIÓN 10	¿Tiene que pagar una cantidad adicional por la Parte D debido a sus ingresos?.....	75
Sección 10.1	¿Quién paga una cantidad adicional de la Parte D debido a sus ingresos?	75

Sección 10.2	¿Cuál es la cantidad adicional de la Parte D?	75
Sección 10.3	¿Qué puede hacer si no está de acuerdo en pagar una cantidad adicional de la Parte D?	76



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

Existen programas para ayudar a las personas con bajos recursos a pagar sus medicamentos. Estos incluyen “Ayuda Adicional” y Programas Estatales de Ayuda Farmacéutica. Si desea más información, vea el Capítulo 2, Sección 7.

¿Actualmente recibe ayuda para pagar sus medicamentos?

Si usted está en un programa que ayuda a pagar sus medicamentos, **parte de la información en esta *Evidencia de Cobertura* acerca de los costos de medicamentos recetados de la Parte D posiblemente no le corresponde a usted.** Le enviamos la información por separado, llamada “Anexo de la evidencia de cobertura para personas que reciben Ayuda Adicional para pagar sus medicamentos recetados” (Anexo LIS) que le informa sobre la cobertura de medicamentos. Si no tiene esta información, por favor, llame a Servicios para Miembros y pida el “Anexo de Evidencia de cobertura para personas que obtienen Ayuda Adicional para pagar medicamentos recetados” (Anexo LIS). Los números de teléfono de Servicios para Miembros están en la parte de atrás de este manual.

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Utilice este capítulo junto con otros materiales que le explican la cobertura de medicamentos

Este capítulo se enfoca en lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D. Para simplificar, en este capítulo utilizamos el término “medicamento” para referirnos a un medicamento recetado de la Parte D. Como se explica en el Capítulo 3, no todos los medicamentos están incluidos en los medicamentos de la Parte D. Algunos medicamentos están cubiertos por las Partes A o B de Medicare y otros medicamentos están excluidos de la cobertura de Medicare por ley.

Para entender la información sobre pagos que le proporcionamos en este capítulo, debe conocer conceptos básicos sobre los medicamentos cubiertos, dónde presentar las recetas y qué normas debe seguir al recibir sus medicamentos cubiertos. Los siguientes materiales le explican estos conceptos básicos:

- **La Lista de medicamentos cubiertos (formulario) del plan.** Para simplificar, la llamamos “lista de medicamentos”.
 - Esta lista de medicamentos le indica cuáles medicamentos están cubiertos.

- Además, le indica en cuáles de los cinco “niveles de costo compartido” se encuentra el medicamento y si existe alguna restricción a su cobertura del medicamento.
- Si necesita una copia de la *lista de medicamentos*, llame a Departamento de Servicios de Health Alliance Medicare (los números de teléfono están en la parte de atrás de este manual). También puede encontrar la *lista de medicamentos* en nuestro sitio web en HealthAllianceMedicare.org. La lista de medicamentos en el sitio web siempre es la más actualizada.
- **Capítulo 3 de este manual.** En el Capítulo 3 se proporcionan los detalles de la cobertura de medicamentos recetados, incluyendo las normas que debe seguir al recibir sus medicamentos recetados. Además, el Capítulo 3 le indica los tipos de medicamentos recetados que no están cubiertos por nuestro plan.
- **El Directorio de farmacias del plan.** En la mayoría parte de los casos, usted debe utilizar una farmacia de la red para recibir sus medicamentos cubiertos (vea el Capítulo 3 para obtener los detalles). El *Directorio de farmacias* tiene una lista de farmacias de la red del plan. También explica cómo puede obtener un suministro de un medicamento a largo plazo (por ejemplo, como surtir una receta para un suministro para tres meses).

SECCIÓN 2 Lo que usted paga por un medicamento depende de la "etapa de pago del medicamento" en la que usted se encuentra al recibir el medicamento

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

Como se muestra en la tabla a continuación, existen "etapas de pago de medicamentos" para su cobertura de medicamentos recetados en nuestro Plan. La cantidad que paga por un medicamento depende de la etapa en que usted se encuentra en el momento de recibir un suministro o una reposición del medicamento. Tenga presente que siempre es su responsabilidad el pago de la prima mensual del plan independientemente de la etapa de pago del medicamento.

<p>Etapa 1 <i>Etapa de Deducible Anual</i></p>	<p>Etapa 2 <i>Etapa de Cobertura Inicial</i></p>	<p>Etapa 3 <i>Período sin cobertura</i></p>	<p>Etapa 4 <i>Etapa de Cobertura Catastrófica</i></p>
<p>Durante esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos de los niveles 3, 4 y 5.</p> <p>Permanece en esta etapa hasta que haya pagado \$200 por sus medicamentos de los niveles 3, 4 y 5 (\$200 es el monto correspondiente al deducible de sus niveles 3, 4 y 5).</p> <p>(Los detalles están en la Sección 4 de este capítulo.)</p>	<p>Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos de los niveles 1 y 2, y usted paga su parte.</p> <p>Después de que usted (u otra persona en su nombre) haya alcanzado el deducible correspondiente a los niveles 3, 4 y 5, el plan paga la parte que le corresponde de los costos de sus medicamentos de los niveles 3, 4 y 5, y usted paga su parte.</p> <p>Usted permanece en esta etapa hasta que sus “costos totales en medicamentos” (sus pagos más cualquier pago de la Parte D del plan) de un año hasta la fecha totalicen \$2,930.</p> <p>(Los detalles están en la Sección 5 de este capítulo.)</p>	<p>Usted permanece en esta etapa hasta que los “costos que paga de su bolsillo” (sus pagos) de un año hasta la fecha alcancen un total de \$4,700.</p> <p>Esta cantidad y las normas para que los costos cuenten en esta cantidad han sido establecidos por Medicare.</p> <p>(Los detalles están en la Sección 6 de este capítulo.)</p>	<p>Durante esta etapa, el plan paga la mayor parte del costo de sus medicamentos para el resto del año calendario (hasta el 31 de diciembre de 2012).</p> <p>(Los detalles están en la Sección 7 de este capítulo.)</p>

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

Sección 3.1 Le enviamos un informe mensual llamado "Explicación de beneficios" (EOB)
--

Nuestro plan lleva un registro de los costos de sus medicamentos recetados y de los pagos que realizó al surtir sus recetas o recibir una reposición en la farmacia. De esta forma, le podemos informar cuándo pasó de una etapa de pago de medicamentos a la siguiente. En particular, existen dos tipos de costos que registramos:

- Llevamos un registro de la cantidad que pagó. Esto se conoce como **“gastos directos de su bolsillo”**.
- Llevamos un registro de los **“costos totales de medicamentos”**. Esta es la cantidad que usted paga de su bolsillo u otras personas pagan en su nombre más la cantidad que paga el plan.

Nuestro plan preparará un informe escrito llamado *“Explicación de beneficios”* (en ocasiones se le conoce como “EOB”, por su siglas en inglés) cuando haya surtido una o más recetas a través del plan durante el mes anterior. Incluye:

- **Información de ese mes.** Este informe le proporciona los detalles de pagos de las recetas médicas que surtió durante el mes anterior. Muestra los costos totales de medicamentos, lo que pagó el plan y lo que pagó usted y otras personas en su nombre.
- **Totales del año desde el 1 de enero.** Esto se conoce como información “anual a la fecha”. Indica el costo total del medicamento y el total de pagos por sus medicamentos desde principios de año.

Sección 3.2 Ayúdenos a mantener actualizada la información sobre sus pagos de medicamentos
--

Para llevar un registro de los costos de sus medicamentos y los pagos que usted realiza por sus medicamentos, utilizamos registros que obtenemos de las farmacias. Puede ayudarnos a mantener su información correcta y actualizada de la siguiente manera:

- **Muestre su tarjeta de miembro al surtir sus medicamentos.** Para asegurarse de que sepamos acerca de las recetas que compra y lo que paga, muestre su tarjeta de miembro del plan cada vez que obtenga sus medicamentos.
- **Asegúrese de que tengamos la información necesaria.** En ocasiones, es posible que tenga que pagar sus medicamentos recetados cuando no recibamos automáticamente la

información necesaria para llevar un registro de los gastos directos de su bolsillo. Para ayudarnos a llevar un registro de los gastos directos de su bolsillo, puede enviarnos copias de los recibos de los medicamentos que haya comprado. (Si se le factura un medicamento cubierto, puede solicitar a nuestro plan el pago de la parte del costo que nos corresponde. Para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo, vaya al Capítulo 5, Sección 2 de este manual.) Estos son algunos tipos de situaciones en las que posiblemente deseemos copias de los recibos de sus medicamentos para asegurarse de que tengamos un registro completo de sus gastos de medicamentos:

- Cuando compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuento que no sea parte del beneficio de nuestro plan.
 - Cuando realizó un copago por medicamentos proporcionados dentro del programa de asistencia al paciente del fabricante de medicamentos.
 - Cada vez que haya comprado medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red o cuando haya pagado el precio total por un medicamento cubierto en circunstancias especiales.
- **Envíenos información sobre los pagos que otras personas han realizado por usted.** Los pagos realizados por otras personas y organizaciones también se tienen en cuenta para los gastos directos de su bolsillo y le ayudan a ser elegible para la cobertura catastrófica. Por ejemplo, los pagos realizados por un Programa Estatal de Ayuda Farmacéutica, un programa de asistencia para los medicamentos contra el SIDA, el Servicio de Salud para Indígenas y la mayoría de las organizaciones de beneficencia se cuentan como gastos directos de su bolsillo. Debe mantener un registro de estos pagos y enviarnoslos para que podamos registrar los costos.
 - **Revise el informe escrito que le enviamos.** Cuando reciba la *Explicación de beneficios* (un EOB) por correo, revísela para asegurarse que la información esté completa y sea correcta. Si considera que falta información en el informe, o si tiene alguna pregunta, llame a Departamento de Servicios de Health Alliance Medicare (los números de teléfono están en la parte de atrás de este manual). Asegúrese de conservar estos informes. Son un registro importante de sus gastos de medicamentos.

SECCIÓN 4 Durante la Etapa del Deducible, usted paga el costo total de sus medicamentos de los niveles 3, 4 y 5

Sección 4.1 Usted permanece en la Etapa de Deducible hasta que haya pagado \$200 por sus medicamentos de los niveles 3, 4 y 5

La Etapa de Deducible es la primera etapa de pago de su cobertura de medicamentos. Usted pagará un deducible anual de \$200 en los medicamentos de los niveles 3, 4 y 5. **Debe pagar el costo total de sus medicamentos de los niveles 3, 4 y 5** hasta que alcance el monto del deducible del plan. En cuanto al resto de los medicamentos, no deberá pagar ningún deducible y comenzará a recibir la cobertura de inmediato.

- Su “**costo total**” es, por lo general, más bajo que el precio total normal del medicamento, ya que nuestro plan ha negociado costos más bajos para la mayoría de los medicamentos.
- El “**deducible**” es la cantidad que debe pagar por sus medicamentos recetados de la Parte D antes de que el plan comience a pagar la parte que le corresponde.

Una vez que usted paga \$200 por sus medicamentos de los niveles 3, 4 y 5, sale de la Etapa de Deducible y pasa 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 la parte del costo que le corresponde de sus medicamentos y usted paga su parte

Sección 5.1	Lo que usted paga por su medicamento depende del medicamento y del lugar donde surte su receta
--------------------	---

Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos con receta cubiertos y usted paga su parte (el copago o el monto del coseguro). La parte del costo que le corresponde variará según el medicamento y el lugar donde compra su receta.

El plan tiene cinco niveles de costo compartido

Cada medicamento de la lista de medicamentos del plan está en uno de cinco niveles de costo compartido. En general, cuanto más alto sea el nivel de costo compartido, más alto será el costo del medicamento:

- Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos. Este es el nivel más bajo de costo compartido.
- Nivel 2: medicamentos genéricos no preferidos
- Nivel 3: medicamentos de marca preferidos
- Nivel 4: medicamentos de marca no preferidos

Nivel 5: medicamentos especializados recetados. Este es el nivel más alto de costo compartido. Para saber en qué nivel de costo compartido está su medicamento, búsquelo en la *Lista de Medicamentos* del plan.

Sus opciones de farmacias

Lo que usted paga por un medicamento depende de donde lo obtiene:

- Una farmacia de venta al por menor preferida que está en la red de nuestro Plan.
- Una farmacia de venta al por menor no preferida de la red *OR* otra farmacia de la red.

- Una farmacia que no pertenece a la red del plan.
- La farmacia de pedido por correo del plan.

Para más información sobre estas opciones de farmacias y cómo surtir sus recetas, vea el Capítulo 3 de este manual y el *Directorio de farmacias* del plan.

Las farmacias preferidas son aquellas farmacias de nuestra red en las que los miembros acceden a un costo compartido más bajo por los medicamentos cubiertos que el que se aplica en otras farmacias de la red. Sin embargo, normalmente accederá a medicamentos con precios más bajos en estas otras farmacias de la red que en farmacias fuera de la red. Puede ir a cualquiera de estos tipos de farmacias de la red para obtener los medicamentos con receta cubiertos.

Sección 5.2	La tabla muestra sus costos para un suministro de un medicamento para un mes
--------------------	---

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

- **“Copago”** significa que usted paga una cantidad fija cada vez que surte una receta médica.
- **“Coseguro”** significa que usted paga un porcentaje del costo total del medicamento cada vez que compra una receta médica.

Como se muestra en la siguiente tabla, la cantidad del copago o el coseguro depende del nivel de costo compartido en el que se encuentre el medicamento. Por favor, tenga en cuenta que:

- Si sus medicamentos recetados cuestan menos que la cantidad del copago que aparece en la tabla, usted pagará el precio más bajo por el medicamento. Usted paga el precio total del medicamento *o* la cantidad del copago, *el que sea menor*.
- Cubrimos recetas médicas en farmacias que no pertenecen a la red sólo en situaciones limitadas. Vea el Capítulo 5, Sección 2.5 para obtener información sobre cuándo cubriremos una receta médica en una farmacia que no pertenece a la red.

La parte que a usted le corresponde del costo cuando obtiene un suministro para un mes (o menos) de un medicamento recetado cubierto por la parte D de:

	Farmacia de la red (hasta un suministro de 30 días)	Servicio de pedido por correo del plan (hasta un suministro de 30 días)	Farmacia de cuidado a largo plazo de la red (hasta un suministro de 31 días)	Farmacia fuera de la red (La cobertura se limita a ciertas situaciones; para más detalles, vea el Capítulo 3.) (hasta un suministro de 30 días)
Nivel de costo compartido 1 (medicamentos genéricos preferidos)	Copago de \$0 en farmacias preferidas Copago de \$5 en otras farmacias de la red	Copago de \$5	Copago de \$5	Copago de \$5
Nivel 2 de costo compartido (medicamentos genéricos no preferidos)	Copago de \$30	Copago de \$30	Copago de \$30	Copago de \$30
Nivel 3 de costo compartido (medicamentos de marca preferidos)	Copago de \$44	Copago de \$44	Copago de \$44	Copago de \$44
Nivel 4 de costo compartido (medicamentos de marca no preferidos)	Copago de \$95	Copago de \$95	Copago de \$95	Copago de \$95

	Farmacia de la red (hasta un suministro de 30 días)	Servicio de pedido por correo del plan (hasta un suministro de 30 días)	Farmacia de cuidado a largo plazo de la red (hasta un suministro de 31 días)	Farmacia fuera de la red (La cobertura se limita a ciertas situaciones; para más detalles, vea el Capítulo 3.) (hasta un suministro de 30 días)
Nivel 5 de costo compartido (medicamentos de nivel especializados)	Coseguro del 27 por ciento	Coseguro del 27 por ciento	Coseguro del 27 por ciento	Coseguro del 27 por ciento

Sección 5.3 La tabla muestra sus costos para un suministro de un medicamento a *largo plazo* (suministro para 90 días)

Para algunos medicamentos, puede recibir un suministro a largo plazo (también conocido como “suministro extendido”) al surtir su receta médica. Un suministro a largo plazo es suministro de hasta 90 días. (Si desea detalles sobre dónde y cómo recibir un suministro a largo plazo de un medicamento, vea el Capítulo 3.)

La siguiente tabla muestra lo que usted paga cuando recibe un suministro a largo plazo de un medicamento (de hasta 90 días).

- Por favor, tenga en cuenta: Si sus medicamentos recetados cuestan menos que la cantidad del copago que aparece en la tabla, usted pagará el precio menor del medicamento. Usted paga el precio total del medicamento *o* la cantidad del copago, *el que sea menor*.

La parte del costo que a usted le corresponde cuando recibe un suministro a *largo-plazo* de un medicamento recetado cubierto por la Parte D de:

	Farmacia de la red (Suministro de 90 días)	Servicio de pedido por correo del plan (Suministro de 90 días)
Nivel 1 de costo compartido (medicamentos genéricos preferidos)	Copago de \$0 en farmacias preferidas Copago de \$15 en otras farmacias de la red	Copago de \$15
Nivel 2 de costo compartido (medicamentos genéricos no preferidos)	Copago de \$90	Copago de \$90
Nivel 3 de costo compartido (medicamentos de marca preferidos)	Copago de \$132	Copago de \$132
Nivel 4 de costo compartido (medicamentos de marca no preferidos)	Copago de \$285	Copago de \$285
Nivel 5 de costo compartido (medicamentos de nivel especializados)	N/C	N/C

Sección 5.4 **Usted permanece en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que los costos totales de medicamentos durante el año lleguen a \$2,930.**

Usted permanece en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que la cantidad total de los medicamentos recetados de los que recibió un suministro o reposición alcance el **límite de \$2,930 para la Etapa de Cobertura Inicial.**

Su costo total de medicamentos se basa en la suma de lo que usted pagó y lo que pagó cualquier plan de la Parte D:

- **Lo que usted pagó** por todos los medicamentos cubiertos que ha recibido desde que comenzó con su primera compra de medicamentos del año. (Consulte la Sección 6.2 para obtener más información sobre la manera en que Medicare calcula los gastos directos de su bolsillo). Esto incluye:
 - Los \$200 que usted pagó mientras se estaba en la Etapa de Deducible.
 - El total que pagó como la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos durante la Etapa de Cobertura Inicial.
- **Lo que el plan pagó** como la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos durante la Etapa de Cobertura Inicial. (Si usted estuvo inscrito en un plan diferente de la Parte D en algún momento durante 2012, la cantidad que el plan pagó durante la Etapa de Cobertura Inicial también se tiene en cuenta para sus costos totales de medicamentos.)

La *Explicación de beneficios* (EOB) que le enviamos le ayudará a llevar un registro de cuánto gastaron usted y el plan por sus medicamentos durante el año. Muchas personas no alcanzan el límite de \$2,930 en un año.

Le informaremos si usted alcanza esta cantidad de \$2,930. Si alcanza esta cantidad, dejará la Etapa de Cobertura Inicial y pasará a al Período sin Cobertura.

