Cigna-HealthSpring® Rx (PDP)
Planes de medicamentos con receta
de la Parte D de Medicare

Cigna HealthSpring®

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2019

CONSTANCIA DE COBERTURA

Su cobertura de medicamentos recetados de Medicare como miembro de Cigna-HealthSpring Rx Secure-Extra (PDP)

Este folleto le ofrece los detalles acerca de su cobertura de medicamentos recetados de Medicare desde el 1 de enero al 31 de diciembre de 2019. Explica cómo obtener cobertura para los medicamentos recetados que usted necesita. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

Este plan, Cigna-HealthSpring Rx Secure-Extra (PDP), es ofrecido por Cigna-HealthSpring. (Cuando en esta *Constancia de cobertura* se dice “nosotros” o “nuestro”, significa Cigna-HealthSpring. Cuando dice "plan" o "nuestro plan" se refiere a Cigna-HealthSpring Rx Secure-Extra (PDP)).

Cigna-HealthSpring Rx (PDP) es un Plan de medicamentos recetados de Medicare (PDP) con contrato Medicare. La inscripción en Cigna-HealthSpring depende de la renovación de contrato.

Esta información está disponible sin cargo en español.

Para obtener información adicional, comuníquese con nuestro número de Servicio de Atención al Cliente al 1-800-222-6700. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Nuestro horario es de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. Nuestro sistema telefónico automatizado puede responder su llamada durante los fines de semana desde el 1 de abril al 30 de septiembre.

El presente documento está disponible en otro formato alternativo, como braille o impreso en letras grandes. Comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente al 1-800-222-6700 para obtener más información.

Los beneficios, la prima, el deducible y/o los copagos/coseguros pueden cambiar a partir del 1 de enero de 2020.

El formulario, la red de farmacias y/o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Usted recibirá un aviso cuando sea necesario

S5617_19_65145S_C Alternate Format

OMB Approval 0938-1051 (Pending OMB Approval)
19_P_S5617_TR_S

Cigna-HealthSpring® Rx (PDP)

Planes de medicamentos con receta
de la Parte D de Medicare

Notificación Contra la Discriminación: La Discriminación es Contra la Ley

Cigna-HealthSpring Rx cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Cigna-HealthSpring Rx no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Cigna-HealthSpring Rx:

- Proporciona asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:
  - Intérpretes de lenguaje de señas capacitados.
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:
  - Intérpretes capacitados.
  - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita recibir estos servicios, comuníquese con Customer Service, al 1-800-222-6700 (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los siete días de la semana. Puede que nuestro sistema telefónico automático conteste sus llamadas durante los fines de semana del 1 de abril al 30 de septiembre.

Si considera que Cigna-HealthSpring Rx no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo a la siguiente persona:

Cigna-HealthSpring Rx – Grievance
PO Box 269005
Weston, FL 33326-9927
Teléfono: 1-800-222-6700 (TTY 711) Fax: 1-800-735-1469.

Puede presentar el reclamo escrito por correo postal o fax. Si necesita ayuda para hacerlo, Customer Service está a su disposición para brindársela.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) del Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos) de EE. UU. de manera electrónica a través de Office for Civil Rights Complaint Portal, disponible en https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, o bien, por correo postal a la siguiente dirección o por teléfono a los números que figuran a continuación:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)
Puede obtener los formularios de reclamo en el sitio web http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

Todos los productos y servicios de Cigna se brindan exclusivamente por o a través de subsidiarias operativas de Cigna Corporation. El nombre de Cigna, los logotipos, y otras marcas de Cigna son propiedad de Cigna Intellectual Property, Inc.
ATTENTION: If you speak languages other than English, language assistance services, free of charge are available to you. Call 1-800-222-6700 (TTY 711), 8 am – 8 pm, 7 days a week. ATENCIÓN: si usted habla un idioma que no sea inglés, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-222-6700 (TTY 711), 8 a.m.– 8 p.m , 7 días de la semana. Cigna-HealthSpring Rx (PDP) es un plan de medicamentos con receta (PDP, por sus siglas en inglés) de Medicare con un contrato con Medicare. La inscripción en Cigna-HealthSpring depende de la renovación de los contratos.

INT_17_49135S 09302016

Multi-language Interpreter Services

English – ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge are available to you. Call **1-800-222-6700** (TTY 711).

Spanish – ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-800-222-6700** (TTY 711).

Chinese – 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 **1-800-222-6700** (TTY 711)。

Vietnamese – CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số **1-800-222-6700** (TTY 711).

French Creole – ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele **1-800-222-6700** (TTY 711).

Korean – 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. **1-800-222-6700** (TTY 711)번으로 전화해 주십시오.

Polish – UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer **1-800-222-6700** (TTY 711).

French – ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le **1-800-222-6700** (ATS 711).

Arabic – ملحوظة: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم **1-800-222-6700** (TTY 711).

Russian – ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните **1-800-222-6700** (телетайп 711).

Tagalog – PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa **1-800-222-6700** (TTY 711).

Farsi/Persian – توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با **1-800-222-6700** (TTY: 711) تماس بگیرید.

German – ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: **1-800-222-6700** (TTY 711).

Portuguese – ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para **1-800-222-6700** (TTY 711).

Italian – ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero **1-800-222-6700** (TTY 711).

Japanese – 注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。 **1-800-222-6700** (TTY 711)まで、お電話にてご連絡ください。

Navajo – Díí baa akó nínízin: Díí saad bee yáníłti'go Diné Bizaad, saad bee áká'ánída'áwo'dę́ę́', t'áá jiik'eh, éí ná hółǫ́, kojį' hódíílnih **1-800-222-6700** (TTY 711).

Gujarati – ધ્યાન આપો: જો તમેગુજરાતી બોલતા હો તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો **1-800-222-6700** (TTY 711).

Urdu توجہ دیں: اگرآپ اردو زبان بولتے ہیں تو آپ کےلئے زبان معاون خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال کریں **1-800-222-6700** (TTY 711)

Evidencia de cobertura 2019

Índice

Esta lista de capítulos y números de páginas es su punto de inicio. Para obtener más ayuda para encontrar la información que necesita, vaya a la primera página de un capítulo. **Encontrará una lista detallada de temas al comienzo de cada capítulo.**

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro.....4

Explica lo que significa estar en un plan de medicamentos recetados de Medicare y cómo utilizar este libro. Informa sobre los materiales que le enviaremos, sus primas del plan, la sanción por inscripción tardía de la Parte D, su tarjeta de membresía del plan y la forma de mantener actualizado su registro de membresía.

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes 16

Informa cómo comunicarse con nuestro plan (Cigna-HealthSpring Rx Secure-Extra (PDP)) y con otras organizaciones, incluida Medicare, el Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP), la Organización para la Mejora de la Calidad, el Seguro Social, Medicaid (el programa estatal de seguros de salud para personas con bajos ingresos), programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos recetados y la Railroad Retirement Board (Junta de Jubilación para Empleados Ferroviarios).

Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D.....27

Explica las reglas que necesita seguir cuando obtiene sus medicamentos de la Parte D. Informa cómo utilizar la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan para averiguar qué medicamentos están cubiertos. Informa los tipos de medicamentos que *no* están cubiertos. Explica diferentes tipos de restricciones que se aplican a la cobertura para ciertos medicamentos. Explica dónde surtir sus medicamentos recetados. Informa sobre los programas del plan para la seguridad y la gestión de medicamentos.

Capítulo 4. Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D.....44

Informa sobre las cuatro etapas de cobertura de medicamentos (Etapa de deducible, Período de cobertura inicial, Etapa de período sin cobertura, Etapa de cobertura en situación catastrófica) y cómo estas etapas afectan lo que paga por sus medicamentos. Explica los seis niveles de participación en los costos para sus medicamentos de la Parte D e informa lo que debe pagar por un medicamento en cada nivel de participación en los costos.

Capítulo 5 Cómo solicitar que paguemos nuestra participación en los costos por los medicamentos cubiertos 90

Explica cuándo y cómo enviarnos una factura cuando desea solicitar un reembolso de nuestra parte del costo por sus medicamentos cubiertos.

Capítulo 6 Sus derechos y responsabilidades.....95

Explica los derechos y las responsabilidades que usted tiene como miembro de nuestro plan. Informa lo que puede hacer si cree que no se respetan sus derechos.

Capítulo 7. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas).....103

Proporciona instrucciones detalladas sobre lo que debe hacer si tiene problemas o inquietudes como miembro de nuestro plan.

- Explica cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones si tiene problemas para obtener los medicamentos recetados que cree que están cubiertos por nuestro plan. Esto incluye solicitarnos que hagamos excepciones a las reglas y/o restricciones adicionales en su cobertura.

- Explica cómo presentar quejas sobre la calidad de la atención médica, los tiempos de espera, el Servicio de Atención al Cliente y otras inquietudes.

Capítulo 8. Cómo finalizar su membresía en el plan 120

Explica cuándo y cómo puede finalizar su membresía en el plan. Explica situaciones en las que nuestro plan debe finalizar su membresía.

Capítulo 9. Avisos legales 128

Incluye avisos sobre la ley aplicable y sobre la no discriminación.

Capítulo 10. Definiciones de palabras importantes 132

Explica términos clave utilizados en este libro.

CAPÍTULO 1

Primeros pasos como miembro

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 1 Introducción 5
Sección 1.1 Usted está inscrito en Cigna-HealthSpring Rx Secure-Extra (PDP), que es un plan de medicamentos recetados de Medicare 5
Sección 1.2 ¿De qué trata el libro *Constancia de cobertura*? 5
Sección 1.3 Información legal sobre la *Constancia de cobertura* 5

SECCIÓN 2 ¿Qué lo hace elegible para ser un miembro del plan? 5
Sección 2.1 Sus requisitos de elegibilidad 5
Sección 2.2 ¿Qué son la Parte A y la Parte B de Medicare? 5
Sección 2.3 Esta es el área de servicios del plan para Cigna-HealthSpring Rx Secure-Extra (PDP) 6
Sección 2.4 Ciudadanía estadounidense o permanencia legal 6

SECCIÓN 3 ¿Qué otros materiales obtendrá de nosotros? 6
Sección 3.1 Su tarjeta de membresía del plan - Utilícela para obtener todos los medicamentos recetados cubiertos 6
Sección 3.2 El *Directorio de farmacias*: su guía a las farmacias de nuestra red 7
Sección 3.4 La *Explicación de beneficios de la Parte D* (la “EOB de la Parte D”): informes con un resumen de pagos efectuados para sus medicamentos recetados de la Parte D 7

SECCIÓN 4 Su prima mensual para Cigna-HealthSpring Rx Secure-Extra (PDP) 8
Sección 4.1 ¿Cuál es el monto de su prima del plan? 8

SECCIÓN 5 ¿Tiene que pagar la “sanción por inscripción tardía” de la Parte D? 9
Sección 5.1 ¿Qué es la “sanción por inscripción tardía” de la Parte D? 9
Sección 5.2 ¿Cuál es el monto de la “sanción por inscripción” tardía de la Parte D? 9
Sección 5.3 En algunas situaciones, puede realizar una inscripción tardía y no tener que pagar la sanción 10
Sección 5.4 ¿Qué puede hacer si no está de acuerdo con su sanción por inscripción tardía de la Parte D? 10

SECCIÓN 6 ¿Tiene que pagar un monto adicional de la Parte D debido a su ingreso? 10
Sección 6.1 ¿Quién paga un monto adicional de la Parte D debido a su ingreso? 10
Sección 6.2 ¿Cuánto es el monto adicional de la Parte D? 11
Sección 6.3 ¿Qué puede hacer si no está de acuerdo con pagar un monto adicional de la Parte D? 11
Sección 6.4 ¿Qué sucede si no paga el monto adicional de la Parte D? 11

SECCIÓN 7 Más información sobre su prima mensual 11
Sección 7.1 Existen varias formas en las que puede pagar su prima del plan 11
Sección 7.2 ¿Podemos cambiar su prima mensual del plan durante el año? 13

SECCIÓN 8 Mantenga actualizado su registro de membresía del plan 13
Sección 8.1 Cómo ayudar a garantizar que contamos con información precisa sobre usted 13

SECCIÓN 9 Protegemos la privacidad de su información de salud personal 14
Sección 9.1 Nos aseguramos de que su información de salud esté protegida 14

SECCIÓN 10 Cómo funciona otro seguro con nuestro plan 14
Sección 10.1 ¿Qué plan paga primero cuando tiene otro seguro? 14

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Usted está inscrito en Cigna-HealthSpring Rx Secure-Extra (PDP), que es un plan de medicamentos recetados de Medicare

Usted está cubierto por Original Medicare y ha elegido recibir su cobertura de atención médica y de medicamentos recetados de Medicare mediante nuestro plan, Cigna-HealthSpring Rx Secure-Extra (PDP).

Existen diferentes tipos de planes de Medicare. Cigna-HealthSpring Rx Secure-Extra (PDP) es un plan de medicamentos recetados de Medicare (PDP). Al igual que todos los planes de Medicare, este plan de medicamentos recetados de Medicare está aprobado por Medicare y operado por una empresa privada.

Sección 1.2 ¿De qué trata el libro *Constancia de cobertura*?

En este libro *Constancia de cobertura* se informa cómo obtener su cobertura de medicamentos recetados de Medicare mediante nuestro plan. En este libro se explican sus derechos y responsabilidades, lo que se cubre y lo que usted paga como miembro del plan.

Las palabras “cobertura” y “medicamentos cubiertos” se refieren a la cobertura de medicamentos recetados que se encuentran disponibles para usted como miembro de Cigna-HealthSpring Rx Secure-Extra (PDP).

Es importante para usted saber cuáles son las reglas del plan y qué cobertura está disponible en su caso. Le recomendamos que se tome un tiempo para revisar este libro, *Constancia de cobertura*.

Si está confundido, preocupado o simplemente tiene una pregunta, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente de nuestro plan (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este libro).

Sección 1.3 Información legal sobre la *Constancia de cobertura*

Forma parte de nuestro contrato con usted

Esta *Constancia de cobertura* forma parte de nuestro contrato con usted sobre cómo Cigna-HealthSpring Rx Secure-Extra (PDP) cubre su atención médica. Otras partes de este contrato incluyen su formulario de inscripción, la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* y toda notificación que reciba de nosotros sobre cambios en su cobertura o condiciones que la afecten. Estas notificaciones algunas veces se denominan “cláusulas” o “enmiendas”.

El contrato tiene vigencia durante los meses en los que está inscrito en Cigna-HealthSpring Rx Secure-Extra (PDP), entre el 1 de enero de 2019 y el 31 de diciembre de 2019.

Cada año calendario, Medicare nos permite realizar cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y los beneficios de Cigna-HealthSpring Rx Secure-Extra (PDP) después del 31 de diciembre de 2019. Además podemos elegir dejar de ofrecer el plan, u ofrecerlo en un área de servicio diferente, después del 31 de diciembre de 2019.

Medicare debe aprobar nuestro plan cada año

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar Cigna-HealthSpring Rx Secure-Extra (PDP) cada año. Puede continuar obteniendo cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan siempre que elijamos continuar ofreciendo el plan y Medicare renueve su aprobación del plan.

SECCIÓN 2 ¿Qué lo hace elegible para ser un miembro del plan?

Sección 2.1 Sus requisitos de elegibilidad

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

- Tenga la Parte A o la Parte B de Medicare (o tenga tanto la Parte A como la Parte B) (La Sección 2.2 informa sobre la Parte A y la Parte B de Medicare)
- — *y* — sea ciudadano de los Estados Unidos o tenga permanencia legal en los Estados Unidos
- — *y* — viva en nuestra área geográfica de servicios (en la Sección 2.3, que aparece a continuación, se describe nuestra área de servicios)

Sección 2.2 ¿Qué son la Parte A y la Parte B de Medicare?

Como se describe en la Sección 1.1 anteriormente, usted ha optado por recibir su cobertura para medicamentos recetados (a veces llamada Parte D de Medicare) a través de nuestro plan. Nuestro plan tiene un contrato con Medicare para brindarle la

mayoría de estos beneficios de Medicare. En el Capítulo 3, describimos la cobertura para medicamentos recetados que usted recibe bajo la Parte D de Medicare.

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

- Generalmente, la Parte A de Medicare cubre servicios prestados por hospitales para pacientes internados, centros de enfermería especializada o agencias de servicios médicos domiciliarios.
- La Parte B de Medicare es para la mayoría de los demás servicios médicos (como los servicios de médicos y otros servicios para pacientes ambulatorios) y ciertos artículos (como equipo médico duradero (DME), por sus siglas en inglés) y suministros).

Sección 2.3 Esta es el área de servicios del plan para Cigna-HealthSpring Rx Secure-Extra (PDP)

Si bien Medicare es un programa federal, Cigna-HealthSpring Rx Secure-Extra (PDP) está disponible solo para personas que viven en nuestra área de servicios del plan. Para permanecer como miembro de nuestro plan, debe continuar viviendo en el área de servicios del plan. El área de servicios se describe a continuación.

Nuestra área de servicios incluye los 50 estados y el distrito de Columbia.

Ofrecemos cobertura en todos los estados. Sin embargo, puede haber costos u otras diferencias entre los planes que ofrecemos en cada estado. Si se muda desde el estado donde vive a uno que aún se encuentra dentro de nuestra área de servicios, debe llamar al Servicio de Atención al Cliente para actualizar su información.

Si planea mudarse fuera del área de servicios, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este libro). Cuando se mude, tendrá un Período de inscripción especial que le permitirá inscribirse en un plan de salud o de medicamentos de Medicare que se encuentre disponible en su nueva ubicación.

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

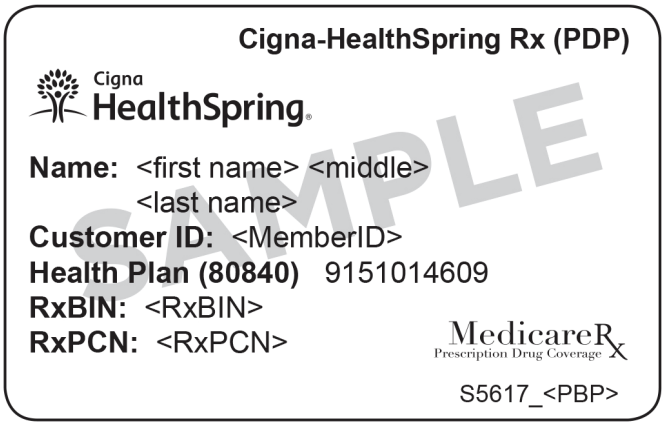
Sección 2.4 Ciudadanía estadounidense o permanencia legal

Todo miembro de un plan de salud de Medicare debe ser ciudadano de los Estados Unidos o debe tener permanencia legal en los Estados Unidos. Medicare (Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare and Medicaid Services)) notificarán a Cigna-HealthSpring Rx Secure-Extra (PDP) si usted no es elegible para continuar siendo miembro por este motivo. Cigna-HealthSpring Rx Secure-Extra (PDP) deberá darlo de baja si usted no cumple con este requisito.

SECCIÓN 3 ¿Qué otros materiales obtendrá de nosotros?

Sección 3.1 Su tarjeta de membresía del plan - Utilícela para obtener todos los medicamentos recetados cubiertos

Mientras es miembro de nuestro plan, debe utilizar su tarjeta de membresía de nuestro plan para los medicamentos recetados que adquiera en las farmacias de la red. También debe mostrar al proveedor su tarjeta de Medicaid, si aplica. La siguiente es una tarjeta de membresía de muestra para que vea cómo será la suya:



Lleve su tarjeta con usted en todo momento y recuerde mostrarla cuando obtenga los medicamentos cubiertos. Si su tarjeta de membresía del plan está dañada, se perdió o se la robaron, llame al Servicio de Atención al Cliente de inmediato y le enviaremos una nueva tarjeta. (Los números de teléfono del Servicio de Atención al Cliente están impresos en la contraportada de este libro).

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

Sección 3.2 El *Directorio de farmacias*: su guía a las farmacias de nuestra red

¿Qué son las "farmacias de la red"?

Las farmacias de la red son todas las farmacias que acordaron surtir los medicamentos recetados cubiertos para los miembros de nuestro plan.

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

Puede utilizar el *Directorio de farmacias* para encontrar la farmacia de la red que desea utilizar. Para el año próximo, hemos realizado cambios en nuestra red de farmacias. En nuestro sitio web www.cigna.com/part-d encontrará un *Directorio de farmacias* actualizado. También puede llamar al Servicio de Atención al Cliente para obtener información actualizada sobre proveedores o solicitarnos que le enviemos por correo un *Directorio de farmacias*. **Revise el *Directorio de farmacias* para 2019, para saber qué farmacias se encuentran en nuestra red.**

El *Directorio de farmacias* le informará qué farmacias de su red tienen participación en los costos preferida, las cuales pueden ser menores que la participación en los costos estándar ofrecida por otras farmacias de la red para algunos medicamentos.

Si no tiene el *Directorio de farmacias*, puede solicitar una copia al Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este libro). En cualquier momento, puede llamar al Servicio de Atención al Cliente para obtener información actualizada sobre cambios en la red de farmacias. También puede encontrar esta información en nuestro sitio web en www.cigna.com/part-d. El Servicio de Atención al Cliente y el sitio web pueden ofrecerle información más actualizada sobre los cambios en la red de farmacias.

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

El plan cuenta con una *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*. Para abreviar, la llamamos "Lista de medicamentos". En ella se mencionan los medicamentos recetados de la Parte D que se encuentran cubiertos por Cigna-HealthSpring Rx Secure-Extra (PDP). Los medicamentos de esta lista son seleccionados por el plan con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista debe cumplir con los requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la Lista de medicamentos del Cigna-HealthSpring Rx Secure-Extra (PDP).

La Lista de medicamentos también le informa si existe alguna regla que restringe la cobertura para sus medicamentos.

Le proporcionaremos una copia de la Lista de medicamentos. La Lista de medicamentos que le proporcionamos incluye la información para los medicamentos cubiertos que nuestros miembros utilizan más comúnmente. Sin embargo, cubrimos otros medicamentos que no están incluidos en la Lista de medicamentos provista. Si uno de sus medicamentos no está en la Lista de medicamentos, debe visitar nuestro sitio web o comunicarse con el Servicio de Atención al Cliente para averiguar si lo cubrimos. Para obtener la información más completa y actualizada sobre los medicamentos cubiertos, puede visitar el sitio web del plan (www.cigna.com/part-d) o llamar al Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este libro).

Sección 3.4 La *Explicación de beneficios de la Parte D* (la "EOB de la Parte D"): informes con un resumen de pagos efectuados para sus medicamentos recetados de la Parte D

Cuando utilice sus beneficios de medicamentos recetados de la Parte D, le enviaremos un informe resumido para ayudarlo a comprender los pagos por sus medicamentos recetados de la Parte D y realizar un seguimiento de estos. Este informe resumido se denomina *Explicación de beneficios de la Parte D* (o la "EOB de la Parte D").

La *Explicación de beneficios de la Parte D* le indica el monto total que gastó usted u otros en su nombre en sus medicamentos recetados de la Parte D y el monto total que hemos pagado por cada uno de sus medicamentos recetados de la Parte D durante el mes. El Capítulo 4 (*Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D*) le brinda más información sobre la *Explicación de beneficios de la Parte D* y sobre cómo puede ayudarlo a realizar un seguimiento de su cobertura de medicamentos.

Un resumen de la *Explicación de beneficios de la Parte D* también está disponible a pedido. Para recibir un ejemplar, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este libro).

SECCIÓN 4 Su prima mensual para Cigna-HealthSpring Rx Secure-Extra (PDP)

Sección 4.1 ¿Cuál es el monto de su prima del plan?

Como miembro de nuestro plan, usted paga una prima mensual del plan. La siguiente tabla muestra el monto de la prima mensual del plan para cada región donde ofrecemos servicios.

Alabama	$57.90	Nebraska	$54.40
Alaska	$59.40	Nevada	$54.60
Arizona	$57.70	New Hampshire	$57.80
Arkansas	$55.90	New Jersey	$57.60
California	$70.60	New Mexico	$49.40
Colorado	$62.00	New York	$59.40
Connecticut	$52.40	North Carolina	$55.70
Delaware	$49.40	North Dakota	$54.40
Florida	$61.70	Ohio	$53.40
Georgia	$59.40	Oklahoma	$56.80
Hawaii	$61.40	Oregon	$49.40
Idaho	$52.40	Pennsylvania	$55.40
Illinois	$57.90	Rhode Island	$52.40
Indiana	$60.10	South Carolina	$54.40
Iowa	$54.40	South Dakota	$54.40
Kansas	$52.20	Tennessee	$57.90
Kentucky	$60.10	Texas	$57.50
Louisiana	$59.40	Utah	$52.40
Maine	$57.80	Vermont	$52.40
Maryland	$49.40	Virginia	$60.40
Massachusetts	$52.40	Washington	$49.40
Michigan	$49.50	Washington, D.C.	$49.40
Minnesota	$54.40	West Virginia	$55.40
Mississippi	$51.90	Wisconsin	$59.40
Missouri	$54.50	Wyoming	$54.40
Montana	$54.40		

Además, usted debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare (salvo que la pague Medicaid u otro tercero).

En algunos casos, su prima del plan podría ser <u>menor</u>

Existen programas que ayudan a las personas con recursos limitados a pagar sus medicamentos. Estos incluyen “Ayuda adicional” y programas estatales de asistencia farmacéutica. El Capítulo 2, Sección 7 informa más sobre estos programas. Si usted califica, inscribirse al programa podría reducir su prima mensual del plan.

Si usted *ya está inscrito* y recibe ayuda de uno de estos programas, la **información sobre las primas en esta *Constancia de cobertura* no se aplica a usted**. Le enviamos un folleto por separado, denominado “Cláusula de constancia de cobertura para personas que reciben ayuda adicional para pagar medicamentos recetados” (también denominado “Cláusula de subsidio por bajos ingresos” o “Cláusula LIS”), que le informa sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este folleto, llame al Servicio de Atención al Cliente y solicite la “Cláusula LIS”. (Los números de teléfono del Servicio de Atención al Cliente están impresos en la contraportada de este libro).

En algunos casos, su prima del plan podría ser mayor

En algunos casos, su prima del plan podría ser mayor al monto mencionado en la Sección 4.1. Algunos miembros deben pagar una **sanción por inscripción tardía** de la Parte D porque no se inscribieron en un plan de medicamentos de Medicare cuando fueron elegibles por primera vez o porque mantuvieron su cobertura durante un período ininterrumpido de 63 días o más cuando no tenían una cobertura "acreditable" de medicamentos recetados. ("Acreditable" significa que la cobertura de medicamentos se prevé que pague, en promedio, al menos una cantidad equivalente a la de la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare). Para estos miembros, la sanción por inscripción tardía de la Parte D se agrega a la prima mensual del plan. El monto de su prima será la prima mensual del plan más el monto de su sanción por inscripción tardía de la Parte D.

- Si usted debe pagar la sanción por inscripción tardía de la Parte D, el costo de la sanción por inscripción tardía depende del tiempo que estuvo sin cobertura de medicamentos acreditable o Parte D. En el Capítulo 1, Sección 5, se explica la sanción por inscripción tardía de la Parte D.
- Si tiene una sanción por inscripción tardía de la Parte D y no la paga, podría ser dado de baja del plan.

SECCIÓN 5 ¿Tiene que pagar la "sanción por inscripción tardía" de la Parte D?

Sección 5.1 ¿Qué es la "sanción por inscripción tardía" de la Parte D?

Nota: Si recibe "Ayuda adicional" de Medicare para pagar sus medicamentos recetados, usted no pagará una sanción por inscripción tardía.

La sanción por inscripción tardía es un monto que se suma a su prima de la Parte D. Es posible que usted deba una sanción por inscripción tardía de la Parte D si en algún momento después de que termine su período inicial de inscripción hay un período de 63 días seguidos o más en los que usted no tuvo cobertura de medicamentos recetados de la Parte D u otra cobertura acreditable. La "Cobertura de medicamentos recetados acreditable" es aquella cobertura que cumple con los estándares mínimos de Medicare, ya que se prevé que esta pague, en promedio, al menos una cantidad equivalente a la de la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare. El costo de la sanción por inscripción tardía depende del tiempo que estuvo sin cobertura de medicamentos acreditable o Parte D. Tendrá que pagar esta sanción durante el tiempo que tenga la cobertura de la Parte D.