SECCIÓN 6 Durante el Período sin Cobertura, usted recibe un descuento en los medicamentos de marca y no paga más del 86% de los costos de los medicamentos genéricos

Sección 6.1 Usted permanece en el Período sin cobertura hasta que los gastos directos de su bolsillo lleguen a \$4,700
--

Cuando usted se encuentra en el Período sin Cobertura, el Programa de Medicare de descuentos durante el período sin cobertura proporciona descuentos del fabricante en los medicamentos de marca. Usted paga el 50% del precio negociado (sin incluir la tarifa de suministro y administración de vacuna, si existen) para los medicamentos de marca. La cantidad que usted paga y la cantidad descontado por el fabricante cuentan para los gastos directos de su bolsillo como si hubiera pagado esa cantidad y le ayuda a pasar el período sin cobertura.

Además, recibe cobertura de medicamentos genéricos. Usted no paga más del 86% del costo de los medicamentos genéricos y el plan paga el resto. Para los medicamentos genéricos, la cantidad que paga el plan (14%) no cuenta para los gastos directos de su bolsillo. Solamente cuenta la cantidad que usted paga y le ayuda a pasar el Período sin Cobertura.

Usted continúa pagando el precio con descuento por los medicamentos de marca y no más del 86% de los costos de los medicamentos genéricos hasta que el total anual de los pagos directos de su bolsillo lleguen a una cantidad máxima establecida por Medicare. En el 2012, esa cantidad es de \$4,700.

Medicare tiene normas sobre lo que cuenta y lo que *no* cuenta como gastos directos de su bolsillo. Cuando usted alcanza un límite de gastos directos de su bolsillo de \$4,700, deja el Período sin Cobertura y pasa a la Etapa de Cobertura Catastrófica.

Sección 6.2	De qué manera Medicare calcula los gastos directos de su bolsillo para medicamentos recetados
--------------------	--

Las siguientes son las normas de Medicare que debemos seguir para llevar un registro de los gastos directos de su bolsillo de sus medicamentos.

Estos pagos ***están incluidos*** en los gastos directos de su bolsillo

Al realizar la suma de los gastos directos de su bolsillo, ***puede incluir*** los pagos que se listan a continuación (siempre que sean para medicamentos cubiertos de la Parte D y que haya seguido las normas para la cobertura de medicamentos que se explican en el Capítulo 3 de este manual):

- La cantidad que paga por los medicamentos cuando se encuentra en alguna de las siguientes etapas de pago de medicamentos:
 - La Etapa de Deducible.
 - La Etapa de Cobertura Inicial.
 - El Período sin cobertura.
- Cualquier pago que haya realizado durante este año calendario como miembro de un plan de medicamentos recetados de Medicare diferente antes de inscribirse en nuestro plan.

Es importante quién paga:

- Si **usted** mismo realiza los pagos, estos se incluyen en los gastos directos de su bolsillo.
- Estos pagos *también se incluyen* si los realizan a su nombre **otras personas u organizaciones**. Esto incluye pagos por sus medicamentos que haya hecho un amigo o familiar, la mayoría de las organizaciones de beneficencia, programas de asistencia para medicamentos contra el SIDA, Por un Programa Estatal de Ayuda Farmacéutica aprobado por Medicare, o por el Servicio de salud para indígenas. Además, se incluyen los pagos del Programa “Ayuda Adicional” de Medicare.
- Se incluyen algunos de los pagos realizados por el Programa de Medicare de descuentos durante el período sin cobertura. Se incluye la cantidad que el fabricante paga por sus medicamentos de marca. Pero no se incluye la cantidad que el plan paga por sus medicamentos genéricos.

Paso a la Etapa de Cobertura Catastrófica:

Cuando usted (o las personas que pagan en su nombre) haya alcanzado un total de \$ 4,700 de gastos directos de su bolsillo en un año calendario, pasará de el Período sin Cobertura a la Etapa de Cobertura Catastrófica.

*Estos pagos **no están incluidos** en los gastos directos de su bolsillo*

Al realizar la suma de los gastos directos de su bolsillo, **no se le permite incluir** ninguno de los siguientes tipos de gastos por medicamentos recetados:

- La cantidad que paga por su prima mensual.
- Los medicamentos que compre fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Los medicamentos que no están cubiertos por nuestro 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.
- Los medicamentos no incluidos en la Parte D, incluyendo medicamentos recetados cubiertos por las Partes A o B y otros medicamentos no incluidos en la cobertura de Medicare.
- Los pagos que realiza para medicamentos recetados que por lo general no están cubiertos en un plan de medicamentos recetados de Medicare.
- Los pagos realizados por el plan para sus medicamentos genéricos mientras se encuentra en el Período sin Cobertura.
- Los pagos de sus medicamentos realizados por planes de salud grupal incluyendo planes de salud del empleador.
- Los pagos por sus medicamentos que realizan algunos planes de seguro y programas de salud financiados por el gobierno, como TRICARE y la Administración de Veteranos.
- Los pagos de sus medicamentos realizados por otra persona con una obligación legal de pagar los costos de recetas (por ejemplo, Compensación al Trabajador).

Recordatorio: Si alguna otra organización, como las que se mencionaron antes, paga parte o todos los gastos directos de su bolsillo por medicamentos, debe informarlo a nuestro plan. Para proporcionar dicha información, llame a Departamento de Servicios de Health Alliance Medicare (los números de teléfono están en la parte de atrás de este manual).

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

- **Le ayudaremos.** El informe de la *Explicación de Beneficios* (EOB) que le enviamos incluye la cantidad actual de los gastos directos de su bolsillo (La Sección 3 en este capítulo le habla sobre este reporte). Cuando alcanza un total de \$4,700 en gastos directos de su bolsillo durante el año, este informe le indicará que usted salió del Período sin cobertura y que pasó a la Etapa de Cobertura Catastrófica.

- **Asegúrese de que tengamos la información necesaria.** La Sección 3.2 le informa lo que puede hacer para ayudar a asegurarnos de que nuestros registros de lo que ha gastado estén completos y actualizados.

SECCIÓN 7 Durante la Etapa de Cobertura Catastrófica, el plan paga la mayor parte del costo de sus medicamentos

Sección 7.1	Una vez que se encuentra en la Etapa de Cobertura Catastrófica, permanecerá en esta etapa durante el resto del año
--------------------	---

Usted es elegible para la Etapa de Cobertura Catastrófica cuando los gastos directos de su bolsillo han alcanzado el límite de \$4,700 para el año calendario. Una vez que se encuentra en la Etapa de Cobertura Catastrófica, permanecerá en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.

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

- **La parte que le corresponde** del costo de un medicamento cubierto será un coseguro o un copago, la cantidad que sea *mayor*:
 - *–puede ser* – Coseguro del 5% del costo del medicamento
 - *–o–* Copago de $\$[Insert\ 2012\ catastrophic\ cost-sharing\ amount\ for\ generics/preferred\ multisource\ drugs]$ por un medicamento genérico o un medicamento que sea considerado como genérico. O un copago $\$[Insert\ 2012\ catastrophic\ cost-sharing\ amount\ for\ all\ other\ drugs]$ para todos los demás medicamentos.
- **Nuestro plan paga el resto del costo.**

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

Sección 8.1	Nuestro plan tiene una cobertura por separado para el medicamento de la vacuna en sí de la Parte D y para el costo de la aplicación de la vacuna
--------------------	---

Nuestro plan proporciona cobertura para una cantidad de vacunas de la Parte D. Hay dos partes de nuestra cobertura de vacunas:

- La primera parte de la cobertura es el costo del **medicamento de la vacuna en sí**. La vacuna es un medicamento recetado.
- La segunda parte de la cobertura es para el costo de **la aplicación de la vacuna**. (En ocasiones, esto se conoce como la “administración” de la vacuna.)

¿Cuánto paga por una vacuna de la Parte D?

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

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

- Algunas vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Usted puede encontrar estas vacunas en la *Lista de medicamentos cubiertos (formulario)* del plan.
- Otras vacunas se consideran beneficios médicos y están cubiertas por Medicare Original.

2. Donde recibe el medicamento de la vacuna.

3. Quien le aplica la vacuna.

Lo que usted paga en el momento de recibir la vacuna de la Parte D puede variar según las circunstancias. Por ejemplo:

- En ocasiones, cuando recibe una vacuna, deberá pagar el costo total del medicamento de la vacuna y la aplicación de la vacuna. Puede solicitar a nuestro plan el reembolso de la parte del costo que nos corresponde.
- En otras ocasiones, al recibir el medicamento de la vacuna o la aplicación de la vacuna, solamente pagará la parte del costo que le corresponde.

Para mostrarle el funcionamiento, a continuación se presentan tres maneras habituales en las que podría recibir una vacuna de la Parte D. Recuerde que usted es responsable de todos los costos asociados con las vacunas (incluida su administración) durante la Etapa del deducible (para los niveles 3, 4 y 5) y la Etapa del período sin cobertura de su beneficio.

Situación 1: Usted compra la vacuna de la Parte D en la farmacia y le aplican la vacuna en la farmacia de la red. (Puede tener esta alternativa según el lugar donde viva. Algunos estados no permiten que las farmacias administren las vacunas).

- Usted tendrá que pagar a la farmacia la cantidad de su copago por la vacuna en sí y la aplicación de la vacuna.

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

- Al recibir la vacuna, usted pagará el costo completo de la vacuna y la administración.
- Luego, puede solicitar a nuestro plan el pago de la parte del costo que nos corresponde mediante el uso de los procedimientos que se describen en el Capítulo 5 de este manual (*Cómo solicitarnos el pago*

de la parte que nos corresponde de los costos de los medicamentos cubiertos).

- Se le reembolsará la cantidad que usted pagó menos su copago normal por la vacuna (incluyendo la administración)

Situación 3: Usted compra la vacuna de la Parte D en su farmacia, y luego la lleva al consultorio del médico donde se la administran.

- Usted tendrá que pagar a la farmacia la cantidad de su copago por la vacuna en sí.
- Cuando el médico le administre la vacuna, usted pagará el costo completo de este servicio. Luego, puede solicitar a nuestro plan el pago de la parte del costo que nos corresponde mediante el uso de los procedimientos que se describen en el Capítulo 5 de este manual.
- Se le reembolsará la cantidad que el médico le cobre por la administración de la vacuna

Sección 8.2	Puede llamarnos a Departamento de Servicios de Health Alliance Medicare antes de recibir una vacuna
--------------------	--

Las normas para la cobertura de vacunas son complicadas. Estamos para ayudarlo. Le recomendamos que primero nos llame a Servicios para Miembros cuando planifique recibir una vacuna (los números de teléfono están en la parte de atrás de este manual).

- Podemos informarle de qué manera nuestro plan cubre su vacuna y explicarle la parte del costo que le corresponde.
- Podemos informarle de qué manera mantener sus propios costos reducidos mediante el uso de proveedores y farmacias de nuestra red.
- Si no puede utilizar un proveedor y una farmacia de la red, podemos informarle qué debe hacer para recibir el pago de la parte del costo que nos corresponde.

SECCIÓN 9 **¿Tiene que pagar la “multa por inscripción tardía” para la Parte D?**

Sección 9.1	¿Qué es la "multa por inscripción tardía" de la Parte D?
--------------------	---

Nota: Si recibe “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos recetados, las normas de la multa por inscripción tardía no se aplican a usted. No pagará una multa por inscripción tardía, incluso si permanece sin cobertura “válida” de medicamentos.

Es posible que deba pagar una multa económica si no se inscribió en un plan que ofrece la cobertura de medicamentos de la Parte D de Medicare cuando fue elegible por primera vez para esta cobertura de medicamentos, o si pasó un período de 63 días consecutivos o más sin cobertura válida de medicamento recetados. (“Cobertura válida de medicamentos recetados” es la cobertura que cumple con los estándares mínimos de Medicare dado que se espera que pague, en promedio, al menos, el mismo monto que la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare.) La cantidad de la multa dependerá de cuánto se demoró en inscribirse en un plan de cobertura válida de medicamentos recetados en cualquier momento después del final del período de inscripción inicial o cuántos meses estuvo sin cobertura válida de medicamentos recetados.

La multa se suma a su prima mensual. Al inscribirse por primera vez en nuestro Plan, le informaremos la cantidad de la multa.

La multa por inscripción tardía se considera parte de la prima del plan. Si no paga la multa por inscripción tardía, es posible que se cancele su inscripción por falta de pago de la prima del plan.

Sección 9.2 ¿Cuál es el costo de la multa por inscripción tardía de la Parte D?

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

- En primer lugar, cuente la cantidad de meses completos que demoró en inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, después de ser elegible para la inscripción. O bien, cuente la cantidad de meses completos en los que no tuvo una cobertura válida de medicamentos recetados, si la interrupción de la cobertura fue de 63 días o más. La multa es del 1% por cada mes que no tuvo cobertura meritosa. Por ejemplo, si permanece 14 meses sin cobertura, la multa será del 14%.
- (a) Luego, Medicare determina la cantidad de la prima mensual promedio para los planes de medicamentos de Medicare del país desde el año anterior. Para 2012, el monto promedio de la prima es \$31.08.
- Para obtener la multa mensual, se multiplica el porcentaje de la multa y la prima mensual promedio y luego se redondea a los 10 centavos más próximos. En este ejemplo, sería el 14% multiplicado por \$31.08. Esto es igual a \$4.35, que se redondea a \$4.40. Esta cantidad se sumaría **a la prima mensual de una persona con una multa por inscripción tardía.**

Existen tres elementos importantes a tener en cuenta sobre esta multa en la prima mensual:

- Primero, **la multa puede cambiar cada año**, porque la prima mensual promedio puede cambiar cada año. Si la prima promedio nacional (según lo determina Medicare) aumenta, la multa aumentará.
- Segundo, **usted continuará pagando una multa** todos los meses durante el tiempo en que esté inscrito en un plan que tenga beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare.

- Tercero, si usted tiene menos de 65 años y actualmente recibe beneficios de Medicare, la multa por inscripción tardía volverá a cero cuando usted cumpla 65. Después de los 65 años, la multa por inscripción tardía se basará sólo en los meses que no tenga cobertura después del período inicial de inscripción por envejecimiento en Medicare.

Sección 9.3	En algunas situaciones, usted puede inscribirse tarde y no tiene que pagar la multa
--------------------	--

Aunque haya demorado la inscripción en un plan que ofrece la cobertura de la Parte D de Medicare cuando fue elegible por primera vez, en algunas ocasiones no debe pagar la multa por inscripción tardía.

No pagará la multa de la prima por inscripción tardía si se encuentra en alguna de estas situaciones:

- Si ya tiene una cobertura de medicamentos recetados que se espera que pague, en promedio, al menos, la misma cantidad que la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare. Medicare la llama “**cobertura válida de medicamentos**”. Por favor, tenga en cuenta:
 - La cobertura válida podría incluir la cobertura de medicamentos de un empleador o sindicato anterior, TRICARE o el Departamento de Asuntos para Veteranos. Su asegurador o su departamento de recursos humanos le informará cada año si su cobertura de medicamentos es cobertura válida. Se le puede enviar esta información en una carta o incluida en un boletín del plan. Conserve esta información, porque puede necesitarla si posteriormente se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.
 - Por favor, tenga en cuenta: Si recibe un “certificado de cobertura válida” cuando finaliza su cobertura de salud, es posible que no signifique que su cobertura de medicamentos recetados era válida. La notificación debe afirmar que usted tenía cobertura “válida” de medicamentos recetados que se esperaba que pague la misma cantidad que paga el plan de medicamentos recetados estándar de Medicare.
 - Las siguientes *no* son coberturas válidas de medicamentos recetados: tarjetas de descuento para medicamentos recetados, clínicas gratuitas y sitios web de descuento para medicamentos.
 - Si desea información adicional acerca de la cobertura válida, consulte el manual *Medicare y Usted 2012* o llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden comunicarse al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números gratis las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- Si estuvo sin cobertura válida, pero continuó sin ella durante menos de 63 días consecutivos.
- Si recibe “Ayuda Adicional” de Medicare.

Sección 9.4 ¿Qué puede hacer si no está de acuerdo con la multa por inscripción tardía?

Si no está de acuerdo con la multa por inscripción tardía, usted o su representante puede solicitar una revisión de la decisión sobre la multa. Por lo general, puede solicitar la revisión **en un plazo de 60 días** desde la fecha de la carta que recibe en la que se informa que debe pagar una multa por inscripción tardía. Si desea más información sobre cómo hacerlo, llame a Servicios para Miembros a los números que están en la parte de atrás de este manual.

Importante: no deje de pagar su multa por inscripción tardía mientras espera que se revise la decisión sobre su multa por inscripción tardía. Si lo hace, se podría cancelar su inscripción por falta de pago de las primas de su plan.

SECCIÓN 10 ¿Tiene que pagar una cantidad adicional por la Parte D debido a sus ingresos?

Sección 10.1 ¿Quién paga una cantidad adicional de la Parte D debido a sus ingresos?

La mayoría de las personas pagan una prima mensual estándar mensual de la Parte D. Sin embargo, algunas personas pagan una cantidad adicional debido a sus ingresos anuales. Si sus ingresos son de \$85,000 o más para una persona (o para personas casadas que reportan impuestos separados) o \$170,000 o más para parejas casadas, usted debe pagar una cantidad adicional para la cobertura de la Parte D de Medicare.

Si tiene que pagar una cantidad adicional, la Administración del Seguro Social, no su plan Medicare, le enviará una carta informándole cuál será la cantidad adicional y cómo pagarla. La cantidad adicional será retenida de su cheque de beneficio de su Seguro Social, Junta de Retiro Ferroviario, o la Oficina de Gerencia de Personal, sin importar la manera en que usted generalmente pague la prima de su plan, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir la cantidad adicional que deba. Si su cheque de beneficio no es suficiente para cubrir la cantidad adicional, usted recibirá una factura de Medicare. La cantidad adicional se debe pagar por separado y no se puede pagar con su prima mensual del plan.

Sección 10.2 ¿Cuál es la cantidad adicional de la Parte D?

Si su ingreso bruto ajustado tal como aparece en su declaración de impuestos del Departamento de Tesorería de los Estados Unidos (IRS, por su sigla en inglés) es mayor a cierta cantidad, usted pagará una cantidad adicional además de la prima mensual del plan.

La siguiente tabla muestra la cantidad adicional en base a su ingreso.

Si presentó una declaración de impuestos individual y su ingreso en 2010 fue:	Si estaba casado pero presentó una declaración de impuestos individual y su ingreso en 2010 fue:	Si presentó una declaración de impuestos conjunta y su ingreso en 2010 fue:	Este es el costo mensual adicional de la Parte D (a pagar además de la prima de su plan)
Igual o menos de \$85,000	Igual o menos de \$85,000	Igual o menos de \$170,000	\$0
Más de \$85,000 y menos de o igual a \$107,000		Más de \$170,000 y menos de o igual a \$214,000	\$11.60
Más de \$107,000 y menos de o igual a \$160,000		Más de \$214,000 y menos de o igual a \$320,000	\$29.90
Más de \$160,000 y menos de o igual a \$214,000	Más de \$85,000 y menos de o igual a \$129,000	Más de \$320,000 y menos de o igual a \$428,000	\$48.10
Más de \$214,000	Más de \$129,000	Más de \$428,000	\$66.40

Sección 11.3 ¿Qué puede hacer si no está de acuerdo en pagar una cantidad adicional de la Parte D?

Si no está de acuerdo en que debe pagar una cantidad adicional debido a su ingreso, puede solicitar a la Administración del Seguro Social que revise la decisión. Si desea más información acerca de cómo hacerlo, comuníquese con la Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213 (Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-325-0778).

Capítulo 5. Cómo solicitarnos el pago de la parte que nos corresponde de los costos de medicamentos cubiertos

SECCIÓN 1	Situaciones en las que debe solicitarnos el pago de la parte que nos corresponde del costo de los medicamentos cubiertos	78
Sección 1.1	Si paga la parte del costo que le corresponde a nuestro plan por medicamentos cubiertos, puede solicitarnos el pago	78
SECCIÓN 2	Cómo solicitarnos un reembolso	79
Sección 2.1	Cómo y a dónde enviar su solicitud de pago	79
SECCIÓN 3	Consideraremos su solicitud de pago y la aprobaremos o no	80
Sección 3.1	Evaluamos si debemos cubrir el medicamento y cuánto le debemos	80
Sección 3.2	Si le informamos que no pagaremos el total o parte del medicamento, puede realizar una apelación	80
SECCIÓN 4	Otras situaciones en las que debe guardar los recibos y enviarnos copias	81
Sección 4.1	En algunos casos, debe enviarnos copias de los recibos para ayudarnos a llevar un registro de los gastos directos de su bolsillo por medicamentos	81

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe solicitarnos el pago de la parte que nos corresponde del costo de los medicamentos cubiertos

Sección 1.1 Si paga la parte del costo que le corresponde a nuestro plan por medicamentos cubiertos, puede solicitarnos el pago

En ocasiones, cuando recibe un medicamento recetado, es posible que deba pagar el costo total de inmediato. En otros casos, puede encontrar que pagó más de lo que esperaba de acuerdo con las normas de cobertura del plan. En cualquiera de los casos, puede solicitar que nuestro plan le devuelva el pago (esta devolución suele llamarse “reembolso”).

A continuación, presentamos algunos ejemplos de situaciones en que posiblemente deba solicitarle a nuestro plan que le reembolse un pago. Todos estos ejemplos son tipos de decisiones sobre cobertura (para más información sobre decisiones de cobertura, vea el Capítulo 7 de este manual).

1. Cuando utiliza una farmacia que no pertenece a la red para obtener un medicamento recetado

Si intenta utilizar su tarjeta de miembro en una farmacia fuera de la red para presentar una receta, es posible que la farmacia no pueda enviarnos la reclamación directamente. Cuando esto suceda, usted tendrá que pagar el costo total de la receta. (Cubrimos recetas que se surten en farmacias que no pertenecen a la red sólo en algunas situaciones especiales. Si desea más información, vea el Capítulo 3, Sección 2.5.)

- Guarde su recibo y envíenos una copia para solicitarnos el reembolso de la parte del costo que nos corresponde.

2. Cuando paga el costo total de una receta porque no lleva su tarjeta de miembro del plan

Si en el momento que compra su medicamento recetado en una farmacia de la red no lleva su tarjeta de miembro del plan, usted mismo va a tener que pagar el costo total de la prescripción. La farmacia puede, por lo general, llamar al plan para obtener la información del miembro pero a veces usted va a tener que hacer el pago si no lleva su tarjeta con usted.

- Guarde el recibo y envíenos una copia para solicitarnos el reembolso de la parte del costo que nos corresponde.

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

Es posible que tenga que pagar el costo total de la receta médica porque descubre que el medicamento no está cubierto por algún motivo en particular.

- Por ejemplo, es posible que el medicamento no esté incluido en la *Lista de medicamentos cubiertos (formulario)* del plan; o podría tener un requisito o restricción que usted desconocía o no creía que se aplicara a su caso. Si decide obtener el medicamento de inmediato, es posible que tenga que pagar el costo total.
- Guarde el recibo y envíenos una copia al solicitarnos el reembolso del pago. En algunos casos, es posible que necesitemos que su médico nos proporcione más información para reembolsarle la parte del costo que nos corresponde.

4. Si se inscribe de manera retroactiva en nuestro plan

En ocasiones, la inscripción de una persona en el plan es retroactiva. (Retroactiva significa que el primer día de su inscripción ya ha pasado. Incluso la fecha de inscripción puede haber sucedido el año pasado.)

Si se inscribió en nuestro plan de manera retroactiva y pagó de su bolsillo por cualquiera de sus medicamentos cubiertos después de la fecha de inscripción, puede solicitarnos que le reembolsemos la parte de los costos que nos corresponde. Deberá enviar documentación para que manejemos el reembolso.

Por favor, llame a Departamento de Servicios de Health Alliance Medicare para obtener información adicional acerca de cómo solicitarnos el reembolso y las fechas límites para presentar la solicitud.

Todos los ejemplos anteriores son tipos de decisiones de cobertura. Esto significa que si negamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión. El Capítulo 7 de este manual (*Qué hacer si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*) se incluye información sobre cómo realizar una apelación.

SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos un reembolso

Sección 2.1 Cómo y a dónde enviar su solicitud de pago
--

Envíenos su solicitud de pago, junto con la factura y la documentación de cualquier pago que haya realizado. Es buena idea hacer una copia de la factura y los recibos para conservarla en sus registros.

Envíenos por correo su solicitud de pago junto con todas las facturas o recibos a esta dirección:

Health Alliance Medicare
301 South Vine Street
Urbana, IL 61801

Debe presentarnos su reclamación dentro de los 90 días contados a partir de la fecha en que recibió el servicio, el artículo o el medicamento.

Si tiene alguna pregunta, no dude en comunicarse con Departamento de Servicios de Health Alliance Medicare. Si no sabe lo que debería haber pagado, podemos ayudarlo. También puede llamarnos si desea proporcionar más información sobre una solicitud de pago que nos envió.

SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y la aprobaremos o no

Sección 3.1 Evaluamos si debemos cubrir el medicamento y cuánto le debemos
--

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

- Si decidimos que el medicamento está cubierto y usted cumplió con todas las normas para la obtención del medicamento, pagaremos la parte del costo que nos corresponde. Le enviaremos por correo el reembolso de la parte del costo que nos corresponde. (En el Capítulo 3 se explican las normas que debe cumplir para obtener los medicamentos cubiertos de la Parte D). Le enviaremos el pago en los próximos 30 días de haber recibido su solicitud.
- Si decidimos que el medicamento *no* está cubierto o que usted *no* cumplió con todas las normas, no pagaremos la parte del costo que nos corresponde. En su lugar, le enviaremos una carta explicando los motivos por los cuales no le enviamos el pago solicitado y sus derechos de apelar a esta decisión.

Sección 3.2 Si le informamos que no pagaremos el total o parte del medicamento, puede realizar una apelación
--

Si considera que cometimos un error al rechazar su solicitud de pago, o no está de acuerdo con la cantidad que pagamos, puede realizar una apelación. Si realiza una apelación, significa que nos solicita que cambiemos la decisión que tomamos de rechazar su solicitud de pago. Estos son ejemplos de situaciones en los cuales usted pudiera necesitar pedirnos reembolso de pago:

- Cuando surte su medicamento recetado en una farmacia fuera de la red
- Cuando paga el costo total de una receta médica porque no llevaba su tarjeta de miembro del plan.
- Cuando paga el costo total del medicamento recetado en otras situaciones.

Para obtener detalles sobre cómo realizar esta apelación, vea 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 límites importantes. Si es la primera vez que realiza una apelación, le resultará útil comenzar leyendo la Sección 4 del Capítulo 7. La Sección 4 es una introducción que explica el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones y proporciona definiciones de términos tales como “apelación”. Después de leer la Sección 4, puede pasar a la Sección 5.5 del Capítulo 7 para ver explicaciones paso a paso, de cómo se presenta una apelación.

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

Sección 4.1 En algunos casos, debe enviarnos copias de los recibos para ayudarnos a llevar un registro de los gastos directos de su bolsillo por medicamentos

Existen situaciones en las que debe informarnos sobre los pagos que realizó por sus medicamentos. En estos casos, no nos solicita un pago. Por el contrario, nos informa sobre sus pagos de manera que podamos calcular correctamente los gastos directos de su bolsillo. Esto le puede ayudar a ser elegible para la Etapa de Cobertura Catastrófica con mayor rapidez.

A continuación, se presentan dos situaciones en que debe enviarnos copias de los recibos para informarnos sobre los pagos que realizó por sus medicamentos:

1. Cuando compra el medicamento a un precio menor a nuestro precio

En ocasiones, cuando usted se encuentra en la Etapa de Deducible y el Período sin Cobertura, usted puede comprar su medicamento **en una farmacia de la red** a un precio que es menor a nuestro precio.

- Por ejemplo, una farmacia puede ofrecer el medicamento a un precio especial. O usted puede tener una tarjeta de descuento fuera de nuestro beneficio que ofrece un precio menor.
- A menos que se apliquen condiciones especiales, en estos casos debe utilizar una farmacia de la red y el medicamento debe estar incluido en nuestra lista de medicamentos.
- Guarde el recibo y envíenos una copia, para tomarlo en cuenta como gastos directos de su bolsillo y pueda ser elegible para la Etapa de Cobertura Catastrófica.
- **Por favor, tenga en cuenta:** Si se encuentra en la Etapa de Deducible y el Período sin Cobertura, no pagaremos ninguna parte de los costos de estos medicamentos. Pero el envío de una copia del recibo nos permite calcular correctamente los gastos

directos de su bolsillo y puede ayudarlo a ser elegible para la Etapa de Cobertura Catastrófica con mayor rapidez.

2. Cuando usted obtiene un medicamento a través de un programa de ayuda al paciente que ofrece el fabricante de medicamentos

Algunos miembros están inscritos en un programa de ayuda al paciente que ofrece un fabricante de medicamentos fuera de los beneficios del plan. Si obtiene algún medicamento a través de un programa que ofrece un fabricante de medicamentos, es posible que deba pagar un copago al programa de ayuda al paciente.

- Guarde el recibo y envíenos una copia, para tomarlo en cuenta como gastos directos de su bolsillo y pueda ser elegible para la Etapa de Cobertura Catastrófica.
- **Por favor, tome nota:** como obtiene su medicamento a través del programa de ayuda al paciente y no a través de los beneficios del plan, no pagaremos ninguna parte de los costos de los medicamentos. Pero el envío de una copia del recibo nos permite calcular correctamente los gastos directos de su bolsillo y puede ayudarlo a ser elegible para la Etapa de Cobertura Catastrófica con mayor rapidez.

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

Capítulo 6. Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1	Nuestro plan debe respetar sus derechos como miembro del plan	84
Sección 1.1	Debemos proporcionar la información de una manera que a usted le resulte útil (en idiomas que no sean inglés, en Braille, en texto con letras grandes u otros formatos alternativos, etc.).....	84
Sección 1.2	Debemos tratarlo con equidad y respeto en todo momento	85
Sección 1.3	Debemos asegurarnos de que reciba sin demora sus medicamentos cubiertos	85
Sección 1.4	Debemos proteger la privacidad de su información personal sobre su salud	85
Sección 1.5	Debemos darle información acerca del plan, la red de farmacias y los medicamentos que cubre el plan	86
Sección 1.6	Debemos apoyar su derecho de tomar decisiones sobre la atención	88
Sección 1.7	Usted tiene derecho a presentar quejas y solicitarnos que reconsideremos las decisiones tomadas	89
Sección 1.8	¿Qué puede hacer si considera que lo tratan injustamente o que no se respetan sus derechos?	90
Sección 1.9	Cómo obtener más información sobre sus derechos.....	90
SECCIÓN 2	Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan	91
Sección 2.1	¿Cuáles son sus responsabilidades?	91

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

Sección 1.1	Debemos proporcionar la información de una manera que a usted le resulte útil (en idiomas que no sean inglés, en Braille, en texto con letras grandes u otros formatos alternativos, etc.)
--------------------	---

Si desea que le enviemos información de manera que le resulte útil, por favor, llame a Departamento de Servicios de Health Alliance Medicare (los números de teléfono están en la parte de atrás de este manual).

Nuestro plan cuenta con personal y servicios de intérprete de idiomas gratis disponibles para responder las preguntas de los miembros que no hablan inglés. También podemos darle la información en Braille, en texto con letras grandes o en otros formatos alternativos que pueda necesitar. Si es elegible para Medicare por una incapacidad, debemos proporcionarle la información sobre los beneficios del plan de una manera accesible y adecuada para usted.

Si tiene algún problema para recibir información de nuestro plan debido a problemas relacionados con el idioma o su incapacidad, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, e informe que desea presentar una queja. Los usuarios de TTY pueden comunicarse al 1-877-486-2048.

Section 1.1	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.)
--------------------	---

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

Our plan has people and free language interpreter services available to answer questions from non-English speaking members. Written materials are also available in Spanish. We can also give you information in Braille, in large print or other alternate formats if you need it. If you are eligible for Medicare because of a disability, we are required to give you information about the plan's benefits that is accessible and appropriate for you.

If you have any trouble getting information from our Plan because of problems related to language or a disability, please call Medicare at 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 hours a day, seven days a week and tell them that you want to file a complaint. TTY users call 1-877-486-2048.

Sección 1.2 Debemos tratarlo con equidad y respeto en todo momento

Nuestro plan debe obedecer las leyes que lo protegen de la discriminación o el tratamiento injusto. **No discriminamos** a las personas por su raza, origen étnico, origen nacional, religión, sexo, edad, incapacidad mental o física, estado de salud, experiencia en reclamaciones, historia clínica, información genética, evidencia de seguros, o ubicación geográfica dentro del área de servicio.

Si desea obtener más información o tiene dudas acerca de la discriminación o el trato injusto, por favor, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos 1-800-368-1019 (los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-537-7697) o a la Oficina de Derechos Civiles local.

Si padece una incapacidad y necesita ayuda para el acceso a la atención, por favor, llámenos a Departamento de Servicios de Health Alliance Medicare (los números de teléfono están en la parte de atrás de este manual). Si tiene una queja, como un problema con el acceso para sillas de ruedas, Departamento de Servicios de Health Alliance Medicare puede ayudarlo.

Sección 1.3 Debemos asegurarnos de que reciba sin demora sus medicamentos cubiertos

Como miembro de nuestro plan, también tiene derecho a surtir o recibir una reposición de sus recetas en cualquier farmacia de la red sin grandes demoras. Si considera que no está recibiendo los medicamentos de la Parte D dentro de un tiempo razonable, el Capítulo 7, Sección 7 de este manual le informa lo que puede hacer. (Si le negamos la cobertura de su medicamento recetado y usted no está de acuerdo con nuestra decisión, el Capítulo 7, Sección 4 le informa lo que puede hacer.)

Sección 1.4 Debemos proteger la privacidad de su información personal sobre su salud

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de sus registros médicos y la información personal sobre su salud. Protegemos la información personal sobre su salud como lo exigen estas leyes.

- La “información personal sobre su salud” incluye la información personal que usted nos dio cuando se inscribió en el plan, así como los registros médicos y otros datos médicos y sobre su salud.
- Las leyes que protegen su privacidad le otorgan derechos relacionados con la obtención de información y el control de la manera en que se utiliza la información sobre su salud. Le proporcionamos un aviso por escrito, llamado “Aviso sobre Prácticas de Privacidad”, que le informa sobre estos derechos y explica cómo protegemos la privacidad de la información sobre su salud.

¿Cómo protegemos la privacidad de la información sobre su salud?

- Nos aseguramos de que ninguna persona sin autorización vea o modifique sus registros.
- En la mayoría de los casos, si revelamos información sobre su salud a una persona que no proporcione ni pague su atención médica, *en primer lugar debemos obtener su permiso por escrito*. El permiso por escrito lo puede proporcionar usted o alguien que tenga poder legal para tomar decisiones en su lugar.
- Existen excepciones donde no es necesario que primero obtengamos su permiso por escrito. Dichas excepciones son permitidas o requeridas por la ley.
 - Por ejemplo, debemos divulgar la información sobre su salud a las agencias del gobierno que controlen la calidad de la atención médica.
 - Como usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, debemos proporcionarle la información sobre su salud a Medicare, incluyendo la información sobre sus medicamentos recetados de la Parte D. Si Medicare divulga su información para la investigación u otros usos, lo hará de acuerdo con los estatutos y los reglamentos federales.

Usted puede ver la información en sus registros y saber cómo se ha compartido con otros

Tiene derecho a examinar los registros médicos que tiene el plan y a obtener una copia. Además, tiene derecho a solicitarnos que agreguemos o hagamos correcciones a sus registros médicos. Si usted lo solicita, lo analizaremos con su proveedor de atención médica para decidir si se deben realizar los cambios.

Tiene derecho a saber de qué manera se divulgó a terceros la información sobre su salud con fines que no son de rutina.

Si tiene alguna pregunta o duda sobre la privacidad de la información personal sobre su salud, por favor, llame a Departamento de Servicios de Health Alliance Medicare (los números de teléfono están en la parte de atrás de este manual).

Sección 1.5	Debemos darle información acerca del plan, la red de farmacias y los medicamentos que cubre el plan
--------------------	--

Como miembro de nuestro plan, tiene derecho a recibir distintos tipos de información de nuestra parte. (Como se explica anteriormente en la Sección 1.1, tiene derecho a que le enviemos información de una manera que le resulte útil. Esto incluye recibir la información en otros idiomas además del inglés, en texto con letras grandes o en otros formatos alternativos.)

Si desea recibir cualquiera de los siguientes tipos de información, por favor llame a Departamento de Servicios de Health Alliance Medicare (los números de teléfono están en la parte de atrás de este manual):

- **Información sobre nuestro plan.** Incluye, por ejemplo, información sobre el estado financiero del plan. También incluye información sobre el número de apelaciones realizadas por los miembros y los índices de rendimiento del plan, incluyendo cómo lo calificaron los miembros y su comparación con otros planes de salud de Medicare.
- **Información sobre nuestra red de farmacias.**
 - Por ejemplo, tiene derecho a que le enviemos información acerca de la lista de 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 nuestras farmacias, puede llamar al Departamento de Servicios de Health Alliance Medicare (encontrará los números de teléfono en la contraportada de este folleto) o visitar nuestro sitio web en HealthAllianceMedicare.org.
- **Información sobre la cobertura y normas que debe cumplir al utilizarla.**
 - Para obtener detalles sobre la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D, vea los Capítulos 3 y 4 de este manual y la “*lista de medicamentos cubiertos (formulario)*” del plan. Estos capítulos, junto con la Lista de medicamentos cubiertos (formulario), le indican qué medicamentos están cubiertos y explican las normas que debe cumplir y las restricciones a su cobertura para determinados medicamentos.
 - Si tiene preguntas sobre las normas o restricciones, favor de llamar a Servicios para Miembros (los números de teléfono están en la parte de atrás de este manual).
- **Información sobre el por qué algo no está cubierto y qué puede hacer al respecto.**
 - Si un medicamento de la Parte D no está cubierto, o si su cobertura está restringida de alguna forma, puede solicitarnos una explicación por escrito. Tiene derecho a esta explicación incluso si recibió el medicamento en una farmacia que fuera de la red.
 - Si no está satisfecho o no está de acuerdo con nuestra decisión sobre algún medicamento cubierto de la Parte D, tiene derecho a solicitarnos que cambiemos la decisión. Puede solicitarnos que cambiemos la decisión mediante una apelación. Para detalles sobre cómo hacer si un medicamento no está cubierto de la manera que piensa que debería estar cubierto, vea el Capítulo 7 de este manual. Le proporciona los detalles sobre cómo realizar una apelación si desea que

cambiamos nuestra decisión. (El Capítulo 7 también indica cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención médica, los tiempos de espera y otras dudas.)