La sanción por inscripción tardía de la Parte D se suma a su prima mensual. Cuando usted se inscribe en Cigna-HealthSpring Rx Secure-Extra (PDP), le informamos el monto de la sanción.

Su sanción por inscripción tardía de la Parte D se considera parte de la prima de su plan. Si no paga su sanción por inscripción tardía de la Parte D, podría ser dado de baja por no pagar su prima del plan.

Sección 5.2 ¿Cuál es el monto de la "sanción por inscripción" tardía de la Parte D?

Medicare determina el monto de la sanción. Funciona de la siguiente forma:

- Primero cuente la cantidad de meses completos que tardó en inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, después de ser elegible para inscribirse. O bien, puede contar la cantidad de meses completos durante los cuales no tuvo cobertura de medicamentos recetados acreditable, si la interrupción en la cobertura fue de 63 días o más. La sanción es del 1% por cada mes en que no tuvo cobertura acreditable. Por ejemplo: si se queda sin cobertura durante 14 meses, la sanción será del 14%.
- Luego, Medicare determina el monto de la prima mensual promedio para los planes de medicamentos de Medicare en la nación, del año anterior. Para 2019, el monto de la prima promedio es $33.19.
- Para calcular su sanción mensual, usted multiplica el porcentaje de la sanción y la prima mensual promedio y luego lo redondea al décimo más cercano. En el ejemplo de aquí sería 14% multiplicado por $33.19, que es igual a $4.64. Esto se redondea a $4.60. Este monto se agregaría **a la prima mensual para alguien con una sanción por inscripción tardía de la Parte D.**

Existen tres aspectos importantes para tener en cuenta sobre esta sanción por inscripción tardía de la Parte D mensual:

- Primero, **la sanción puede cambiar cada año,** porque la prima mensual promedio puede cambiar cada año. Si la prima promedio nacional (según lo determinado por Medicare) aumenta, su sanción aumentará.
- Segundo, **continuará pagando una sanción** todos los meses durante el tiempo que esté inscrito en un plan que tenga beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare, incluso si cambia de plan.
- Tercero, si tiene menos de 65 años y actualmente recibe los beneficios de Medicare, la sanción por inscripción tardía de la Parte D se restablecerá cuando cumpla 65 años. Después de los 65 años, su sanción por inscripción tardía de la Parte D se basará solo en los meses en los que no tiene cobertura posteriormente a su período de inscripción inicial por envejecer en Medicare.

Sección 5.3 En algunas situaciones, puede realizar una inscripción tardía y no tener que pagar la sanción

Incluso si realizó una inscripción tardía en un plan que ofrece cobertura de la Parte D de Medicare cuando fue elegible por primera vez, algunas veces no tiene que pagar la sanción por inscripción tardía de la Parte D.

Usted no tendrá que pagar una sanción por inscripción tardía si se encuentra en cualquiera de estas situaciones:

- Si usted ya cuenta con una cobertura de medicamentos recetados que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare. Medicare se refiere a esto como **"cobertura de medicamentos acreditable".** Tenga en cuenta:
  - La cobertura acreditable podría incluir la cobertura de medicamentos de un empleador o sindicato anterior, TRICARE, o el Departamento de Veteran Affairs. Su asegurador o su departamento de recursos humanos le informarán cada año si su cobertura de medicamentos es una cobertura acreditable. Esta información se le puede enviar en una carta o incluirse en un boletín informativo del plan. Guarde esta información porque puede necesitarla si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.
    - Tenga en cuenta: Si recibe un "certificado de cobertura acreditable" cuando finaliza su cobertura de salud, puede no significar que su cobertura de medicamentos recetados era acreditable. La notificación debe establecer que usted tenía cobertura de medicamentos recetados "acreditable" que preveía pagar la misma cantidad que el plan de medicamentos recetados estándar de Medicare.
  - Las siguientes *no* son coberturas de medicamentos recetados acreditables: tarjetas de descuento de medicamentos recetados, clínicas gratuitas y sitios web de descuento de medicamentos.
  - Para obtener información adicional sobre la cobertura acreditable, consulte el Manual *Medicare y usted 2019* o llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, las 24 horas, los 7 días de la semana.
- Si estuvo sin cobertura acreditable, pero estuvo sin ella durante menos de 63 días seguidos.
- Si usted recibe "Ayuda adicional" de Medicare.

Sección 5.4 ¿Qué puede hacer si no está de acuerdo con su sanción por inscripción tardía de la Parte D?

Si no está de acuerdo con su sanción por inscripción tardía de la Parte D, usted o su representante pueden solicitar una revisión de la decisión sobre dicha sanción. Generalmente, debe solicitar esta revisión **en el plazo de los 60 días** a partir de la fecha que figura en la carta que recibió, la cual le indica que tiene que pagar una sanción por inscripción tardía. Si estuviera pagando una sanción antes de unirse a nuestro plan, tal vez no tendría otra oportunidad de solicitar una revisión de la sanción por inscripción tardía. Llame al Servicio de Atención al Cliente para obtener más información sobre cómo hacerlo (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este libro).

Importante: No deje de pagar su sanción por inscripción tardía de la Parte D mientras espera una revisión de la decisión sobre su sanción por inscripción tardía. Si lo hace, podría ser dado de baja por no pagar sus primas del plan.

SECCIÓN 6 ¿Tiene que pagar un monto adicional de la Parte D debido a su ingreso?

Sección 6.1 ¿Quién paga un monto adicional de la Parte D debido a su ingreso?

La mayoría de las personas pagan una prima estándar mensual de la Parte D. Sin embargo, algunas personas pagan un monto adicional debido a su ingreso anual. Si su ingreso es de $85,000 o más para una persona (o personas casadas que se presentan por separado) o $170,000 o más para parejas casadas, debe pagar un monto adicional directamente al gobierno por su cobertura de la Parte D de Medicare.

Si tiene que pagar un monto adicional, el Seguro Social, no su plan de Medicare, le enviará una carta informándole cuál será el monto adicional y cómo pagarlo. El monto adicional será retenido de su cheque del Seguro Social, Railroad Retirement Board u Oficina de Administración de Personal, independientemente de cómo generalmente paga su prima del plan, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir el monto adicional adeudado. Si su cheque de beneficios no es suficiente para cubrir el monto adicional, recibirá una factura de Medicare. **Usted debe pagar el monto extra al gobierno. No puede pagarse con su prima mensual del plan.**

Sección 6.2 ¿Cuánto es el monto adicional de la Parte D?

Si su ingreso bruto ajustado modificado (modified adjusted gross income, MAGI) según lo informado en su declaración de ingresos del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) es por encima de un cierto monto, pagará un monto adicional además de su prima mensual del plan. Para más información acerca del monto adicional deberá pagar según sus ingresos, visite https://www.medicare.gov/part-d/costs/premiums/drug-plan-premiums.html.

Sección 6.3 ¿Qué puede hacer si no está de acuerdo con pagar un monto adicional de la Parte D?

Si no está de acuerdo con pagar un monto adicional debido a su ingreso, puede solicitar al Seguro Social que revise la decisión. Para obtener más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con el Seguro Social al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

Sección 6.4 ¿Qué sucede si no paga el monto adicional de la Parte D?

El monto adicional se paga directamente al gobierno (no a su plan de Medicare) por su cobertura de la Parte D de Medicare. Si debe pagar por ley el monto adicional y no lo hace, **será** dado de baja del plan y perderá la cobertura de medicamentos recetados.

SECCIÓN 7 Más información sobre su prima mensual

Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare

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

Algunas personas pagan un monto adicional para la Parte D debido a su ingreso anual, esto se conoce como montos de ajuste mensual relacionados con el ingreso (IRMAA, por sus siglas en inglés). Si sus ingresos son mayores a $85,000 para una persona (o personas casadas que se presentan por separado) o mayores a $170,000 para parejas casadas, **debe pagar un monto adicional directamente al gobierno (no al plan de Medicare)** por su cobertura de la Parte D de Medicare.

- **Si debe pagar el monto adicional y no lo hace, será dado de baja del plan y perderá la cobertura de medicamentos recetados.**
- Si tiene que pagar un monto adicional, el Seguro Social, no su plan de Medicare, le enviará una carta informándole cuál será el monto adicional.
- Para obtener más información sobre las primas de la Parte D con base en el ingreso, consulte el Capítulo 1, Sección 6 de este libro. También puede visitar el sitio web https://www.medicare.gov o llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede llamar al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

Su copia de *Medicare y Usted 2019* brinda información sobre las primas de Medicare en la sección denominada “Costos de Medicare 2019”. Esto explica cómo las primas de la Parte B y Parte D de Medicare varían para las personas con diferentes ingresos. Todas las personas que tienen Medicare reciben un ejemplar del manual *Medicare y Usted* cada otoño. Los nuevos usuarios de Medicare lo reciben en un plazo de un mes después de su primera inscripción. También puede descargar una copia de *Medicare y Usted 2019* del sitio web de Medicare (https://www.medicare.gov). O bien, puede solicitar una copia impresa por teléfono al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 7.1 Existen varias formas en las que puede pagar su prima del plan

Existen 5 maneras de pago de su prima del plan.

Usted debió haber indicado cómo pagaría su prima al momento de la inscripción. Si no ha optado por ninguna opción, recibirá una factura por su prima mensual.

¿Cuándo y cómo puedo cambiar el método de pago de mi prima?

Usted puede decidir cambiar su método de pago en cualquier momento. Comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este libro).

Si decide cambiar la forma de pago de su prima, su nuevo método de pago puede tardar hasta tres meses en entrar en vigencia. Durante el proceso de su solicitud para un nuevo método de pago, usted es responsable de asegurarse de que su prima del plan se pague puntualmente.

Opción 1: Puede pagar con cheque

Recibirá una factura mensual nuestra aproximadamente dos semanas antes de la fecha de su vencimiento. Los pagos **DEBEN** recibirse antes del 1er día del mes cubierto. También puede pagar su prima con un giro postal o cheque de caja.

Incluya su número de identificación de cliente en el cheque. Los cheques deben ser pagaderos a "Cigna-HealthSpring Rx (PDP)" y enviados a:

Cigna-HealthSpring Rx (PDP)
P.O. Box 747102
Pittsburgh, PA 15274-7102

Los cheques *no* deben ser emitidos pagaderos a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare and Medicaid Services, CMS) ni al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (U.S. Department of Health and Human Services, HHS), y *no* deben ser enviados a estas agencias.

Si tanto usted como su cónyuge están inscritos en un plan Cigna HealthSpring Rx (PDP), recibirán facturas por separado. Incluya la parte inferior de la factura de ambos junto con su pago.

Opción 2: Puede solicitar pagos automáticos desde su cuenta bancaria o tarjeta de crédito

Puede optar por que su prima mensual automáticamente:

- Se debite de su cuenta bancaria (de cheques o de ahorros); o
- Se cargue en su tarjeta de crédito (aceptamos Mastercard y Visa)

Los pagos automáticos se efectúan del 3er día de cada mes aproximadamente.

Si le interesa inscribirse en los pagos automáticos, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente para recibir ayuda (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este libro).

Opción 3: Puede realizar pagos por Internet

Puede pagar su prima mensual utilizando el sistema protegido de pagos por Internet de Cigna-HealthSpring Rx (PDP), el cual le permite configurar pagos automáticos o realizar pagos por única vez según su conveniencia. Nuestro sistema protegido de pagos por Internet se está disponible las 24 horas, los 7 días de la semana, y lo encontrará en www.cigna.com/PartDPremiumPayment.

Procesaremos su pago dentro de las 48 horas.

Opción 4: Puede pagar por teléfono

Puede pagar su prima mensual llamando al Servicio de Atención al Cliente las 24 horas, los 7 días de la semana (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este libro). Una serie de instrucciones grabadas lo guiarán durante el proceso para pagar por teléfono. También puede llamar durante el horario de atención y un representante del Servicio de Atención al Cliente tomará su pago por teléfono (los números de teléfono y los horarios están impresos en la contraportada de este libro).

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

Puede solicitar que le descuenten la prima del plan de su cheque mensual del Seguro Social. Comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente para obtener más información sobre cómo pagar su prima mensual del plan de esta forma. Nos complacerá ayudarlo a establecer esta opción. (Los números de teléfono del Servicio de Atención al Cliente están impresos en la contraportada de este libro).

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

La prima de su plan debe pagarse en nuestra oficina el primer día del mes cubierto. Si no hemos recibido su prima para el primer día del mes cubierto, le enviaremos una notificación informándole que la membresía de su plan finalizará si no recibimos el pago de su prima dentro de los 2 meses de la fecha de vencimiento de su prima.

Si tiene problemas para pagar su prima a tiempo, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente para ver si podemos guiarle a los programas que le ayudarán con su prima del plan. (Los números de teléfono del Servicio de Atención al Cliente están impresos en la contraportada de este libro).

Si finalizamos su membresía debido a que no pagó sus primas, aun así tendrá cobertura de salud en virtud de Original Medicare.

Si finalizamos su membresía en el plan porque no pagó sus primas, y actualmente no tiene cobertura de medicamentos recetados, es posible que después no pueda recibir cobertura de la Parte D hasta el siguiente año si se inscribe en un nuevo plan durante el período de inscripción anual. Durante el período de inscripción abierta anual de Medicare, puede adherirse a un plan de

medicamentos recetados independiente o a un plan de salud que también proporcione cobertura de medicamentos. (Si se queda sin cobertura de medicamentos "acreditable" durante más de 63 días, es posible que tenga que pagar una sanción por inscripción tardía de la Parte D siempre que tenga cobertura de la Parte D).

En el momento en que finalicemos su membresía, es posible que todavía nos adeude primas que no haya pagado. Tenemos derecho a solicitar el cobro de las primas que nos adeuda.

Si considera que terminamos su membresía de forma errónea, tiene derecho a solicitarnos que reconsideremos esta decisión presentando una queja. El Capítulo 7, Sección 7, de este libro brinda información sobre cómo presentar una queja. Si tuvo una situación de emergencia que estuvo fuera de su control y provocó que no pudiera pagar sus primas en el plazo del período de gracia, puede solicitarnos que reconsideremos esta decisión llamando al 1-800-222-6700 de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. Nuestro sistema telefónico automatizado puede responder su llamada durante los fines de semana desde el 1 de abril al 30 de septiembre. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Deberá presentar la solicitud, a más tardar, 60 días después de que finalice su membresía.

Sección 7.2 ¿Podemos cambiar su prima mensual del plan durante el año?

No. No estamos autorizados a cambiar el monto que cobramos por la prima mensual del plan durante el año. Si la prima mensual del plan cambia para el año próximo, le informaremos en septiembre, y el cambio entrará en vigencia el 1 de enero.

Sin embargo, en algunos casos la parte de la prima que usted debe pagar puede cambiar durante el año. Esto sucede si califica para el programa "Ayuda adicional" o si pierde su elegibilidad para el programa "Ayuda adicional" durante el año. Si un miembro califica para "Ayuda adicional" con los costos de sus medicamentos recetados, el programa "Ayuda adicional" pagará parte de la prima mensual del plan del miembro. Un miembro que pierde su elegibilidad durante el año deberá comenzar a pagar su prima mensual total. Puede obtener más información sobre el programa "Ayuda adicional" en el Capítulo 2, Sección 7.

SECCIÓN 8 Mantenga actualizado su registro de membresía del plan

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

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

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

Infórmenos sobre estos cambios:

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos que tenga (tal como de su empleador, empleador de su cónyuge, compensación para los trabajadores o Medicaid)
- Si tiene alguna demanda de responsabilidad, tal como demandas por un accidente automovilístico
- Si ingresó en una residencia de ancianos
- Si su parte responsable designada (tal como su cuidador) cambia

Si alguna de esta información cambia, infórmenos llamando al Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este libro).

También es importante que se contacte con el Seguro Social si se muda o cambia su dirección postal. Puede encontrar los números telefónicos y la información de contacto para el Seguro Social en el Capítulo 2, Sección 5.

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

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

Una vez al año, le enviaremos una carta que indique cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos sobre la que tengamos conocimiento. Lea esta información atentamente. Si es correcta, no es necesario que haga nada. Si la información no es correcta o si cuenta con otra cobertura que no está indicada, llame al Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este libro).

SECCIÓN 9 Protegemos la privacidad de su información de salud personal

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

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

Para obtener más información sobre cómo protegemos su información de salud personal, consulte el Capítulo 6, Sección 1.4 de este libro.

SECCIÓN 10 Cómo funciona otro seguro con nuestro plan

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

Cuando tiene otro seguro (como cobertura de salud grupal del empleador), existen reglas establecidas por Medicare que deciden si nuestro plan o su otro seguro paga primero. El seguro que paga primero se denomina “pagador primario” y paga hasta los límites de su cobertura. El que paga segundo, denominado “pagador secundario”, solamente paga si quedaron costos no cubiertos por la cobertura primaria. Es posible que el pagador secundario no pague todos los costos no cubiertos.

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

- Si tiene cobertura de jubilado, Medicare paga primero.
- Si su cobertura del plan de salud grupal se basa en su empleo o en el empleo actual de un familiar, quién paga primero depende de su edad, la cantidad de gente empleada por su empleador y de si usted tiene Medicare sobre la base de la edad, discapacidad o enfermedad renal en etapa terminal (ESRD):
  - Si tiene menos de 65 años, padece una discapacidad y usted o su familiar todavía trabajan, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 100 o más empleados o al menos un empleador en un plan de empleador múltiple que tiene más de 100 empleados.
  - Si tiene más de 65 años y usted o su cónyuge todavía trabajan, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 20 o más empleados o al menos un empleador en un plan de empleador múltiple que tiene más de 20 empleados.
- Si tiene Medicare debido a ESRD, su plan de salud grupal pagará primero durante los primeros 30 meses después de que sea elegible para Medicare.

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

- Seguro contra todo riesgo (incluso seguro de automóvil)
- Responsabilidad (incluso seguro de automóvil)
- Beneficios para silicosis
- Compensación de los trabajadores

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

Si tiene otro seguro, infórmelo a su médico, hospital y farmacia. Si tiene preguntas sobre quién paga primero o necesita actualizar la información de su otro seguro, llame al Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este libro). Es posible que necesite dar su número de identificación de miembro del plan a sus otros aseguradores (una vez confirmada su identidad), así sus facturas se pagan correctamente y a tiempo.

CAPÍTULO 2

Números de teléfono y recursos importantes

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

SECCIÓN 1 **Contactos del Cigna-HealthSpring Rx Secure-Extra (PDP)**
(cómo ponerse en contacto con nosotros, incluso cómo comunicarse con el Servicio de Atención al Cliente del plan) 17

SECCIÓN 2 **Medicare**
(cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal Medicare) 19

SECCIÓN 3 **Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud**
(ayuda, información y respuestas gratuitas a sus preguntas sobre Medicare) 20

SECCIÓN 4 **Organización para la mejora de la calidad**
(pagada por Medicare para controlar la calidad de la atención para las personas con Medicare) 20

SECCIÓN 5 **Seguro Social 21**

SECCIÓN 6 **Medicaid**
(un programa estatal y federal conjunto que ayuda con los costos médicos para algunas personas con ingresos y recursos limitados) 21

SECCIÓN 7 **Información sobre programas para ayudar a las personas a pagar sus medicamentos recetados 22**

SECCIÓN 8 **Cómo comunicarse con la Railroad Retirement Board (Junta de Jubilación para Empleados Ferroviarios) 24**

SECCIÓN 9 **¿Usted tiene “seguro grupal” u otro seguro de salud de un empleador? 25**

SECCIÓN 1 Contactos del Cigna-HealthSpring Rx Secure-Extra (PDP)

(cómo ponerse en contacto con nosotros, incluso cómo comunicarse con el Servicio de Atención al Cliente del plan)

Cómo comunicarse con el Servicio de Atención al Cliente de nuestro plan

Para obtener asistencia con preguntas sobre reclamaciones, facturación o tarjetas de miembros, llame o escriba al Servicio de Atención al Cliente de Cigna-HealthSpring Rx Secure-Extra (PDP). Nos complacerá ayudarlo.

Medio	Servicio de Atención al Cliente Información de contacto
TELÉFONO	1-800-222-6700 Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario es de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. Nuestro sistema de teléfono automatizado puede responder su llamada durante los fines de semana desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre El Servicio de Atención al Cliente cuenta también con servicio gratuito de intérprete de idiomas para aquellas personas que no hablan inglés.
TTY	711 Para llamar a este número, se necesita un equipo telefónico especial y está destinado solo a personas con dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario es de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. Nuestro sistema de teléfono automatizado puede responder su llamada durante los fines de semana desde el 1 de abril al 30 de septiembre.
FAX	1-800-735-1469
CORREO POSTAL	Cigna-HealthSpring Rx (PDP), P.O. Box 269005, Weston, FL 33326-9927
SITIO WEB	www.cigna.com/part-d

Cómo comunicarse con nosotros cuando solicita una decisión de cobertura acerca de sus medicamentos recetados de la Parte D

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

Puede llamarnos si tiene alguna pregunta sobre nuestro proceso de decisión de cobertura.

Medio	Decisiones de cobertura para medicamentos recetados de la Parte D Información de contacto
TELÉFONO	1-800-222-6700 Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario es de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. Nuestro sistema de teléfono automatizado puede responder su llamada durante los fines de semana desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre
TTY	711 Para llamar a este número, se necesita un equipo telefónico especial y está destinado solo a personas con dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario es de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. Nuestro sistema de teléfono automatizado puede responder su llamada durante los fines de semana desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre
FAX	1-866-845-7267
CORREO POSTAL	Cigna-HealthSpring, Attn: Coverage Determination & Exceptions, P.O. Box 20002, Nashville, TN 37202
SITIO WEB	www.cigna.com/part-d

Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación sobre sus medicamentos recetados de la Parte D

Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hayamos tomado. Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación sobre sus medicamentos recetados de la Parte D, consulte el Capítulo 7 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*).

Medio	Apelaciones para medicamentos recetados de la Parte D Información de contacto
TELÉFONO	1-800-222-6700 Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario es de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. Nuestro sistema de teléfono automatizado puede responder su llamada durante los fines de semana desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre
TTY	711 Para llamar a este número, se necesita un equipo telefónico especial y está destinado solo a personas con dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario es de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. Nuestro sistema de teléfono automatizado puede responder su llamada durante los fines de semana desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre
FAX	1-866-593-4482
CORREO POSTAL	Cigna-HealthSpring, Attn: Part D Appeals, P.O. Box 24207, Nashville, TN 37202-9910
SITIO WEB	www.cigna.com/part-d

Cómo contactarse con nosotros cuando está presentando una queja sobre sus medicamentos recetados de la Parte D

Puede realizar una queja sobre nosotros o una de nuestras farmacias de la red, incluidas las quejas sobre la calidad de su atención médica. Este tipo de queja no implica disputas sobre pagos o cobertura. (Si su problema tiene que ver con el pago o la cobertura del plan, debe consultar la sección anterior acerca de cómo presentar una apelación.) Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre sus medicamentos recetados de la Parte D, consulte el Capítulo 7 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*).

Medio	Quejas acerca de los medicamentos recetados de la Parte D Información de contacto
TELÉFONO	1-800-222-6700 Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario es de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. Nuestro sistema de teléfono automatizado puede responder su llamada durante los fines de semana desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre
TTY	711 Para llamar a este número, se necesita un equipo telefónico especial y está destinado solo a personas con dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario es de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. Nuestro sistema de teléfono automatizado puede responder su llamada durante los fines de semana desde el 1 de abril al 30 de septiembre.
FAX	1-800-735-1469
CORREO POSTAL	Cigna-HealthSpring, Attn: Member Grievances, P.O. Box 269005, Weston, FL 33326-9927
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede enviar una queja sobre Cigna-HealthSpring Rx Secure-Extra (PDP) directamente a Medicare. Para enviar una queja en línea a Medicare ingrese en https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

Dónde enviar una solicitud para pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de un medicamento que ha recibido

El proceso de determinación de cobertura incluye la determinación de las solicitudes de que paguemos por nuestra parte los costos de un medicamento que ha recibido. Para obtener más información sobre situaciones en las que posiblemente necesite solicitar al plan un reembolso o pagar una factura que usted ha recibido de un proveedor, consulte el Capítulo 5 (*Cómo solicitar que paguemos nuestra parte del costo de medicamentos cubiertos*).

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

Medio	Solicitudes de pago Información de contacto
TELÉFONO	1-800-222-6700 Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario es de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. Nuestro sistema de teléfono automatizado puede responder su llamada durante los fines de semana desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre
TTY	711 Para llamar a este número, se necesita un equipo telefónico especial y está destinado solo a personas con dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario es de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. Nuestro sistema de teléfono automatizado puede responder su llamada durante los fines de semana desde el 1 de abril al 30 de septiembre.
CORREO POSTAL	Cigna-HealthSpring, Attn: Pharmacy Claim Reimbursement, P.O Box 20002, Nashville, TN 37202
SITIO WEB	www.cigna.com/part-d

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

Medicare es el programa federal de seguros de salud para personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con discapacidades y personas con enfermedad renal en etapa terminal (insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o un trasplante de riñón).

La agencia federal a cargo de Medicare son los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (algunas veces, denominados “CMS”). Esta agencia celebra contratos con los planes de medicamentos recetados de Medicare, incluidos nosotros.

Medio	Medicare - Información de contacto
TELÉFONO	1-800-MEDICARE, o 1-800-633-4227 Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Para llamar a este número, se necesita un equipo telefónico especial y está destinado solo a personas con dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas.

Medio	Medicare - Información de contacto (continuación)
SITIO WEB	https://www.medicare.gov Este es el sitio web oficial del gobierno para Medicare. Le proporciona información actualizada sobre Medicare y los temas actuales de Medicare. Además, tiene información sobre hospitales, residencias de ancianos, médicos, agencias de servicios médicos domiciliarios y centros de diálisis. Incluye libros que puede imprimir directamente desde su computadora. También puede encontrar la información de contacto de Medicare en su estado. El sitio web de Medicare también tiene información detallada sobre su elegibilidad de Medicare y las opciones de inscripción con las siguientes herramientas: • **Herramienta de elegibilidad de Medicare:** Proporciona la información sobre el estado de elegibilidad de Medicare. • **Buscador de planes de Medicare:** Brinda información personalizada sobre los planes de medicamentos recetados de Medicare disponibles, los planes de salud de Medicare y las políticas de Medigap (Seguro complementario de Medicare) en su área. Estas herramientas proporcionan una *estimación* de lo que podrían ser sus costos directos en los diferentes planes de Medicare. También puede utilizar el sitio web para informar a Medicare acerca de las quejas que pueda tener sobre Cigna-HealthSpring Rx Secure-Extra (PDP): • **Informe a Medicare sobre su queja:** Puede enviar una queja sobre Cigna-HealthSpring Rx Secure-Extra (PDP) directamente a Medicare. Para enviar una queja a Medicare, ingrese en https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma sus quejas en serio y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare. Si no tiene una computadora, su centro para personas de la tercera edad o biblioteca local pueden ayudarlo a visitar este sitio web utilizando la computadora de ellos. O bien puede llamar a Medicare y decirles qué información está buscando. Ellos encontrarán la información en el sitio web, la imprimirán y se la enviarán. (Puede comunicarse con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

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

El Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud (SHIP) es un programa gubernamental con asesores capacitados en cada estado. Puede localizar la información sobre el SHIP de su estado en el Anexo A al final de este libro.

El Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud (SHIP) es independiente (no está vinculado con ninguna compañía de seguros ni plan de salud). Es un programa estatal que obtiene dinero del gobierno federal para brindar asesoramiento local gratuito sobre seguros médicos a las personas que tienen Medicare.