- Si desea solicitar a nuestro plan que pague la parte que le corresponde del costo de un medicamento de la parte D, vea el Capítulo 5 de este manual.

Sección 1.6	Debemos apoyar su derecho de tomar decisiones sobre la atención
--------------------	--

Usted tiene derecho a dar instrucciones sobre qué se debe hacer en caso de que usted no pueda tomar decisiones médicas

En ocasiones, las personas quedan imposibilitadas para tomar decisiones acerca de su propia atención médica, debido a accidentes o enfermedades graves. Usted tiene derecho a expresar qué desea que suceda si se encuentra en esta situación. Esto significa que, *si lo desea*, puede:

- Completar un formulario por escrito donde le otorgue **a una persona la autoridad legal para tomar decisiones médicas en su lugar** si en algún momento queda imposibilitado para tomar decisiones por sus propios medios.
- **Dar instrucciones escritas a sus médicos** acerca de cómo desea que manejen su atención médica en caso de quedar imposibilitado para tomar decisiones por sus propios medios.

Los documentos legales que puede utilizar para dar directivas anticipadas en estas situaciones se conocen como “**instrucciones por anticipado**”. Existen diversos tipos de instrucciones por anticipado y diferentes formas de llamarlas. Los documentos llamados “**testamento en vida**” y “**poder legal para decisiones médicas**” son algunos ejemplos de instrucciones por anticipado.

Si desea utilizar una “instrucción por anticipado” para proporcionar sus decisiones, debe realizar lo siguiente:

- **Obtenga el formulario.** Si desea tener una instrucción por anticipado, puede solicitar el formulario a su abogado, a un trabajador social o en tiendas de suministros para oficinas. En ocasiones, puede obtener formularios para instrucciones por anticipado de organizaciones que proporcionan a las personas información sobre Medicare. También puede ponerse en contacto con el Departamento de Servicios de Health Alliance Medicare para pedir estos formularios (los números de teléfono están en la contraportada de este folleto).
- **Completarlo y firmarlo.** Independientemente del lugar donde obtenga este formulario, tenga en cuenta que constituye un documento legal. Debería considerar recibir la ayuda de un abogado para completarlo.
- **Proporcionar copias a las personas adecuadas.** Deberá entregar una copia del formulario a su médico y a la persona designada en el formulario como la elegida para

tomar decisiones por usted cuando usted no pueda. Si lo desea, puede entregar copias a amigos cercanos y a miembros de su familia. Asegúrese de conservar una copia en su hogar.

Si sabe de antemano que será hospitalizado y ha firmado una instrucción por anticipado, **lleve una copia con usted al hospital.**

- Si lo admiten en un hospital, le preguntarán si firmó un formulario de instrucciones por anticipado y si lo tiene con usted.
- Si no lo hizo, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntarán si desea firmar uno.

Recuerde, es su elección si desea completar el formulario de instrucciones por anticipado (incluso en el caso de que desee firmarlo mientras se encuentra en el hospital). Según la ley, nadie puede negarle atención médica o discriminarlo por haber firmado o no un formulario de instrucciones por anticipado.

¿Qué sucede si no se siguen sus instrucciones?

Si usted ha firmado instrucciones por anticipado, y cree que un médico o el hospital no han seguido las instrucciones, usted puede presentar una queja con:

Illinois Department on Aging
421 East Capitol Avenue
Springfield, IL 62701

Illinois Attorney General's Office
500 South Second Street
Springfield, IL 62706

Sección 1.7 Usted tiene derecho a presentar quejas y solicitarnos que reconsideremos las decisiones tomadas

Si tiene algún problema o duda sobre la atención médica o los servicios cubiertos, el Capítulo 7 de este manual le indica qué pueda hacer. Allí se proporcionan detalles sobre cómo enfrentar todo tipo de problemas y quejas.

Como se explica en el Capítulo 7, lo que debe hacer para tratar un problema o una duda depende de la situación. Tal vez deba solicitar a nuestro plan que tome una decisión de cobertura para usted, presentarnos una apelación para que cambiemos una decisión de cobertura o presentar una queja. Lo que sea que haga (solicitar una decisión de cobertura, realizar una apelación o presentar una queja), **tenemos la obligación de tratarlo de manera justa.**

Tiene derecho a recibir un resumen informativo sobre las apelaciones y las quejas que otros miembros hayan presentado anteriormente contra nuestro plan. Para recibir esta información, por favor llame a Departamento de Servicios de Health Alliance Medicare (los números de teléfono están en la parte de atrás de este manual).

Sección 1.8	¿Qué puede hacer si considera que lo tratan injustamente o que no se respetan sus derechos?
--------------------	--

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

Si considera que lo trataron injustamente o que no se respetaron sus derechos a causa de su raza, incapacidad, religión, sexo, estado de salud, origen étnico, religión (creencias), edad o nacionalidad, debe llamar a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 o los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-537-7697, o a la Oficina de Derechos Civiles.

¿Se trata de algo más?

Si considera que lo trataron injustamente o que no se respetaron sus derechos, y no se trata de discriminación, puede recibir ayuda para enfrentar el problema que tiene:

- Puede llamar al **Departamento de Servicios de Health Alliance Medicare** (los números de teléfono están en la parte de atrás de este manual).
- Puede llamar al **Programa Estatal de Asistencia de Seguros**. Para obtener detalles sobre esta organización y cómo comunicarse con ellos, vea el 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 pueden llamar al 1-877-486-2048.

Sección 1.9	Cómo obtener más información sobre sus derechos
--------------------	--

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

- Puede llamar a **Servicios para Miembros** (los números de teléfono están en la parte de tres de este manual).
- Puede llamar al **Programa Estatal de Asistencia de Seguros**. Para obtener detalles sobre esta organización y cómo comunicarse con ellos, vea el Capítulo 2, Sección 3.
- Puede llamar a **Medicare**.
 - Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación de “Sus derechos y protecciones de Medicare” (La publicación está disponible en: <http://www.medicare.gov/Publications/Pubs/pdf/10112.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 pueden llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan

Sección 2.1 ¿Cuáles son sus responsabilidades?
--

A continuación, se describe lo que debe hacer como miembro del plan. Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Departamento de Servicios de Health Alliance Medicare (los números de teléfono están en la parte de atrás de este manual). Estamos para ayudarlo.

- **Familiarícese con los medicamentos cubiertos y las normas que debe seguir para obtenerlos.** *Utilice este manual de Evidencia de Cobertura para saber lo que está cubierto y las normas que debe cumplir para obtenerlos.*
 - En los Capítulos 3 y 4 se proporcionan detalles sobre la cobertura de los medicamentos recetados de la Parte D.
- **Si tiene alguna otra cobertura de medicamentos recetados, además de nuestro plan, debe comunicárnoslo.** *Por favor, llame a Departamento de Servicios de Health Alliance Medicare para informarnos.*
 - Debemos respetar las normas establecidas por Medicare para asegurarnos de que usted está utilizando toda su cobertura en combinación al obtener los medicamentos cubiertos de nuestro plan. Esto se conoce como “**coordinación de beneficios**” porque implica coordinar los beneficios de medicamentos que recibe usted de nuestro plan con algún otro beneficio de medicamento que tenga disponible. Le ayudaremos a hacerlo. (Si desea más información acerca de la coordinación de beneficios, vea el Capítulo 1, Sección 7.)
- **Informe a su médico y farmacéuta que está inscrito en nuestro plan plan.** *Muestre su tarjeta de miembro del plan al obtener medicamentos recetados de la Parte D.*
- **Colabore con sus médicos y otros proveedores que lo ayudan, dándoles información, haciendo preguntas y dando seguimiento de su atención médica.**
 - Para ayudar a sus médicos y demás proveedores a que le brinden la mejor atención, infórmese lo más posible sobre sus problemas de salud y proporcíóneles la información que necesitan sobre usted y su salud. Siga las instrucciones y los planes de tratamiento que usted y sus médicos acuerden.
 - Asegúrese de que sus médicos sepan todos los medicamentos que está tomando, incluyendo los medicamentos sin receta médica, las vitaminas y los suplementos.

- Si tiene alguna pregunta, no dude en hacerla. Se supone que los médicos y los demás proveedores de atención médica le explicarán de manera que usted pueda comprender. Si hace una pregunta y no entiende la respuesta, vuelva a preguntar.
- **Pague lo que debe.** *Como miembro del plan, usted es responsable por los pagos siguientes:*
 - Debe pagar las primas del plan para continuar siendo miembro de nuestro plan.
 - Para la mayoría de los medicamentos cubiertos por el plan, usted debe pagar la parte del costo que a usted le corresponde cuando obtiene el medicamento. Será un copago (una cantidad fija) o un coseguro (un porcentaje del costo total). El Capítulo 4 le informa lo que debe pagar por sus medicamentos de la Parte D.
 - Si obtiene algún medicamento que no está cubierto por nuestro plan o por otro seguro que tenga, usted debe pagar el costo total.
 - Si no está de acuerdo con nuestra decisión de negar la cobertura de un medicamento, puede presentar una apelación. Por favor, vea el Capítulo 7 de este manual para información sobre cómo presentar una apelación.
 - Si se le requiere el pago de una multa por inscripción tardía, debe pagar la multa para permanecer como miembro del plan.
- **Infórmenos si se muda.** *Si tiene planeado mudarse, es importante que nos lo comunique de inmediato. Llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están en la parte de atrás de este manual).*
 - **Si se muda fuera del área de servicio de nuestro plan, usted no puede seguir siendo miembro de nuestro plan.** (En el Capítulo 1 se describe nuestra área de servicio). Podemos ayudarlo a averiguar si se muda fuera del área de servicio. Si abandona el área de servicio, podemos informarle si contamos con un plan en el área nueva.
 - **Si se muda dentro del área de servicio, de todas maneras necesitamos que nos lo comunique** para poder mantener actualizado su registro de miembro y saber cómo ponernos en contacto con usted.
- **Llame a Departamento de Servicios de Health Alliance Medicare si tiene preguntas o dudas.** *También agradecemos cualquier sugerencia que tenga para mejorar nuestro plan.*
 - Los números de teléfono y el horario de atención de Departamento de Servicios de Health Alliance Medicare están en la parte de atrás de este manual.
 - Si desea más información sobre cómo ponerse en contacto con nosotros, incluyendo nuestra dirección de correo, vea el Capítulo 2.

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

ANTECEDENTES

SECCIÓN 1	Introducción	95
Sección 1.1	¿Qué hacer si tiene algún problema o duda?	95
Sección 1.2	¿Qué ocurre con los términos legales?.....	95
SECCIÓN 2	Puede recibir ayuda de organizaciones del gobierno que no tienen conexión con nosotros.....	96
Sección 2.1	Dónde obtener más información y ayuda personalizada	96
SECCIÓN 3	Para tratar de resolver un problema, ¿qué proceso debe utilizar?	97
Sección 3.1	¿Debe utilizar el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O debe utilizar el proceso de presentación de quejas?.....	97
SECCIÓN 4	Guía de lo básico sobre las decisiones de cobertura y apelaciones	98
Sección 4.1	Solicitud de decisiones de cobertura y apelaciones: panorama general	98
Sección 4.2	Cómo recibir ayuda cuando solicita una decisión de cobertura o presenta una apelación	99
SECCIÓN 5	Medicamentos recetados de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación	100
Sección 5.1	Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para obtener un medicamento recetado de la Parte D o si desea que le reembolsemos el pago de un medicamento de la Parte D.....	100
Sección 5.2	¿Qué es una excepción?	102
Sección 5.3	Información importante que debe conocer acerca de la solicitud de excepciones	104

Sección 5.4	Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluyendo una excepción	105
Sección 5.5	Paso a paso: cómo presentar una Apelación de Nivel 1 (cómo solicitar una revisión de la decisión de cobertura que tomó nuestro plan)	108
Sección 5.6	Paso a paso: cómo presentar una Apelación de Nivel 2	111
SECCIÓN 6	Cómo presentar la apelación en el Nivel 3 y en los niveles superiores	113
Sección 6.1	Niveles de Apelación 3, 4 y 5 de medicamentos recetados de la Parte D.....	113

MAKING COMPLAINTS

SECCIÓN 7	Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención médica, el tiempo de espera, el servicio al cliente y otras cuestiones	115
Sección 7.1	¿Qué tipos de problemas se atienden en el proceso de quejas?	115
Sección 7.2	El nombre formal para “presentar una queja” es “presentar una queja formal”	117
Sección 7.3	Paso a paso: presentación de una queja	118
Sección 7.4	También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención a la Organización para el Mejoramiento de Calidad	119

ANTECEDENTES

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 ¿Qué hacer si tiene algún problema o duda?

En este capítulo se explican los dos tipos de procesos formales para manejar los problemas y las dudas:

- Para algunos tipos de problemas debe utilizar el **proceso de decisiones de cobertura y presentar una apelación**.
- Para otros tipos de problemas, debe utilizar el **proceso de presentación de quejas**.

Ambos procesos fueron aprobados por Medicare. Para garantizar el trato equitativo e inmediato de sus problemas, cada proceso cuenta con un conjunto de normas, procedimientos y fechas límite que usted y nosotros debemos respetar.

¿Cuál proceso utiliza usted? Eso depende del tipo de problema que tenga. La guía en la Sección 3 lo ayudará a identificar el proceso adecuado a utilizar.

Sección 1.2 ¿Qué ocurre con los términos legales?

Existen términos legales técnicos para algunas de las normas, procedimientos y tipos de fechas límite que se detallan en este capítulo. Muchos de estos términos son desconocidos para la mayoría de las personas y pueden resultar difíciles de comprender.

Para simplificar, en este capítulo se explican los procedimientos y normas legales mediante palabras más sencillas en lugar de utilizar ciertos términos legales. Por ejemplo, en este capítulo generalmente se habla de “realizar una queja” en lugar de “presentar una queja formal”, “decisión de cobertura” en lugar de “determinación de la organización” o “determinación de cobertura” y “Organización Revisora Independiente” en lugar de “Entidad Revisora Independiente”. Además se utiliza la menor cantidad de abreviaturas posible.

Sin embargo, puede ser útil (y en algunos casos, realmente importante) que conozca los términos legales correctos para su situación. Conocer qué términos utilizar le ayudará a comunicarse con mayor claridad y precisión al atender su problema y obtener la ayuda o la información adecuada para su situación. Para ayudarle a conocer qué términos debe utilizar, incluimos términos legales al proporcionar detalles sobre cómo manejar tipos específicos de situaciones.

SECCIÓN 2 Puede recibir ayuda de organizaciones del gobierno que no tienen conexión con nosotros

Sección 2.1 Dónde obtener más información y ayuda personalizada

En ocasiones, puede resultar confuso comenzar o llevar a cabo el proceso indicado para resolver un problema. Esto es particularmente cierto si no se siente bien o si no tiene demasiada energía. En otros casos, es posible que no tenga los conocimientos necesarios para dar el siguiente paso.

Reciba ayuda de una organización del gobierno independiente

Siempre estamos disponibles para ayudarlo. Pero en determinadas situaciones también puede pedir la ayuda o la orientación de alguien que no esté relacionado con nosotros. Siempre puede ponerse en contacto con el **Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP)**. Este programa del gobierno cuenta con asesores capacitados en todos los estados. El programa no tiene conexión con nosotros ni con ninguna compañía aseguradora o plan de salud. Los asesores del programa pueden ayudarle a comprender qué proceso debe utilizar para manejar el problema que tiene. También pueden responder sus preguntas, darle más información y ofrecerle orientación sobre qué debe hacer.

Los servicios de los asesores de SHIP son gratis. Los números de teléfono están en el Capítulo 2, Sección 3, de este manual.

También puede recibir ayuda e información en Medicare

Para obtener más información y recibir ayuda para tratar un problema, también puede ponerse en contacto con Medicare. A continuación, le presentamos dos formas de obtener información directa 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 pueden llamar al 1-877-486-2048.
- Puede visitar el sitio web de Medicare website (<http://www.medicare.gov>).

SECCIÓN 3 Para tratar de resolver un problema, ¿qué proceso debe utilizar?

Sección 3.1	¿Debe utilizar el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O debe utilizar el proceso de presentación de quejas?
--------------------	---

Si tiene un problema o duda, simplemente debe leer las partes de este capítulo que corresponden a su situación. La siguiente guía lo ayudará.

Para averiguar qué parte de este capítulo le ayudará con su problema o preocupación específicos, COMIENCE AQUÍ

¿Su problema o preocupación es acerca de sus beneficios o cobertura?

(Esto incluye problemas acerca de la cobertura o no de atención médica o medicamentos recetados en particular, la forma en que están cubiertos, y problemas relacionados con el pago de atención médica o medicamentos recetados).
--

<p style="text-align: center;">Sí.</p> <p style="text-align: center;">Mi problema es acerca de beneficios o cobertura.</p> <p>Consulte la sección siguiente de este capítulo, Sección 4, “Guía de lo básico sobre las decisiones de cobertura y solicitud de apelación.”</p>
--

<p style="text-align: center;">No.</p> <p style="text-align: center;">Mi problema <u>no</u> es acerca de beneficios o cobertura.</p> <p>Avance a la Sección 7 al final de este capítulo: “Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, el tiempo de espera, el servicio al cliente u otras cuestiones.”</p>

DECISIONES Y APELACIONES DE COBERTURA

SECCIÓN 4 **Guía de lo básico sobre las decisiones de cobertura y apelaciones**

Sección 4.1	Solicitud de decisiones de cobertura y apelaciones: panorama general
--------------------	---

El proceso de decisiones de cobertura y solicitudes de apelación se encarga de los problemas relacionados con sus beneficios y cobertura de medicamentos recetados, incluidos problemas relacionados con el pago. Éste es el proceso que se utiliza para asuntos tales como si se cubre un medicamento o no y cómo está cubierto.

Solicitud de decisiones de cobertura

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura, o sobre la cantidad que pagaremos por sus medicamentos recetados.

Tomamos una decisión de cobertura cada vez que decidimos qué tiene cubierto y cuánto pagaremos. En algunos casos podemos decidir que un medicamento no está cubierto o Medicare ya no lo cubre en su caso. Si no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura y usted no está de acuerdo, puede “apelar” la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos la revisión y el cambio de una decisión de cobertura que hemos tomado.

Cuando solicita una apelación, revisamos la decisión de cobertura que hemos tomado para verificar si cumplimos correctamente todas las normas. Su apelación será evaluada por revisores diferentes a los que tomaron la decisión original desfavorable. Cuando completamos la revisión, le comunicamos nuestra decisión.

Si rechazamos una parte o toda la Apelación de Nivel 1, puede presentar una Apelación de Nivel 2. La Apelación de Nivel 2 es realizada por una organización independiente que no tiene conexión con nosotros. Si no está de acuerdo con la decisión de la Apelación de Nivel 2, puede avanzar varios niveles de apelación más.

Sección 4.2	Cómo recibir ayuda cuando solicita una decisión de cobertura o presenta una apelación
--------------------	--

¿Desea ayuda? A continuación, presentamos algunos recursos que tal vez quiera utilizar si decide solicitar alguna decisión de cobertura o apelar una decisión:

- Puede **llamarnos al Departamento de Servicios de Health Alliance Medicare** (los números de teléfono están en la parte de atrás de este manual).
- Para **recibir ayuda gratuita de una organización independiente** que no tenga conexión con nuestro plan, comuníquese con el Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (consulte la Sección 2 de este capítulo).
- **Su médico u otro proveedor puede realizar una solicitud por usted.** Su médico u otro proveedor puede solicitar una decisión de cobertura o una Apelación de Nivel 1 en su nombre. Para solicitar cualquier apelación después del Nivel 1, debe designar a su médico u otro proveedor como su representante.
- **Puede solicitar que otra persona actúe en su nombre.** Si lo desea, puede designar a una persona que actúe como su “representante” para solicitar una decisión de cobertura o apelar una decisión.
 - Es posible que ya exista una persona autorizada legalmente para actuar como su representante según la Ley Estatal.
 - Si desea que un amigo, familiar, su médico, otro proveedor, o alguna otra persona sea su representante, llame al Departamento de Servicios de Health Alliance Medicare y pida el formulario “Nombramiento de un representante”. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en <http://www.cms.hhs.gov/cmsforms/downloads/cms1696.pdf> [*plans may also insert: or on our website at [insert Web site or link to form]*].) El formulario le proporciona a la persona permiso para actuar en su nombre. Debe estar firmado por usted y por la persona que usted desee que actúe en su nombre. Debe darnos una copia del formulario firmado.
- **También tiene derecho a contratar un abogado para que actúe en su nombre.** Puede comunicarse con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado a través de la asociación de abogados u otro servicio de referido local. Además, hay grupos que le brindarán servicios legales gratuitos si es elegible. Sin embargo, **no está obligado a contratar un abogado** para solicitar una decisión de cobertura o apelar una decisión.

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



¿Leyó la Sección 4 de este capítulo (*Guía de “lo básico” sobre las decisiones de cobertura y apelaciones*)?

Si no lo hizo, es posible que desee leerla antes de comenzar esta sección.

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

Entre sus beneficios como miembro del plan se incluye la cobertura de muchos medicamentos recetados para pacientes ambulatorios. Medicare llama a estos medicamentos recetados para pacientes ambulatorios “medicamentos de la Parte D”. Puede obtener estos medicamentos siempre que estén incluidos en la *Lista de medicamentos cubiertos (formulario)* de nuestro plan y el uso del medicamento sea una indicación aceptada por razones médicas. (Una “indicación aceptada por razones médicas” es el uso de un medicamento que está aprobado por la Administración de Drogas y Alimentos o respaldado por determinados libros de referencia. Vea el Capítulo 3, Sección 3 para obtener más información acerca de una indicación aceptada por razones médicas.)

- **Esta sección sólo trata sobre los medicamentos de la Parte D.** Para simplificar, generalmente utilizamos el término “medicamento” en el resto de la sección, en lugar de repetir “medicamento cubierto recetado para pacientes ambulatorios” o “medicamento de la Parte D” cada vez que aparece.
- Para obtener más información sobre el significado de medicamentos de la Parte D, la *lista de medicamentos cubiertos (formulario)*, las normas y restricciones en la cobertura y la información sobre los costos, vea el Capítulo 3 (*Utilización de la cobertura de nuestro plan para sus medicamentos recetados de la Parte D*) y el Capítulo 4 (*Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D*).

Apelaciones y decisiones de cobertura de la Parte D

Como se analizó en la Sección 4 de este capítulo, una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre la cantidad que pagaremos por sus medicamentos.

Términos legales	Una decisión inicial de cobertura acerca de sus medicamentos de la Parte D se conoce como “ determinación de cobertura. ”
-------------------------	--

A continuación, presentamos algunos ejemplos de decisiones de cobertura que puede solicitarnos con relación a sus medicamentos de la Parte D:

- Nos solicita que realicemos una excepción, incluyendo:
 - La solicitud de cobertura de un medicamento de la Parte D que no está incluido en la *lista de medicamentos cubiertos (formulario)*
 - La solicitud de anulación de una restricción en la cobertura del plan para un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede recibir)
 - Pedirnos pagar un monto de costo compartido menor por un medicamento no preferido cubierto.
- Nos consulta si tiene cubierto un medicamento y si cumple con todas las normas de cobertura correspondientes. (Por ejemplo, cuando el medicamento figura en la *lista de medicamentos cubiertos (formulario)* pero requerimos que obtenga nuestra aprobación antes de que lo cubramos.)
 - *Por favor, tenga en cuenta:* Si la farmacia le informa que no se puede presentar su receta tal como está escrita, usted recibirá un aviso por escrito que le explica cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.
- Nos solicita que paguemos un medicamento recetado que ya compró. Esta es una solicitud de decisión de cobertura sobre un pago.

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

En esta sección se indica cómo solicitar decisiones de cobertura y cómo presentar una apelación. Utilice la siguiente tabla que le ayuda a determinar qué parte contiene información para su situación:

¿En cuál de estas situaciones se encuentra?			
<p>¿Necesita un medicamento que no figura en nuestra lista de medicamentos o necesita que no apliquemos una norma o restricción sobre un medicamento que cubrimos?</p> <p>Nos puede solicitar que realicemos una excepción. (Es un tipo de decisión de cobertura.)</p> <p>Comience con la Sección 5.2 de este capítulo.</p>	<p>¿Desea que cubramos un medicamento de nuestra lista de medicamentos y considera que cumple con todas las normas o restricciones del plan (como obtener aprobación por anticipado) para el medicamento que necesita?</p> <p>Puede solicitarnos una decisión de cobertura.</p> <p>Avance a la Sección 5.4 de este capítulo.</p>	<p>¿Desea solicitarnos que le reembolsemos el pago de un medicamento que ya recibió y pagó?</p> <p>Puede solicitarnos un reembolso. (Es un tipo de decisión de cobertura.)</p> <p>Skip ahead to Sección 5.4 de este capítulo.</p>	<p>¿Ya le informamos que no cubriremos ni pagaremos un medicamento de la forma en que usted lo desea?</p> <p>Puede presentar una apelación. (Significa que nos pide que lo reconsideremos.)</p> <p>Avance a la Sección 5.5 de este capítulo.</p>

Sección 5.2 ¿Qué es una excepción?

Si un medicamento no se cubre de la forma en que usted desearía que fuera cubierto, puede solicitarnos que realicemos una "excepción". Una excepción es un tipo de decisión de cobertura. De la misma forma que en otros tipos de decisiones de cobertura, si rechazamos su solicitud de realizar una excepción, puede apelar nuestra decisión.

Cuando solicita una excepción, su médico u otro profesional que recete deberán explicar los motivos médicos por los cuales se necesita la aprobación de la excepción. Entonces

consideraremos su solicitud. A continuación, presentamos tres ejemplos de excepciones que usted o su médico u otro profesional pueden solicitarnos:

1. Cobertura de un medicamento de la Parte D que no figure en nuestra lista de medicamentos cubiertos (formulario). (Para abreviar le llamamos “lista de medicamentos.”)

Términos legales	La solicitud de cobertura de un medicamento no incluido en la lista de medicamentos en ocasiones se conoce como solicitud de “excepción al formulario.”
-------------------------	--

- Si aceptamos hacer una excepción y cubrimos un medicamento que no figura en la Lista de medicamentos, deberá pagar el costo compartido que se aplique a los medicamentos de nivel 3 para los medicamentos de marca o de nivel 1 para los medicamentos genéricos. No puede solicitar una excepción a la cantidad de copago o coseguro que le requerimos que pague por el medicamento.
- No puede solicitar la cobertura de ningún “medicamento excluido” u otro medicamento que no esté incluido en la Parte D que Medicare no cubre. (Para obtener más información acerca de los medicamentos excluidos, vea el Capítulo 3.)

2. Anulación de una restricción en nuestra cobertura de un medicamento cubierto. Existen normas o restricciones adicionales que se aplican a determinados medicamentos incluidos en nuestra lista de medicamentos cubiertos (formulario) (si desea más información, vea el Capítulo 3).

Términos legales	La solicitud de anulación de una restricción de cobertura de un medicamento en ocasiones se conoce como solicitud de “excepción al formulario.”
-------------------------	--

- Las normas y restricciones adicionales de cobertura de determinados medicamentos incluyen:
 - *El requisito de utilizar la versión genérica* de un medicamento en lugar del medicamento de marca.
 - *La obtención de la aprobación por anticipado del plan* antes de que aceptemos cubrirle su medicamento. (Esto a veces se conoce como “autorización previa”).
 - *El requisito de probar primero un medicamento diferente* antes de que aceptemos cubrir el medicamento que solicita. (Esto a veces se conoce como “terapia en etapas”).
 - *Límites de cantidad.* En el caso de algunos medicamentos, existen restricciones en la cantidad de medicamento que puede recibir.

- Si aceptamos realizar una excepción y no aplicar una restricción en su caso, puede solicitar una excepción en la cantidad de copago o coseguro que debe pagar por el medicamento.

3. Cambio de cobertura de un medicamento a un nivel de costo compartido menor. Cada medicamento de nuestra lista de medicamentos está en uno de los cinco niveles de costo compartido. En general, mientras más bajo es el número del nivel del costo compartido, menos deberá pagar como la parte del costo que le corresponde del medicamento.

Términos legales	La solicitud de pago de un precio preferido menor por un medicamento cubierto no preferido en ocasiones se conoce como solicitud de una " excepción de nivel. "
-------------------------	--

- Si su medicamento pertenece al nivel 2 (genéricos no preferidos) o al nivel 4 (de marca no preferidos), puede solicitarnos que lo cubramos según el monto de costo compartido que corresponde a los medicamentos del nivel 1 (genéricos preferidos) o del nivel 3 (de marca preferidos). Esto reducirá el costo compartido del medicamento.
- No puede pedirnos que cambiemos el nivel de costo compartido para ningún medicamento del nivel 5 de medicamentos recetados especializados.

Sección 5.3	Información importante que debe conocer acerca de la solicitud de excepciones
--------------------	--

Su médico debe informarnos los motivos médicos

Su médico u otro profesional que recete deben darnos una justificación que explique los motivos médicos por los cuales solicita una excepción. Para que la decisión sea más rápida, incluya esta información médica del médico o de otro profesional que recete al solicitar una excepción.

En general, nuestra lista de medicamentos incluye más de un medicamento para el tratamiento de una condición en particular. Estas diferentes posibilidades se conocen como medicamentos "alternativos". Si un medicamento alternativo resultara tan eficaz como el medicamento que está solicitando y no causa más efectos secundarios u otros problemas de salud, en general *no* aprobaremos la solicitud de una excepción.

Podemos aceptar o rechazar su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de excepción, nuestra aprobación generalmente tiene validez hasta el final del año del plan. Esto se cumple siempre y cuando el médico continúe recetándole el medicamento y el medicamento continúe resultando seguro y eficaz en el tratamiento de su enfermedad.
- Si rechazamos su solicitud de excepción, puede solicitar una revisión de nuestra decisión mediante una apelación. En la Sección 5.5 se indica cómo presentar una apelación en caso de que rechacemos su solicitud.

En la siguiente sección se indica cómo solicitar una decisión de cobertura, incluyendo una excepción.

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

Paso 1: Nos solicita que tomemos una decisión de cobertura en relación con los medicamentos o el pago que necesita. Si su salud requiere una respuesta rápida, debe solicitarnos una “**decisión rápida**”. **No puede solicitar una decisión rápida si nos está solicitando el reembolso del pago de un medicamento que ya compró.**

Qué debe hacer

- **Solicite el tipo de decisión de cobertura que desea.** Comience por llamarnos, escribirnos o enviarnos un fax para realizar la solicitud. Usted, su representante o su médico (u otro profesional que receta) pueden hacerlo. Si desea detalles, vea el Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección llamada, *Cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura acerca de los medicamentos recetados de la Parte D*. O si nos solicita el reembolso del pago de un medicamento, consulte la sección llamada, *Dónde enviar la solicitud de pago de la parte del costo que nos corresponde por un medicamento recibido*.
- **Usted o su médico, o alguien que actúe en su nombre** pueden solicitar una decisión de cobertura. En la Sección 4 de este capítulo se indica cómo otorgar un permiso escrito a una persona para que actúe como su representante. También puede tener un abogado que actúe en su nombre.
- **Si desea solicitarnos el reembolso del pago de un medicamento,** comience por el Capítulo 5 de este manual: *Cómo solicitarnos el pago de la parte que nos corresponde de una factura recibida por medicamentos cubiertos*. El Capítulo 5 describe las situaciones en las que puede ser necesario solicitar un reembolso. Además indica cómo enviarnos la documentación donde se nos solicite el reembolso de la parte del costo que nos corresponde de un medicamento que usted haya pagado.
- **Si solicita una excepción, presente la “justificación del médico”.** Su médico u otro profesional que receta debe proporcionar los motivos médicos de la excepción de medicamentos que está solicitando. (Esto se conoce como “justificación del médico”). Su médico u otro profesional que receta puede enviarnos por fax o correo la justificación. O bien, el médico o profesional que receta puede informarnos vía telefónica y, si fuera necesario, posteriormente enviar por fax o correo la justificación firmada. Consulte las Secciones 5.2 y 5.3 para obtener más información acerca de las solicitudes de excepción.

Si su salud lo requiere, solicítenos una “decisión rápida”

Términos legales	A la “decisión rápida” se le conoce como “ determinación de cobertura acelerada. ”
-------------------------	---

- Cuando le informemos nuestra decisión, utilizaremos los plazos “estándar”, a menos que hayamos aceptado emplear los plazos “rápidos”. Una decisión estándar implica que la respuesta será informada en las siguientes 72 horas después de haber recibido la justificación del médico. Una decisión rápida significa que responderemos en las siguientes 24 horas.
- **Para recibir una decisión rápida debe cumplir con dos requisitos:**
 - Puede recibir una decisión rápida *sólo* si solicita *un medicamento que aún no recibió*. (No puede recibir una decisión rápida si nos está solicitando el reembolso del pago de un medicamento que ya compró).
 - Puede obtener una decisión rápida *sólo* si el uso de plazos estándar podría *ocasionar daños graves a su salud o perjudicar su capacidad física*.
- **Si el médico u otro profesional que recete nos informa que su salud requiere una “decisión rápida”, automáticamente aceptaremos proporcionarle una decisión rápida.**
- Si solicita una decisión rápida por su cuenta (sin el respaldo del médico u otro profesional que receta), decidiremos si su salud requiere una decisión rápida de nuestra parte.
 - Si decidimos que su condición médica no cumple con los requisitos para una decisión rápida, le enviaremos una carta informándole (y, en su lugar, emplearemos los plazos estándar).
 - Esta carta le informará que si el médico o el profesional que receta solicita la decisión rápida, automáticamente se la proporcionaremos.
 - Además, le informará cómo presentar una queja acerca de nuestra decisión de proporcionarle una decisión estándar en lugar de la decisión rápida solicitada. Le informará cómo presentar una queja “rápida”, que significa que recibiría nuestra respuesta a su reclamación en las siguientes 24 horas. (El proceso para la presentación de una queja es diferente al proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, consulte la Sección 7 de este capítulo.)

Paso 2: Consideramos su solicitud y le proporcionamos nuestra respuesta.

Plazos para una decisión de cobertura “rápida”

- Si utilizamos plazos rápidos, debemos darle nuestra respuesta **en las siguientes 24 horas**.

- En general, esto significa en las siguientes 24 horas después de la recepción de su solicitud. Si solicita una excepción, le proporcionaremos nuestra respuesta en las siguientes 24 horas después de recibir la justificación del médico que respalde su solicitud. Le informaremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.
- Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde la revisará una organización externa independiente. Más adelante en esta sección le informaremos sobre esta organización revisora y le explicaremos qué ocurre en el Nivel de Apelación 2.
- **Si nuestra respuesta a su solicitud es positiva, ya sea de forma parcial o total,** debemos proporcionar la cobertura acordada en las siguientes 24 horas después de recibir su solicitud o la justificación del médico que respalde su solicitud.
- **Si nuestra respuesta a su solicitud es negativa, ya sea de forma parcial o total,** le enviaremos una justificación por escrito donde se explique por qué nos negamos.

Plazos para una decisión de cobertura "estándar" acerca de un medicamento que aún no recibió

- Si utilizamos los plazos estándar, debemos proporcionarle nuestra respuesta **en las siguientes 72 horas.**
 - En general, esto significa en las siguientes 72 horas después de la recepción de su solicitud. Si solicita una excepción, le daremos nuestra respuesta en las siguientes 72 horas después de recibir la justificación del médico que respalde su solicitud. Le informaremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.
 - Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde la revisará una organización independiente. Más adelante en esta sección le informaremos sobre esta organización revisora y le explicaremos qué ocurre en el Nivel de Apelación 2.
- **Si nuestra respuesta a su solicitud es positiva, ya sea de forma parcial o total:**
 - Si aprobamos su solicitud de cobertura, debemos **proporcionar la cobertura** acordada **en las siguientes 72 horas** después de recibir su solicitud o la justificación del médico que respalde su solicitud.
- **Si nuestra respuesta a su solicitud es negativa, ya sea de forma parcial o total,** le enviaremos una justificación por escrito donde se explique por qué nos negamos.

Plazos para una decisión de cobertura "estándar" acerca de un pago por un medicamento que ya compró

- Debemos darle una respuesta **en los siguientes 14 días calendario** después de recibir su solicitud.

- Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde la revisará una organización independiente. Más adelante en esta sección le informaremos sobre esta organización revisora y le explicaremos qué ocurre en el Nivel de Apelación 2.
- **Si nuestra respuesta a su solicitud es positiva, ya sea de forma parcial o total,** también debemos efectuar el pago en los siguientes 30 días calendario después de recibir su solicitud.
- **Si nuestra respuesta a su solicitud es negativa, ya sea de forma parcial o total,** le enviaremos una justificación por escrito donde se explique por qué nos negamos.

Paso 3: Si rechazamos su solicitud de cobertura, usted decide si desea presentar una apelación.

- Si nuestra respuesta es negativa, tiene derecho a solicitar una apelación. La solicitud de una apelación significa solicitarnos que reconsideremos, y posiblemente cambiemos, nuestra decisión ya tomada.