Los asesores del Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud (SHIP) pueden ayudarle con sus preguntas o problemas relacionados con Medicare. Pueden ayudarle a comprender sus derechos relacionados con Medicare, a presentar quejas sobre su atención o tratamiento médicos y a resolver problemas acerca de sus facturas de Medicare. Los asesores del SHIP también pueden ayudarle a comprender las opciones de su plan de Medicare y responder preguntas sobre el cambio de planes.

SECCIÓN 4 Organización para la mejora de la calidad
(pagada por Medicare para controlar la calidad de la atención para las personas con Medicare)

Existe una Organización para la mejora de la calidad designada para atender a los beneficiarios de Medicare en cada estado. Podrá encontrar una lista de organizaciones para la mejora de calidad en el Anexo B al final de este libro.

La Organización para la mejora de la calidad tiene un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica pagados por el gobierno federal. Medicare le paga a esta organización para que controle y ayude a mejorar la calidad de la atención médica para las personas con Medicare. La Organización para la mejora de la calidad es una organización independiente. No está relacionada con nuestro plan.

Debe comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad si tiene una queja sobre la calidad de la atención médica que ha recibido. Por ejemplo, puede ponerse en contacto con la Organización para la mejora de la calidad si recibió un medicamento incorrecto o si le administraron medicamentos que tienen una interacción negativa.

SECCIÓN 5 Seguro Social

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

El Seguro Social también es responsable de determinar quién tiene que pagar un monto adicional por su cobertura de medicamentos recetados de la Parte D porque tiene un ingreso mayor. Si recibe una carta del Seguro Social que le informa que tiene que pagar el monto adicional y tiene preguntas sobre el monto o si su ingreso bajó debido a un evento crucial, puede llamar al Seguro Social para solicitar una reconsideración.

Si se muda o cambia su dirección postal, es importante que se contacte con el Seguro Social para informarles.

Medio	Seguro Social - Información de contacto
TELÉFONO	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 7:00 a.m. a 7:00 p.m., de lunes a viernes. Puede utilizar los servicios automatizados de teléfono del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunas transacciones las 24 horas.
TTY	1-800-325-0778 Para llamar a este número, se necesita un equipo telefónico especial y está destinado solo a personas con dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 7 a.m. a 7 p.m., de lunes a viernes.
SITIO WEB	https://www.ssa.gov/

SECCIÓN 6 Medicaid
(un programa estatal y federal conjunto que ayuda con los costos médicos para algunas personas con ingresos y recursos limitados)

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

Además, hay programas ofrecidos a través de Medicaid que ayudan a las personas con Medicare a pagar los costos de Medicare, como las primas de Medicare. Estos “Programas de ahorro de Medicare” ayudan a las personas con ingresos y recursos limitados a ahorrar dinero todos los años:

- **Beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A y Parte B de Medicare y otra participación en los costos (como deducibles, coseguros y copagos). (Algunas personas con QMB también son elegibles para los beneficios completos de Medicaid (QMB+)).
- **Beneficiario de Medicare de bajos ingresos especificados (Specified LowIncome Medicare Beneficiary, SLMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunas personas con SLMB también son elegibles para los beneficios completos de Medicaid (SLMB+)).
  - **Persona calificada (Qualified Individual, QI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B.
  - **Personas que trabajan y padecen una discapacidad calificada (Qualified Disabled & Working Individuals, QDWI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Para recibir más información acerca de Medicaid y sus programas, comuníquese con la agencia Medicaid de su estado que figura en el Anexo C al final de este libro.

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

Programa "Ayuda adicional" de Medicare

Medicare brinda una "Ayuda adicional" para pagar los costos de los medicamentos recetados a las personas que tienen ingresos y recursos limitados. Los recursos incluyen sus ahorros y existencias, pero no su hogar o automóvil. Si reúne los requisitos, obtiene ayuda para pagar la prima mensual, el deducible anual y los copagos o el coseguro de medicamentos recetados de cualquier plan de medicamentos de Medicare. Esta "Ayuda adicional" también se toma en cuenta para calcular sus costos directos.

Las personas con ingresos y recursos limitados pueden reunir los requisitos para recibir la "Ayuda adicional". Algunas personas reúnen los requisitos para la "Ayuda adicional" automáticamente y no necesitan solicitarla. Medicare les envía por correo una carta a las personas que automáticamente reúnen los requisitos para recibir la "Ayuda adicional".

Es posible que usted pueda obtener "Ayuda adicional" para pagar las primas y los costos de sus medicamentos recetados. Para saber si reúne los requisitos para recibir "Ayuda adicional", llame a:

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

Si cree que reúne los requisitos para la "Ayuda adicional" y considera que está pagando un monto incorrecto de participación en los costos cuando adquiere sus medicamentos recetados en una farmacia, nuestro plan ha establecido un proceso que le permite solicitar asistencia para obtener evidencia de su nivel de copago correcto o, si ya tiene la evidencia, para que nos proporcione dicha evidencia.

- Si usted es elegible para Medicaid y cree que nuestra información sobre su elegibilidad para Medicaid es incorrecta, puede presentar evidencia de su estado actual con Medicaid. Comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este libro) para solicitar asistencia o proporcionar uno de los documentos que se enumeran a continuación para establecer su nivel de copago correcto. Tenga en cuenta que los documentos que se enumeran a continuación deben demostrar que usted reunió los requisitos para Medicaid durante un mes después de junio del año anterior:
  1. Una copia de su tarjeta de Medicaid que incluya su nombre, fecha de elegibilidad y nivel de estado;
  2. Un informe de contacto que incluya la fecha en que se realizó la llamada de verificación a la Agencia de Medicaid estatal y el nombre, cargo y número de teléfono del miembro del personal estatal que verificó el estado de Medicaid;
  3. Una copia de un documento estatal que confirme el estado activo en Medicaid;
  4. Una impresión del archivo de inscripción estatal en formato electrónico que demuestre el estado de Medicaid;
  5. Una impresión de pantalla de los sistemas de Medicaid del estado que demuestre el estado de Medicaid;
  6. Otra documentación provista por el estado que demuestre el estado de Medicaid;
  7. Una Notificación de adjudicación del Ingreso de seguridad suplementario (Supplemental Security Income, SSI) con la fecha de vigencia; o bien
  8. Una carta de Información importante de la Administración del Seguro Social (Social Security Administration, SSA) que confirme que usted es "... elegible automáticamente para obtener ayuda adicional...".
- Si usted es un cliente institucionalizado, proporcione uno o más de lo siguiente:
  1. Un comprobante de pago de un centro de cuidados a largo plazo que demuestre los pagos de Medicaid durante un mes calendario completo;
  2. Una copia de un documento estatal que confirme los pagos de Medicaid en su nombre a un centro de cuidados a largo plazo durante un mes calendario completo;
  3. Una impresión de pantalla de los sistemas de Medicaid del estado que demuestre su estado institucional sobre la base de al menos una estadía de un mes calendario completo con fines de pago a Medicaid.

4. Para las personas que reciben servicios con base en el hogar y la comunidad (Home and Community Based Services, HCBS), puede presentar una copia de:
   a) Una Notificación de acción, Notificación de determinación o Notificación de inscripción emitida por el estado que incluya el nombre del beneficiario y la fecha de elegibilidad de HCBS durante un mes posterior a junio del año calendario anterior;
   b) Un plan de servicios de HCBS aprobado por el estado que incluya el nombre del beneficiario y el comienzo de la fecha de entrada en vigencia durante un mes posterior a junio del año calendario anterior;
   c) Una carta de aprobación de autorización previa emitida por el estado para HCBS que incluya el nombre del beneficiario y el comienzo de la fecha de entrada en vigencia durante un mes posterior a junio del año calendario anterior;
   d) Otra documentación proporcionada por el estado que muestre el estado de elegibilidad de HCBS durante un mes posterior a junio del año calendario anterior; o bien,
   e) Un documento emitido por el estado, como un comprobante de pago, que confirme el pago de HCBS, que incluya el nombre del beneficiario y las fechas de HCBS.

También puede visitar el sitio web de los CMS: https://www.cms.gov/medicare/prescription-drug-coverage/prescriptiondrugcovcontra/best_available_evidence_policy.html para más información.

- Cuando recibamos la evidencia que demuestre su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que pueda pagar el copago correcto cuando adquiera su próximo medicamento recetado en la farmacia. Si paga una suma que supere el copago, se la reembolsaremos. Le enviaremos un cheque por el monto del pago en exceso o le compensaremos copagos futuros. Si la farmacia no ha cobrado un copago suyo y lo considera una deuda que usted debe pagar, podemos hacer el pago directamente a la farmacia. Si un estado pagó en su nombre, podemos efectuar el pago directamente a ese estado. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la librocontraportada de este libro).

Programa de descuentos para el período sin cobertura de Medicare

El Programa de descuentos para el período sin cobertura de Medicare brinda descuentos de fabricantes en los medicamentos de marca para las personas inscritas en la Parte D que hayan alcanzado el período sin cobertura y no reciban “Ayuda adicional”. Para medicamentos de marca, el 70% de descuento brindado por los fabricantes no incluye ninguna tarifa de envío para los costos durante el período sin cobertura. Los miembros deben pagar el 25% del precio negociado y una parte de la tarifa de envío por los medicamentos de marca.

Si alcanza el período sin cobertura, aplicaremos el descuento de forma automática cuando su farmacia le facture el medicamento recetado, y su Explicación de beneficios de la Parte D (EOB) mostrará los descuentos otorgados. El monto que usted paga y el monto descontado por el fabricante se tomarán en cuenta para calcular sus costos directos como si usted hubiera pagado estos montos, y lo avanzará a través del período sin cobertura. El monto pagado por el plan (5%) no cuenta para los costos de bolsillo.

También recibe alguna cobertura para medicamentos genéricos. Si no tiene cobertura, el plan paga 63% del precio de los medicamentos genéricos y usted paga el 37% restante del precio. Para los medicamentos genéricos, el monto pagado por el plan (63%) no cuenta para los costos de bolsillo. Solamente el monto que usted paga se toma en cuenta y así avanza en el período sin cobertura. Además, la tarifa de envío está incluida como parte del costo del medicamento.

El Programa de descuento para período sin cobertura de Medicare se encuentra disponible en todo el país. Debido a que CignaHealthSpring Rx Secure-Extra (PDP) ofrece un período sin cobertura adicional durante la Etapa de período sin cobertura, sus costos directos a veces serán más bajos que los costos descritos aquí. Consulte el Capítulo 4, Sección 6, para obtener más información sobre su cobertura durante la Etapa de período sin cobertura.

Si desea hacer preguntas sobre la disponibilidad de los descuentos para los medicamentos que está tomando o sobre el Programa de descuento para período sin cobertura de Medicare en general, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este libro).

¿Qué sucede si tiene cobertura de un programa estatal de asistencia farmacéutica (SPAP)?

Si usted está inscrito en un programa estatal de asistencia farmacéutica (SPAP) o en cualquier otro programa que brinde cobertura para los medicamentos de la Parte D (que no sea “Ayuda adicional”), sigue teniendo un 70% de descuento en medicamentos de marca cubiertos. Además, el plan paga el 5% de los costos de medicamentos de marca durante el período sin cobertura. El descuento del 70% y el 5% que paga el plan se aplican al precio del medicamento antes de cualquier SPAP o cualquier cobertura.

¿Qué sucede si tiene cobertura de un programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP)?
¿Qué es un programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP)?

El programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP) ayuda a los individuos que son elegibles para el programa ADAP que viven con VIH/SIDA a tener acceso a medicamentos para el VIH que salvan sus vidas. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el ADAP califican para la asistencia de participación en los costos de medicamentos recetados a través del programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP) en su estado. Nota: Para ser elegibles para el ADAP que opere en su estado, los individuos deben cumplir con ciertos criterios, incluso una prueba de residencia en el estado y condición de VIH, bajos ingresos tal como lo define el estado y no contar con seguro o estar infra asegurado.

Si usted actualmente está inscrito en un ADAP, puede continuar brindándole asistencia de participación en los costos para medicamentos recetados de la Parte D de Medicare para los medicamentos del formulario del ADAP. Para asegurarse de continuar recibiendo esta asistencia, notifique al empleado de inscripción al ADAP local sobre cualquier cambio en el nombre o número de póliza de su plan de la Parte D de Medicare.

Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse al programa, comuníquese con el programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP) de su estado que figuran en el Anexo E al final de este libro.

¿Qué sucede si recibe “Ayuda adicional” de Medicare para ayudar a pagar los costos de sus medicamentos recetados? ¿Puede obtener los descuentos?

No. Si recibe “Ayuda adicional”, ya obtiene cobertura para los costos de sus medicamentos recetados durante el período sin cobertura.

¿Qué sucede si no obtiene un descuento y usted considera que debería tenerlo?

Si cree que alcanzó el período sin cobertura y no obtuvo un descuento cuando pagó su medicamento de marca, debe revisar su próxima notificación de *Explicación de beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D). Si el descuento no aparece en su *Explicación de beneficios de la Parte D*, debe comunicarse con nosotros para asegurarse de que sus registros de medicamentos recetados sean correctos y estén actualizados. Si no estamos de acuerdo en que le adeudamos un descuento, puede apelar. Puede obtener ayuda presentando una apelación del Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud (SHIP) (los números de teléfono se encuentran en la Sección 3 de este capítulo) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Programas estatales de ayuda farmacéutica

Muchos estados cuentan con programas estatales de ayuda farmacéutica que ayudan a algunas personas a pagar por los medicamentos recetados según la necesidad económica, edad, condición médica o discapacidades. Cada estado tiene diferentes reglas para proporcionar cobertura de medicamentos a sus miembros.

Consulte el Anexo D al final de este libro para ver la lista de los Programas estatales de ayuda farmacéutica.

SECCIÓN 8 Cómo comunicarse con la Railroad Retirement Board (Junta de Jubilación para Empleados Ferroviarios)

La Railroad Retirement Board es una agencia federal independiente que administra programas integrales de beneficios para los trabajadores ferroviarios nacionales y sus familias. Si tiene alguna pregunta sobre sus beneficios de la Railroad Retirement Board, comuníquese con la agencia.

Si usted recibe Medicare a través de la Railroad Retirement Board, es importante que les informe si se muda o si cambia su dirección postal.

Medio	Railroad Retirement Board Información de contacto
TELÉFONO	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 9:00 a.m. a 3:30 p.m., De lunes a viernes Si tiene un teléfono de tono, los servicios automatizados y la información grabada están disponibles las 24 horas, incluidos los fines de semana y días feriados.
TTY	1-312-751-4701 Para llamar a este número, se necesita un equipo telefónico especial y está destinado solo a personas con dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número *no* son gratuitas.
SITIO WEB	https://secure.rrb.gov/

SECCIÓN 9 ¿Usted tiene "seguro grupal" u otro seguro de salud de un empleador?

Si usted (o su cónyuge) obtiene beneficios de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge) como parte de este plan, puede llamar al administrador de beneficios del sindicato/empleador o al Servicio de Atención al Cliente si tiene alguna pregunta. Puede preguntar por su período de inscripción, primas o beneficios médicos de su grupo de jubilados o empleador (o de su cónyuge). (Los números de teléfono del Servicio de Atención al Cliente están impresos en la contraportada de este libro). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048) si tiene preguntas relacionadas con su cobertura de Medicare bajo este plan.

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

CAPÍTULO 3

Cómo utilizar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

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

SECCIÓN 1 Introducción 29
Sección 1.1 Este capítulo describe su cobertura para los medicamentos de la Parte D 29
Sección 1.2 Reglas básicas para la cobertura de medicamentos de la Parte D del plan 29

SECCIÓN 2 Surtir sus medicamentos recetados en una farmacia de la red o mediante el servicio de pedido por correo del plan 30
Sección 2.1 Para que se le cubra su medicamento recetado, utilice una farmacia de la red 30
Sección 2.2 Búsqueda de farmacias de la red 30
Sección 2.3 Cómo utilizar los servicios de pedido por correo del plan 31
Sección 2.4 ¿Cómo puede obtener un suministro de medicamentos a largo plazo? 31
Sección 2.5 ¿Cuándo puede utilizar una farmacia que no se encuentre en la red del plan? 31

SECCIÓN 3 Es necesario que sus medicamentos estén en la "Lista de medicamentos" del plan 32
Sección 3.1 La "Lista de medicamentos" indica qué medicamentos de la Parte D están cubiertos 32
Sección 3.2 Existen seis "niveles de participación en los costos" para los medicamentos que figuran en la Lista de medicamentos 33
Sección 3.3 ¿Cómo puede averiguar si un medicamento específico se encuentra en la Lista de medicamentos? 33

SECCIÓN 4 Existen restricciones en la cobertura para algunos medicamentos 33
Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones? 33
Sección 4.2 ¿Qué tipos de restricciones? 34
Sección 4.3 ¿Se aplican algunas de estas restricciones a sus medicamentos? 34

SECCIÓN 5 ¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la forma en que le gustaría que estuviera? 35
Sección 5.1 Hay cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la forma en que le gustaría que estuviese 35
Sección 5.2 ¿Qué puede hacer si su medicamento no se encuentra en la Lista de medicamentos o si el medicamento está restringido de alguna forma? 35
Sección 5.3 ¿Qué puede hacer si su medicamento se encuentra en un nivel de participación en los costos que considera demasiado alto? 36

SECCIÓN 6 ¿Qué sucede si su cobertura cambia para uno de sus medicamentos? 37
Sección 6.1 La Lista de medicamentos puede cambiar durante el año 37
Sección 6.2 ¿Qué sucede si la cobertura cambia para un medicamento que usted está usando? 37

SECCIÓN 7 ¿Qué tipos de medicamentos *no* están cubiertos por el plan? 38
Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos 38

SECCIÓN 8 Muestre su tarjeta de membresía del plan cuando surta medicamentos recetados 39
Sección 8.1 Muestre su tarjeta de membresía 39
Sección 8.2 ¿Qué sucede si no tiene su tarjeta de membresía con usted? 39

SECCIÓN 9 Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales 39

Sección 9.1 ¿Qué sucede si se encuentra en un hospital o un centro de enfermería especializada para una estadía cubierta por Original Medicare? 39

Sección 9.2 ¿Qué sucede si usted es un residente en un centro de cuidados a largo plazo (LTC)? 40

Sección 9.3 ¿Qué sucede si está tomando medicamentos cubiertos por Original Medicare? 40

Sección 9.4 ¿Qué sucede si usted tiene una póliza de Medigap (seguro complementario de Medicare) con cobertura de medicamentos recetados? 40

Sección 9.5 ¿Qué sucede si también obtiene cobertura de medicamentos a través de un empleador o un plan de grupo de jubilados? 41

Sección 9.6 ¿Qué sucede si usted se encuentra en un centro de atención para pacientes terminales certificado por Medicare? 41

SECCIÓN 10 Programas de seguridad y administración de medicamentos 41

Sección 10.1 Programas para ayudar a los miembros a usar medicamentos de manera segura 41

Sección 10.2 Programa de Administración de Medicamento (DMP) para ayudar a los miembros a usar de forma segura sus medicamentos opioides 42

Sección 10.3 Programa de Administración de Medicamento (DMP) para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos 42

¿Sabía que existen programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos?
Existen programas que ayudan a las personas con recursos limitados a pagar sus medicamentos. Estos incluyen "Ayuda adicional" y programas estatales de asistencia farmacéutica. Para obtener más información, consulte el Capítulo 2, Sección 7.

¿Recibe actualmente ayuda para pagar sus medicamentos?
Si usted se encuentra en un programa que le ayuda a pagar sus medicamentos, **es posible que cierta información en esta *Constancia de cobertura* sobre los costos para los medicamentos recetados de la Parte D no aplique para usted.** Le enviamos un folleto por separado, denominado "Cláusula de constancia de cobertura para personas que reciben ayuda adicional para pagar medicamentos recetados" (también denominado "Cláusula de subsidio por bajos ingresos" o "Cláusula LIS"), que le informa sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este folleto, llame al Servicio de Atención al Cliente y solicite la "Cláusula LIS". (Los números de teléfono del Servicio de Atención al Cliente están impresos en la contraportada de este libro).

SECCIÓN 1 Introducción

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

Este capítulo **explica las reglas para utilizar su cobertura para los medicamentos de la Parte D**. En el próximo capítulo se informa lo que debe pagar por los medicamentos de la Parte D (Capítulo 4, *Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D*).

Además de su cobertura para los medicamentos de la Parte D mediante nuestro plan, Original Medicare (la Parte A y la Parte B de Medicare) también cubre algunos medicamentos:

- La Parte A de Medicare cubre medicamentos que se le proporcionan 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 ciertos medicamentos para quimioterapia, ciertas inyecciones que le aplican durante una visita al consultorio y medicamentos que le administran en un centro de diálisis.

Los dos ejemplos de medicamentos descritos anteriormente están cubiertos por Original Medicare. (Para obtener más información sobre esta cobertura, consulte su manual *Medicare y Usted*). Sus medicamentos recetados de la Parte D se encuentran cubiertos por nuestro plan.

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

Generalmente, el plan cubrirá sus medicamentos siempre que usted siga estas reglas básicas:

- Debe tener un proveedor (un médico, odontólogo u otro médico que recete) que le realice su receta.
- Su médico que receta debe aceptar Medicare o presentar la documentación con los CMS que demuestre que está calificado para recetar, o su reclamación de la Parte D será denegada. La próxima vez que llame o visite a sus médicos que recetan, deberá preguntarles si cumplen con esta condición. Si no la cumplen, tenga en cuenta que se demora cierto tiempo hasta que su médico que receta presente los papeles necesarios para ser procesados.
- En general, debe utilizar una farmacia de la red para surtir su medicamento recetado. (Consulte la Sección 2, *Surtir sus medicamentos recetados en una farmacia de la red o mediante el servicio de pedido por correo del plan*).
- Su medicamento debe estar en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan (para abreviar, la llamamos "Lista de medicamentos"). (Consulte la Sección 3, *Es necesario que sus medicamentos estén en la "Lista de medicamentos" del plan*).
- Su medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. Una "indicación médicamente aceptada" es un uso del medicamento aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos o respaldado por ciertos libros de referencia. (Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada).

SECCIÓN 2 Surtir sus medicamentos recetados en una farmacia de la red o mediante el servicio de pedido por correo del plan

Sección 2.1 Para que se le cubra su medicamento recetado, utilice una farmacia de la red

En la mayoría de los casos, sus medicamentos recetados están cubiertos *solo* si se surten en las farmacias de la red del plan. (Consulte la Sección 2.5 para obtener información acerca de en qué situaciones debemos cubrir los medicamentos recetados que se surten en farmacias fuera de la red).

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

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

Sección 2.2 Búsqueda de farmacias de la red

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

Para encontrar una farmacia de la red, puede consultar el *Directorio de farmacias*, visitar nuestro sitio web (www.cigna.com/part-d), o llamar al Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este libro).

Puede ir a cualquiera de nuestras farmacias de la red. Sin embargo, sus costos pueden ser menores para los medicamentos cubiertos si usa una farmacia de la red que ofrece participación en los costos preferida en lugar de una farmacia de la red que ofrece participación en los costos estándar. El *Directorio de farmacias* le informará qué farmacias de la red ofrecen participación en los costos preferida. Puede saber más sobre cómo sus costos directos podrían ser diferentes para los distintos medicamentos, comunicándose con nosotros. Si cambia de una farmacia de la red a otra y necesita reponer un medicamento que estaba tomando, puede solicitar una nueva receta escrita por un proveedor o que le transfieran su receta a su nueva farmacia de la red.

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

Si la farmacia que estaba utilizando deja de formar parte de la red del plan, usted tendrá que buscar una nueva farmacia que se encuentre en la red. O si la farmacia que estaba utilizando permanece dentro de la red pero ya no ofrece participación en los costos preferida, podrá cambiarse a otra farmacia. Para encontrar otra farmacia de la red en su área, puede obtener ayuda del Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada) o utilizar el *Directorio de farmacias*. También puede encontrar información en nuestro sitio web en www.cigna.com/part-d.

¿Qué sucede si necesita una farmacia especializada?

Algunas veces, los medicamentos recetados se deben surtir en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen:

- Farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusión domiciliaria.
- Farmacias que suministran medicamentos para residentes de un centro de cuidados a largo plazo (LTC). Por lo general, un centro de cuidados a largo plazo (tal como una residencia de ancianos) cuenta con su propia farmacia. Si usted se encuentra en un centro de cuidados a largo plazo (LTC), debemos asegurarnos de que usted reciba sin interrupción sus beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias de cuidados a largo plazo (LTC), las cuales generalmente son las farmacias que usa el centro de cuidados a largo plazo (LTC). Si usted tiene alguna dificultad para acceder a sus beneficios de la Parte D en un centro de cuidados a largo plazo (LTC), comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente.
- Farmacias que prestan servicio al Programa de salud para indígenas tribales/urbanos del Servicio de salud para indígenas (no disponible en Puerto Rico). Excepto en situaciones de emergencia, solo los nativos de Norteamérica y Alaska tienen acceso a estas farmacias en nuestra red.
- Farmacias que expenden medicamentos que están restringidos por la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA) para determinados lugares o que requieren de un manejo, coordinación de proveedores o instrucciones especiales para su uso. (Nota: Este escenario rara vez sucede).

Para ubicar una farmacia especializada, consulte el *Directorio de farmacias* o llame al Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este libro).

Sección 2.3 Cómo utilizar los servicios de pedido por correo del plan

Para determinados tipos de medicamentos, puede utilizar los servicios de pedido por correo de la red del plan. En general, los medicamentos brindados a través del servicio de pedido por correo son medicamentos que usted toma de manera regular por una afección médica de largo plazo o crónica.

El servicio de pedido por correo de nuestro plan le permite que haga un pedido de un **suministro para 30, 60 o 90 días**.

Las farmacias que ofrecen participación en los costos preferida son las farmacias de pedido por correo de nuestra red con las cuales el plan ha negociado una participación en los costos más baja para los miembros para los medicamentos cubiertos que en las farmacias de pedido por correo con participación en los costos estándar. Sin embargo, usted tendrá precios de medicamentos más bajos tanto en las farmacias de pedido por correo de costo compartido estándar como preferido que en las farmacias fuera de la red. Puede ir a cualquiera de estos tipos de farmacias de la red para recibir sus medicamentos recetados cubiertos.

Para obtener información sobre cómo surtir sus medicamentos recetados por correo, visite nuestro sitio web (www.cigna.com/part-d) o comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este libro).

Generalmente, una orden de una farmacia de pedido por correo le llegará en no más de 14 días hábiles. Podrá ser contactado por la farmacia de pedido por correo y se coordinará un envío alternativo si se demora su pedido por correo.

Recetas nuevas que la farmacia recibe directamente del consultorio de su médico. Después de que la farmacia reciba una receta de un proveedor de atención médica, se comunicará con usted para saber si desea que el medicamento se surta de inmediato o más adelante. Esto le dará la oportunidad de asegurarse de que la farmacia le entregue el medicamento correcto (incluyendo potencia, cantidad y presentación) y, en caso de ser necesario, le permite detener o retrasar el pedido antes de que se facture y se envíe. Es importante que responda cada vez que la farmacia se contacta para hacerles saber qué hacer con la nueva receta y evitar así demoras en el envío.

Reposiciones de medicamentos recetados de pedido por correo. Para reposiciones, comuníquese con su farmacia 15 días antes de que crea que se quedará sin los medicamentos que posee para asegurarse de que su pedido sea enviado a tiempo.

La farmacia puede contactarse con usted para confirmar su pedido antes de enviarlo, por lo cual debe asegurarse de informar a la farmacia la mejor manera de comunicarse con usted. Comuníquese con la farmacia de su elección y bríndeles sus datos de contacto más actuales.

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

Cuando obtiene un suministro de medicamentos a largo plazo, su participación en los costos puede ser menor. El plan ofrece dos maneras de obtener un suministro a largo plazo (también denominado “suministro prolongado”) de medicamentos de “mantenimiento” de la Lista de medicamentos de nuestro plan. (Los medicamentos de mantenimiento son medicamentos que usted usa de manera regular por una afección médica crónica o de largo plazo). Usted puede solicitar este suministro a través del pedido por correo (consulte la Sección 2.3) o puede acudir a una farmacia de venta al público.