Sección 5.5	Paso a paso: cómo presentar una Apelación de Nivel 1 (cómo solicitar una revisión de la decisión de cobertura que tomó nuestro plan)
--------------------	--

Términos legales	Una apelación al plan en relación con la cobertura de un medicamento de la Parte D también se conoce como “redeterminación” del plan.”
-------------------------	--

Paso 1: Comuníquese con nosotros y realice su Apelación de Nivel 1. Si su estado de salud exige una respuesta inmediata, debe solicitar una “**apelación rápida**”.

Qué debe hacer

- **Para iniciar su apelación, usted (o su representante, médico u otro profesional que recete) debe comunicarse con nosotros.**
 - Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros por teléfono, fax o correo por cualquier motivo relacionado con su apelación, vea el Capítulo 2, Sección 1, y busque la sección llamada, *Cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación acerca de los medicamentos recetados de la Parte D.*
- **Si solicita una apelación estándar, envíe la solicitud por escrito.**
- **Si solicita una apelación rápida, hagala por escrito o llámenos al número de teléfono que se encuentra en el Capítulo 2, Sección 1** (Cómo comunicarse con

nosotros para presentar una apelación acerca de los medicamentos recetados de la Parte D).

- **Debe realizar su solicitud de apelación en los siguientes 60 días calendario** desde de la fecha en que enviamos el aviso escrito para comunicarle nuestra respuesta a su solicitud de decisión de cobertura. Si se le vence este plazo, y tiene un buen motivo para que éste se haya vencido, podemos darle más tiempo para realizar su apelación. Ejemplos de buenos motivos para el vencimiento del plazo pueden incluir si tuvo una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le proporcionamos información incorrecta o incompleta acerca del plazo para la solicitud de la apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información incluida en su apelación y agregar más información.**
 - Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de la información relacionada con su apelación. Si lo desea, usted y su médico o profesional que receta pueden darnos información adicional que respalde su apelación.

Si su estado de salud así lo requiere, solicite una “apelación rápida”

Términos legales	A una “apelación rápida” también se le conoce como “redeterminación acelerada.”
-------------------------	---

- Si está apelando una decisión que tomó nuestro plan en relación con un medicamento que aún no recibió, usted y su médico u otro profesional que receta deberán decidir si necesita una “apelación rápida”.
- Los requisitos para una “apelación rápida” son los mismos que para una “decisión rápida” en la Sección 5.4 de este capítulo.

Paso 2: Nuestro plan considera su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Cuando nuestro plan revisa su apelación, repasamos minuciosamente una vez más toda la información sobre su solicitud de cobertura. Comprobamos si cumplimos con todas las normas cuando rechazamos su solicitud. Es posible que nos comuniquemos con usted o su médico u otro profesional que receta para obtener más información.

*Plazos para una **apelación “rápida”***

- Si utilizamos plazos rápidos, debemos darle nuestra respuesta **en las siguientes 72 horas después de recibir su apelación.** Le informaremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.
 - Si no damos una respuesta en las siguientes 72 horas, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una Organización Revisora Independiente. Más adelante en esta sección le

informaremos sobre esta organización revisora y le explicaremos qué ocurre en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.

- **Si nuestra respuesta a su solicitud es positiva, ya sea de forma parcial o total,** debemos proporcionar la cobertura que aceptamos proporcionar en las siguientes 72 horas después de recibir su apelación.
- **Si nuestra respuesta a su solicitud es negativa, ya sea de forma parcial o total,** le enviaremos una declaración por escrito donde se explicará el motivo del rechazo y cómo apelar nuestra decisión.

*Plazos para una **apelación “estándar”***

- Si utilizamos plazos estándar, debemos darle nuestra respuesta **en los siguientes 7 días calendario** después de recibir su apelación. Le informaremos nuestra decisión antes si no ha recibido el medicamento y su salud requiere que se lo proporcionemos. Si considera que su salud así lo requiere, debe solicitar una apelación “rápida”.
 - Si no proporcionamos una decisión en los siguientes 7 días calendario, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una Organización Revisora Independiente. Más adelante en esta sección le informaremos sobre esta organización revisora y le explicaremos qué ocurre en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta a su solicitud es positiva, ya sea en forma parcial o total:**
 - Si aprobamos una solicitud de cobertura, debemos **proporcionar la cobertura** acordada con la rapidez que su salud requiera, **antes de los 7 días calendario** después de recibir su apelación.
 - Si aprobamos su solicitud de reembolso del pago de un medicamento que ya compró, debemos **enviarle el pago en los siguientes 30 días calendario** después de recibir su solicitud de apelación.
- **Si nuestra respuesta a su solicitud es negativa, ya sea de forma parcial o total,** le enviaremos una declaración por escrito donde se explicará el motivo del rechazo y cómo apelar nuestra decisión.

Paso 3: Si rechazamos su apelación, usted decide si desea continuar con el proceso de apelación y presentar *otra* apelación.

- Si rechazamos su apelación, usted elige si acepta esta decisión o continúa mediante la presentación de otra apelación.
- Si decide realizar otra apelación, esto significa que su apelación pasará al Nivel 2 del proceso de apelación (ver a continuación).

Sección 5.6 Paso a paso: cómo presentar una Apelación de Nivel 2

Si rechazamos su apelación, usted elige si acepta esta decisión o continúa mediante la presentación de otra apelación. Si decide pasar a una Apelación de Nivel 2, la **Organización Revisora Independiente** revisa la decisión que tomamos cuando rechazamos su primera apelación. Esta organización decide si se debe cambiar la decisión que tomamos.

Términos legales	El nombre formal de la “Organización Revisora Independiente” es “ Entidad Revisora Independiente ”. A veces también se le conoce como “ IRE ” (por su sigla en inglés).
-------------------------	---

Paso 1: Para presentar una Apelación de Nivel 2, debe comunicarse con la Organización Revisora Independiente y solicitar una revisión de su caso.

- Si rechazamos su Apelación de Nivel 1, el aviso por escrito que le enviemos incluirá **instrucciones sobre cómo presentar una Apelación de Nivel 2** en la Organización Revisora Independiente. Estas instrucciones le indicarán quién puede realizar esta Apelación de Nivel 2, cuáles son los plazos que debe cumplir y cómo ponerse en contacto con la organización revisora.
- Al presentar una apelación con la Organización Revisora Independiente, enviaremos la información que poseamos sobre su apelación a esta organización. Esta información se conoce como “legajo”. **Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de su legajo.**
- Tiene derecho a proporcionar a la Organización Revisora Independiente información adicional que respalde su apelación.

Paso 2: La Organización Revisora Independiente realiza una revisión de su apelación y le da una respuesta.

- **La Organización Revisora Independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no tiene conexión con nosotros y no es una agencia del gobierno. Es una empresa seleccionada por Medicare para revisar nuestras decisiones relacionadas con sus beneficios de la Parte D con nosotros.
- Los revisores de la Organización Revisora Independiente repasarán minuciosamente toda la información relacionada con su apelación. La organización le comunicará su decisión por escrito y le explicará los motivos.

*Plazos para una **apelación “rápida”** en el Nivel 2*

- Si su estado de salud así lo requiere, solicite una “apelación rápida” a la Organización Revisora Independiente.

- Si la organización revisora acepta otorgarle una “apelación rápida” la organización revisora debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **en las siguientes 72 horas** después de recibir su solicitud de apelación.
- **Si la Organización Revisora Independiente acepta su solicitud, en forma parcial o total**, debemos proporcionarle la cobertura del medicamento aprobada por la organización revisora **en las siguientes 24 horas** después de recibir la decisión de la organización revisora.

*Plazos para una **apelación “estándar”** en el Nivel 2*

- Si tiene una apelación estándar en el Nivel 2, la organización revisora debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **en los siguientes 7 días calendario** después de recibir su apelación.
- **Si la Organización Revisora Independiente acepta su solicitud, en forma parcial o total:**
 - Si la Organización Revisora Independiente aprueba una solicitud de cobertura, debemos **proporcionarle la cobertura del medicamento** aprobada por la organización revisora **en las siguientes 72 horas** después de recibir la decisión de la organización revisora.
 - Si la Organización Revisora Independiente aprueba una solicitud de reembolso del pago de un medicamento que ya compró, debemos **enviarle el pago en los siguientes 30 días calendario** después de recibir la decisión de la organización revisora.

¿Qué sucede si la organización revisora rechaza su apelación?

Si esta organización rechaza su apelación, significa que la organización está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. (Esto se conoce como “mantener la decisión”. También se lo conoce como “rechazo de su apelación”).

Para continuar y presentar otra apelación en el Nivel 3, el valor en dólares de la cobertura del medicamento que solicita debe cumplir con una cantidad mínima. Si el valor en dólares de la cobertura solicitada es demasiado baja, no puede realizar otra apelación y la decisión en el Nivel 2 es definitiva. El aviso que recibe de la Organización Revisora Independiente le informará el valor en dólares que debe estar en discusión para continuar con el proceso de apelación.

Step 3: Si el valor en dólares de la cobertura solicitada cumple con los requisitos, usted elige si desea continuar con su apelación.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (un total de cinco niveles de apelación).

- Si se rechaza su Apelación de Nivel 2 y cumple con los requisitos para continuar con el proceso de apelación, debe decidir si desea pasar al Nivel 3 y realizar una tercera apelación. Si decide realizar una tercera apelación, los detalles sobre cómo solicitarla se encuentran en el aviso escrito que recibió después de la segunda apelación.
- La Apelación de Nivel 3 es evaluada por un juez de derecho administrativo. En la Sección 6 de este capítulo se proporciona más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

SECCIÓN 6 Cómo presentar la apelación en el Nivel 3 y en los niveles superiores

Sección 6.1 Niveles de Apelación 3, 4 y 5 de medicamentos recetados de la Parte D

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

Si el valor en dólares del medicamento que ha apelado cumple con ciertos niveles mínimos, posiblemente pueda pasar a los niveles adicionales de apelación. Si el valor en dólares es menor al mínimo, no podrá realizar más apelaciones. Si el valor en dólares es lo suficientemente alto, la respuesta escrita que recibirá por su Apelación de Nivel 2 le explicará con quién comunicarse y qué hacer para solicitar una Apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones que implican apelaciones, los tres últimos niveles de apelación funcionan de manera muy similar. A continuación, se detalla quién está a cargo de la apelación en cada uno de estos niveles.

Nivel de Apelación 3	Un juez que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta. Éste es un “Juez de derecho administrativo”.
-----------------------------	---

- **Si el Juez de Derecho Administrativo acepta su apelación, el proceso de apelación habrá finalizado.** Se ha aprobado lo que solicitó en la apelación. Debemos **autorizar o proporcionarle la cobertura del medicamento** que fue aprobada por el **Juez de derecho administrativo en las siguientes 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o hacer el pago antes de los 30 días calendario**, después de recibir la decisión.
- **Si el Juez de Derecho Administrativo rechaza su apelación, el proceso de apelación puede o no finalizar.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación habrá finalizado.

- Si no desea aceptar la decisión, puede continuar con el nivel siguiente del proceso de revisión. Si el juez de derecho administrativo rechaza su apelación, el aviso que recibirá le indicará qué hacer si decide continuar con la apelación.

Nivel de Apelación 4	El Consejo de Apelaciones de Medicare revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo de Apelaciones de Medicare trabaja para el gobierno federal.
-----------------------------	---

- **Si la respuesta es positiva, el proceso de apelación habrá finalizado.** Se ha aprobado lo que solicitó en la apelación. Debemos **autorizar o proporcionarle la cobertura del medicamento** que fue aprobada por el Consejo de Apelaciones de Medicare **en las siguientes 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o hacer el pago antes de los 30 días calendario**, después de recibir la decisión.
- **Si la respuesta es negativa, el proceso de apelación puede o no finalizar.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación habrá finalizado.
 - Si no desea aceptar la decisión, puede continuar con el nivel siguiente del proceso de revisión. Si el Consejo de Apelaciones de Medicare rechaza su apelación, el aviso que recibirá le indicará si las normas le permiten pasar a la Apelación de Nivel 5. Si las normas le permiten continuar, el aviso por escrito también le informará con quién ponerse en contacto y qué hacer si decide continuar con la apelación.

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

- Éste es el último paso del proceso de apelación.

PRESENTACIÓN DE QUEJAS

SECCIÓN 7 **Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención médica, el tiempo de espera, el servicio al cliente y otras cuestiones**



Si su problema está relacionado con las decisiones sobre beneficios, la cobertura o pagos, esta sección *no es para usted*. En su lugar, debe utilizar el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Consulte la Sección 4 de este capítulo.

Sección 7.1	¿Qué tipos de problemas se atienden en el proceso de quejas?
--------------------	---

Esta sección explica cómo utilizar el proceso para la presentación de quejas. Este proceso se utiliza *sólo* para ciertos tipos de problemas. Estos incluyen problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. A continuación, se detallan algunos ejemplos de los tipos de problemas que se atienden en el proceso de quejas.

Si tiene alguno de los siguientes tipos de problemas, puede “presentar una queja”

Calidad de la atención médica

- ¿No está conforme con la calidad de la atención médica que recibe?

Respeto de su privacidad

- ¿Cree que alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información sobre usted que considera debe ser confidencial?

Falta de respeto, servicio al cliente deficiente u otras conductas negativas

- ¿Alguna persona fue descortés o le fató al respeto?
- ¿No está conforme con el trato que recibe del Departamento de Servicios de Health Alliance Medicare?
- ¿Siente que lo incentivan a abandonar el plan?

Tiempos de espera

- ¿Ha tenido que esperar demasiado tiempo a los farmacéutas? ¿O al Departamento de Servicios de Health Alliance Medicare u otro personal del plan?
 - Los ejemplos incluyen esperar demasiado tiempo al teléfono o al surtir su receta médica.

Limpieza

- ¿No está conforme con la limpieza o la condición de una farmacia?

Información que recibe de nuestra parte

- ¿Considera que no ha recibido un aviso que debemos proporcionarle?
- ¿Considera que la información por escrito que le proporcionamos es difícil de entender?

La página siguiente tiene más ejemplos de posibles motivos para presentar una queja

Posibles quejas (continuación)

Todos estos tipos de quejas están relacionados con la *puntualidad* de nuestras acciones con respecto a las decisiones de cobertura y apelaciones

El proceso para la solicitud de una decisión de cobertura y la presentación de apelaciones se explica en las secciones 4-6 de este capítulo. Si solicita una decisión o presenta una apelación, utiliza ese proceso, no el proceso de quejas.

Sin embargo, si ya nos solicitó una decisión de cobertura o presentó una apelación y considera que no respondemos lo suficientemente rápido, también puede presentar una queja debido a la lentitud. Estos son algunos ejemplos:

- Si nos solicitó que le demos una “respuesta rápida” para una decisión de cobertura o apelación y la rechazamos, puede presentar una queja.
- Si considera que no cumplimos con los plazos para proporcionarle una decisión de cobertura o una respuesta a una apelación que realizó, puede presentar una queja.
- Cuando se revisa una decisión de cobertura que tomamos y se nos informa que debemos proporcionarle la cobertura o el reembolso por determinados medicamentos, se aplican plazos. Si considera que no cumplimos con dichos plazos, puede presentar una queja.
- Cuando no le proporcionamos una decisión a tiempo, debemos reenviar su caso a la Organización Revisora Independiente. Si no lo hacemos dentro del plazo requerido, puede presentar una queja.

Sección 7.2 El nombre formal para “presentar una queja” es “presentar una queja formal”

Términos legales

- Lo que se llama “**queja**” en esta sección, también se conoce como “**queja formal**”.
- Otro nombre para “**realizar una queja**” es “**presentar una queja formal**”.
- Otra forma de decir “**utilizar el proceso de quejas**” es “**utilizar el proceso de**

presentación de una queja formal”.

Sección 7.3 Paso a paso: presentación de una queja

Paso 1: Póngase en contacto con nosotros de inmediato, ya sea por teléfono o por escrito.

- (a) **Por lo general, el primer paso es llamar al Departamento de Servicios de Health Alliance Medicare.** Si hay algo más que tenga que hacer, el Departamento de Servicios de Health Alliance Medicare se lo informará. Puede contactarse con nosotros a través del Departamento de Servicios de Health Alliance Medicare, llamando al 1-855-291-9311 o por TTY/TDD 711 ó 1-800-526-0844 (retransmisión de Illinois), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., de lunes a viernes. Desde el 15 de octubre hasta el 14 de febrero, el Departamento de Servicios de Health Alliance Medicare estará a su disposición de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los siete días de la semana.
- **Si no desea llamar por teléfono (o llamó y no quedó satisfecho), puede enviarnos su queja por escrito.** Si envió su queja por escrito, le responderemos por escrito.
 - Puede presentar su reclamo a más tardar 60 días después de sucedido el hecho. Health Alliance investigará la esencia de la queja, incluidos los aspectos relacionados con la atención clínica, y reunirá toda la información necesaria para encontrar una solución. Si está presentando un reclamo respecto de nuestra decisión de no ejecutar una reconsideración o determinación acelerada de la organización, aceleraremos nuestra revisión y le responderemos dentro de las 24 horas.
 - **Ya sea que llame o escriba, debe ponerse en contacto con Departamento de Servicios de Health Alliance Medicare de inmediato.** La queja se debe realizar en los siguientes 60 días calendario después de haber tenido el problema por el cual realiza la queja.
 - **Si presenta una queja porque rechazamos su solicitud a una “respuesta rápida” de una decisión de cobertura o apelación, automáticamente le proporcionaremos una queja “rápida”.** Si tiene una queja “rápida”, significa que le daremos una respuesta en las siguientes las 24 horas.

Términos legales	Lo que se llama “ queja rápida ” en esta sección, también se conoce como “ queja formal acelerada ”.
-------------------------	--

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

- **Si es posible, le responderemos de forma inmediata.** Si nos llama por una queja, es posible que podamos darle una respuesta durante la misma llamada telefónica. Si su condición de salud requiere que le respondamos con rapidez, lo haremos.
- **La mayoría de las quejas se responden en 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora lo beneficiará o usted solicita más tiempo, podemos demorar hasta 14 días calendario más (44 días calendario en total) para responder a su queja.
- **Si no estamos de acuerdo** con su queja de forma parcial o total, o no asumimos responsabilidad por el problema por el cual presenta la queja, le informaremos. Nuestra respuesta incluirá nuestros motivos para la respuesta. Debemos responder si estamos de acuerdo o no con la queja.

Sección 7.4	También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención a la Organización para el Mejoramiento de Calidad
--------------------	---

Puede presentar su queja acerca de la calidad de la atención que recibió de nuestra parte mediante el proceso paso a paso descrito anteriormente.

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

- **Puede realizar la queja ante la Organización para el Mejoramiento de Calidad.** Si prefiere, puede presentar la queja sobre la calidad de la atención recibida directamente ante esta organización (*sin* presentar la queja ante nosotros).
 - La Organización para el Mejoramiento de Calidad es un grupo de médicos especializados y otros expertos en el cuidado de la salud pagado por el gobierno federal, que se encarga de 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 para el Mejoramiento de Calidad de su estado, vea el Capítulo 2, Sección 4, de este manual. Si presenta una queja ante esta organización, trabajaremos con ellos para resolverla.
- **O puede presentar su queja ante ambos al mismo tiempo.** Si lo desea, puede presentar su queja acerca de la calidad de la atención ante nosotros y también ante la Organización para el Mejoramiento de Calidad.

Capítulo 8. Baja del plan

SECCIÓN 1	Introducción	121
Sección 1.1	Este capítulo se concentra en la baja del plan.....	121
SECCIÓN 2	¿Cuándo puede darse de baja de nuestro plan?	121
Sección 2.1	Por lo general, puede darse de baja durante el Período de inscripción Anual.....	121
Sección 2.2	En determinadas situaciones, puede darse de baja durante un Período especial de Inscripción	122
Sección 2.3	¿Dónde puede obtener más información sobre el momento en que puede darse de baja?	124
SECCIÓN 3	¿Cómo debe darse de baja de nuestro plan?.....	124
Sección 3.1	Por lo general, se le da de baja cuando se inscribe en otro plan	124
SECCIÓN 4	Hasta que sea dado de baja, debe recibir medicamentos recetados a través de nuestro plan.....	127
Sección 4.1	Hasta que sea dado de baja, continúa siendo miembro de nuestro plan	127
SECCIÓN 5	Nuestro Plan debe darle de baja del plan en determinadas situaciones	127
Sección 5.1	¿Cuándo debemos darle de baja del plan?	127
Sección 5.2	<u>No podemos</u> solicitarle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con la salud.....	128
Sección 5.3	Si le damos de baja de nuestro plan, tiene derecho a presentar una queja.....	128

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1	Este capítulo se concentra en la baja del plan
--------------------	---

Darse de baja en nuestro Plan puede ser en forma **voluntaria** (por decisión propia) o **involuntaria** (no por decisión propia):

- Puede darse de baja de nuestro plan porque decidió que *desea* hacerlo.
 - Existen solamente determinadas épocas del año, o determinadas situaciones, en las que puede darse de baja de nuestro plan en forma voluntaria. La Sección 2 describe *cuándo* puede darse de baja del plan.
 - El proceso para darse de baja de forma voluntaria varía según el tipo de cobertura nueva que elija. La Sección 3 describe cómo darse de baja en cada situación.
- También existen situaciones limitadas en que usted no elige darse de baja, pero nos vemos obligados a finalizar su inscripción. La Sección 5 describe las situaciones en que debemos darle de baja.

Si se da de baja de nuestro plan, debe continuar recibiendo sus medicamentos recetados de la Parte D a través de nuestro plan hasta que termine su inscripción.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede darse de baja de nuestro Plan?

Puede darse de baja de nuestro plan sólo en determinados períodos del año, conocidos como períodos de inscripción. Todos los miembros tienen la oportunidad de darse de baja del plan durante el Período de inscripción anual. En determinadas situaciones, también puede ser elegible para darse de baja del plan en otros momentos del año.

Sección 2.1	Por lo general, puede darse de baja durante el Período de inscripción Anual
--------------------	--

Puede darse de baja durante el **Período de inscripción anual** (también conocido como el “Período de elección coordinada anual”). Éste es el momento en que usted debería revisar su cobertura médica y de medicamentos, y tomar una decisión sobre su cobertura para el año siguiente.

- **¿Cuándo es el Período de inscripción anual?** Se lleva a cabo del 15 de octubre al 7 de diciembre de 2011.
- **¿A qué tipo de plan se puede cambiar durante el Período de inscripción anual?** En este período, puede revisar su cobertura de salud y de medicamentos recetados. Puede elegir quedarse con su cobertura actual o hacer cambios a su cobertura para el

año siguiente. Si decide cambiar por un nuevo plan, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:

- Otro Plan de medicamentos recetados de Medicare.
- Medicare Original *sin* un plan aparte de medicamentos recetados de Medicare.
 - **Si recibe Ayuda Adicional de Medicare para pagar sus medicamentos recetados:** Si no se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos recetados, a menos que usted no haya aceptado la inscripción automática.
- – o – Un plan de salud de Medicare. Un plan de salud de Medicare es un plan de salud ofrecido por una compañía privada que tiene contratos con Medicare y proporciona todos los beneficios de las Partes A (hospital) y B (médicos) de Medicare. Algunos planes de salud de Medicare también incluyen la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D.
 - Si se inscribe en la mayoría de los planes de salud de Medicare, será dado de baja de nuestro Plan al comenzar la cobertura de su nuevo plan. Sin embargo, si elige un plan privado de Pago por Servicio sin cobertura de medicamentos de la Parte D, un Plan de Cuentas de Ahorros Médicos de Medicare o un Plan de Costo de Medicare, se puede inscribir en ese plan y seguir con nuestro Plan para la cobertura de sus medicamentos. Si usted no quiere seguir en nuestro plan, puede inscribirse en otro plan o salir de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare.

Nota: Si se da de baja de un plan de medicamentos recetados de Medicare y permanece sin cobertura válida de medicamentos recetados, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía si posteriormente se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare. (Cobertura “válida” significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, al menos, la misma cantidad que la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare.)

- **¿Cuándo se le dará de baja?** Se le dará de baja cuando comience la cobertura del nuevo plan el 1 de enero.

Sección 2.2	En determinadas situaciones, puede darse de baja durante un Período especial de Inscripción
--------------------	--

En determinadas situaciones, los miembros de nuestro Plan pueden ser elegibles para darse de baja en otros momentos del año. Esto se conoce como **Período especial de inscripción**.

- **¿Quién es elegible para un Período especial de inscripción?** Si alguna de las siguientes situaciones se aplican a usted, puede darse de baja durante un Período especial de inscripción. Estos son sólo algunos ejemplos; para consultar la lista

completa, puede ponerse en contacto con el plan, llamar a Medicare o visitar el sitio web de Medicare (<http://www.medicare.gov>):

- Si se muda fuera del área de servicio del plan.
 - Si tiene Medicaid.
 - Si es elegible para recibir Ayuda Adicional para el pago de las recetas médicas de Medicare.
 - Si violamos nuestro contrato con usted.
 - Si recibe atención en una institución, como un asilo de ancianos o un hospital de cuidado a largo plazo.
- **¿Cuándo son los Períodos especiales de inscripción?** Los períodos de inscripción varían según su situación.
 - **¿Qué puede hacer?** Para averiguar si es elegible para un Período especial de inscripción, por favor 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 pueden llamar al 1-877-486-2048. Si es elegible para darse de baja por una situación especial, puede elegir cambiar tanto la cobertura de salud de Medicare como la cobertura de medicamentos recetados. Esto significa que puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
 - Otro plan de medicamentos recetados de Medicare.
 - Medicare Original *sin* un plan aparte de medicamentos recetados de Medicare.
 - **Si recibe Ayuda Adicional de Medicare para pagar sus medicamentos recetados:** Si cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan aparte de medicamentos recetados de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos recetados, a menos que usted no haya aceptado la inscripción automática.
 - – o – Un Plan de salud de Medicare. Un plan de salud de Medicare es un plan de salud ofrecido por una compañía privada que tiene contratos con Medicare y proporciona todos los beneficios de las Partes A (hospital) y B (médicos) de Medicare. Algunos planes de salud de Medicare también incluyen la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D.
 - Si se inscribe en la mayoría de los planes de salud de Medicare, será dado de baja de nuestro Plan al comenzar la cobertura de su nuevo plan. Sin embargo, si elige un Plan Privado de Pago por Servicio sin cobertura de medicamentos de la Parte D, un Plan de Cuentas de Ahorros Médicos de Medicare o un Plan de Costo de Medicare, se puede inscribir en ese plan y seguir con nuestro Plan para la cobertura de sus medicamentos. Si usted no quiere seguir en nuestro plan, puede inscribirse en otro plan o salir de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare.

Nota: Si se da de baja de un plan de medicamentos recetados de Medicare y permanece sin cobertura válida de medicamentos recetados, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía si posteriormente se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare. (Cobertura “válida” significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, al menos, la misma cantidad que la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare.)

- **¿Cuándo se le dará de baja?** Por lo general, se le dará de baja el primer día del mes siguiente en que recibamos su solicitud de cambio de plan.

Sección 2.3	¿Dónde puede obtener más información sobre el momento en que puede darse de baja?
--------------------	--

Si tiene alguna pregunta o desea recibir más información sobre cuándo puede darse de baja:

- Puede llamar a los Departamento de Servicios de Health Alliance Medicare (los números de teléfono están en la parte de atrás de este manual).
- Puede encontrar la información en el manual *Medicare y Usted 2012*.
 - Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de *Medicare y Usted* cada otoño. Los nuevos miembros de Medicare la reciben dentro del mes de la inscripción.
 - También puede descargar una copia del sitio web de Medicare ((<http://www.medicare.gov>). O bien, puede solicitar una copia impresa por teléfono a Medicare al número que aparece a continuación.
- Puede ponerse en contacto 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 pueden llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 3 **¿Cómo debe darse de baja de nuestro plan?**

Sección 3.1	Por lo general, se le da de baja cuando se inscribe en otro plan
--------------------	---

Por lo general, para darse de baja de nuestro plan, simplemente se inscribe en otro plan de Medicare durante uno de los períodos de inscripción (consulte la Sección 2 para obtener información sobre los períodos de inscripción). Sin embargo, existen dos situaciones en que tendrá que darse de baja de otra manera:

- Si quiere cambiar nuestro plan de Medicare Original *sin* un plan de medicamentos recetados de Medicare, debe solicitar ser dado de baja de nuestro plan.
- Si se inscribe en un Plan Privado de Pago por Servicio sin cobertura de medicamentos de la Parte D, un Plan de Cuentas de Ahorros Médicos de Medicare o un Plan de Costo de Medicare, la inscripción en el nuevo plan no lo dará de baja de nuestro plan. En este caso, se puede inscribir en ese plan y seguir con nuestro Plan para la

cobertura de sus medicamentos. Si usted no quiere seguir en nuestro plan, puede inscribirse en otro plan o salir de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare.

Si se encuentra en una de estas dos situaciones y quiere salir de nuestro plan, hay dos maneras de pedir que le den de baja:

- Puede hacer la solicitud por escrito. (Comuníquese con los Departamento de Servicios de Health Alliance Medicare si necesita más información sobre cómo hacer esto.)
- O bien, 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 pueden llamar al 1-877-486-2048.

Nota: Si se da de baja de un plan de medicamentos recetados de Medicare y permanece sin cobertura válida de medicamentos recetados, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía si posteriormente se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare. (Cobertura “válida” significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, al menos, la misma cantidad que la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare). Vea el Capítulo 6, Sección 10 para obtener más información acerca de la multa por inscripción tardía.

La siguiente tabla explica cómo debe darse de baja de nuestro plan.

Si desea cambiar de nuestro plan a:	Debe hacer lo siguiente:
<ul style="list-style-type: none"> • Otro plan de medicamentos recetados de Medicare. 	<ul style="list-style-type: none"> • Inscribirse en un nuevo plan de salud de Medicare. <p>Automáticamente se le dará de baja de nuestro Plan cuando comience la cobertura del nuevo plan.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Un plan de salud de Medicare. 	<ul style="list-style-type: none"> • Inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare. <p>Con la mayoría de los planes de salud de</p>

Si desea cambiar de nuestro plan a:	Debe hacer lo siguiente:
	<p>Medicare, automáticamente se le dará de baja de nuestro Plan cuando comience la cobertura de su nuevo plan.</p> <p>Sin embargo, si elige un Plan Privado de Pago por Servicio sin cobertura de medicamentos recetados de la Parte D, un Plan de Cuentas de Ahorros Médicos de Medicare o un Plan de Costo de Medicare, se puede inscribir en ese plan y seguir con nuestro Plan para la cobertura de sus medicamentos. Si usted no quiere seguir en nuestro plan, puede inscribirse en otro plan de medicamentos recetados de Medicare o pedir que le den de baja. Para pedirnos que le demos de baja, debe enviarnos una solicitud por escrito (comuníquese con Departamento de Servicios de Health Alliance Medicare si necesita más información sobre cómo hacer eso) o comuníquese 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 pueden llamar al 1-877-486-2048).</p>
<ul style="list-style-type: none">• Medicare Original <i>sin</i> un plan aparte de medicamentos recetados de Medicare.<ul style="list-style-type: none">○ Nota: Si se da de baja de un plan de medicamentos recetados de Medicare y permanece sin una cobertura válida de medicamentos recetados, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía si posteriormente se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare. Vea el Capítulo 4, Sección 10 para obtener más	<ul style="list-style-type: none">• Envíenos una solicitud de baja por escrito. Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con Departamento de Servicios de Health Alliance Medicare (los números de teléfono están en la parte de atrás de este manual).• También puede ponerse en contacto con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana y solicitar la baja. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

Si desea cambiar de nuestro plan a:	Debe hacer lo siguiente:
información acerca de la multa por inscripción tardía.	

SECCIÓN 4 Hasta que sea dado de baja, debe recibir medicamentos recetados a través de nuestro plan

Sección 4.1	Hasta que sea dado de baja, continúa siendo miembro de nuestro plan
--------------------	--

Si se sale de nuestro Plan, es posible que transcurra un tiempo hasta que le den de baja 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 continuar recibiendo sus medicamentos recetados a través de nuestro plan.

- **Debe continuar utilizando nuestra red de farmacias para surtir sus recetas hasta que se dé de baja de nuestro plan.** En general, sus medicamentos recetados sólo están cubiertos si se presentan en una farmacia de la red incluyendo nuestros servicios de farmacia de pedido por correo.

SECCIÓN 5 Nuestro Plan debe darle de baja del plan en determinadas situaciones

Sección 5.1	¿Cuándo debemos darle de baja del plan?
--------------------	--

Nuestro Plan debe darle de baja del plan si ocurre alguna de las siguientes situaciones:

- Si usted no permanece inscrito de forma continua en las Partes A o B de Medicare (o ambos).
- Si se muda de nuestra área de servicio por más de 12 meses.
 - Si se muda o realiza un viaje por largo tiempo, debe llamar a Departamento de Servicios de Health Alliance Medicare para saber si el lugar al que se muda o viaja está dentro del área de nuestro plan.
- Si es encarcelado (va a prisión).

- Si proporciona información falsa u omite información sobre otro seguro que tenga, que le proporciona cobertura de medicamentos recetados.
- Si nos da intencionalmente información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan.
- Si permanentemente se comporta de una forma que es perturbadora y hace que sea difícil que les brindemos atención a usted y a otros miembros del plan.
- No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero.
- Si deja que otra persona use su tarjeta de miembro para obtener medicamentos recetados.
- Si cancelamos su membresía por esta razón, es posible que Medicare haga que el Inspector general investigue su caso.
- Si no paga las primas del plan durante dos meses.
 - Debemos notificarle por escrito que tiene dos meses para pagar la prima del plan antes de que le demos de baja.

¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene alguna pregunta o desea recibir más información sobre cuándo podemos darle de baja:

- Puede llamar al **Departamento de Servicios de Health Alliance Medicare** para recibir más información (los números de teléfono están en la parte de atrás de este manual).

Sección 5.2	<u>No podemos</u> solicitarle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con la salud
--------------------	---

¿Qué debe hacer en ese caso?

Si considera que le solicitan que abandone el plan por un motivo relacionado con la salud, debe llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Sección 5.3	Si le damos de baja de nuestro plan, tiene derecho a presentar una queja
--------------------	---

Si le damos de baja de nuestro plan, debemos informarle los motivos por escrito. Además, debemos explicar cómo puede presentar una queja por nuestra decisión de darle de baja. También puede consultar el Capítulo 7, Sección 7 para obtener información sobre cómo presentar una queja.

Capítulo 9. Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre la ley vigente 130

SECCIÓN 2 Aviso sobre la no discriminación 130

SECCIÓN 3 Avisos 130

SECCIÓN 4 Reembolso de terceros 130

SECCIÓN 1 Aviso sobre la ley vigente

A esta *Evidencia de Cobertura* se aplican varias leyes y podrían aplicarse algunas disposiciones adicionales que exija la ley. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades aunque las leyes no se incluyan ni se expliquen en este documento. La ley principal que se aplica a este documento es el Título XVIII de la Ley de Seguro Social y los reglamentos creadas en el marco de la Ley de Seguro Social por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid o CMS. Además, se pueden aplicar otras leyes federales y, en determinadas circunstancias, también pueden aplicarse leyes del estado donde usted vive.

SECCIÓN 2 Aviso sobre la no discriminación

No discriminamos a las personas por su raza, incapacidad, religión, sexo, estado de salud, origen étnico, creencias, origen nacional o edad. Todas las organizaciones que ofrecen planes de medicamentos recetados de Medicare, como nuestro plan, deben cumplir las leyes federales contra la discriminación, incluido el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Norteamericanos con Discapacidades, todas las otras leyes correspondientes a organizaciones que reciben subsidios federales y demás leyes y reglamentos que se apliquen por cualquier otro motivo.

SECCIÓN 3 Avisos

Todo aviso que le entreguemos será por escrito y entregado personalmente o a través del correo de los Estados Unidos en su última dirección de la que Health Alliance tenga conocimiento.

Si desea enviarnos una notificación, hágalo a:

Health Alliance Medical Plans, Inc.
301 South Vine Street
Urbana, IL 61801-3347

SECCIÓN 4 Reembolso de terceros

Health Alliance no es el responsable económico del costo de los servicios cubiertos cuyos beneficios son pagaderos en conformidad con una ley de responsabilidad de terceros, como indemnización por accidentes laborales, responsabilidad del empleador o seguro “sin culpa”. Si, por cualquier motivo, Health Alliance paga por cualquier servicio cubierto de ese tipo, Health Alliance solicitará el reembolso de la parte que sea económicamente responsable.

Como miembro de nuestro plan, usted debe cooperar con Health Alliance para garantizar dicho reembolso por un valor razonable en efectivo de los servicios cubiertos. Esto incluye completar

los formularios y proporcionar la información requerida de tanto en tanto por Health Alliance mientras está gestionando el reembolso.

Leyes de indemnización por accidentes laborales y responsabilidad del empleador

Health Alliance no es el responsable económico del costo de los servicios cubiertos que usted recibió y que son pagaderos bajo cualquier ley de indemnización por accidentes laborales u otra responsabilidad del empleador. Si Health Alliance paga los servicios cubiertos que usted recibió en relación con una lesión por trabajo, o que están cubiertos por leyes de indemnización por accidentes laborales o de responsabilidad del empleador, Health Alliance solicitará el reembolso de la parte económicamente responsable.

Responsabilidad de terceros

Si sufre lesiones como consecuencia de un acto o una omisión de un tercero que no estén relacionadas con las leyes de indemnización por accidente laboral o responsabilidad del empleador como se menciona en el párrafo anterior, Health Alliance puede cubrir, en forma provisoria, los servicios de atención para esas lesiones. Como miembro del plan, usted acepta que, si sufre lesiones como consecuencia de un acto o una omisión de un tercero, Health Alliance tendrá los siguientes derechos.