1. **Algunas farmacias minoristas** de nuestra red le permiten obtener un suministro de largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Algunas de estas farmacias minoristas (que ofrecen participación en los costos preferida) pueden aceptar un monto menor de costo compartido para un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Otras farmacias minoristas quizá no acepten los montos menores de participación en los costos para un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. En este caso, usted será responsable de la diferencia en el precio. En su *Directorio de farmacias*, se informa sobre las farmacias de nuestra red que pueden proporcionarle un suministro de largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar al Servicio de Atención al Cliente para obtener más información (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este libro).
2. Para determinados tipos de medicamentos, puede utilizar los **servicios de pedido por correo** de la red del plan. El servicio de pedido por correo de nuestro plan le permite que haga un pedido de un suministro para 30, 60 o 90 días. Consulte la Sección 2.3 para obtener más información sobre el uso de nuestros servicios de pedido por correo.

Sección 2.5 ¿Cuándo puede utilizar una farmacia que no se encuentre en la red del plan?

Su medicamento recetado puede estar cubierto en ciertas situaciones

Generalmente, cubrimos los medicamentos surtidos en una farmacia fuera de la red *solo* cuando usted no puede utilizar una farmacia de la red. Si no puede utilizar una farmacia de la red, las siguientes son las circunstancias en las que cubriríamos medicamentos recetados surtidos en una farmacia fuera de la red:

- Usted viaja fuera del área de servicios de nuestro plan y se queda sin medicamentos o pierde sus medicamentos cubiertos de la Parte D, o se enferma y necesita un medicamento de la Parte D cubierto y no puede acceder a una farmacia de la red.
- Si no puede obtener un medicamento cubierto de la Parte D de manera oportuna dentro del área de servicios porque, por ejemplo, no hay farmacias de la red dentro de una distancia razonable que presten servicios las 24 horas, los 7 días de la semana.
- Usted está comprando medicamentos recetados cubiertos por la Parte D y ese medicamento en particular no se encuentre regularmente en existencia en una farmacia minorista o con servicio de pedido por correo de la red, accesible.
- Sus medicamentos de la Parte D se dispensan por una farmacia basada en una institución fuera de la red mientras se encuentra en un centro de emergencias, una clínica basada en un proveedor, un centro quirúrgico para pacientes ambulatorios u otro centro para pacientes ambulatorios.

En estas situaciones, **primero verifique con el Servicio de Atención al Cliente** para ver si hay una farmacia de la red cerca. (Los números de teléfono del Servicio de Atención al Cliente están impresos en la contraportada de este libro). Se le puede exigir que pague la diferencia entre lo que usted paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia de la red.

¿Cómo solicita un reembolso del plan?

Si debe utilizar una farmacia fuera de la red, por lo general, tendrá que pagar el costo total (en lugar de pagar su parte normal del costo) al momento de adquirir su medicamento recetado. Puede solicitarnos un reembolso de nuestra parte del costo. (El Capítulo 5, Sección 2.1 explica cómo solicitar al plan un reembolso).

SECCIÓN 3 Es necesario que sus medicamentos estén en la “Lista de medicamentos” del plan

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

El plan cuenta con una *“Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)”*. En esta *Constancia de cobertura*, **la denominamos la “Lista de medicamentos” para abreviar**.

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

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

Por lo general cubriremos un medicamento que se encuentre dentro de la Lista de medicamentos del plan siempre y cuando usted cumpla con las reglas de cobertura que se explican en este capítulo y el uso de los medicamentos sea una indicación médicamente aceptada. Una “indicación médicamente aceptada” es el uso del medicamento *que*:

- Está aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos. (Es decir, la Administración de Medicamentos y Alimentos aprobó el medicamento para el diagnóstico o la afección para los cuales fue recetado).
- — *o* — está respaldado por ciertos libros de referencia. (Estos libros de referencia son el American Hospital Formulary Service Drug Information, el sistema de información DRUGDEX y el USPDI o su sucesor; y para cáncer, la National Comprehensive Cancer Network y Clinical Pharmacology o sus sucesores).

La Lista de medicamentos incluye tanto medicamentos de marca como medicamentos genéricos

Un medicamento genérico es un medicamento recetado que contiene los mismos componentes activos que el medicamento de marca. Generalmente, actúa tan bien como el medicamento de marca y, normalmente, cuesta menos. Existen medicamentos sustitutos genéricos disponibles para muchos medicamentos de marca.

¿Qué *no* está en la Lista de medicamentos?

El plan no cubre todos los medicamentos recetados.

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

Sección 3.2 Existen seis "niveles de participación en los costos" para los medicamentos que figuran en la Lista de medicamentos

Cada medicamento incluido en la Lista de medicamentos del plan se encuentra en uno de los seis niveles de participación en los costos. En general, cuanto más alto sea el nivel de participación en los costos, más alto es su costo con respecto al medicamento:

- Nivel 1 de participación en los costos: Medicamentos genéricos preferidos. Este nivel incluye medicamentos genéricos preferidos. Este grupo de medicamentos recetados representa la participación en los costos más baja.
- Nivel 2 de participación en los costos: Medicamentos genéricos Este nivel incluye medicamentos genéricos.
- Nivel 3 de participación en los costos: Medicamentos de marca preferidos. Este nivel incluye medicamentos de marca preferidos y puede incluir medicamentos genéricos no preferidos.
- Nivel 4 de participación en los costos: Medicamentos no preferidos. Este nivel incluye medicamentos no preferidos y puede incluir medicamentos genéricos.
- Nivel 5 de participación en los costos: Nivel de especialidad. Este nivel incluye medicamentos de marca y genéricos que cumplen ciertos criterios definidos por Medicare. Este grupo de medicamentos recetados representa la participación en los costos más alta.
- Nivel 6 de participación en los costos: Medicamentos seleccionados. Este nivel incluye medicamentos de marca y genéricos seleccionados.

Para saber en qué nivel de participación en los costos se encuentra su medicamento, búsquelo en la Lista de medicamentos del plan.

El monto que deberá pagar por los medicamentos incluidos en cada nivel de participación en los costos se indica en el Capítulo 4 (*Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D*).

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

Tiene tres formas de averiguarlo:

1. Búsquelo en la Lista de medicamentos más reciente que le enviamos por correo. (Tenga en cuenta: La Lista de medicamentos que proporcionamos incluye información para los medicamentos recetados que son utilizados por nuestros miembros con más frecuencia.) Sin embargo, cubrimos medicamentos adicionales que no se incluyen en la Lista de medicamentos provista. Si uno de sus medicamentos no está en la Lista de medicamentos, debe visitar nuestro sitio web o comunicarse con el Servicio de Atención al Cliente para averiguar si lo cubrimos).
2. Visite el sitio web del plan (www.cigna.com/part-d). La Lista de medicamentos del sitio web es siempre la más actualizada.
3. Llame al Servicio de Atención al Cliente para averiguar si un medicamento en particular se encuentra en la Lista de medicamentos del plan o para solicitar una copia de la lista. (Los números de teléfono del Servicio de Atención al Cliente están impresos en la contraportada de este libro).

SECCIÓN 4 Existen restricciones en la cobertura para algunos medicamentos

Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?

Para ciertos medicamentos recetados, hay reglas especiales que restringen cómo y cuándo el plan los cubre. Un equipo de médicos y farmacéuticos elaboraron estas reglas para ayudar a nuestros miembros a utilizar los medicamentos de la manera más efectiva. Estas reglas especiales también ayudan a controlar los costos totales de los medicamentos, lo que mantiene su cobertura de medicamentos más a su alcance.

En general, nuestras reglas le recomiendan que obtenga un medicamento que sirva para su afección médica y que sea seguro y eficaz. Siempre que un medicamento seguro y de menor costo funcione médicamente tan bien como un medicamento de mayor costo, las reglas del plan están diseñadas para recomendarles a usted y a su proveedor que utilicen dicha opción de costo más bajo. Además, necesitamos cumplir con las reglas y reglamentaciones de Medicare para la cobertura y la participación en los costos compartidos de los medicamentos.

Si existe una restricción para su medicamento, generalmente significa que usted o su proveedor tendrán que tomar medidas adicionales para que nosotros cubramos el medicamento. Si desea que no le apliquemos la restricción, deberá usar

el proceso de decisión de cobertura y solicitarnos que hagamos una excepción. Podemos aceptar o denegar la no aplicación de la restricción. (Consulte el Capítulo 7, Sección 5.2, para obtener información sobre cómo solicitar excepciones).

Tenga en cuenta que a veces un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra lista de medicamentos. Esto se debe a que pueden aplicar distintas restricciones o participación en los costos de acuerdo a factores como potencia, cantidad o presentación del medicamento recetado por su proveedor de atención médica (por ejemplo, 10 mg versus 100 mg; uno por día versus dos por día; comprimido versus líquido).

Sección 4.2 ¿Qué tipos de restricciones?

Nuestro plan utiliza diferentes tipos de restricciones para ayudar a nuestros miembros a utilizar medicamentos de la manera más efectiva. En las secciones a continuación, se proporciona más información sobre los tipos de restricciones que utilizamos para ciertos medicamentos.

Restricción de medicamentos de marca cuando hay disponible una versión genérica

Generalmente, un medicamento "genérico" tiene la misma eficacia que un medicamento de marca y normalmente cuesta menos. **En la mayoría de los casos, cuando haya disponible una versión genérica del medicamento de marca, nuestras farmacias de la red le proporcionarán la versión genérica.** Por lo general, no cubriremos el medicamento de marca cuando una versión genérica se encuentre disponible. Sin embargo, si su proveedor nos ha informado el motivo médico por el que ni el medicamento genérico ni otro medicamento cubierto que traten la misma afección funcionarán para usted, entonces cubriremos el medicamento de marca. (Su parte del costo puede ser mayor para el medicamento de marca que para el medicamento genérico).

Obtener aprobación del plan por adelantado

Para ciertos medicamentos, usted y su proveedor necesitan obtener aprobación del plan antes de que aceptemos cubrir el medicamento para usted. Esto se denomina "**autorización previa**". Algunas veces, el requisito de obtener una aprobación por adelantado ayuda a orientar el uso correcto de ciertos medicamentos. Si no obtiene esta aprobación, su medicamento podría no estar cubierto por el plan.

Probar primero un medicamento diferente

Este requisito le recomienda probar medicamentos menos costosos, pero igual de efectivos antes de que el plan cubra otro medicamento. Por ejemplo, si el Medicamento A y el Medicamento B tratan la misma afección médica, el plan puede requerirle que primero pruebe el Medicamento A. Si el Medicamento A no funciona para usted, entonces el plan cubrirá el Medicamento B. Este requisito de probar primero un medicamento diferente se denomina "**terapia escalonada**".

Límites de cantidad

Para ciertos medicamentos, limitamos la cantidad de medicamento que puede tener restringiendo la cantidad de medicamento que puede obtener cada vez que surte su medicamento recetado. Por ejemplo, si se considera normalmente seguro tomar solo un comprimido por día de un determinado medicamento, podemos limitar la cobertura de su medicamento recetado a no más de un comprimido por día.

Sección 4.3 ¿Se aplican algunas de estas restricciones a sus medicamentos?

La Lista de medicamentos del plan incluye información sobre las restricciones descritas anteriormente. Para averiguar si alguna de estas restricciones se aplica a un medicamento que usted usa o desea usar, consulte la Lista de medicamentos. Para obtener la información más actualizada, llame al Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este libro) o visite nuestro sitio web (www.cigna.com/part-d).

Si existe una restricción para su medicamento, generalmente significa que usted o su proveedor tendrán que tomar medidas adicionales para que nosotros cubramos el medicamento. Si existe una restricción en el medicamento que desea tomar, debe comunicarse con el Servicio de Atención al Cliente para saber qué deben hacer usted o su proveedor para obtener la cobertura del medicamento. Si desea que no le apliquemos la restricción, deberá usar el proceso de decisión de cobertura y solicitarnos que hagamos una excepción. Podemos aceptar o denegar la no aplicación de la restricción. (Consulte el Capítulo 7, Sección 5.2, para obtener información sobre cómo solicitar excepciones).

SECCIÓN 5 ¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la forma en que le gustaría que estuviera?

Sección 5.1 Hay cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la forma en que le gustaría que estuviese

Esperamos que su cobertura de medicamentos funcione bien para usted. Pero es posible que pueda haber un medicamento recetado que está usando actualmente o uno que usted y su proveedor creen que debería usar, que no esté en nuestro formulario o esté en nuestro formulario con restricciones. Por ejemplo:

- El medicamento podría no estar cubierto. O quizás esté cubierta una versión genérica del medicamento, pero la versión de marca que desea usar no lo está.
- El medicamento está cubierto, pero existen reglas o restricciones adicionales en la cobertura para dicho medicamento. Según lo explicado en la Sección 4, algunos de los medicamentos cubiertos por el plan cuentan con reglas adicionales para restringir su uso. Por ejemplo, se le podría exigir que pruebe primero un medicamento diferente, para ver si funcionará, antes de que el medicamento que desea usar esté cubierto para usted. También podría haber límites sobre la cantidad cubierta del medicamento (cantidad de comprimidos, etc.) durante un período en particular. En algunos casos, es posible que quiera que no apliquemos la restricción para usted.
- El medicamento está cubierto, pero se encuentra en un nivel de participación en los costos que hace que su participación en los costos sea más costosa de lo que considera que debería ser. El plan coloca cada medicamento cubierto en uno de seis niveles de participación en los costos. El monto que paga por su medicamento recetado depende, en parte, del nivel de participación en los costos en que se encuentre su medicamento.

Hay cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la forma en que le gustaría que estuviese. Sus opciones dependen del tipo de problema que tenga:

- Si su medicamento no se encuentra en la Lista de medicamentos o si el medicamento está restringido, consulte la Sección 5.2 para obtener información sobre lo que puede hacer.
- Si su medicamento se encuentra en un nivel de participación en los costos que hace que su costo sea más alto de lo que considera que debería ser, consulte la Sección 5.3 para obtener información sobre lo que puede hacer.

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

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

- Es posible que pueda obtener un suministro temporal del medicamento (solo los miembros en ciertas situaciones pueden obtener un suministro temporal). Esto les dará tiempo a usted y a su proveedor de cambiar a otro medicamento o de presentar una solicitud para que le cubran el medicamento.
- Puede cambiar de medicamento.
- Puede solicitar una excepción y solicitar que el plan cubra el medicamento o eliminar las restricciones del medicamento.

Es posible que pueda obtener un suministro temporal

Bajo ciertas circunstancias, el plan puede ofrecerle un suministro temporal de un medicamento cuando el suyo no aparezca en la Lista de medicamentos o cuando esté restringido de alguna forma. Al hacer esto, le da tiempo para hablar con su proveedor sobre el cambio en la cobertura y resolver qué hacer.

A fin de ser elegible para recibir un suministro temporal, debe cumplir con los dos requisitos que figuran a continuación:

1. El cambio en su cobertura de medicamentos debe ser uno de los siguientes tipos de cambios:

- El medicamento que ha estado usando **ya no se encuentra en la Lista de medicamentos del plan**.
- — o — el medicamento que ha estado usando **ahora está restringido de alguna forma** (la Sección 4 de este capítulo informa sobre las restricciones).

2. Usted debe estar en una de las situaciones descritas a continuación:

- **Para aquellos miembros que son nuevos o que se encontraban en el plan el año pasado:**

Cubriremos un suministro temporal de su medicamento **durante los primeros 90 días de su membresía en el plan si usted es nuevo, y durante los primeros 90 días del año calendario si usted estaba en el plan el año pasado.** Este suministro temporal será por un máximo de un suministro de 30 días. Si su receta es para menos días, permitiremos varias reposiciones para brindar un suministro máximo de hasta 30 días del medicamento. El medicamento recetado se debe surtir en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que la farmacia de cuidados a largo plazo puede brindar el medicamento en menores cantidades por vez para evitar el desperdicio).

- **Para aquellos que han sido miembros del plan durante más de 90 días, residen en un centro de atención de cuidados a largo plazo (LTC) y necesitan un suministro de inmediato:**

  Cubriremos un suministro de 31 días de un medicamento en particular o menos si su receta está hecha por menos días. Esto es además

- **Para poder acomodar transiciones no programadas de miembros sin tiempo para una planificación anticipada, como cambios de nivel de cuidado debido a un alta desde un hospital a un centro de enfermería o a un domicilio, cubriremos un suministro temporal de 30 días.**

Para solicitar un suministro temporal, llame al Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este libro).

Durante el tiempo en que obtiene un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se quede sin su suministro temporal. Puede cambiarse a un medicamento diferente cubierto por el plan o solicitar al plan que haga una excepción y le cubra el medicamento actual. Las secciones a continuación brindan más información sobre estas opciones.

Puede cambiar de medicamento

Comience por hablar con su proveedor. Tal vez, haya un medicamento diferente cubierto por el plan que podría funcionar igual de bien para usted. Puede llamar al Servicio de Atención al Cliente para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que tratan la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que podría funcionar para usted. (Los números de teléfono del Servicio de Atención al Cliente están impresos en la contraportada de este libro).

Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitar al plan que haga una excepción en su caso y cubra el medicamento de la forma en que le gustaría que estuviese cubierto. Si su proveedor dice que usted tiene razones médicas que justifican solicitarnos una excepción, su proveedor puede ayudarle a solicitar una excepción a la regla. Por ejemplo, puede solicitarle al plan que cubra un medicamento, incluso si no está en la Lista de medicamentos del plan. También, puede solicitarle al plan que haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

Si es un miembro actual y un medicamento que está usando se eliminara del formulario o se restringiera de alguna forma para el próximo año, le permitiremos que solicite una excepción del formulario de medicamentos por adelantado para el próximo año. Le informaremos sobre cualquier cambio en la cobertura para su medicamento para el próximo año. Puede solicitar una excepción antes del próximo año y le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibir su solicitud (o la declaración de respaldo del médico que recete). Si aprobamos su solicitud de excepción, autorizaremos la cobertura antes de que el cambio entre en efecto.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, el Capítulo 7, Sección 5.4, le brinda información sobre qué deben hacer. Allí se explican el procedimiento y los plazos que Medicare estableció para asegurarse de que su solicitud sea manejada de manera oportuna y justa.

Sección 5.3 ¿Qué puede hacer si su medicamento se encuentra en un nivel de participación en los costos que considera demasiado alto?

Si su medicamento se encuentra en un nivel de participación en los costos que considera demasiado alto, puede hacer lo siguiente:

Puede cambiar de medicamento

Si su medicamento se encuentra en un nivel de participación en los costos que considera demasiado alto, comience hablando con su proveedor. Tal vez, haya un medicamento diferente en un nivel más bajo de participación en los costos que podría funcionar igual de bien para usted. Puede llamar al Servicio de Atención al Cliente para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que tratan la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento

cubierto que podría funcionar para usted. (Los números de teléfono del Servicio de Atención al Cliente están impresos en la contraportada de este libro).

Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitar al plan que haga un excepción en el nivel de participación en los costos para el medicamento de manera que usted pague menos por ese medicamento. Si su proveedor dice que usted tiene razones médicas que justifican solicitarnos una excepción, su proveedor puede ayudarle a solicitar una excepción a la regla.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, el Capítulo 7, Sección 5.4, le brinda información sobre qué deben hacer. Allí se explican el procedimiento y los plazos que Medicare estableció para asegurarse de que su solicitud sea manejada de manera oportuna y justa.

Medicamentos en nuestro Nivel 5: El Nivel de especialidad no es elegible para este tipo de excepción. No bajamos el monto de participación en los costos para los medicamentos de este nivel.

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

Sección 6.1 La Lista de medicamentos puede cambiar durante el año

La mayoría de los cambios de cobertura de medicamentos se llevan a cabo al comienzo de cada año (1 de enero). Sin embargo, durante el año, el plan podría realizar cambios a la Lista de medicamentos. Por ejemplo, el plan podría:

- **Agregar o eliminar medicamentos de la Lista de medicamentos.** Nuevos medicamentos pasan a estar disponibles, incluso nuevos medicamentos genéricos. Quizás el gobierno haya aprobado un nuevo uso de un medicamento existente. Algunas veces, un medicamento se retira y decidimos no cubrirlo. También, podríamos quitar un medicamento de la lista porque se descubrió que no era efectivo.
- **Mover un medicamento a un nivel de participación en los costos superior o inferior.**
- **Agregar o eliminar una restricción en la cobertura para un medicamento** (para obtener más información sobre las restricciones a la cobertura, consulte la Sección 4 de este capítulo).
- **Reemplazar un medicamento de marca por un medicamento genérico.**

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

Sección 6.2 ¿Qué sucede si la cobertura cambia para un medicamento que usted está usando?

Información sobre los cambios en la cobertura de medicamentos

Cuando se producen cambios en la Lista de medicamentos durante el año, publicamos información en nuestro sitio web acerca de esos cambios. Actualizaremos nuestros Lista de medicamentos en línea regularmente para incluir cualquier cambio que se haya producido después de la última actualización. Debajo indicamos las veces que recibirá un aviso directo si los cambios se realizan en un medicamento que usted está tomando. También puede llamar al Servicio de Atención al Cliente para obtener más información (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este libro).

¿Los cambios de su cobertura de medicamentos lo afectan de inmediato?

Cambios que pueden afectarlo este año: En los siguientes casos, usted se verá afectado por los cambios de cobertura durante el año actual:

- **Un nuevo medicamento genérico reemplaza un medicamento de marca en la Lista de medicamentos (o cambiamos la participación en el costo o agregamos nuevas restricciones al medicamento de marca)**
  - Podemos eliminar inmediatamente un medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos si lo reemplazamos con un medicamento genérico nuevo que aparecerá en el mismo nivel de costo compartido o uno inferior y con las mismas o menos restricciones. Además, cuando se agrega un nuevo medicamento genérico, podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos, pero inmediatamente moverlo a un nivel de costo compartido diferente o agregar nuevas restricciones.
  - No le avisaremos de forma anticipada antes de hacer ese cambio, incluso si actualmente usted está tomando el medicamento de marca.

- Usted o el médico que receta puede solicitar hacer una excepción y continuar cubrinedo el medicamento de marca para suted. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 7 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*).
- Si usted está tomando el medicamento de marca al momento en que realizamos el cambio, le proporcionaremos la información acerca de los cambios específicos realizados. Esto incluirá además información acera de los pasos que deberá realizar para solicitar una excepción para cubrir el medicamento de marca. Usted no recibirá este aviso antes de que realicemos el cambio.

- **Medicamentos no seguros u otros medicamentos en la Lista de medicamentos que son retirados del mercado**
  - De vez en cuando, un medicamento se retira de repente del mercado porque se descubre que no es seguro o por otros motivos. Si esto sucede, inmediatamente eliminaremos el medicamento de la Lista de medicamentos. Si usted está tomando ese medicamento, le informaremos de este cambio de inmediato.
  - El médico que receta también estará informado de este cambio, y puede trabajar con usted para encontrar otro medicamento para su problema.
- **Otros cambios en los medicamentos de la Lista de medicamentos**
  - Tal vez realicemos otros cambios una vez que comience el año que puedan afectar los medicamentos que usted está tomando. Por ejemplo, podemos agregar un medicamento genérico que no es nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca o cambiar el nivel de costo de participación o agregar nuevas restricciones al medicamento de marca. Además podemos realizar cambios basados en advertencias en los envases de la FDA o nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare. Le debemos dar al menos 30 días de aviso o una reposición del medicamento que está tomando para 30 días en la farmacia de la red.
  - Durante este período de 30 días, usted debe trabajar con su proveedor para pasar al medicamento genérico o a un medicamento diferente que cubramos.
  - O usted o el médico que receta puede solicitar una excepción y continuar cubriendo el medicamento para usted. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 7 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*).

Los cambios en los medicamentos dentro de la Lista de medicamentos que no afectarán a las personas que toman actualmente el medicamento: Para cambios en la Lista de medicamentos que no están descritos arriba, si actualmente usted está tomando el medicamento, los siguientes tipos de cambios no lo afectarán hasta el 1 de enero del año siguiente si permanece en el plan.

- Si cambiamos su medicamento a un nivel de costo compartido superior.
- Si colocamos una nueva restricción con respecto a su uso del medicamento.
- Si eliminamos su medicamento de la Lista de medicamentos.

Si alguno de los siguientes tipos de cambios afecta un medicamento que está usando (pero no debido a un retiro del mercado, o el reemplazo de un medicamento genérico por uno de marca u otro cambio en las secciones anteriores), el cambio no lo afectará su uso o lo que usted paga por el costo compartido hasta el 1 de enero del próximo año si permanece en el plan. Hasta esa fecha, es probable que no vea ningún aumento en sus pagos o ninguna restricción adicional en su uso del medicamento. No recibirá un aviso directo este año acerca de los cambios que no lo afectan. Sin embargo, el 1 de enero del próximo año, los cambios lo afectarán, y es importante verificar la Lista de medicamentos del nuevo año para conocer los cambios en los medicamentos.

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

Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos

Esta sección nos informa qué tipo de medicamentos recetados se "excluyen". Esto significa que Medicare no paga por estos medicamentos.

Si obtiene medicamentos que están excluidos, usted mismo debe pagarlos. No pagaremos los medicamentos que se indican en esta sección. La única excepción es: Si, después de una apelación, se determina que el medicamento solicitado es un medicamento no excluido conforme a la Parte D y deberíamos haberlo pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que tomamos con respecto a no cubrir un medicamento, consulte el Capítulo 7, Sección 5.5 de este libro).

Las siguientes son tres reglas generales sobre los medicamentos que los planes de medicamentos de Medicare no cubrirán conforme a la Parte D:

- La cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto por la Parte A o la Parte B de Medicare.
- Nuestro plan no puede cubrir un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Por lo general, nuestro plan no puede cubrir el uso no indicado en la etiqueta. El "uso no indicado en la etiqueta" es cualquier uso del medicamento diferente de aquellos indicados en la etiqueta de un medicamento como aprobados por la Administración de Medicamentos y Alimentos.
  - Por lo general, la cobertura para "uso no indicado en la etiqueta" se permite solo cuando el uso está respaldado por ciertos libros de referencia. Estos libros de referencia son el American Hospital Formulary Service Drug Information, el sistema de información DRUGDEX y para cáncer, la National Comprehensive Cancer Network y Clinical Pharmacology o sus sucesores. Si el uso no está respaldado por ninguno de estos libros de referencia, entonces nuestro plan no puede cubrir su "uso no indicado en la etiqueta".

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

- Medicamentos sin receta (también denominados medicamentos de venta libre)
- Medicamentos utilizados para promover la fertilidad
- Medicamentos utilizados para el alivio de la tos o de los síntomas de resfrío
- Medicamentos utilizados para fines cosméticos o para promover el crecimiento capilar
- Productos minerales y vitaminas recetados, excepto las vitaminas prenatales y los preparados de fluoruro
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la disfunción eréctil o sexual
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de anorexia, pérdida de peso o aumento de peso
- Medicamentos ambulatorios para los que el fabricante busca exigir que las pruebas asociadas o los servicios de control, se compren exclusivamente del fabricante como una condición de venta

Si recibe "Ayuda adicional" para pagar sus medicamentos, es posible que su programa estatal de Medicaid estatal cubra algunos medicamentos recetados que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare. Comuníquese con su programa de Medicaid estatal para determinar la cobertura de medicamentos que podría estar disponible para usted. (Puede encontrar los números telefónicos y la información de contacto para Medicaid en el Capítulo 2, Sección 6).

SECCIÓN 8 Muestre su tarjeta de membresía del plan cuando surta medicamentos recetados

Sección 8.1 Muestre su tarjeta de membresía

Para surtir su medicamento recetado, muestre su tarjeta de membresía del plan en la farmacia de la red que elija. Cuando muestra su tarjeta de membresía del plan, la farmacia de la red automáticamente facturará al plan *nuestra* parte del costo de su medicamento recetado cubierto. Usted deberá pagarle a la farmacia *su* parte del costo cuando retire el medicamento recetado.

Sección 8.2 ¿Qué sucede si no tiene su tarjeta de membresía con usted?