- Un gravamen en favor de Health Alliance a partir de la fecha en que se prestó el primer servicio cubierto, sobre cualquier importe al que el miembro pueda tener derecho a través de una sentencia, acuerdo u otro medio, por un valor máximo razonable en efectivo de los servicios cubiertos. Health Alliance puede notificar del gravamen al tercero cuyo acto u omisión causó las lesiones, o a su agente o compañía aseguradora o, si corresponde, presentar el gravamen en el tribunal que tenga jurisdicción sobre el asunto. El gravamen al que Health Alliance tendrá derecho bajo esta sección alcanzará e incluirá un gravamen en favor de Health Alliance en relación a toda ganancia disponible en conformidad con 1) las disposiciones sobre automovilistas no asegurados o con seguros insuficientes en contratos grupales para automóviles, en contratos grupales o individuales “sin culpa”, en los contratos tradicionales “con culpa” para automóviles, individuales u otros, y 2) en contratos de responsabilidad de propietarios de vivienda. El miembro no iniciará ninguna acción que perjudique este derecho de gravamen.
- A obtener el reembolso de todo importe recibido por el tercero, por un valor máximo razonable en efectivo de los servicios cubiertos provistos para tratar dichas lesiones. El reembolso deberá realizarse al momento de recibir el importe en relación con dicho miembro, ya sea en virtud de una sentencia, un acuerdo u otro medio.

En el caso en que el miembro o su representante no presentara una demanda contra dicho tercero en un tiempo inferior a los seis meses antes de que dicha acción sea objetada, Health Alliance puede, en su propio nombre o en nombre del miembro o del representante del miembro, iniciar

una acción legal contra dicho tercero para resarcirse de lo daños producidos por la lesión o el fallecimiento del miembro. De dicho resarcimiento por los daños, Health Alliance pagará al miembro lesionado o a su representante todas las sumas recibidas del tercero, sea por sentencia, acuerdo u otro medio, que excedan el monto del valor razonable en efectivo de los servicios cubiertos prestados para tratar dichas lesiones más los costos y honorarios razonables de los abogados y los gastos en los que haya incurrido Health Alliance para llevar a cabo dicha acción legal. El miembro, su custodio o representante legal, o el representante legal del estado del miembro fallecido no iniciará ninguna acción que perjudique los derechos de Health Alliance mencionados en este documento y cooperará en lo que sea razonablemente necesario para preservar esos derechos de Health Alliance. Health Alliance no estará obligado bajo las disposiciones de la doctrina de fondos al pago de los gastos y/o honorarios de los abogados por cualquier ganancia, cualquiera sea su fuente, por la cual tiene derecho al reembolso mencionado en este documento.

Capítulo 10. Definiciones de palabras importantes

Apelación: una apelación es lo que puede hacer si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar una solicitud de cobertura de medicamentos recetados o el pago de medicamentos que ya recibió. Por ejemplo, puede solicitar una apelación si no pagamos un medicamento que usted considera que tiene derecho a recibir. En el Capítulo 7 se explican las apelaciones, incluso el proceso para presentar una apelación.

Período de inscripción anual: el momento establecido en cada otoño en que los miembros pueden cambiar sus planes de salud o de medicamentos o cambiar al Medicare Original. El Período de inscripción anual se extiende desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre de 2011.

Medicamento de marca: medicamento recetado que fabrica y vende la compañía farmacéutica que originalmente investigó y creó el medicamento. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de ingredientes activos que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, otros fabricantes de medicamentos producen y comercializan los medicamentos genéricos y en general no se encuentran disponibles hasta que se vence la patente del medicamento de marca.

Etapas de Cobertura Catastrófica: etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D en la que usted paga un pequeño copago o coseguro por los medicamentos después de que usted u otras personas autorizadas en su nombre hayan gastado \$4,700 por medicamentos cubiertos durante el año de cobertura.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): agencia federal que administra a Medicare. En el Capítulo 2 se explica cómo comunicarse con CMS.

Coseguro: La cantidad que usted tiene que pagar como la parte del costo que le corresponde por medicamentos recetados después de pagar cualquier deducible]. El coseguro es generalmente un porcentaje (por ejemplo el 20%).

Copago: Es la cantidad que le corresponde pagar del costo de un medicamento recetado. El copago por lo general es una cantidad fija en vez de un porcentaje. Por ejemplo, puede que le cobren \$10 o \$20 por el medicamento recetado.

Costo compartido: hace referencia a las cantidades que debe pagar el miembro por los medicamentos recibidos. (Esto se agrega a la prima mensual del plan). El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) toda cantidad deducible que un plan puede imponer antes de cubrir los medicamentos; (2) toda cantidad de "copago" fijo que un plan requiere cuando se recibe un medicamento específico; o (3) toda cantidad de "coseguro", un porcentaje de la cantidad total pagado por un medicamento que requiere un plan cuando se recibe un medicamento específico.

Nivel de costo compartido: todos los medicamentos incluidos en la lista de medicamentos cubiertos pertenecen a uno de los cinco niveles de costo compartido. En general, cuanto más alto sea el nivel de costo compartido, más alto el costo de su medicamento.

Determinación de cobertura: decisión sobre si un medicamento recetado está cubierto por el plan y la cantidad, si lo hubiera, que usted debe pagar por la receta médica. En general, si lleva su receta a una farmacia y la farmacia le informa que la receta no está cubierta por su plan, esto no constituye una determinación de cobertura. Debe llamar o escribir al plan para solicitar una decisión formal sobre la cobertura. En este manual, las determinaciones de cobertura se conocen como “decisiones de cobertura”. En el Capítulo 7 se explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

Medicamentos cubiertos: término que usamos para referirnos a todos los medicamentos recetados cubiertos por nuestro plan.

Cobertura válida de medicamentos recetados: cobertura de medicamentos recetados (por ejemplo, de un empleador o sindicato) que paga, en promedio, por lo menos tanto como la cobertura estándar de Medicare de medicamentos recetados. Las personas que tienen esta cobertura cuando son elegibles para Medicare por primera vez, pueden conservarla sin tener que pagar una multa, si más tarde deciden inscribirse en un plan Medicare de medicamentos recetados.

Deducible: la cantidad que usted debe pagar por los medicamentos recetados antes de que nuestro plan comience a pagar.

Dar de baja o Baja: proceso de terminación de la inscripción en nuestro plan. La baja puede ser voluntaria (por decisión propia) o involuntaria (cuando no es usted quien toma la decisión).

Tarifa de suministro: una tarifa que se cobra cada vez que se suministra un medicamento cubierto para pagar el costo de surtir la receta. La tarifa de suministro cubre costos como el tiempo del farmacéuta para preparar y envasar el medicamento.

Emergencia: una **emergencia médica** es cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de medicina y salud consideran que usted presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida, la pérdida de una extremidad o la pérdida del funcionamiento de una extremidad (por ejemplo, un brazo, una pierna). Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor grave o condición médica que empeora rápidamente.

Evidencia de Cobertura (EOC) e Información de Divulgación: este documento, junto con el formulario de inscripción y otros documentos adjuntos, anexos, o de cobertura opcionales seleccionados, que explican la cobertura, lo que debemos hacer, sus derechos y lo que debe hacer usted como miembro de nuestro plan.

Excepción: tipo de determinación de cobertura que, si se aprueba, le permite obtener un medicamento no incluido en el formulario del patrocinador del plan (excepción al formulario), o recibir un medicamento no preferido en el nivel de costo compartido preferido (excepción de nivel). También puede solicitar una excepción si el patrocinador del plan le exige que pruebe

otro medicamento antes de recibir el que está solicitando o si el plan limita la cantidad o la dosis del medicamento que está solicitando (excepción al formulario).

Ayuda Adicional: un programa de Medicare para ayudar a las personas con recursos y bajos ingresos a pagar los costos de la cobertura de medicamentos recetados, tales como primas, deducibles y el coseguro.

Medicamento genérico: medicamento recetado que la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) determina que tiene el/los mismo(s) ingrediente(s) activo(s) que el medicamento de marca. Generalmente, un medicamento “genérico” funciona de la misma manera que un medicamento de marca y con frecuencia tiene un costo menor.

Queja formal: tipo de queja que realiza sobre nosotros o uno de los proveedores o las farmacias de nuestra red, incluida una queja relacionada con la calidad de la atención. Este tipo de queja no incluye conflictos con pagos o coberturas.

Límite de cobertura inicial: límite máximo de cobertura dentro de la Etapa de Cobertura Inicial.

Etapa de Cobertura Inicial: es la etapa después de alcanzar el deducible y antes de que sus gastos totales de medicamentos alcancen \$2,930, incluyendo lo que usted pagó y lo que nuestro plan pagó en su nombre.

Período inicial de inscripción: cuando es elegible para Medicare por primera vez, el período de tiempo en que puede inscribirse para la Parte B de Medicare. Por ejemplo, si es elegible para la Parte B cuando cumple 65 años, su Período inicial de inscripción es el período de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que cumple 65, incluye el mes en que cumple 65, y finaliza 3 meses después de que cumple 65.

Multa por inscripción tardía: cantidad que se agrega a la prima mensual de la cobertura de medicamentos de Medicare, si permanece sin cobertura válida (cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos la misma cantidad que la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare), durante un período continuo de 63 días o más. Pagará la cantidad más elevada mientras tenga el plan de medicamentos de Medicare. Existen algunas excepciones. Por ejemplo, si recibe Ayuda Adicional de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos recetados, las normas de la multa por inscripción tardía no se aplican a usted. Si recibe Ayuda Adicional, no paga la multa, incluso si permanece sin una cobertura “válida” de medicamentos recetados.

Lista de medicamentos recetados (formulario o “lista de medicamentos”): lista de medicamentos recetados cubiertos por el plan. Los medicamentos de esta lista son seleccionados por nuestro plan, con la ayuda de médicos y farmacéutas. La lista incluye medicamentos de marca y genéricos.

Subsidio por bajos ingresos: consulte “Ayuda Adicional”.

Medicaid (o Asistencia médica): programa conjunto federal y estatal que proporciona ayuda con los costos médicos a algunas personas con bajos ingresos o recursos limitados. Los programas de Medicaid varían de un estado a otro, pero la mayoría de los costos de la atención médica estarán cubiertos si es elegible para Medicare y Medicaid. Vea el Capítulo 2, Sección 6, para obtener información sobre cómo comunicarse con Medicaid en su estado.

Indicación aceptada por razones médicas: el uso de un medicamento que está aprobado por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) o respaldado por determinados libros de referencia. Vea el Capítulo 3, Sección 3 para obtener más información acerca de una indicación aceptada por razones médicas.

Medicare: programa federal de seguro médico para personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas incapacidades y personas que padecen Enfermedad Renal Terminal (por lo general, las personas con insuficiencia renal permanente que necesitan diálisis o trasplante de riñón). Las personas con Medicare pueden obtener su cobertura de salud de Medicare a través de Medicare Original o un Plan Medicare Advantage.

Plan Medicare Advantage (MA): también llamado plan Medicare Parte C. Es un plan ofrecido por una empresa privada que realiza un contrato con Medicare para proporcionarle todos los beneficios de las Partes A y B de Medicare. Un Plan Medicare Advantage puede ser un HMO, PPO, un Plan Privado de Pago por Servicio (PFFS) o un Plan de Cuenta de Ahorros Médicos de Medicare (MSA). Cuando está inscrito en una Plan Medicare Advantage, los servicios de Medicare se cubren a través del plan y no se pagan dentro del Medicare Original. En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D de Medicare (cobertura de medicamentos recetados). Estos planes se conoce como **planes Medicare Advantage con cobertura de medicamentos recetados**. Todas las personas que tienen las Partes A y B de Medicare son elegibles para inscribirse en cualquier plan de salud de Medicare que se proporcione en su área, excepto las personas con Enfermedad Renal Terminal (a menos que se apliquen algunas excepciones).

Programa de Medicare de descuentos durante el período sin cobertura: programa que proporciona descuentos para la mayoría de los medicamentos de marca cubiertos por la Parte D a las personas inscritas en la Parte D que han alcanzado el Período sin Cobertura y que aún no reciben “Ayuda Adicional”. Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y algunos fabricantes de medicamentos. Por esta razón, la mayoría aunque no todos los medicamentos de marca tienen un descuento.

Plan de salud de Medicare: un plan médico de Medicare ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindarles a los beneficiarios inscritos, todos los servicios de las Partes A y B de Medicare. Este término incluye a todos los Planes Medicare Advantage, los Planes Medicare de Costo, los programas piloto y los Programas de Cuidado Total de Salud para Ancianos (PACE).

Cobertura de medicamentos recetados de Medicare (Medicare Parte D): seguro que ayuda a los pacientes ambulatorios a pagar los medicamentos recetados, las vacunas, los productos biológicos y algunos suministros que no estén cubiertos por las Partes A o B de Medicare.

Póliza “Medigap” (Seguro suplementario a Medicare): seguro suplementario a Medicare vendido por compañías aseguradoras privadas para cubrir “faltas” en el Medicare Original. Las pólizas Medigap solamente funcionan con el plan de Medicare Original. (Un Plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap.)

Miembro (miembro de nuestro plan o “miembro del plan”): persona que cuenta con Medicare y que es elegible para recibir los servicios cubiertos, cuya inscripción a nuestro plan está confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Departamento de Servicios de Health Alliance Medicare: departamento incluido en nuestro plan, responsable de responder a sus preguntas sobre inscripciones, beneficios, quejas y apelaciones. Consulte la Sección 2 para obtener información sobre cómo comunicarse con Servicios para Miembros.

Farmacia de la red Otra farmacia de la red: farmacia de la red que ofrece medicamentos cubiertos a miembros de nuestro plan a niveles de costo compartido superiores a los que se aplican en las farmacias preferidas de la red.

Otra farmacia de la red: farmacia de la red que ofrece medicamentos cubiertos a miembros de nuestro plan a niveles de costo compartido superiores a los que se aplican en las farmacias preferidas de la red.

Medicare Original (“Medicare tradicional” o Medicare “Pago por servicio”): Medicare Original es ofrecido por el gobierno, y no un plan de salud privado como los Planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos recetados. Con Medicare Original, los servicios de Medicare están cubiertos por medio del pago de montos determinados por el Congreso a médicos, hospitales y otros proveedores. Puede consultar a cualquier médico, hospital u otro proveedor de salud *que acepte Medicare*. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga la parte del costo que le corresponde de la cantidad aprobada por Medicare y usted paga la parte del costo que a usted le corresponde. Medicare Original consta de dos partes: La Parte A (Seguro hospitalario) y la Parte B (Seguro médico) y se encuentra disponible en todo Estados Unidos.

Farmacia fuera de la red: farmacia que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. Tal como se explica en esta Evidencia de Cobertura, la mayoría de los medicamentos que recibe de farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que se apliquen determinadas condiciones.

Gastos directos de su bolsillo: consulte la definición de “costo compartido”. El requisito de costo compartido del miembro de pagar una porción de los medicamentos recibidos también se conoce como requisito de gasto directo “de su bolsillo”.

Parte C: consulte “Plan Medicare Advantage (MA)”.

Parte D: programa voluntario de beneficios de medicamentos recetados de Medicare. (Para facilidad de referencia, nos referiremos al programa de beneficios de medicamentos recetados como “la Parte D”).

Medicamentos de la Parte D: medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte D. Podemos o no ofrecer todos los medicamentos de la Parte D. (Consulte la lista específica de los medicamentos cubiertos en el formulario). El Congreso excluyó específicamente determinadas categorías de medicamentos de la cobertura de la Parte D.

Farmacia preferida de la red: una farmacia de la red que ofrece medicamentos cubiertos a miembros de nuestro plan a niveles menores de costo compartido que los que se aplican en una farmacia de la red no preferida.

Prima: el pago periódico a Medicare, a una compañía de seguros, o a un plan médico para la cobertura de salud o medicamentos recetados.

Autorización previa: aprobación anticipada para recibir determinados medicamentos que pueden estar o no en nuestro formulario. Algunos medicamentos están cubiertos sólo si el médico u otro proveedor de la red reciben nuestra “autorización previa”. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el formulario.

Organización para el Mejoramiento de Calidad (QIO): un grupo de médicos especializados y otros expertos en el cuidado de la salud pagado por el gobierno federal, que se encarga de controlar y mejorar la atención que reciben los pacientes de Medicare. Vea el Capítulo 2, Sección 4, para obtener información sobre cómo comunicarse con QIO en su estado.

Límites de cantidad: herramienta de administración diseñada para limitar el uso de medicamentos seleccionados por motivos de calidad, seguridad o utilización. Los límites pueden basarse en la cantidad de medicamento que cubrimos por receta médica o durante un período determinado.

Área de servicio: el área geográfica donde un plan de medicamentos recetados acepta miembros si es que limita la inscripción a los miembros que viven en dicha zona. Si usted se muda fuera del área de servicio, el plan puede cancelar su cobertura.

Período de inscripción especial: el momento establecido en que los miembros pueden cambiar sus planes de salud o de medicamentos o regresar al Medicare Original. Las situaciones en las que puede ser elegible para un Período de inscripción especial incluyen: Si se muda fuera del área de servicio, si recibe "Ayuda Adicional" con sus costos de medicamentos recetados, si se muda a un asilo de ancianos, o si violamos nuestro contrato con usted.

Terapia en etapas: herramienta de utilización que le exige probar primero otro medicamento para el tratamiento de una condición médica antes de cubrir el medicamento que su médico le recetó en primer lugar.

Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI): beneficio mensual pagado por la Administración del Seguro Social para personas incapacitadas, ciegas o mayores de 65 años con bajos recursos e ingresos. Los beneficios del SSI no son los mismos que los del Seguro Social.

Departamento de Servicios de Health Alliance Medicare

LLAME	1-855-291-9311 Las llamadas a este número son gratuitas. También puede llamar a nuestro número local: (217) 337-8478. Nuestro horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Si llama fuera de este horario y deja un mensaje, uno de nuestros representantes le devolverá la llamada temprano en la mañana del día hábil siguiente. Desde el 15 de octubre hasta el 14 de febrero, el Departamento de Servicios de Health Alliance Medicare estará a su disposición de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los siete días de la semana. El Departamento de Servicios de Health Alliance Medicare también cuenta con servicios de interpretación gratuitos disponibles para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 ó 1-800-548-9034 Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Si llama fuera de este horario y deja un mensaje, uno de nuestros representantes le devolverá la llamada temprano en la mañana del día hábil siguiente. Desde el 15 de octubre hasta el 14 de febrero, el Departamento de Servicios de Health Alliance Medicare estará a su disposición de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los siete días de la semana.
FAX	217-337-3425
ESCRIBA A	Health Alliance Medical Plans, Inc., 301 South Vine Street, Urbana, IL 61801-3347
SITIO WEB	HealthAllianceMedicare.org

Senior Health Insurance Program

Senior Health Insurance Program es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para proporcionar asesoría gratuita sobre el seguro de salud local a las personas con Medicare.

LLAME	1-800-548-9034
TTY	217-524-4872 Este número requiere un equipo telefónico especial y es sólo para las personas con dificultades auditivas o de voz.
ESCRIBA A	Senior Health Insurance Program, Illinois Department of Insurance, 320 West Washington Street, Springfield, IL 62767-0001
SITIO WEB	http://www.insurance.illinois.gov/ship/