Si no tiene su tarjeta de membresía del plan con usted cuando surte su medicamento recetado, solicite a la farmacia que llame al plan para obtener la información necesaria.

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

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

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

Si **ingresa en un hospital** para una estadía cubierta por Original Medicare, la Parte A de Medicare, por lo general, cubrirá el costo de sus medicamentos recetados durante su estadía. Una vez que abandone el hospital, nuestro plan cubrirá sus medicamentos

siempre que estos cumplan con todas nuestras reglas para la cobertura. Consulte las partes anteriores de este capítulo que le informa las reglas sobre la cobertura de medicamentos.

Si **ingresa en un centro de enfermería especializad**a para una estadía cubierta por Original Medicare, la Parte A de Medicare, por lo general, cubrirá el costo de sus medicamentos recetados durante toda o parte de su estadía. Si usted todavía está en el centro de enfermería especializada, y la Parte A ya no cubre sus medicamentos, nuestro plan los cubrirá siempre que cumplan con todas nuestras reglas para la cobertura. Consulte las partes anteriores de este capítulo que le informa las reglas sobre la cobertura de medicamentos.

Tenga en cuenta: Cuando ingresa o vive en un centro de enfermería especializada o se va de este, tiene derecho a un Período de inscripción especial. Durante este período, puede cambiar de planes o su cobertura. (El Capítulo 8, *Cómo finalizar su membresía en el plan*, le explica cuándo puede abandonar nuestro plan e inscribirse en un plan diferente de Medicare).

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

Generalmente, un centro de cuidados a largo plazo (LTC) (como una residencia de ancianos) tiene su propia farmacia o una farmacia que suministra medicamentos para todos sus residentes. Si usted reside en un centro de cuidados a largo plazo, es posible que pueda obtener sus medicamentos recetados a través de la farmacia del centro, siempre que esta forme parte de nuestra red.

Consulte su *Directorio de farmacias* para averiguar si la farmacia de su centro de cuidados a largo plazo forma parte de nuestra red. Si no forma parte, o necesita más información, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este libro).

¿Qué sucede si usted reside en un centro de cuidados a largo plazo (LTC) y se convierte en un nuevo miembro del plan?
Si necesita un medicamento que no se encuentra en nuestra Lista de medicamentos o está restringido de alguna forma, el plan cubrirá un **suministro temporal** de su medicamento durante los primeros 90 días de su membresía. El suministro total será por un máximo de 31 días, o menos si su receta fue hecha por menos días. (Tenga en cuenta que la farmacia de cuidados a largo plazo puede brindar el medicamento en menores cantidades por vez para evitar el desperdicio). Si ha sido miembro del plan por más de 90 días y necesita un medicamento que no se encuentra en nuestra Lista de medicamentos o si el plan tiene restricciones en cuanto a la cobertura del medicamento, cubriremos un suministro de 31 días, o menos si su receta está hecha por menos días.

Durante el tiempo en que obtiene un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se quede sin su suministro temporal. Tal vez, haya un medicamento diferente cubierto por el plan que podría funcionar igual de bien para usted. O usted y su proveedor pueden solicitar al plan que haga una excepción en su caso y cubra el medicamento de la forma en que le gustaría que estuviese cubierto. Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, el Capítulo 7, Sección 5.4, le brinda información sobre qué deben hacer.

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

Su inscripción en Cigna-HealthSpring Rx Secure-Extra (PDP) no afecta su cobertura para medicamentos cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare. Si usted cumple con los requisitos de cobertura de Medicare, el medicamento todavía estará cubierto por la Parte A o la Parte B de Medicare aunque usted esté inscrito en este plan. Además, si su medicamento estuviese cubierto por la Parte A o la Parte B de Medicare, nuestro plan no podría cubrirlo, incluso si usted decidiera no inscribirse en la Parte A o la Parte B.

Algunos medicamentos pueden estar cubiertos por la Parte B de Medicare en algunas situaciones y a través de Cigna-HealthSpring Rx Secure-Extra (PDP) en otras situaciones. Sin embargo, los medicamentos nunca pueden estar cubiertos por la Parte B y por nuestro plan al mismo tiempo. En general, su farmacéutico o proveedor determinarán si deben facturar a Medicare Parte B o a Cigna-HealthSpring Rx Secure-Extra (PDP) por el medicamento.

Sección 9.4 ¿Qué sucede si usted tiene una póliza de Medigap (seguro complementario de Medicare) con cobertura de medicamentos recetados?

Si tiene una póliza de Medigap que incluye cobertura de medicamentos con receta médica, debe comunicarse con su emisor de Medigap para indicarle que usted se ha afiliado a nuestro plan. Si decide conservar su póliza de Medigap actual, su emisor de Medigap eliminará la parte correspondiente a la cobertura de medicamentos con receta médica de su póliza y reducirá su prima.

Cada año, su compañía de seguro Medigap debe enviarle una notificación en la cual se informe si su cobertura de medicamentos recetados es “acreditable” y las opciones con que cuenta para la cobertura de medicamentos. (Si la cobertura de la póliza de Medigap es “**acreditable**”, significa que se prevé que pague, en promedio, al menos la misma cantidad que la cobertura estándar

de medicamentos recetados de Medicare). El aviso explicará también cuánto se reducirá su prima si se elimina la parte de la cobertura de medicamentos recetados de su póliza de Medigap. Si usted no recibió esta notificación, o si no puede encontrarla, póngase en contacto con la compañía de seguro Medigap y solicite otra copia.

Sección 9.5 ¿Qué sucede si también obtiene cobertura de medicamentos a través de un empleador o un plan de grupo de jubilados?

¿Tiene actualmente otra cobertura de medicamentos recetados a través de su grupo de jubilados o empleador (o el de su cónyuge)? De ser así, comuníquese **con el administrador de beneficios de dicho grupo**. El administrador puede ayudarlo a determinar cómo funcionará su cobertura actual de medicamentos recetados con nuestro plan.

En general, si usted está actualmente empleado, la cobertura de medicamentos recetados que obtiene de nosotros será *secundaria* respecto de la cobertura del grupo de jubilados o del empleador. Eso significa que su cobertura de grupo pagaría primero.

Nota especial sobre "cobertura acreditable":

Cada año, su empleador o grupo de jubilados deben enviarle una notificación en la cual se informe si su cobertura de medicamentos recetados para el próximo año calendario es "acreditable" y las opciones con que cuenta para la cobertura de medicamentos.

Si la cobertura del plan del grupo es "**acreditable**", significa que el plan cuenta con cobertura de medicamentos que se prevé que pague, en promedio, al menos la misma cantidad que la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare.

Conserve estas notificaciones sobre la cobertura acreditable porque puede necesitarlas posteriormente. Si se inscribe en un plan de Medicare que incluye cobertura de medicamentos de la Parte D, es posible que necesite estas notificaciones para demostrar que ha mantenido una cobertura acreditable. Si no recibió una notificación sobre la cobertura acreditable de su plan de grupo de jubilados o del empleador, puede solicitar un ejemplar al administrador de beneficios del empleador o del grupo de jubilados, o al empleador o sindicato.

Sección 9.6 ¿Qué sucede si usted se encuentra en un centro de atención para pacientes terminales certificado por Medicare?

Los medicamentos nunca están cubiertos por el centro de atención para pacientes terminales y por nuestro plan al mismo tiempo. Si usted está inscrito en un centro de atención para pacientes terminales de Medicare y necesita medicamentos para tratar las náuseas, laxantes, analgésicos o medicamentos contra la ansiedad que no estén cubiertos por su centro de atención para pacientes terminales porque no están relacionados con su enfermedad terminal y afecciones relacionadas, nuestro plan debe recibir una notificación ya sea del médico que receta o del proveedor de dicho centro que indique que estos medicamentos no tienen relación con su enfermedad terminal antes de que nuestro plan los cubra. Para evitar demoras en recibir los medicamentos no relacionados con su afección que nuestro plan debería cubrir, usted puede solicitarle al proveedor del centro o al médico que receta que se asegure de que tengamos la notificación que indique que el medicamento no guarda relación, antes de que usted le pida a la farmacia que le surta el medicamento.

En caso que usted revoque su elección por un centro de atención para pacientes terminales o este le dé el alta, nuestro plan debe cubrir todos sus medicamentos. Para evitar demoras en la farmacia cuando termine su beneficio de centro de atención para pacientes terminales de Medicare, usted debe llevar la documentación a la farmacia para verificar su revocación o alta. Consulte las partes previas de esta sección que explican las reglas para obtener cobertura de medicamentos bajo la Parte D. El Capítulo 4 (*Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D*) le brinda más información sobre la cobertura de medicamentos y lo que usted paga.

SECCIÓN 10 Programas de seguridad y administración de medicamentos

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

Llevamos a cabo revisiones del uso de los medicamentos para que nuestros miembros nos ayuden a garantizar que obtienen atención médica adecuada y segura. Estas revisiones son especialmente importantes para los miembros que tienen más de un proveedor que receta sus medicamentos.

Realizamos una revisión cada vez que usted surte un medicamento recetado. Además, revisamos nuestros registros de forma regular. Durante estas revisiones, buscamos problemas potenciales, tales como:

- Posibles errores de medicación
- Medicamentos que pueden no ser necesarios porque usted está usando otro medicamento para tratar la misma afección médica

- Medicamentos que pueden no ser seguros o adecuados debido a su edad o sexo
- Ciertas combinaciones de medicamentos que podrían causarle daño si los usa al mismo tiempo
- Recetas de medicamentos que tienen componentes a los que usted es alérgico
- Posibles errores en la cantidad (dosificación) de un medicamento que está usando

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

Sección 10.2 Programa de Administración de Medicamento (DMP) para ayudar a los miembros a usar de forma segura sus medicamentos opioides

Contamos con un programa que puede ayudarnos a asegurar de que nuestros miembros usen de forma segura los medicamentos opioides recetados u otros medicamentos de los que se abusa con frecuencia. Este programa se denomina Programa de Administración de Medicamentos (Drug Management Program, DMP). Si usted utiliza medicamentos opioides que obtiene de diferentes médicos o farmacias, podemos hablar con sus médicos para asegurarnos que el uso que usted hacer es adecuado y médicamente necesario. Trabajando en conjunto con su médico, si decidimos que usted corre riesgo por el uso indebido o abuso de los medicamentos opioides o con benzodiazepina, podemos limitar la forma en la que obtiene esos medicamentos. La limitaciones pueden ser:

- Exigir que consiga toda las recetas para los medicamentos opioides o con benzodiazepina de una sola farmacia
- Exigir que consiga toda las recetas para medicamentos opioides o con benzodiazepina de un solo médico
- Limitar la cantidad de medicamentos opioides o con benzodiazepina que cubriremos para usted

Si decidimos que una o más de estas limitaciones se deben aplicar en su caso, le enviaremos una carta con anticipación. La carta contendrá información que explique los términos de las limitaciones que consideramos se deben aplicar en su caso. Además tendrá la posibilidad de informarnos cuáles son los médicos o farmacias que prefiere utilizar. Si cree que cometimos un error o no está de acuerdo con nuestra determinación de que usted está en riesgo por abuso de medicamentos recetados o la limitación, usted y el médico que receta tienen derecho a solicitar una apelación. Consulte el Capítulo 7 para obtener información acerca de cómo solicitar una apelación.

El DMP puede no aplicarse si tiene determinada condición médica, como por ejemplo cáncer, o está recibiendo atención en un centro de atención para pacientes terminales o vive en un centro de atención médica prolongada.

Sección 10.3 Programa de Administración de Medicamento (DMP) para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos

Contamos con un programa que puede ayudar a nuestros miembros con necesidades médicas complejas. Por ejemplo, algunos miembros tienen diferentes afecciones médicas, toman muchos medicamentos al mismo tiempo y costos muy altos de medicamentos.

Este programa es voluntario y gratuito para los miembros. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrollaron el programa para nosotros. Este programa puede ayudar a garantizar que nuestros miembros obtengan el mayor beneficio de los medicamentos que toman. Nuestro programa se denomina programa de Manejo de Terapia de Medicamentos (Medication Therapy Management, MTM). Algunos miembros que toman varios medicamentos para diferentes afecciones médicas podrían obtener los servicios a través de un programa MTM. Un farmacéutico u otro profesional de atención médica realizará una revisión integral de todos sus medicamentos. Puede hablar sobre cuál es la mejor forma de tomar sus medicamentos, sus costos y cualquier problema o pregunta que tenga sobre sus medicamentos recetados y de venta libre. Se le dará un resumen de esta conversación. El resumen tiene un plan de acción de medicamentos que recomienda lo que puede hacer para usar mejor sus medicamentos, con espacios para que tome notas o escriba preguntas de seguimiento. También obtendrá una lista personal de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que está tomando y el motivo por el que los toma.

Es una buena idea realizar la revisión de sus medicamentos antes de su consulta anual de “Bienestar”, para que pueda hablar con su médico sobre su plan de acción y lista de medicamentos. Lleve su plan de acción y lista de medicamentos a la consulta o cuando vaya a hablar con sus médicos, farmacéuticos y demás proveedores de atención médica. Además, lleve su lista de medicamentos (por ejemplo, con su tarjeta de membresía) en caso que tenga que acudir al hospital o a la sala de emergencias.

Si tenemos un programa que satisfaga sus necesidades, lo inscribiremos automáticamente en el programa y le enviaremos información. Si decide no participar, infórmenos y lo eliminaremos del programa. Si tiene alguna pregunta sobre estos programas, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este libro).

CAPÍTULO 4

Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

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

SECCIÓN 1 Introducción 45
Sección 1.1 Utilice este capítulo junto con otros materiales que explican su cobertura de medicamentos 45
Sección 1.2 Tipos de costos directos que puede pagar por sus medicamentos cubiertos 45

SECCIÓN 2 Lo que usted paga por un medicamento depende de la "etapa de pago de medicamentos" en la que se encuentre cuando obtiene el medicamento 46
Sección 2.1 ¿Cuáles son las etapas de pago de medicamentos para los miembros de Cigna-HealthSpring Rx Secure-Extra (PDP)? 46

SECCIÓN 3 Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y la etapa de pago en la que se encuentra 46
Sección 3.1 Le enviamos un informe mensual denominado "Explicación de beneficios de la Parte D" (la "EOB de la Parte D") 46
Sección 3.2 Ayúdenos a mantener actualizada nuestra información sobre sus pagos de medicamentos 47

SECCIÓN 4 Durante la Etapa de deducible, usted paga el costo total de sus medicamentos en los niveles 4 y 5 47
Sección 4.1 Usted permanecerá en la Etapa de deducible hasta que haya pagado $100 por sus medicamentos en los niveles 4 y 5 47

SECCIÓN 5 Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga la parte que le corresponde de los costos de sus medicamentos y usted paga la suya 48
Sección 5.1 Lo que usted paga por un medicamento depende del medicamento recetado y de dónde lo surta 48
Sección 5.2 Tabla que muestra sus costos por un suministro de un medicamento para *un mes* 49
Sección 5.3 Si su médico prescribe un suministro para menos de un mes, es posible que usted no tenga que pagar el costo del suplemento para el mes entero 66
Sección 5.4 Un cuadro que muestra sus costos por un suministro a *largo plazo* de un medicamento para hasta 90 días 67
Sección 5.5 Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que los costos totales de sus medicamentos para el año alcancen los $3,820 84

SECCIÓN 6 Durante la Etapa de período sin cobertura, el plan proporciona cierta cobertura de medicamentos 85
Sección 6.1 Usted permanece en la Etapa de período sin cobertura hasta que sus costos directos alcancen los $5,100 85
Sección 6.2 Cómo Medicare calcula sus costos directos para los medicamentos recetados 85

SECCIÓN 7 Durante la Etapa de cobertura en situación catastrófica, el plan paga la mayor parte del costo de sus medicamentos 86
Sección 7.1 Una vez que se encuentre en la Etapa de cobertura en situación catastrófica, permanecerá en esta etapa por el resto del año 86

SECCIÓN 8 Lo que paga por las vacunas cubiertas por la Parte D depende de cómo y dónde las obtenga 87
Sección 8.1 Nuestro plan puede tener cobertura por separado para las vacunas de la Parte D en sí y para el costo de administración de la vacuna 87
Sección 8.2 Es posible que desee llamarnos al Servicio de Atención al Cliente antes de vacunarse 88

¿Sabía que existen programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos?
Existen programas que ayudan a las personas con recursos limitados a pagar sus medicamentos. Estos incluyen "Ayuda adicional" y programas estatales de asistencia farmacéutica. Para obtener más información, consulte el Capítulo 2, Sección 7.

¿Recibe actualmente ayuda para pagar sus medicamentos?
Si usted se encuentra en un programa que le ayuda a pagar sus medicamentos, **es posible que cierta información en esta *Constancia de cobertura* sobre los costos para los medicamentos recetados de la Parte D no aplique para usted.** Le enviamos un folleto por separado, denominado "Cláusula de constancia de cobertura para personas que reciben ayuda adicional para pagar medicamentos recetados" (también denominado "Cláusula de subsidio por bajos ingresos" o "Cláusula LIS"), que le informa sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este folleto, llame al Servicio de Atención al Cliente y solicite la "Cláusula LIS". (Los números de teléfono del Servicio de Atención al Cliente están impresos en la contraportada de este libro).

SECCIÓN 1 Introducción

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

Este capítulo se concentra en lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D. Para simplificar, utilizamos el término "medicamento" en este capítulo para referirnos a los medicamentos recetados de la Parte D. Según se explica en el Capítulo 3, no todos los medicamentos son medicamentos de la Parte D: algunos medicamentos están cubiertos conforme a la Parte A o B de Medicare y otros medicamentos están excluidos de la cobertura de Medicare por ley.

Para comprender la información de pago que le brindamos en este capítulo, es necesario que conozca los elementos fundamentales sobre cuáles son los medicamentos que están cubiertos, dónde surtir sus medicamentos recetados y qué reglas seguir cuando obtiene sus medicamentos cubiertos. A continuación le presentamos materiales que explican estos elementos fundamentales:

- **La *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan.** Para simplificar, la llamamos "Lista de medicamentos".
  - Esta Lista de medicamentos indica los medicamentos que están cubiertos para usted.
  - Además, informa en cuál de los seis "niveles de participación en los costos" se encuentra el medicamento y si existe alguna restricción en su cobertura para el medicamento.
  - Si necesita un ejemplar de la Lista de medicamentos, llame al Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este libro). También puede encontrar la Lista de medicamentos en nuestro sitio web en www.cigna.com/part-d. La Lista de medicamentos del sitio web es siempre la más actualizada.
- **Capítulo 3 de este libro.** El Capítulo 3 proporciona los detalles sobre su cobertura de medicamentos recetados, incluso las reglas que necesita seguir cuando obtiene sus medicamentos cubiertos. Además, el Capítulo 3 indica qué tipos de medicamentos recetados no están cubiertos por nuestro plan.
- **El *Directorio de farmacias* del plan.** En la mayoría de las situaciones, debe utilizar una farmacia de la red para obtener sus medicamentos cubiertos (consulte el Capítulo 3 para obtener detalles). *El Directorio de farmacias* cuenta con una lista de farmacias en la red del plan. Además, le informa qué farmacias de nuestra red pueden proporcionarle un suministro a largo plazo de un medicamento (por ejemplo, surtir un medicamento recetado para un suministro de tres meses).

Sección 1.2 Tipos de costos directos que puede pagar por sus medicamentos cubiertos

Para comprender la información de pago que le brindamos en este capítulo, es necesario que conozca los tipos de costos directos que puede pagar por sus servicios cubiertos. El monto que usted paga por un medicamento se denomina "participación en los costos" y existen tres formas en las que se le puede pedir que lo pague.

- El "**deducible**" es el monto que debe pagar por los medicamentos antes de que nuestro plan comience a pagar la parte que le corresponde.
- "**Copago**" significa que usted paga un monto fijo cada vez que surte un medicamento recetado.
- "**Coseguro**" significa que usted paga un porcentaje del costo total del medicamento cada vez que surte un medicamento recetado.

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

Sección 2.1 ¿Cuáles son las etapas de pago de medicamentos para los miembros de Cigna-HealthSpring Rx Secure-Extra (PDP)?

Como se muestra en la tabla a continuación, existen "etapas de pago de medicamentos" para su cobertura de medicamentos recetados conforme a Cigna-HealthSpring Rx Secure-Extra (PDP). El monto que paga por un medicamento depende de la etapa en la que usted esté cuando surte o repone un medicamento recetado. Tenga en cuenta que siempre es responsable de la prima mensual del plan, independientemente de la etapa de pago del medicamento.

Etapa 1 *Etapa de deducible anual*	**Etapa 2** *Etapa de cobertura inicial*	**Etapa 3** *Etapa de período sin cobertura*	**Etapa 4** *Etapa de cobertura en situación catastrófica*
Durante esta etapa, usted **paga el costo total** de sus medicamentos. Usted permanecerá en esta etapa hasta que haya pagado $100 por sus medicamentos en los niveles 4 y 5 ($100 es el monto de su deducible). (Los detalles se encuentran en la Sección 4 de este capítulo).	Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos en los niveles 1, 2, 3 y 6 **usted paga la suya**. Después de que usted (u otros en su nombre) hayan pagado el deducible de los niveles 4 y 5, el plan paga su participación en los costos de sus medicamentos en los niveles 4 y 5, y usted paga su participación. Usted permanecerá en esta etapa hasta que sus "**costos totales de medicamentos**" hasta la fecha (sus pagos más cualquier pago del plan de la Parte D) sumen $3,820. (Los detalles se encuentran en la Sección 5 de este capítulo).	Durante esta etapa, para los medicamentos de los niveles 1 y 2, usted paga un copago o el 37% del costo, el que sea menor. Para todos los medicamentos de los niveles 3, 4, 5 y 6, usted paga el 25% del precio por sus medicamentos de marca (más una parte de la tarifa de envío) y el 37% del precio de los medicamentos genéricos. Usted permanecerá en esta etapa hasta que sus "**costos directos**" (sus pagos) hasta la fecha alcancen un total de $5,100. Este monto y las reglas para contabilizar los costos para este monto han sido establecidos por Medicare. (Los detalles se encuentran en la Sección 6 de este capítulo).	Durante esta etapa, **el plan pagará la mayor parte del costo** de sus medicamentos por el resto del año calendario (hasta el 31 de diciembre de 2019). (Los detalles se encuentran en la Sección 7 de este capítulo).

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

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

Nuestro plan realiza el seguimiento de los costos de sus medicamentos recetados y los pagos que efectuó cuando surtió o repuso sus medicamentos recetados en la farmacia. De esta forma, le podemos informar cuando haya pasado de una etapa de pago de medicamentos a la siguiente. En especial, existen dos tipos de costos de los que realizamos un seguimiento:

- Realizamos un seguimiento de cuánto ha pagado. Esto se denomina su costo **"directo"**.
- Realizamos un seguimiento de sus "**costos totales de medicamentos**". Este es el monto que usted paga de forma directa u otros pagan en su nombre más el monto que paga el plan.

Nuestro plan preparará un informe por escrito denominado *Explicación de beneficios de la Parte D* (algunas veces, se denomina "EOB") cuando haya surtido uno o más medicamentos recetados a través del plan durante el mes anterior. Incluye:

- **Información correspondiente a ese mes.** Este informe proporciona los detalles de pago sobre los medicamentos recetados que ha surtido durante el mes anterior. Muestra los costos totales de los medicamentos, lo que pagó el plan y lo que usted y otras personas pagaron en su nombre.
- **Pagos totales correspondientes al año, desde el 1 de enero.** Esto se denomina información "hasta la fecha". Le muestra los costos totales de medicamentos y los pagos totales por sus medicamentos desde el comienzo del año.

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

Para realizar un seguimiento de sus costos de medicamentos y los pagos que efectúa por los medicamentos, utilizamos registros que obtenemos de las farmacias. A continuación se muestra cómo puede ayudarnos a mantener su información correcta y actualizada:

- **Muestre su tarjeta de membresía del plan cuando surta medicamentos recetados.** Para asegurarse de que sabemos acerca de los medicamentos recetados que surte y lo que paga por ellos, muestre su tarjeta de membresía del plan cada vez que surta un medicamento recetado.
- **Asegúrese de que tengamos la información necesaria.** Es posible que, algunas veces, usted deba pagar los medicamentos recetados si no obtenemos automáticamente la información que necesitamos para registrar sus costos directos. Para ayudarnos a realizar un seguimiento de sus costos directos, usted nos puede proporcionar copias de recibos de medicamentos que ha comprado. (Si se le factura por un medicamento cubierto, puede solicitarle a nuestro plan que pague nuestra parte del costo. Para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo, consulte el Capítulo 5, Sección 2 de este libro). Las siguientes son algunas de las situaciones en las que se recomienda que nos proporcione copias de los recibos de sus medicamentos para asegurarse de que tengamos un registro completo de lo que ha gastado en sus medicamentos:
  - Cuando compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuento que no forma parte del beneficio de nuestro plan.
  - Cuando realizó un copago por los medicamentos que se proporcionan conforme a un programa de asistencia al paciente del fabricante de medicamentos.
  - Cada vez que haya comprado medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red u otras veces que haya pagado el precio total por un medicamento cubierto en circunstancias especiales.
- **Envíenos información sobre los pagos que otros hayan realizado en su nombre.** Los pagos realizados por otras personas y organizaciones en particular también se tendrán en cuenta para sus costos directos y lo ayudarán a reunir los requisitos para la cobertura en situación catastrófica. Por ejemplo, los pagos realizados por un programa estatal de asistencia farmacéutica, un programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP), el Servicio de salud para indígenas (Indian Health Service) y la mayoría de las organizaciones de beneficencia, se tendrán en cuenta para sus costos directos. Debe mantener un registro de estos pagos y enviárnoslo para que podamos llevar un registro de sus costos.
- **Revise el informe por escrito que le enviamos.** Cuando recibe una *Explicación de beneficios de la Parte D* (un EOB) por correo, revísela para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si cree que falta algo en su informe o tiene alguna pregunta, llame al Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este libro). Asegúrese de conservar estos informes. Son registros importantes de sus gastos de medicamentos.

SECCIÓN 4 Durante la Etapa de deducible, usted paga el costo total de sus medicamentos en los niveles 4 y 5

Sección 4.1 Usted permanecerá en la Etapa de deducible hasta que haya pagado $100 por sus medicamentos en los niveles 4 y 5

La Etapa de deducible es la primera etapa de pago para su cobertura de medicamentos. Usted pagará un deducible anual de $100 en los medicamentos del Nivel 4 y Nivel 5. **Usted debe pagar el costo total de sus medicamentos en los niveles 4 y 5** hasta que alcance el monto deducible del plan. Para todos los demás medicamentos, no deberá pagar ningún deducible y comenzará a recibir cobertura de inmediato.

- Usualmente, el "**costo total**" es más bajo que el precio total normal del medicamento, ya que nuestro plan ha negociado costos más bajos para la mayoría de los medicamentos.

- El "**deducible**" es el monto que usted debe pagar por sus medicamentos recetados de la Parte D antes de que el plan comience a pagar su participación.

Una vez que haya pagado $100 por sus medicamentos en los niveles 4 y 5, usted deja 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 que le corresponde de los costos de sus medicamentos y usted paga la suya

Sección 5.1 Lo que usted paga por un medicamento depende del medicamento recetado y de dónde lo surta

Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga su participación en los costos de sus medicamentos recetados cubiertos y usted paga la suya (su monto de copago o coseguro). Su parte del costo variará dependiendo del medicamento y del lugar en donde lo surta.

El plan cuenta con seis niveles de participación en los costos

Cada medicamento incluido en la Lista de medicamentos del plan se encuentra en uno de los seis niveles de participación en los costos. En general, cuanto más alto sea el número de nivel de participación en los costos, más alto es su costo para el medicamento:

- Nivel 1 de participación en los costos: Medicamentos genéricos preferidos. Este nivel incluye medicamentos genéricos preferidos. Este grupo de medicamentos recetados representa la participación en los costos más baja.
- Nivel 2 de participación en los costos: Medicamentos genéricos Este nivel incluye medicamentos genéricos.
- Nivel 3 de participación en los costos: Medicamentos de marca preferidos. Este nivel incluye medicamentos de marca preferidos y puede incluir medicamentos genéricos no preferidos.
- Nivel 4 de participación en los costos: Medicamentos no preferidos. Este nivel incluye medicamentos no preferidos y puede incluir medicamentos genéricos.
- Nivel 5 de participación en los costos: Nivel de especialidad. Este nivel incluye medicamentos de marca y genéricos que cumplen ciertos criterios definidos por Medicare. Este grupo de medicamentos recetados representa la participación en los costos más alta.
- Nivel 6 de participación en los costos: Medicamentos seleccionados. Este nivel incluye medicamentos de marca y genéricos seleccionados.

Para saber en qué nivel de participación en los costos se encuentra su medicamento, búsquelo en la *Lista de medicamentos* del plan.

Sus opciones de farmacias

El monto que paga por un medicamento depende de dónde lo obtiene:

- Una farmacia minorista de la red que ofrece participación en los costos estándar
- Una farmacia minorista de la red que ofrece participación en los costos preferida
- Una farmacia que no se encuentra en la red del plan
- La farmacia de pedido por correo del plan

Para obtener más información sobre estas opciones de farmacias y cómo surtir sus medicamentos recetados, consulte el Capítulo 3 de este libro y el *Directorio de farmacias* del plan.

Generalmente, nosotros cubriremos sus medicamentos recetados *solo* si se surten en una de nuestras farmacias de la red. Algunas de nuestras farmacias de la red también ofrecen participación en los costos preferida. Usted puede ir a farmacias de la red que ofrezcan participación en los costos preferida o a otras farmacias de la red que ofrezcan participación en los costos estándar para recibir sus medicamentos recetados cubiertos. Sus costos pueden ser menores en las farmacias que ofrecen participación en los costos preferida.

Sección 5.2 Tabla que muestra sus costos por un suministro de un medicamento para *un mes*

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

- "**Copago**" significa que usted paga un monto fijo cada vez que surte un medicamento recetado.
- "**Coseguro**" significa que usted paga un porcentaje del costo total del medicamento cada vez que surte un medicamento recetado.

Como se muestra en el cuadro a continuación, el monto del copago o coseguro depende del nivel en el que se encuentre su medicamento. Tenga en cuenta:

- Si su medicamento cubierto cuesta menos que el monto del copago descrito en el cuadro, pagará ese precio más bajo por el medicamento. Usted paga *ya sea* el precio completo del medicamento *o* el monto del copago, *el monto que sea inferior*.
- Cubrimos medicamentos recetados surtidos en las farmacias fuera de la red solamente en limitadas situaciones. Consulte el Capítulo 3, Sección 2.5 para obtener información acerca de en qué situaciones debemos cubrir los medicamentos recetados que se surten en farmacias fuera de la red.

Su parte del costo cuando adquiere un suministro para *un mes* de un medicamento recetado cubierto de la Parte D:

Estados	Nivel	**Participación en los costos estándar en tiendas minoristas (dentro de la red) y participación en los costos estándar por pedido por correo** (hasta un suministro de 30 días)	**Participación en los costos preferida en tiendas minoristas (dentro de la red) y participación en los costos preferida por pedido por correo** (hasta un suministro de 30 días)	**Participación en los costos por atención a largo plazo (LTC)** (hasta un suministro de 31 días)	**Participación en los costos fuera de la red*** (la cobertura está limitada a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 3 para obtener detalles). (hasta un suministro de 30 días)
AK	**Nivel 1 de participación en los costos** (medicamentos genéricos preferidos)	$9.00	$4.00	$9.00	$9.00
	Nivel 2 de participación en los costos (medicamentos genéricos)	$15.00	$10.00	$15.00	$15.00
	Nivel 3 de participación en los costos (medicamentos de marca preferidos)	$47.00	$42.00	$47.00	$47.00
	Nivel 4 de participación en los costos (medicamentos no preferidos)	50%	50%	50%	50%
	Nivel 5 de participación en los costos (medicamentos de nivel de especialidad)	31%	31%	31%	31%
	Nivel 6 de participación en los costos (medicamentos seleccionados)	$11.00	$6.00	$11.00	$11.00

Estados	Nivel	**Participación en los costos estándar en tiendas minoristas (dentro de la red) y participación en los costos estándar por pedido por correo** (hasta un suministro de 30 días)	**Participación en los costos preferida en tiendas minoristas (dentro de la red) y participación en los costos preferida por pedido por correo** (hasta un suministro de 30 días)	**Participación en los costos por atención a largo plazo (LTC)** (hasta un suministro de 31 días)	**Participación en los costos fuera de la red*** (la cobertura está limitada a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 3 para obtener detalles). (hasta un suministro de 30 días)
AL/TN	**Nivel 1 de participación en los costos** (medicamentos genéricos preferidos)	$9.00	$4.00	$9.00	$9.00
	Nivel 2 de participación en los costos (medicamentos genéricos)	$15.00	$10.00	$15.00	$15.00
	Nivel 3 de participación en los costos (medicamentos de marca preferidos)	$47.00	$42.00	$47.00	$47.00
	Nivel 4 de participación en los costos (medicamentos no preferidos)	50%	50%	50%	50%
	Nivel 5 de participación en los costos (medicamentos de nivel de especialidad)	31%	31%	31%	31%
	Nivel 6 de participación en los costos (medicamentos seleccionados)	$11.00	$6.00	$11.00	$11.00
AR	**Nivel 1 de participación en los costos** (medicamentos genéricos preferidos)	$9.00	$4.00	$9.00	$9.00
	Nivel 2 de participación en los costos (medicamentos genéricos)	$15.00	$10.00	$15.00	$15.00
	Nivel 3 de participación en los costos (medicamentos de marca preferidos)	$47.00	$42.00	$47.00	$47.00
	Nivel 4 de participación en los costos (medicamentos no preferidos)	50%	50%	50%	50%
	Nivel 5 de participación en los costos (medicamentos de nivel de especialidad)	31%	31%	31%	31%
	Nivel 6 de participación en los costos (medicamentos seleccionados)	$11.00	$6.00	$11.00	$11.00

Estados	Nivel	**Participación en los costos estándar en tiendas minoristas (dentro de la red) y participación en los costos estándar por pedido por correo** (hasta un suministro de 30 días)	**Participación en los costos preferida en tiendas minoristas (dentro de la red) y participación en los costos preferida por pedido por correo** (hasta un suministro de 30 días)	**Participación en los costos por atención a largo plazo (LTC)** (hasta un suministro de 31 días)	**Participación en los costos fuera de la red*** (la cobertura está limitada a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 3 para obtener detalles). (hasta un suministro de 30 días)
AZ	**Nivel 1 de participación en los costos** (medicamentos genéricos preferidos)	$9.00	$4.00	$9.00	$9.00
	Nivel 2 de participación en los costos (medicamentos genéricos)	$15.00	$10.00	$15.00	$15.00
	Nivel 3 de participación en los costos (medicamentos de marca preferidos)	$47.00	$42.00	$47.00	$47.00
	Nivel 4 de participación en los costos (medicamentos no preferidos)	50%	50%	50%	50%
	Nivel 5 de participación en los costos (medicamentos de nivel de especialidad)	31%	31%	31%	31%
	Nivel 6 de participación en los costos (medicamentos seleccionados)	$11.00	$6.00	$11.00	$11.00
CA	**Nivel 1 de participación en los costos** (medicamentos genéricos preferidos)	$9.00	$4.00	$9.00	$9.00
	Nivel 2 de participación en los costos (medicamentos genéricos)	$15.00	$10.00	$15.00	$15.00
	Nivel 3 de participación en los costos (medicamentos de marca preferidos)	$47.00	$42.00	$47.00	$47.00
	Nivel 4 de participación en los costos (medicamentos no preferidos)	50%	49%	50%	50%
	Nivel 5 de participación en los costos (medicamentos de nivel de especialidad)	31%	31%	31%	31%
	Nivel 6 de participación en los costos (medicamentos seleccionados)	$11.00	$6.00	$11.00	$11.00

Estados	Nivel	Participación en los costos estándar en tiendas minoristas (dentro de la red) y participación en los costos estándar por pedido por correo (hasta un suministro de 30 días)	Participación en los costos preferida en tiendas minoristas (dentro de la red) y participación en los costos preferida por pedido por correo (hasta un suministro de 30 días)	Participación en los costos por atención a largo plazo (LTC) (hasta un suministro de 31 días)	Participación en los costos fuera de la red* (la cobertura está limitada a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 3 para obtener detalles). (hasta un suministro de 30 días)
CO	**Nivel 1 de participación en los costos** (medicamentos genéricos preferidos)	$9.00	$4.00	$9.00	$9.00
	Nivel 2 de participación en los costos (medicamentos genéricos)	$15.00	$10.00	$15.00	$15.00
	Nivel 3 de participación en los costos (medicamentos de marca preferidos)	$47.00	$42.00	$47.00	$47.00
	Nivel 4 de participación en los costos (medicamentos no preferidos)	50%	50%	50%	50%
	Nivel 5 de participación en los costos (medicamentos de nivel de especialidad)	31%	31%	31%	31%
	Nivel 6 de participación en los costos (medicamentos seleccionados)	$11.00	$6.00	$11.00	$11.00
CT/MA/RI/VT	**Nivel 1 de participación en los costos** (medicamentos genéricos preferidos)	$9.00	$4.00	$9.00	$9.00
	Nivel 2 de participación en los costos (medicamentos genéricos)	$15.00	$10.00	$15.00	$15.00
	Nivel 3 de participación en los costos (medicamentos de marca preferidos)	$47.00	$42.00	$47.00	$47.00
	Nivel 4 de participación en los costos (medicamentos no preferidos)	50%	50%	50%	50%
	Nivel 5 de participación en los costos (medicamentos de nivel de especialidad)	31%	31%	31%	31%
	Nivel 6 de participación en los costos (medicamentos seleccionados)	$11.00	$6.00	$11.00	$11.00

Estados	Nivel	**Participación en los costos estándar en tiendas minoristas (dentro de la red) y participación en los costos estándar por pedido por correo** (hasta un suministro de 30 días)	**Participación en los costos preferida en tiendas minoristas (dentro de la red) y participación en los costos preferida por pedido por correo** (hasta un suministro de 30 días)	**Participación en los costos por atención a largo plazo (LTC)** (hasta un suministro de 31 días)	**Participación en los costos fuera de la red*** (la cobertura está limitada a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 3 para obtener detalles). (hasta un suministro de 30 días)
DE/DC/MD	**Nivel 1 de participación en los costos** (medicamentos genéricos preferidos)	$9.00	$4.00	$9.00	$9.00
	Nivel 2 de participación en los costos (medicamentos genéricos)	$15.00	$10.00	$15.00	$15.00
	Nivel 3 de participación en los costos (medicamentos de marca preferidos)	$47.00	$42.00	$47.00	$47.00
	Nivel 4 de participación en los costos (medicamentos no preferidos)	50%	50%	50%	50%
	Nivel 5 de participación en los costos (medicamentos de nivel de especialidad)	31%	31%	31%	31%
	Nivel 6 de participación en los costos (medicamentos seleccionados)	$11.00	$6.00	$11.00	$11.00
FL	**Nivel 1 de participación en los costos** (medicamentos genéricos preferidos)	$9.00	$4.00	$9.00	$9.00
	Nivel 2 de participación en los costos (medicamentos genéricos)	$15.00	$10.00	$15.00	$15.00
	Nivel 3 de participación en los costos (medicamentos de marca preferidos)	$47.00	$42.00	$47.00	$47.00
	Nivel 4 de participación en los costos (medicamentos no preferidos)	50%	50%	50%	50%
	Nivel 5 de participación en los costos (medicamentos de nivel de especialidad)	31%	31%	31%	31%
	Nivel 6 de participación en los costos (medicamentos seleccionados)	$11.00	$6.00	$11.00	$11.00

Estados	Nivel	**Participación en los costos estándar en tiendas minoristas (dentro de la red) y participación en los costos estándar por pedido por correo** (hasta un suministro de 30 días)	**Participación en los costos preferida en tiendas minoristas (dentro de la red) y participación en los costos preferida por pedido por correo** (hasta un suministro de 30 días)	**Participación en los costos por atención a largo plazo (LTC)** (hasta un suministro de 31 días)	**Participación en los costos fuera de la red*** (la cobertura está limitada a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 3 para obtener detalles). (hasta un suministro de 30 días)
GA	**Nivel 1 de participación en los costos** (medicamentos genéricos preferidos)	$9.00	$4.00	$9.00	$9.00
	Nivel 2 de participación en los costos (medicamentos genéricos)	$15.00	$10.00	$15.00	$15.00
	Nivel 3 de participación en los costos (medicamentos de marca preferidos)	$47.00	$42.00	$47.00	$47.00
	Nivel 4 de participación en los costos (medicamentos no preferidos)	50%	50%	50%	50%
	Nivel 5 de participación en los costos (medicamentos de nivel de especialidad)	31%	31%	31%	31%
	Nivel 6 de participación en los costos (medicamentos seleccionados)	$11.00	$6.00	$11.00	$11.00
HI	**Nivel 1 de participación en los costos** (medicamentos genéricos preferidos)	$9.00	$4.00	$9.00	$9.00
	Nivel 2 de participación en los costos (medicamentos genéricos)	$15.00	$10.00	$15.00	$15.00
	Nivel 3 de participación en los costos (medicamentos de marca preferidos)	$47.00	$42.00	$47.00	$47.00
	Nivel 4 de participación en los costos (medicamentos no preferidos)	50%	50%	50%	50%
	Nivel 5 de participación en los costos (medicamentos de nivel de especialidad)	31%	31%	31%	31%
	Nivel 6 de participación en los costos (medicamentos seleccionados)	$11.00	$6.00	$11.00	$11.00

Estados	Nivel	Participación en los costos estándar en tiendas minoristas (dentro de la red) y participación en los costos estándar por pedido por correo (hasta un suministro de 30 días)	Participación en los costos preferida en tiendas minoristas (dentro de la red) y participación en los costos preferida por pedido por correo (hasta un suministro de 30 días)	Participación en los costos por atención a largo plazo (LTC) (hasta un suministro de 31 días)	Participación en los costos fuera de la red* (la cobertura está limitada a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 3 para obtener detalles). (hasta un suministro de 30 días)
IA/MN/ MT/ND/ NE/SD/ WY	**Nivel 1 de participación en los costos** (medicamentos genéricos preferidos)	$9.00	$4.00	$9.00	$9.00
	Nivel 2 de participación en los costos (medicamentos genéricos)	$15.00	$10.00	$15.00	$15.00
	Nivel 3 de participación en los costos (medicamentos de marca preferidos)	$47.00	$42.00	$47.00	$47.00
	Nivel 4 de participación en los costos (medicamentos no preferidos)	50%	50%	50%	50%
	Nivel 5 de participación en los costos (medicamentos de nivel de especialidad)	31%	31%	31%	31%
	Nivel 6 de participación en los costos (medicamentos seleccionados)	$11.00	$6.00	$11.00	$11.00
ID/UT	**Nivel 1 de participación en los costos** (medicamentos genéricos preferidos)	$9.00	$4.00	$9.00	$9.00
	Nivel 2 de participación en los costos (medicamentos genéricos)	$15.00	$10.00	$15.00	$15.00
	Nivel 3 de participación en los costos (medicamentos de marca preferidos)	$47.00	$42.00	$47.00	$47.00
	Nivel 4 de participación en los costos (medicamentos no preferidos)	50%	50%	50%	50%
	Nivel 5 de participación en los costos (medicamentos de nivel de especialidad)	31%	31%	31%	31%
	Nivel 6 de participación en los costos (medicamentos seleccionados)	$11.00	$6.00	$11.00	$11.00

Estados	Nivel	Participación en los costos estándar en tiendas minoristas (dentro de la red) y participación en los costos estándar por pedido por correo (hasta un suministro de 30 días)	Participación en los costos preferida en tiendas minoristas (dentro de la red) y participación en los costos preferida por pedido por correo (hasta un suministro de 30 días)	Participación en los costos por atención a largo plazo (LTC) (hasta un suministro de 31 días)	Participación en los costos fuera de la red* (la cobertura está limitada a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 3 para obtener detalles). (hasta un suministro de 30 días)
IL	**Nivel 1 de participación en los costos** (medicamentos genéricos preferidos)	$9.00	$4.00	$9.00	$9.00
	Nivel 2 de participación en los costos (medicamentos genéricos)	$15.00	$10.00	$15.00	$15.00
	Nivel 3 de participación en los costos (medicamentos de marca preferidos)	$47.00	$42.00	$47.00	$47.00
	Nivel 4 de participación en los costos (medicamentos no preferidos)	50%	50%	50%	50%
	Nivel 5 de participación en los costos (medicamentos de nivel de especialidad)	31%	31%	31%	31%
	Nivel 6 de participación en los costos (medicamentos seleccionados)	$11.00	$6.00	$11.00	$11.00
IN/KY	**Nivel 1 de participación en los costos** (medicamentos genéricos preferidos)	$9.00	$4.00	$9.00	$9.00
	Nivel 2 de participación en los costos (medicamentos genéricos)	$15.00	$10.00	$15.00	$15.00
	Nivel 3 de participación en los costos (medicamentos de marca preferidos)	$47.00	$42.00	$47.00	$47.00
	Nivel 4 de participación en los costos (medicamentos no preferidos)	50%	50%	50%	50%
	Nivel 5 de participación en los costos (medicamentos de nivel de especialidad)	31%	31%	31%	31%
	Nivel 6 de participación en los costos (medicamentos seleccionados)	$11.00	$6.00	$11.00	$11.00

Estados	Nivel	**Participación en los costos estándar en tiendas minoristas (dentro de la red) y participación en los costos estándar por pedido por correo** (hasta un suministro de 30 días)	**Participación en los costos preferida en tiendas minoristas (dentro de la red) y participación en los costos preferida por pedido por correo** (hasta un suministro de 30 días)	**Participación en los costos por atención a largo plazo (LTC)** (hasta un suministro de 31 días)	**Participación en los costos fuera de la red*** (la cobertura está limitada a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 3 para obtener detalles). (hasta un suministro de 30 días)
KS	**Nivel 1 de participación en los costos** (medicamentos genéricos preferidos)	$9.00	$4.00	$9.00	$9.00
	Nivel 2 de participación en los costos (medicamentos genéricos)	$15.00	$10.00	$15.00	$15.00
	Nivel 3 de participación en los costos (medicamentos de marca preferidos)	$47.00	$42.00	$47.00	$47.00
	Nivel 4 de participación en los costos (medicamentos no preferidos)	50%	50%	50%	50%
	Nivel 5 de participación en los costos (medicamentos de nivel de especialidad)	31%	31%	31%	31%
	Nivel 6 de participación en los costos (medicamentos seleccionados)	$11.00	$6.00	$11.00	$11.00
LA	**Nivel 1 de participación en los costos** (medicamentos genéricos preferidos)	$9.00	$4.00	$9.00	$9.00
	Nivel 2 de participación en los costos (medicamentos genéricos)	$15.00	$10.00	$15.00	$15.00
	Nivel 3 de participación en los costos (medicamentos de marca preferidos)	$47.00	$42.00	$47.00	$47.00
	Nivel 4 de participación en los costos (medicamentos no preferidos)	50%	50%	50%	50%
	Nivel 5 de participación en los costos (medicamentos de nivel de especialidad)	31%	31%	31%	31%
	Nivel 6 de participación en los costos (medicamentos seleccionados)	$11.00	$6.00	$11.00	$11.00

Estados	Nivel	**Participación en los costos estándar en tiendas minoristas (dentro de la red) y participación en los costos estándar por pedido por correo** (hasta un suministro de 30 días)	**Participación en los costos preferida en tiendas minoristas (dentro de la red) y participación en los costos preferida por pedido por correo** (hasta un suministro de 30 días)	**Participación en los costos por atención a largo plazo (LTC)** (hasta un suministro de 31 días)	**Participación en los costos fuera de la red*** (la cobertura está limitada a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 3 para obtener detalles). (hasta un suministro de 30 días)
MI	**Nivel 1 de participación en los costos** (medicamentos genéricos preferidos)	$9.00	$4.00	$9.00	$9.00
	Nivel 2 de participación en los costos (medicamentos genéricos)	$15.00	$10.00	$15.00	$15.00
	Nivel 3 de participación en los costos (medicamentos de marca preferidos)	$47.00	$42.00	$47.00	$47.00
	Nivel 4 de participación en los costos (medicamentos no preferidos)	50%	50%	50%	50%
	Nivel 5 de participación en los costos (medicamentos de nivel de especialidad)	31%	31%	31%	31%
	Nivel 6 de participación en los costos (medicamentos seleccionados)	$11.00	$6.00	$11.00	$11.00
MO	**Nivel 1 de participación en los costos** (medicamentos genéricos preferidos)	$9.00	$4.00	$9.00	$9.00
	Nivel 2 de participación en los costos (medicamentos genéricos)	$15.00	$10.00	$15.00	$15.00
	Nivel 3 de participación en los costos (medicamentos de marca preferidos)	$47.00	$42.00	$47.00	$47.00
	Nivel 4 de participación en los costos (medicamentos no preferidos)	50%	50%	50%	50%
	Nivel 5 de participación en los costos (medicamentos de nivel de especialidad)	31%	31%	31%	31%
	Nivel 6 de participación en los costos (medicamentos seleccionados)	$11.00	$6.00	$11.00	$11.00

Estados	Nivel	**Participación en los costos estándar en tiendas minoristas (dentro de la red) y participación en los costos estándar por pedido por correo** (hasta un suministro de 30 días)	**Participación en los costos preferida en tiendas minoristas (dentro de la red) y participación en los costos preferida por pedido por correo** (hasta un suministro de 30 días)	**Participación en los costos por atención a largo plazo (LTC)** (hasta un suministro de 31 días)	**Participación en los costos fuera de la red*** (la cobertura está limitada a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 3 para obtener detalles). (hasta un suministro de 30 días)
MS	**Nivel 1 de participación en los costos** (medicamentos genéricos preferidos)	$9.00	$4.00	$9.00	$9.00
	Nivel 2 de participación en los costos (medicamentos genéricos)	$15.00	$10.00	$15.00	$15.00
	Nivel 3 de participación en los costos (medicamentos de marca preferidos)	$47.00	$42.00	$47.00	$47.00
	Nivel 4 de participación en los costos (medicamentos no preferidos)	50%	50%	50%	50%
	Nivel 5 de participación en los costos (medicamentos de nivel de especialidad)	31%	31%	31%	31%
	Nivel 6 de participación en los costos (medicamentos seleccionados)	$11.00	$6.00	$11.00	$11.00
NC	**Nivel 1 de participación en los costos** (medicamentos genéricos preferidos)	$9.00	$4.00	$9.00	$9.00
	Nivel 2 de participación en los costos (medicamentos genéricos)	$15.00	$10.00	$15.00	$15.00
	Nivel 3 de participación en los costos (medicamentos de marca preferidos)	$47.00	$42.00	$47.00	$47.00
	Nivel 4 de participación en los costos (medicamentos no preferidos)	50%	50%	50%	50%
	Nivel 5 de participación en los costos (medicamentos de nivel de especialidad)	31%	31%	31%	31%
	Nivel 6 de participación en los costos (medicamentos seleccionados)	$11.00	$6.00	$11.00	$11.00

Estados	Nivel	**Participación en los costos estándar en tiendas minoristas (dentro de la red) y participación en los costos estándar por pedido por correo** (hasta un suministro de 30 días)	**Participación en los costos preferida en tiendas minoristas (dentro de la red) y participación en los costos preferida por pedido por correo** (hasta un suministro de 30 días)	**Participación en los costos por atención a largo plazo (LTC)** (hasta un suministro de 31 días)	**Participación en los costos fuera de la red*** (la cobertura está limitada a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 3 para obtener detalles). (hasta un suministro de 30 días)
NH/ME	**Nivel 1 de participación en los costos** (medicamentos genéricos preferidos)	$9.00	$4.00	$9.00	$9.00
	Nivel 2 de participación en los costos (medicamentos genéricos)	$15.00	$10.00	$15.00	$15.00
	Nivel 3 de participación en los costos (medicamentos de marca preferidos)	$47.00	$42.00	$47.00	$47.00
	Nivel 4 de participación en los costos (medicamentos no preferidos)	50%	50%	50%	50%
	Nivel 5 de participación en los costos (medicamentos de nivel de especialidad)	31%	31%	31%	31%
	Nivel 6 de participación en los costos (medicamentos seleccionados)	$11.00	$6.00	$11.00	$11.00
NJ	**Nivel 1 de participación en los costos** (medicamentos genéricos preferidos)	$9.00	$4.00	$9.00	$9.00
	Nivel 2 de participación en los costos (medicamentos genéricos)	$15.00	$10.00	$15.00	$15.00
	Nivel 3 de participación en los costos (medicamentos de marca preferidos)	$47.00	$42.00	$47.00	$47.00
	Nivel 4 de participación en los costos (medicamentos no preferidos)	50%	50%	50%	50%
	Nivel 5 de participación en los costos (medicamentos de nivel de especialidad)	31%	31%	31%	31%
	Nivel 6 de participación en los costos (medicamentos seleccionados)	$11.00	$6.00	$11.00	$11.00

Estados	Nivel	**Participación en los costos estándar en tiendas minoristas (dentro de la red) y participación en los costos estándar por pedido por correo** (hasta un suministro de 30 días)	**Participación en los costos preferida en tiendas minoristas (dentro de la red) y participación en los costos preferida por pedido por correo** (hasta un suministro de 30 días)	**Participación en los costos por atención a largo plazo (LTC)** (hasta un suministro de 31 días)	**Participación en los costos fuera de la red*** (la cobertura está limitada a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 3 para obtener detalles). (hasta un suministro de 30 días)
NM	**Nivel 1 de participación en los costos** (medicamentos genéricos preferidos)	$9.00	$4.00	$9.00	$9.00
	Nivel 2 de participación en los costos (medicamentos genéricos)	$15.00	$10.00	$15.00	$15.00
	Nivel 3 de participación en los costos (medicamentos de marca preferidos)	$47.00	$42.00	$47.00	$47.00
	Nivel 4 de participación en los costos (medicamentos no preferidos)	50%	50%	50%	50%
	Nivel 5 de participación en los costos (medicamentos de nivel de especialidad)	31%	31%	31%	31%
	Nivel 6 de participación en los costos (medicamentos seleccionados)	$11.00	$6.00	$11.00	$11.00
NV	**Nivel 1 de participación en los costos** (medicamentos genéricos preferidos)	$9.00	$4.00	$9.00	$9.00
	Nivel 2 de participación en los costos (medicamentos genéricos)	$15.00	$10.00	$15.00	$15.00
	Nivel 3 de participación en los costos (medicamentos de marca preferidos)	$47.00	$42.00	$47.00	$47.00
	Nivel 4 de participación en los costos (medicamentos no preferidos)	50%	50%	50%	50%
	Nivel 5 de participación en los costos (medicamentos de nivel de especialidad)	31%	31%	31%	31%
	Nivel 6 de participación en los costos (medicamentos seleccionados)	$11.00	$6.00	$11.00	$11.00

Estados	Nivel	**Participación en los costos estándar en tiendas minoristas (dentro de la red) y participación en los costos estándar por pedido por correo** (hasta un suministro de 30 días)	**Participación en los costos preferida en tiendas minoristas (dentro de la red) y participación en los costos preferida por pedido por correo** (hasta un suministro de 30 días)	**Participación en los costos por atención a largo plazo (LTC)** (hasta un suministro de 31 días)	**Participación en los costos fuera de la red*** (la cobertura está limitada a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 3 para obtener detalles). (hasta un suministro de 30 días)
NY	**Nivel 1 de participación en los costos** (medicamentos genéricos preferidos)	$9.00	$4.00	$9.00	$9.00
	Nivel 2 de participación en los costos (medicamentos genéricos)	$15.00	$10.00	$15.00	$15.00
	Nivel 3 de participación en los costos (medicamentos de marca preferidos)	$47.00	$42.00	$47.00	$47.00
	Nivel 4 de participación en los costos (medicamentos no preferidos)	50%	50%	50%	50%
	Nivel 5 de participación en los costos (medicamentos de nivel de especialidad)	31%	31%	31%	31%
	Nivel 6 de participación en los costos (medicamentos seleccionados)	$11.00	$6.00	$11.00	$11.00
OH	**Nivel 1 de participación en los costos** (medicamentos genéricos preferidos)	$9.00	$4.00	$9.00	$9.00
	Nivel 2 de participación en los costos (medicamentos genéricos)	$15.00	$10.00	$15.00	$15.00
	Nivel 3 de participación en los costos (medicamentos de marca preferidos)	$47.00	$42.00	$47.00	$47.00
	Nivel 4 de participación en los costos (medicamentos no preferidos)	50%	50%	50%	50%
	Nivel 5 de participación en los costos (medicamentos de nivel de especialidad)	31%	31%	31%	31%
	Nivel 6 de participación en los costos (medicamentos seleccionados)	$11.00	$6.00	$11.00	$11.00

Estados	Nivel	**Participación en los costos estándar en tiendas minoristas (dentro de la red) y participación en los costos estándar por pedido por correo** (hasta un suministro de 30 días)	**Participación en los costos preferida en tiendas minoristas (dentro de la red) y participación en los costos preferida por pedido por correo** (hasta un suministro de 30 días)	**Participación en los costos por atención a largo plazo (LTC)** (hasta un suministro de 31 días)	**Participación en los costos fuera de la red*** (la cobertura está limitada a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 3 para obtener detalles). (hasta un suministro de 30 días)
OK	**Nivel 1 de participación en los costos** (medicamentos genéricos preferidos)	$9.00	$4.00	$9.00	$9.00
	Nivel 2 de participación en los costos (medicamentos genéricos)	$15.00	$10.00	$15.00	$15.00
	Nivel 3 de participación en los costos (medicamentos de marca preferidos)	$47.00	$42.00	$47.00	$47.00
	Nivel 4 de participación en los costos (medicamentos no preferidos)	50%	49%	50%	50%
	Nivel 5 de participación en los costos (medicamentos de nivel de especialidad)	31%	31%	31%	31%
	Nivel 6 de participación en los costos (medicamentos seleccionados)	$11.00	$6.00	$11.00	$11.00
OR/WA	**Nivel 1 de participación en los costos** (medicamentos genéricos preferidos)	$9.00	$4.00	$9.00	$9.00
	Nivel 2 de participación en los costos (medicamentos genéricos)	$15.00	$10.00	$15.00	$15.00
	Nivel 3 de participación en los costos (medicamentos de marca preferidos)	$47.00	$42.00	$47.00	$47.00
	Nivel 4 de participación en los costos (medicamentos no preferidos)	50%	50%	50%	50%
	Nivel 5 de participación en los costos (medicamentos de nivel de especialidad)	31%	31%	31%	31%
	Nivel 6 de participación en los costos (medicamentos seleccionados)	$11.00	$6.00	$11.00	$11.00

Estados	Nivel	**Participación en los costos estándar en tiendas minoristas (dentro de la red) y participación en los costos estándar por pedido por correo** (hasta un suministro de 30 días)	**Participación en los costos preferida en tiendas minoristas (dentro de la red) y participación en los costos preferida por pedido por correo** (hasta un suministro de 30 días)	**Participación en los costos por atención a largo plazo (LTC)** (hasta un suministro de 31 días)	**Participación en los costos fuera de la red*** (la cobertura está limitada a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 3 para obtener detalles). (hasta un suministro de 30 días)
PA/WV	**Nivel 1 de participación en los costos** (medicamentos genéricos preferidos)	$9.00	$4.00	$9.00	$9.00
	Nivel 2 de participación en los costos (medicamentos genéricos)	$15.00	$10.00	$15.00	$15.00
	Nivel 3 de participación en los costos (medicamentos de marca preferidos)	$47.00	$42.00	$47.00	$47.00
	Nivel 4 de participación en los costos (medicamentos no preferidos)	50%	50%	50%	50%
	Nivel 5 de participación en los costos (medicamentos de nivel de especialidad)	31%	31%	31%	31%
	Nivel 6 de participación en los costos (medicamentos seleccionados)	$11.00	$6.00	$11.00	$11.00
SC	**Nivel 1 de participación en los costos** (medicamentos genéricos preferidos)	$9.00	$4.00	$9.00	$9.00
	Nivel 2 de participación en los costos (medicamentos genéricos)	$15.00	$10.00	$15.00	$15.00
	Nivel 3 de participación en los costos (medicamentos de marca preferidos)	$47.00	$42.00	$47.00	$47.00
	Nivel 4 de participación en los costos (medicamentos no preferidos)	50%	50%	50%	50%
	Nivel 5 de participación en los costos (medicamentos de nivel de especialidad)	31%	31%	31%	31%
	Nivel 6 de participación en los costos (medicamentos seleccionados)	$11.00	$6.00	$11.00	$11.00

Estados	Nivel	Participación en los costos estándar en tiendas minoristas (dentro de la red) y participación en los costos estándar por pedido por correo (hasta un suministro de 30 días)	Participación en los costos preferida en tiendas minoristas (dentro de la red) y participación en los costos preferida por pedido por correo (hasta un suministro de 30 días)	Participación en los costos por atención a largo plazo (LTC) (hasta un suministro de 31 días)	Participación en los costos fuera de la red* (la cobertura está limitada a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 3 para obtener detalles). (hasta un suministro de 30 días)
TX	**Nivel 1 de participación en los costos** (medicamentos genéricos preferidos)	$9.00	$4.00	$9.00	$9.00
	Nivel 2 de participación en los costos (medicamentos genéricos)	$15.00	$10.00	$15.00	$15.00
	Nivel 3 de participación en los costos (medicamentos de marca preferidos)	$47.00	$42.00	$47.00	$47.00
	Nivel 4 de participación en los costos (medicamentos no preferidos)	50%	50%	50%	50%
	Nivel 5 de participación en los costos (medicamentos de nivel de especialidad)	31%	31%	31%	31%
	Nivel 6 de participación en los costos (medicamentos seleccionados)	$11.00	$6.00	$11.00	$11.00
VA	**Nivel 1 de participación en los costos** (medicamentos genéricos preferidos)	$9.00	$4.00	$9.00	$9.00
	Nivel 2 de participación en los costos (medicamentos genéricos)	$15.00	$10.00	$15.00	$15.00
	Nivel 3 de participación en los costos (medicamentos de marca preferidos)	$47.00	$42.00	$47.00	$47.00
	Nivel 4 de participación en los costos (medicamentos no preferidos)	50%	50%	50%	50%
	Nivel 5 de participación en los costos (medicamentos de nivel de especialidad)	31%	31%	31%	31%
	Nivel 6 de participación en los costos (medicamentos seleccionados)	$11.00	$6.00	$11.00	$11.00

Estados	Nivel	Participación en los costos estándar en tiendas minoristas (dentro de la red) y participación en los costos estándar por pedido por correo (hasta un suministro de 30 días)	Participación en los costos preferida en tiendas minoristas (dentro de la red) y participación en los costos preferida por pedido por correo (hasta un suministro de 30 días)	Participación en los costos por atención a largo plazo (LTC) (hasta un suministro de 31 días)	Participación en los costos fuera de la red* (la cobertura está limitada a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 3 para obtener detalles). (hasta un suministro de 30 días)
WI	**Nivel 1 de participación en los costos** (medicamentos genéricos preferidos)	$9.00	$4.00	$9.00	$9.00
	Nivel 2 de participación en los costos (medicamentos genéricos)	$15.00	$10.00	$15.00	$15.00
	Nivel 3 de participación en los costos (medicamentos de marca preferidos)	$47.00	$42.00	$47.00	$47.00
	Nivel 4 de participación en los costos (medicamentos no preferidos)	50%	50%	50%	50%
	Nivel 5 de participación en los costos (medicamentos de nivel de especialidad)	31%	31%	31%	31%
	Nivel 6 de participación en los costos (medicamentos seleccionados)	$11.00	$6.00	$11.00	$11.00

**Usted pagará el copago o coseguro que se muestra anteriormente más la diferencia entre el cargo facturado por la farmacia fuera de la red y nuestros costos habituales facturados por la farmacia minorista estándar.*

Sección 5.3 Si su médico prescribe un suministro para menos de un mes, es posible que usted no tenga que pagar el costo del suplemento para el mes entero

Generalmente, el monto que usted paga por un medicamento recetado cubre un suministro para todo un mes de un medicamento cubierto. Sin embargo, su médico puede prescribirle un suministro de medicamentos para menos de un mes. Pueden existir ocasiones en las que usted desee solicitarle a su médico que le prescriba un suministro para menos de un mes de un medicamento (por ejemplo, cuando está probando un medicamento por primera vez que se sabe que tiene efectos secundarios graves). Si su médico prescribe un suministro para menos de un mes completo, usted no tendrá que pagar por un suministro para todo un mes de determinados medicamentos.

El monto que usted paga cuando obtiene un suministro para menos de un mes dependerá de si usted es responsable de pagar un coseguro (un porcentaje del costo total) o un copago (un monto fijo en dólares).

- Si usted es responsable del coseguro, usted paga un *porcentaje* del total del costo del medicamento. Usted paga el mismo porcentaje independientemente de si la receta es para un suministro para un mes entero o para una cantidad menor de días. Sin embargo, debido a que el costo total del medicamento será menor si usted obtiene un suministro para menos de un mes, el *monto* que usted paga será menor.
- Si usted es responsable de un copago para el medicamento, su copago se basará en la cantidad de días del medicamento que reciba. Calcularemos el monto que usted paga por día por su medicamento (la “tarifa diaria de participación en los costos”) y lo multiplicaremos por la cantidad de días del medicamento que usted recibe.
  - Este es un ejemplo: Supongamos que el copago para su medicamento para un suministro para un mes entero (un suministro de 30 días) es $30. Esto significa que el monto que usted paga por día por su medicamento es $1. Si recibe un suministro de 7 días del medicamento, su pago será $1 por día multiplicado por 7 días, para un pago total de $7.

La tarifa diaria de participación en los costos le permite asegurase de que su medicamento funcione en su caso, antes de que tenga que pagar por un suministro de un mes entero. Usted también puede solicitarle a su médico que prescriba y a su farmacéutico que expenda un suministro para menos de un mes completo de un medicamento o medicamentos, si esto lo ayuda a planificar mejor las fechas de reposición de distintos medicamentos recetados, y así realizar menos viajes a la farmacia. El monto que usted pague dependerá del suministro para los días que reciba.

Sección 5.4 Un cuadro que muestra sus costos por un suministro a *largo plazo* de un medicamento para hasta 90 días

Para algunos medicamentos, puede obtener un suministro a largo plazo (también denominado "suministro prolongado") cuando compre sus medicamentos recetados. Un suministro a largo plazo es un suministro para hasta 90 días. (Para obtener detalles sobre dónde y cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento, consulte el Capítulo 3, Sección 2.4).

La tabla que figura a continuación muestra lo que usted debe pagar cuando obtiene un suministro a largo plazo para hasta 90 días de un medicamento.

- Tenga en cuenta: Si su medicamento cubierto cuesta menos que el monto del copago descrito en el cuadro, pagará ese precio más bajo por el medicamento. Usted paga *ya sea* el precio completo del medicamento *o* el monto del copago, *el monto que sea inferior*.

Su parte del costo cuando adquiere un suministro a *largo plazo* de un medicamento recetado cubierto de la Parte D:

Estados	Nivel	Participación en los costos estándar en tiendas minoristas (dentro de la red) (hasta un suministro de 90 días)	Participación en los costos preferido en tiendas minoristas (dentro de la red) (hasta un suministro de 90 días)	Participación en los costos estándar por correo (hasta un suministro de 90 días)	Participación en los costos preferido por correo (hasta un suministro de 90 días)
AK	**Nivel 1 de participación en los costos** (medicamentos genéricos preferidos)	$27.00	$12.00	$27.00	$10.00
	Nivel 2 de participación en los costos (medicamentos genéricos)	$45.00	$30.00	$45.00	$25.00
	Nivel 3 de participación en los costos (medicamentos de marca preferidos)	$141.00	$126.00	$141.00	$105.00
	Nivel 4 de participación en los costos (medicamentos no preferidos)	50%	50%	50%	50%
	Nivel 5 de participación en los costos (medicamentos de nivel de especialidad)	No se encuentra disponible un suministro a largo plazo para medicamentos en el Nivel 5.	No se encuentra disponible un suministro a largo plazo para medicamentos en el Nivel 5.	No se encuentra disponible un suministro a largo plazo para medicamentos en el Nivel 5.	No se encuentra disponible un suministro a largo plazo para medicamentos en el Nivel 5.
	Nivel 6 de participación en los costos (medicamentos seleccionados)	$33.00	$18.00	$33.00	$15.00

Estados	Nivel	Participación en los costos estándar en tiendas minoristas (dentro de la red) (hasta un suministro de 90 días)	Participación en los costos preferido en tiendas minoristas (dentro de la red) (hasta un suministro de 90 días)	Participación en los costos estándar por correo (hasta un suministro de 90 días)	Participación en los costos preferido por correo (hasta un suministro de 90 días)
AL/TN	**Nivel 1 de participación en los costos** (medicamentos genéricos preferidos)	$27.00	$12.00	$27.00	$10.00
	Nivel 2 de participación en los costos (medicamentos genéricos)	$45.00	$30.00	$45.00	$25.00
	Nivel 3 de participación en los costos (medicamentos de marca preferidos)	$141.00	$126.00	$141.00	$105.00
	Nivel 4 de participación en los costos (medicamentos no preferidos)	50%	50%	50%	50%
	Nivel 5 de participación en los costos (medicamentos de nivel de especialidad)	No se encuentra disponible un suministro a largo plazo para medicamentos en el Nivel 5.	No se encuentra disponible un suministro a largo plazo para medicamentos en el Nivel 5.	No se encuentra disponible un suministro a largo plazo para medicamentos en el Nivel 5.	No se encuentra disponible un suministro a largo plazo para medicamentos en el Nivel 5.
	Nivel 6 de participación en los costos (medicamentos seleccionados)	$33.00	$18.00	$33.00	$15.00
AR	**Nivel 1 de participación en los costos** (medicamentos genéricos preferidos)	$27.00	$12.00	$27.00	$10.00
	Nivel 2 de participación en los costos (medicamentos genéricos)	$45.00	$30.00	$45.00	$25.00
	Nivel 3 de participación en los costos (medicamentos de marca preferidos)	$141.00	$126.00	$141.00	$105.00
	Nivel 4 de participación en los costos (medicamentos no preferidos)	50%	50%	50%	50%
	Nivel 5 de participación en los costos (medicamentos de nivel de especialidad)	No se encuentra disponible un suministro a largo plazo para medicamentos en el Nivel 5.	No se encuentra disponible un suministro a largo plazo para medicamentos en el Nivel 5.	No se encuentra disponible un suministro a largo plazo para medicamentos en el Nivel 5.	No se encuentra disponible un suministro a largo plazo para medicamentos en el Nivel 5.
	Nivel 6 de participación en los costos (medicamentos seleccionados)	$33.00	$18.00	$33.00	$15.00

Estados	Nivel	Participación en los costos estándar en tiendas minoristas (dentro de la red) (hasta un suministro de 90 días)	Participación en los costos preferido en tiendas minoristas (dentro de la red) (hasta un suministro de 90 días)	Participación en los costos estándar por correo (hasta un suministro de 90 días)	Participación en los costos preferido por correo (hasta un suministro de 90 días)
AZ	**Nivel 1 de participación en los costos** (medicamentos genéricos preferidos)	$27.00	$12.00	$27.00	$10.00
	Nivel 2 de participación en los costos (medicamentos genéricos)	$45.00	$30.00	$45.00	$25.00
	Nivel 3 de participación en los costos (medicamentos de marca preferidos)	$141.00	$126.00	$141.00	$105.00
	Nivel 4 de participación en los costos (medicamentos no preferidos)	50%	50%	50%	50%
	Nivel 5 de participación en los costos (medicamentos de nivel de especialidad)	No se encuentra disponible un suministro a largo plazo para medicamentos en el Nivel 5.	No se encuentra disponible un suministro a largo plazo para medicamentos en el Nivel 5.	No se encuentra disponible un suministro a largo plazo para medicamentos en el Nivel 5.	No se encuentra disponible un suministro a largo plazo para medicamentos en el Nivel 5.
	Nivel 6 de participación en los costos (medicamentos seleccionados)	$33.00	$18.00	$33.00	$15.00
CA	**Nivel 1 de participación en los costos** (medicamentos genéricos preferidos)	$27.00	$12.00	$27.00	$10.00
	Nivel 2 de participación en los costos (medicamentos genéricos)	$45.00	$30.00	$45.00	$25.00
	Nivel 3 de participación en los costos (medicamentos de marca preferidos)	$141.00	$126.00	$141.00	$105.00
	Nivel 4 de participación en los costos (medicamentos no preferidos)	50%	49%	50%	49%
	Nivel 5 de participación en los costos (medicamentos de nivel de especialidad)	No se encuentra disponible un suministro a largo plazo para medicamentos en el Nivel 5.	No se encuentra disponible un suministro a largo plazo para medicamentos en el Nivel 5.	No se encuentra disponible un suministro a largo plazo para medicamentos en el Nivel 5.	No se encuentra disponible un suministro a largo plazo para medicamentos en el Nivel 5.
	Nivel 6 de participación en los costos (medicamentos seleccionados)	$33.00	$18.00	$33.00	$15.00

Estados	Nivel	Participación en los costos estándar en tiendas minoristas (dentro de la red) (hasta un suministro de 90 días)	Participación en los costos preferido en tiendas minoristas (dentro de la red) (hasta un suministro de 90 días)	Participación en los costos estándar por correo (hasta un suministro de 90 días)	Participación en los costos preferido por correo (hasta un suministro de 90 días)
CO	**Nivel 1 de participación en los costos** (medicamentos genéricos preferidos)	$27.00	$12.00	$27.00	$10.00
	Nivel 2 de participación en los costos (medicamentos genéricos)	$45.00	$30.00	$45.00	$25.00
	Nivel 3 de participación en los costos (medicamentos de marca preferidos)	$141.00	$126.00	$141.00	$105.00
	Nivel 4 de participación en los costos (medicamentos no preferidos)	50%	50%	50%	50%
	Nivel 5 de participación en los costos (medicamentos de nivel de especialidad)	No se encuentra disponible un suministro a largo plazo para medicamentos en el Nivel 5.	No se encuentra disponible un suministro a largo plazo para medicamentos en el Nivel 5.	No se encuentra disponible un suministro a largo plazo para medicamentos en el Nivel 5.	No se encuentra disponible un suministro a largo plazo para medicamentos en el Nivel 5.
	Nivel 6 de participación en los costos (medicamentos seleccionados)	$33.00	$18.00	$33.00	$15.00
CT/MA/RI/VT	**Nivel 1 de participación en los costos** (medicamentos genéricos preferidos)	$27.00	$12.00	$27.00	$10.00
	Nivel 2 de participación en los costos (medicamentos genéricos)	$45.00	$30.00	$45.00	$25.00
	Nivel 3 de participación en los costos (medicamentos de marca preferidos)	$141.00	$126.00	$141.00	$105.00
	Nivel 4 de participación en los costos (medicamentos no preferidos)	50%	50%	50%	50%
	Nivel 5 de participación en los costos (medicamentos de nivel de especialidad)	No se encuentra disponible un suministro a largo plazo para medicamentos en el Nivel 5.	No se encuentra disponible un suministro a largo plazo para medicamentos en el Nivel 5.	No se encuentra disponible un suministro a largo plazo para medicamentos en el Nivel 5.	No se encuentra disponible un suministro a largo plazo para medicamentos en el Nivel 5.
	Nivel 6 de participación en los costos (medicamentos seleccionados)	$33.00	$18.00	$33.00	$15.00

Estados	Nivel	Participación en los costos estándar en tiendas minoristas (dentro de la red) (hasta un suministro de 90 días)	Participación en los costos preferido en tiendas minoristas (dentro de la red) (hasta un suministro de 90 días)	Participación en los costos estándar por correo (hasta un suministro de 90 días)	Participación en los costos preferido por correo (hasta un suministro de 90 días)
DE/DC/MD	**Nivel 1 de participación en los costos** (medicamentos genéricos preferidos)	$27.00	$12.00	$27.00	$10.00
	Nivel 2 de participación en los costos (medicamentos genéricos)	$45.00	$30.00	$45.00	$25.00
	Nivel 3 de participación en los costos (medicamentos de marca preferidos)	$141.00	$126.00	$141.00	$105.00
	Nivel 4 de participación en los costos (medicamentos no preferidos)	50%	50%	50%	50%
	Nivel 5 de participación en los costos (medicamentos de nivel de especialidad)	No se encuentra disponible un suministro a largo plazo para medicamentos en el Nivel 5.	No se encuentra disponible un suministro a largo plazo para medicamentos en el Nivel 5.	No se encuentra disponible un suministro a largo plazo para medicamentos en el Nivel 5.	No se encuentra disponible un suministro a largo plazo para medicamentos en el Nivel 5.
	Nivel 6 de participación en los costos (medicamentos seleccionados)	$33.00	$18.00	$33.00	$15.00
FL	**Nivel 1 de participación en los costos** (medicamentos genéricos preferidos)	$27.00	$12.00	$27.00	$10.00
	Nivel 2 de participación en los costos (medicamentos genéricos)	$45.00	$30.00	$45.00	$25.00
	Nivel 3 de participación en los costos (medicamentos de marca preferidos)	$141.00	$126.00	$141.00	$105.00
	Nivel 4 de participación en los costos (medicamentos no preferidos)	50%	50%	50%	50%
	Nivel 5 de participación en los costos (medicamentos de nivel de especialidad)	No se encuentra disponible un suministro a largo plazo para medicamentos en el Nivel 5.	No se encuentra disponible un suministro a largo plazo para medicamentos en el Nivel 5.	No se encuentra disponible un suministro a largo plazo para medicamentos en el Nivel 5.	No se encuentra disponible un suministro a largo plazo para medicamentos en el Nivel 5.
	Nivel 6 de participación en los costos (medicamentos seleccionados)	$33.00	$18.00	$33.00	$15.00

Estados	Nivel	Participación en los costos estándar en tiendas minoristas (dentro de la red) (hasta un suministro de 90 días)	Participación en los costos preferido en tiendas minoristas (dentro de la red) (hasta un suministro de 90 días)	Participación en los costos estándar por correo (hasta un suministro de 90 días)	Participación en los costos preferido por correo (hasta un suministro de 90 días)
GA	**Nivel 1 de participación en los costos** (medicamentos genéricos preferidos)	$27.00	$12.00	$27.00	$10.00
	Nivel 2 de participación en los costos (medicamentos genéricos)	$45.00	$30.00	$45.00	$25.00
	Nivel 3 de participación en los costos (medicamentos de marca preferidos)	$141.00	$126.00	$141.00	$105.00
	Nivel 4 de participación en los costos (medicamentos no preferidos)	50%	50%	50%	50%
	Nivel 5 de participación en los costos (medicamentos de nivel de especialidad)	No se encuentra disponible un suministro a largo plazo para medicamentos en el Nivel 5.	No se encuentra disponible un suministro a largo plazo para medicamentos en el Nivel 5.	No se encuentra disponible un suministro a largo plazo para medicamentos en el Nivel 5.	No se encuentra disponible un suministro a largo plazo para medicamentos en el Nivel 5.
	Nivel 6 de participación en los costos (medicamentos seleccionados)	$33.00	$18.00	$33.00	$15.00
HI	**Nivel 1 de participación en los costos** (medicamentos genéricos preferidos)	$27.00	$12.00	$27.00	$10.00
	Nivel 2 de participación en los costos (medicamentos genéricos)	$45.00	$30.00	$45.00	$25.00
	Nivel 3 de participación en los costos (medicamentos de marca preferidos)	$141.00	$126.00	$141.00	$105.00
	Nivel 4 de participación en los costos (medicamentos no preferidos)	50%	50%	50%	50%
	Nivel 5 de participación en los costos (medicamentos de nivel de especialidad)	No se encuentra disponible un suministro a largo plazo para medicamentos en el Nivel 5.	No se encuentra disponible un suministro a largo plazo para medicamentos en el Nivel 5.	No se encuentra disponible un suministro a largo plazo para medicamentos en el Nivel 5.	No se encuentra disponible un suministro a largo plazo para medicamentos en el Nivel 5.
	Nivel 6 de participación en los costos (medicamentos seleccionados)	$33.00	$18.00	$33.00	$15.00

Estados	Nivel	Participación en los costos estándar en tiendas minoristas (dentro de la red) (hasta un suministro de 90 días)	Participación en los costos preferido en tiendas minoristas (dentro de la red) (hasta un suministro de 90 días)	Participación en los costos estándar por correo (hasta un suministro de 90 días)	Participación en los costos preferido por correo (hasta un suministro de 90 días)
IA/MN/ MT/ND/ NE/SD/ WY	**Nivel 1 de participación en los costos** (medicamentos genéricos preferidos)	$27.00	$12.00	$27.00	$10.00
	Nivel 2 de participación en los costos (medicamentos genéricos)	$45.00	$30.00	$45.00	$25.00
	Nivel 3 de participación en los costos (medicamentos de marca preferidos)	$141.00	$126.00	$141.00	$105.00
	Nivel 4 de participación en los costos (medicamentos no preferidos)	50%	50%	50%	50%
	Nivel 5 de participación en los costos (medicamentos de nivel de especialidad)	No se encuentra disponible un suministro a largo plazo para medicamentos en el Nivel 5.	No se encuentra disponible un suministro a largo plazo para medicamentos en el Nivel 5.	No se encuentra disponible un suministro a largo plazo para medicamentos en el Nivel 5.	No se encuentra disponible un suministro a largo plazo para medicamentos en el Nivel 5.
	Nivel 6 de participación en los costos (medicamentos seleccionados)	$33.00	$18.00	$33.00	$15.00
ID/UT	**Nivel 1 de participación en los costos** (medicamentos genéricos preferidos)	$27.00	$12.00	$27.00	$10.00
	Nivel 2 de participación en los costos (medicamentos genéricos)	$45.00	$30.00	$45.00	$25.00
	Nivel 3 de participación en los costos (medicamentos de marca preferidos)	$141.00	$126.00	$141.00	$105.00
	Nivel 4 de participación en los costos (medicamentos no preferidos)	50%	50%	50%	50%
	Nivel 5 de participación en los costos (medicamentos de nivel de especialidad)	No se encuentra disponible un suministro a largo plazo para medicamentos en el Nivel 5.	No se encuentra disponible un suministro a largo plazo para medicamentos en el Nivel 5.	No se encuentra disponible un suministro a largo plazo para medicamentos en el Nivel 5.	No se encuentra disponible un suministro a largo plazo para medicamentos en el Nivel 5.
	Nivel 6 de participación en los costos (medicamentos seleccionados)	$33.00	$18.00	$33.00	$15.00

Estados	Nivel	Participación en los costos estándar en tiendas minoristas (dentro de la red) (hasta un suministro de 90 días)	Participación en los costos preferido en tiendas minoristas (dentro de la red) (hasta un suministro de 90 días)	Participación en los costos estándar por correo (hasta un suministro de 90 días)	Participación en los costos preferido por correo (hasta un suministro de 90 días)
IL	**Nivel 1 de participación en los costos** (medicamentos genéricos preferidos)	$27.00	$12.00	$27.00	$10.00
	Nivel 2 de participación en los costos (medicamentos genéricos)	$45.00	$30.00	$45.00	$25.00
	Nivel 3 de participación en los costos (medicamentos de marca preferidos)	$141.00	$126.00	$141.00	$105.00
	Nivel 4 de participación en los costos (medicamentos no preferidos)	50%	50%	50%	50%
	Nivel 5 de participación en los costos (medicamentos de nivel de especialidad)	No se encuentra disponible un suministro a largo plazo para medicamentos en el Nivel 5.	No se encuentra disponible un suministro a largo plazo para medicamentos en el Nivel 5.	No se encuentra disponible un suministro a largo plazo para medicamentos en el Nivel 5.	No se encuentra disponible un suministro a largo plazo para medicamentos en el Nivel 5.
	Nivel 6 de participación en los costos (medicamentos seleccionados)	$33.00	$18.00	$33.00	$15.00
IN/KY	**Nivel 1 de participación en los costos** (medicamentos genéricos preferidos)	$27.00	$12.00	$27.00	$10.00
	Nivel 2 de participación en los costos (medicamentos genéricos)	$45.00	$30.00	$45.00	$25.00
	Nivel 3 de participación en los costos (medicamentos de marca preferidos)	$141.00	$126.00	$141.00	$105.00
	Nivel 4 de participación en los costos (medicamentos no preferidos)	50%	50%	50%	50%
	Nivel 5 de participación en los costos (medicamentos de nivel de especialidad)	No se encuentra disponible un suministro a largo plazo para medicamentos en el Nivel 5.	No se encuentra disponible un suministro a largo plazo para medicamentos en el Nivel 5.	No se encuentra disponible un suministro a largo plazo para medicamentos en el Nivel 5.	No se encuentra disponible un suministro a largo plazo para medicamentos en el Nivel 5.
	Nivel 6 de participación en los costos (medicamentos seleccionados)	$33.00	$18.00	$33.00	$15.00

Estados	Nivel	Participación en los costos estándar en tiendas minoristas (dentro de la red) (hasta un suministro de 90 días)	Participación en los costos preferido en tiendas minoristas (dentro de la red) (hasta un suministro de 90 días)	Participación en los costos estándar por correo (hasta un suministro de 90 días)	Participación en los costos preferido por correo (hasta un suministro de 90 días)
KS	**Nivel 1 de participación en los costos** (medicamentos genéricos preferidos)	$27.00	$12.00	$27.00	$10.00
	Nivel 2 de participación en los costos (medicamentos genéricos)	$45.00	$30.00	$45.00	$25.00
	Nivel 3 de participación en los costos (medicamentos de marca preferidos)	$141.00	$126.00	$141.00	$105.00
	Nivel 4 de participación en los costos (medicamentos no preferidos)	50%	50%	50%	50%
	Nivel 5 de participación en los costos (medicamentos de nivel de especialidad)	No se encuentra disponible un suministro a largo plazo para medicamentos en el Nivel 5.	No se encuentra disponible un suministro a largo plazo para medicamentos en el Nivel 5.	No se encuentra disponible un suministro a largo plazo para medicamentos en el Nivel 5.	No se encuentra disponible un suministro a largo plazo para medicamentos en el Nivel 5.
	Nivel 6 de participación en los costos (medicamentos seleccionados)	$33.00	$18.00	$33.00	$15.00
LA	**Nivel 1 de participación en los costos** (medicamentos genéricos preferidos)	$27.00	$12.00	$27.00	$10.00
	Nivel 2 de participación en los costos (medicamentos genéricos)	$45.00	$30.00	$45.00	$25.00
	Nivel 3 de participación en los costos (medicamentos de marca preferidos)	$141.00	$126.00	$141.00	$105.00
	Nivel 4 de participación en los costos (medicamentos no preferidos)	50%	50%	50%	50%
	Nivel 5 de participación en los costos (medicamentos de nivel de especialidad)	No se encuentra disponible un suministro a largo plazo para medicamentos en el Nivel 5.	No se encuentra disponible un suministro a largo plazo para medicamentos en el Nivel 5.	No se encuentra disponible un suministro a largo plazo para medicamentos en el Nivel 5.	No se encuentra disponible un suministro a largo plazo para medicamentos en el Nivel 5.
	Nivel 6 de participación en los costos (medicamentos seleccionados)	$33.00	$18.00	$33.00	$15.00

Estados	Nivel	Participación en los costos estándar en tiendas minoristas (dentro de la red) (hasta un suministro de 90 días)	Participación en los costos preferido en tiendas minoristas (dentro de la red) (hasta un suministro de 90 días)	Participación en los costos estándar por correo (hasta un suministro de 90 días)	Participación en los costos preferido por correo (hasta un suministro de 90 días)
MI	**Nivel 1 de participación en los costos** (medicamentos genéricos preferidos)	$27.00	$12.00	$27.00	$10.00
	Nivel 2 de participación en los costos (medicamentos genéricos)	$45.00	$30.00	$45.00	$25.00
	Nivel 3 de participación en los costos (medicamentos de marca preferidos)	$141.00	$126.00	$141.00	$105.00
	Nivel 4 de participación en los costos (medicamentos no preferidos)	50%	50%	50%	50%
	Nivel 5 de participación en los costos (medicamentos de nivel de especialidad)	No se encuentra disponible un suministro a largo plazo para medicamentos en el Nivel 5.	No se encuentra disponible un suministro a largo plazo para medicamentos en el Nivel 5.	No se encuentra disponible un suministro a largo plazo para medicamentos en el Nivel 5.	No se encuentra disponible un suministro a largo plazo para medicamentos en el Nivel 5.
	Nivel 6 de participación en los costos (medicamentos seleccionados)	$33.00	$18.00	$33.00	$15.00
MO	**Nivel 1 de participación en los costos** (medicamentos genéricos preferidos)	$27.00	$12.00	$27.00	$10.00
	Nivel 2 de participación en los costos (medicamentos genéricos)	$45.00	$30.00	$45.00	$25.00
	Nivel 3 de participación en los costos (medicamentos de marca preferidos)	$141.00	$126.00	$141.00	$105.00
	Nivel 4 de participación en los costos (medicamentos no preferidos)	50%	50%	50%	50%
	Nivel 5 de participación en los costos (medicamentos de nivel de especialidad)	No se encuentra disponible un suministro a largo plazo para medicamentos en el Nivel 5.	No se encuentra disponible un suministro a largo plazo para medicamentos en el Nivel 5.	No se encuentra disponible un suministro a largo plazo para medicamentos en el Nivel 5.	No se encuentra disponible un suministro a largo plazo para medicamentos en el Nivel 5.
	Nivel 6 de participación en los costos (medicamentos seleccionados)	$33.00	$18.00	$33.00	$15.00

Estados	Nivel	Participación en los costos estándar en tiendas minoristas (dentro de la red) (hasta un suministro de 90 días)	Participación en los costos preferido en tiendas minoristas (dentro de la red) (hasta un suministro de 90 días)	Participación en los costos estándar por correo (hasta un suministro de 90 días)	Participación en los costos preferido por correo (hasta un suministro de 90 días)
MS	**Nivel 1 de participación en los costos** (medicamentos genéricos preferidos)	$27.00	$12.00	$27.00	$10.00
	Nivel 2 de participación en los costos (medicamentos genéricos)	$45.00	$30.00	$45.00	$25.00
	Nivel 3 de participación en los costos (medicamentos de marca preferidos)	$141.00	$126.00	$141.00	$105.00
	Nivel 4 de participación en los costos (medicamentos no preferidos)	50%	50%	50%	50%
	Nivel 5 de participación en los costos (medicamentos de nivel de especialidad)	No se encuentra disponible un suministro a largo plazo para medicamentos en el Nivel 5.	No se encuentra disponible un suministro a largo plazo para medicamentos en el Nivel 5.	No se encuentra disponible un suministro a largo plazo para medicamentos en el Nivel 5.	No se encuentra disponible un suministro a largo plazo para medicamentos en el Nivel 5.
	Nivel 6 de participación en los costos (medicamentos seleccionados)	$33.00	$18.00	$33.00	$15.00
NC	**Nivel 1 de participación en los costos** (medicamentos genéricos preferidos)	$27.00	$12.00	$27.00	$10.00
	Nivel 2 de participación en los costos (medicamentos genéricos)	$45.00	$30.00	$45.00	$25.00
	Nivel 3 de participación en los costos (medicamentos de marca preferidos)	$141.00	$126.00	$141.00	$105.00
	Nivel 4 de participación en los costos (medicamentos no preferidos)	50%	50%	50%	50%
	Nivel 5 de participación en los costos (medicamentos de nivel de especialidad)	No se encuentra disponible un suministro a largo plazo para medicamentos en el Nivel 5.	No se encuentra disponible un suministro a largo plazo para medicamentos en el Nivel 5.	No se encuentra disponible un suministro a largo plazo para medicamentos en el Nivel 5.	No se encuentra disponible un suministro a largo plazo para medicamentos en el Nivel 5.
	Nivel 6 de participación en los costos (medicamentos seleccionados)	$33.00	$18.00	$33.00	$15.00

Estados	Nivel	Participación en los costos estándar en tiendas minoristas (dentro de la red) (hasta un suministro de 90 días)	Participación en los costos preferido en tiendas minoristas (dentro de la red) (hasta un suministro de 90 días)	Participación en los costos estándar por correo (hasta un suministro de 90 días)	Participación en los costos preferido por correo (hasta un suministro de 90 días)
NH/ME	**Nivel 1 de participación en los costos** (medicamentos genéricos preferidos)	$27.00	$12.00	$27.00	$10.00
	Nivel 2 de participación en los costos (medicamentos genéricos)	$45.00	$30.00	$45.00	$25.00
	Nivel 3 de participación en los costos (medicamentos de marca preferidos)	$141.00	$126.00	$141.00	$105.00
	Nivel 4 de participación en los costos (medicamentos no preferidos)	50%	50%	50%	50%
	Nivel 5 de participación en los costos (medicamentos de nivel de especialidad)	No se encuentra disponible un suministro a largo plazo para medicamentos en el Nivel 5.	No se encuentra disponible un suministro a largo plazo para medicamentos en el Nivel 5.	No se encuentra disponible un suministro a largo plazo para medicamentos en el Nivel 5.	No se encuentra disponible un suministro a largo plazo para medicamentos en el Nivel 5.
	Nivel 6 de participación en los costos (medicamentos seleccionados)	$33.00	$18.00	$33.00	$15.00
NJ	**Nivel 1 de participación en los costos** (medicamentos genéricos preferidos)	$27.00	$12.00	$27.00	$10.00
	Nivel 2 de participación en los costos (medicamentos genéricos)	$45.00	$30.00	$45.00	$25.00
	Nivel 3 de participación en los costos (medicamentos de marca preferidos)	$141.00	$126.00	$141.00	$105.00
	Nivel 4 de participación en los costos (medicamentos no preferidos)	50%	50%	50%	50%
	Nivel 5 de participación en los costos (medicamentos de nivel de especialidad)	No se encuentra disponible un suministro a largo plazo para medicamentos en el Nivel 5.	No se encuentra disponible un suministro a largo plazo para medicamentos en el Nivel 5.	No se encuentra disponible un suministro a largo plazo para medicamentos en el Nivel 5.	No se encuentra disponible un suministro a largo plazo para medicamentos en el Nivel 5.
	Nivel 6 de participación en los costos (medicamentos seleccionados)	$33.00	$18.00	$33.00	$15.00

Estados	Nivel	Participación en los costos estándar en tiendas minoristas (dentro de la red) (hasta un suministro de 90 días)	Participación en los costos preferido en tiendas minoristas (dentro de la red) (hasta un suministro de 90 días)	Participación en los costos estándar por correo (hasta un suministro de 90 días)	Participación en los costos preferido por correo (hasta un suministro de 90 días)
NM	**Nivel 1 de participación en los costos** (medicamentos genéricos preferidos)	$27.00	$12.00	$27.00	$10.00
	Nivel 2 de participación en los costos (medicamentos genéricos)	$45.00	$30.00	$45.00	$25.00
	Nivel 3 de participación en los costos (medicamentos de marca preferidos)	$141.00	$126.00	$141.00	$105.00
	Nivel 4 de participación en los costos (medicamentos no preferidos)	50%	50%	50%	50%
	Nivel 5 de participación en los costos (medicamentos de nivel de especialidad)	No se encuentra disponible un suministro a largo plazo para medicamentos en el Nivel 5.	No se encuentra disponible un suministro a largo plazo para medicamentos en el Nivel 5.	No se encuentra disponible un suministro a largo plazo para medicamentos en el Nivel 5.	No se encuentra disponible un suministro a largo plazo para medicamentos en el Nivel 5.
	Nivel 6 de participación en los costos (medicamentos seleccionados)	$33.00	$18.00	$33.00	$15.00
NV	**Nivel 1 de participación en los costos** (medicamentos genéricos preferidos)	$27.00	$12.00	$27.00	$10.00
	Nivel 2 de participación en los costos (medicamentos genéricos)	$45.00	$30.00	$45.00	$25.00
	Nivel 3 de participación en los costos (medicamentos de marca preferidos)	$141.00	$126.00	$141.00	$105.00
	Nivel 4 de participación en los costos (medicamentos no preferidos)	50%	50%	50%	50%
	Nivel 5 de participación en los costos (medicamentos de nivel de especialidad)	No se encuentra disponible un suministro a largo plazo para medicamentos en el Nivel 5.	No se encuentra disponible un suministro a largo plazo para medicamentos en el Nivel 5.	No se encuentra disponible un suministro a largo plazo para medicamentos en el Nivel 5.	No se encuentra disponible un suministro a largo plazo para medicamentos en el Nivel 5.
	Nivel 6 de participación en los costos (medicamentos seleccionados)	$33.00	$18.00	$33.00	$15.00

Estados	Nivel	Participación en los costos estándar en tiendas minoristas (dentro de la red) (hasta un suministro de 90 días)	Participación en los costos preferido en tiendas minoristas (dentro de la red) (hasta un suministro de 90 días)	Participación en los costos estándar por correo (hasta un suministro de 90 días)	Participación en los costos preferido por correo (hasta un suministro de 90 días)
NY	**Nivel 1 de participación en los costos** (medicamentos genéricos preferidos)	$27.00	$12.00	$27.00	$10.00
	Nivel 2 de participación en los costos (medicamentos genéricos)	$45.00	$30.00	$45.00	$25.00
	Nivel 3 de participación en los costos (medicamentos de marca preferidos)	$141.00	$126.00	$141.00	$105.00
	Nivel 4 de participación en los costos (medicamentos no preferidos)	50%	50%	50%	50%
	Nivel 5 de participación en los costos (medicamentos de nivel de especialidad)	No se encuentra disponible un suministro a largo plazo para medicamentos en el Nivel 5.	No se encuentra disponible un suministro a largo plazo para medicamentos en el Nivel 5.	No se encuentra disponible un suministro a largo plazo para medicamentos en el Nivel 5.	No se encuentra disponible un suministro a largo plazo para medicamentos en el Nivel 5.
	Nivel 6 de participación en los costos (medicamentos seleccionados)	$33.00	$18.00	$33.00	$15.00
OH	**Nivel 1 de participación en los costos** (medicamentos genéricos preferidos)	$27.00	$12.00	$27.00	$10.00
	Nivel 2 de participación en los costos (medicamentos genéricos)	$45.00	$30.00	$45.00	$25.00
	Nivel 3 de participación en los costos (medicamentos de marca preferidos)	$141.00	$126.00	$141.00	$105.00
	Nivel 4 de participación en los costos (medicamentos no preferidos)	50%	50%	50%	50%
	Nivel 5 de participación en los costos (medicamentos de nivel de especialidad)	No se encuentra disponible un suministro a largo plazo para medicamentos en el Nivel 5.	No se encuentra disponible un suministro a largo plazo para medicamentos en el Nivel 5.	No se encuentra disponible un suministro a largo plazo para medicamentos en el Nivel 5.	No se encuentra disponible un suministro a largo plazo para medicamentos en el Nivel 5.
	Nivel 6 de participación en los costos (medicamentos seleccionados)	$33.00	$18.00	$33.00	$15.00

Estados	Nivel	Participación en los costos estándar en tiendas minoristas (dentro de la red) (hasta un suministro de 90 días)	Participación en los costos preferido en tiendas minoristas (dentro de la red) (hasta un suministro de 90 días)	Participación en los costos estándar por correo (hasta un suministro de 90 días)	Participación en los costos preferido por correo (hasta un suministro de 90 días)
OK	**Nivel 1 de participación en los costos** (medicamentos genéricos preferidos)	$27.00	$12.00	$27.00	$10.00
	Nivel 2 de participación en los costos (medicamentos genéricos)	$45.00	$30.00	$45.00	$25.00
	Nivel 3 de participación en los costos (medicamentos de marca preferidos)	$141.00	$126.00	$141.00	$105.00
	Nivel 4 de participación en los costos (medicamentos no preferidos)	50%	49%	50%	49%
	Nivel 5 de participación en los costos (medicamentos de nivel de especialidad)	No se encuentra disponible un suministro a largo plazo para medicamentos en el Nivel 5.	No se encuentra disponible un suministro a largo plazo para medicamentos en el Nivel 5.	No se encuentra disponible un suministro a largo plazo para medicamentos en el Nivel 5.	No se encuentra disponible un suministro a largo plazo para medicamentos en el Nivel 5.
	Nivel 6 de participación en los costos (medicamentos seleccionados)	$33.00	$18.00	$33.00	$15.00
OR/WA	**Nivel 1 de participación en los costos** (medicamentos genéricos preferidos)	$27.00	$12.00	$27.00	$10.00
	Nivel 2 de participación en los costos (medicamentos genéricos)	$45.00	$30.00	$45.00	$25.00
	Nivel 3 de participación en los costos (medicamentos de marca preferidos)	$141.00	$126.00	$141.00	$105.00
	Nivel 4 de participación en los costos (medicamentos no preferidos)	50%	50%	50%	50%
	Nivel 5 de participación en los costos (medicamentos de nivel de especialidad)	No se encuentra disponible un suministro a largo plazo para medicamentos en el Nivel 5.	No se encuentra disponible un suministro a largo plazo para medicamentos en el Nivel 5.	No se encuentra disponible un suministro a largo plazo para medicamentos en el Nivel 5.	No se encuentra disponible un suministro a largo plazo para medicamentos en el Nivel 5.
	Nivel 6 de participación en los costos (medicamentos seleccionados)	$33.00	$18.00	$33.00	$15.00

Estados	Nivel	Participación en los costos estándar en tiendas minoristas (dentro de la red) (hasta un suministro de 90 días)	Participación en los costos preferido en tiendas minoristas (dentro de la red) (hasta un suministro de 90 días)	Participación en los costos estándar por correo (hasta un suministro de 90 días)	Participación en los costos preferido por correo (hasta un suministro de 90 días)
PA/WV	**Nivel 1 de participación en los costos** (medicamentos genéricos preferidos)	$27.00	$12.00	$27.00	$10.00
	Nivel 2 de participación en los costos (medicamentos genéricos)	$45.00	$30.00	$45.00	$25.00
	Nivel 3 de participación en los costos (medicamentos de marca preferidos)	$141.00	$126.00	$141.00	$105.00
	Nivel 4 de participación en los costos (medicamentos no preferidos)	50%	50%	50%	50%
	Nivel 5 de participación en los costos (medicamentos de nivel de especialidad)	No se encuentra disponible un suministro a largo plazo para medicamentos en el Nivel 5.	No se encuentra disponible un suministro a largo plazo para medicamentos en el Nivel 5.	No se encuentra disponible un suministro a largo plazo para medicamentos en el Nivel 5.	No se encuentra disponible un suministro a largo plazo para medicamentos en el Nivel 5.
	Nivel 6 de participación en los costos (medicamentos seleccionados)	$33.00	$18.00	$33.00	$15.00
SC	**Nivel 1 de participación en los costos** (medicamentos genéricos preferidos)	$27.00	$12.00	$27.00	$10.00
	Nivel 2 de participación en los costos (medicamentos genéricos)	$45.00	$30.00	$45.00	$25.00
	Nivel 3 de participación en los costos (medicamentos de marca preferidos)	$141.00	$126.00	$141.00	$105.00
	Nivel 4 de participación en los costos (medicamentos no preferidos)	50%	50%	50%	50%
	Nivel 5 de participación en los costos (medicamentos de nivel de especialidad)	No se encuentra disponible un suministro a largo plazo para medicamentos en el Nivel 5.	No se encuentra disponible un suministro a largo plazo para medicamentos en el Nivel 5.	No se encuentra disponible un suministro a largo plazo para medicamentos en el Nivel 5.	No se encuentra disponible un suministro a largo plazo para medicamentos en el Nivel 5.
	Nivel 6 de participación en los costos (medicamentos seleccionados)	$33.00	$18.00	$33.00	$15.00

Estados	Nivel	Participación en los costos estándar en tiendas minoristas (dentro de la red) (hasta un suministro de 90 días)	Participación en los costos preferido en tiendas minoristas (dentro de la red) (hasta un suministro de 90 días)	Participación en los costos estándar por correo (hasta un suministro de 90 días)	Participación en los costos preferido por correo (hasta un suministro de 90 días)
TX	**Nivel 1 de participación en los costos** (medicamentos genéricos preferidos)	$27.00	$12.00	$27.00	$10.00
	Nivel 2 de participación en los costos (medicamentos genéricos)	$45.00	$30.00	$45.00	$25.00
	Nivel 3 de participación en los costos (medicamentos de marca preferidos)	$141.00	$126.00	$141.00	$105.00
	Nivel 4 de participación en los costos (medicamentos no preferidos)	50%	50%	50%	50%
	Nivel 5 de participación en los costos (medicamentos de nivel de especialidad)	No se encuentra disponible un suministro a largo plazo para medicamentos en el Nivel 5.	No se encuentra disponible un suministro a largo plazo para medicamentos en el Nivel 5.	No se encuentra disponible un suministro a largo plazo para medicamentos en el Nivel 5.	No se encuentra disponible un suministro a largo plazo para medicamentos en el Nivel 5.
	Nivel 6 de participación en los costos (medicamentos seleccionados)	$33.00	$18.00	$33.00	$15.00
VA	**Nivel 1 de participación en los costos** (medicamentos genéricos preferidos)	$27.00	$12.00	$27.00	$10.00
	Nivel 2 de participación en los costos (medicamentos genéricos)	$45.00	$30.00	$45.00	$25.00
	Nivel 3 de participación en los costos (medicamentos de marca preferidos)	$141.00	$126.00	$141.00	$105.00
	Nivel 4 de participación en los costos (medicamentos no preferidos)	50%	50%	50%	50%
	Nivel 5 de participación en los costos (medicamentos de nivel de especialidad)	No se encuentra disponible un suministro a largo plazo para medicamentos en el Nivel 5.	No se encuentra disponible un suministro a largo plazo para medicamentos en el Nivel 5.	No se encuentra disponible un suministro a largo plazo para medicamentos en el Nivel 5.	No se encuentra disponible un suministro a largo plazo para medicamentos en el Nivel 5.
	Nivel 6 de participación en los costos (medicamentos seleccionados)	$33.00	$18.00	$33.00	$15.00

Estados	Nivel	Participación en los costos estándar en tiendas minoristas (dentro de la red) (hasta un suministro de 90 días)	Participación en los costos preferido en tiendas minoristas (dentro de la red) (hasta un suministro de 90 días)	Participación en los costos estándar por correo (hasta un suministro de 90 días)	Participación en los costos preferido por correo (hasta un suministro de 90 días)
WI	**Nivel 1 de participación en los costos** (medicamentos genéricos preferidos)	$27.00	$12.00	$27.00	$10.00
	Nivel 2 de participación en los costos (medicamentos genéricos)	$45.00	$30.00	$45.00	$25.00
	Nivel 3 de participación en los costos (medicamentos de marca preferidos)	$141.00	$126.00	$141.00	$105.00
	Nivel 4 de participación en los costos (medicamentos no preferidos)	50%	50%	50%	50%
	Nivel 5 de participación en los costos (medicamentos de nivel de especialidad)	No se encuentra disponible un suministro a largo plazo para medicamentos en el Nivel 5.	No se encuentra disponible un suministro a largo plazo para medicamentos en el Nivel 5.	No se encuentra disponible un suministro a largo plazo para medicamentos en el Nivel 5.	No se encuentra disponible un suministro a largo plazo para medicamentos en el Nivel 5.
	Nivel 6 de participación en los costos (medicamentos seleccionados)	$33.00	$18.00	$33.00	$15.00

Sección 5.5 Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que los costos totales de sus medicamentos para el año alcancen los $3,820

Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que el monto total de los medicamentos recetados que ha surtido y repuesto alcance el **límite de $3,820 para la Etapa de cobertura inicial**.

El costo total de sus medicamentos se basa en la suma de los montos que ha pagado usted y los que ha pagado el plan de la Parte D:

- **Lo que usted ha pagado** por todos los medicamentos cubiertos que adquirió desde que comenzó con su primera compra de medicamentos del año. (Consulte la Sección 6.2 para obtener más información sobre cómo Medicare calcula sus costos directos). Esto incluye:
  - Los $100 que pagó cuando estaba en la Etapa de deducible.
  - El total que pagó por concepto de la parte que le corresponde a usted del costo de sus medicamentos durante la Etapa de cobertura inicial.
- **Lo que el plan ha pagado** por concepto de la parte del costo que le corresponde por sus medicamentos durante la Etapa de cobertura inicial. (Si estuviera inscripto en un plan de la Parte D diferente en cualquier momento durante 2019, la cantidad que el plan pagó durante la Etapa de cobertura inicial cuenta además para los costos totales de sus medicamentos.)

La *Explicación de beneficios* (EOB) que le enviamos lo ayudará a realizar un seguimiento de cuánto usted y el plan, así como cualquier tercero, han gastado en su nombre durante el año. Muchas personas no alcanzan el límite de $3,820 en un año.

Le informaremos si usted alcanza este monto de $3,820. Si lo alcanza, dejará la Etapa de cobertura inicial y pasará a la Etapa de período sin cobertura.

SECCIÓN 6 Durante la Etapa de período sin cobertura, el plan proporciona cierta cobertura de medicamentos

Sección 6.1 Usted permanece en la Etapa de período sin cobertura hasta que sus costos directos alcancen los $5,100

Cuando está en la Etapa de período sin cobertura, continuaremos proporcionando cierta cobertura de medicamentos recetados para algunos medicamentos.

Para el nivel 1: medicamentos genéricos preferidos y el nivel 2: medicamentos genéricos, usted continuará pagando los montos del copago que pagaba en la Etapa de cobertura inicial. Además, el Programa de descuentos para el período sin cobertura de Medicare ofrece descuentos del fabricante en medicamentos de marca.

Para los medicamentos cubiertos de todos los demás niveles, el Programa de descuentos para el período sin cobertura de Medicare ofrece descuentos del fabricante en medicamentos de marca. Usted paga el 25% del precio negociado y una parte de la tarifa de envío por los medicamentos de marca. Tanto el monto que paga como el monto descontado por el fabricante cuentan para sus costos directos como si hubiese pagado y pasa a la Etapa de período sin cobertura.

También recibe alguna cobertura para medicamentos genéricos en los niveles 3, 4, 5 y 6. Usted paga no más del 37% del costo de los medicamentos genéricos y el plan paga el resto. Para los medicamentos genéricos, el monto pagado por el plan (63%) no se toma en cuenta para sus costos directos. Solamente el monto que usted paga se toma en cuenta y así avanza en el período sin cobertura.

Usted continúa pagando el precio con descuento para los medicamentos de marca y no más que el 37% de los costos de medicamentos genéricos hasta que sus pagos directos anuales alcancen un monto máximo establecido por Medicare. Para 2019, el monto de la prima promedio es $5,100.

Medicare tiene reglas sobre qué se cuenta y qué *no* se cuenta como sus costos directos. Cuando alcanza un límite de costos directos de $5,100, abandona la Etapa de período sin cobertura y pasa a la Etapa de cobertura en situación catastrófica.

Sección 6.2 Cómo Medicare calcula sus costos directos para los medicamentos recetados

Las siguientes son las reglas de Medicare que debemos seguir cuando realizamos un seguimiento de sus costos directos por sus medicamentos.

Estos pagos <u>están incluidos</u> en sus costos directos

Cuando suma sus costos directos, **<u>puede incluir</u>** los pagos indicados a continuación (siempre que sean para medicamentos cubiertos de la Parte D y usted haya seguido las reglas para la cobertura de medicamentos que se explican en el Capítulo 3 de este libro):

- El monto que paga por los medicamentos cuando se encuentra en cualquiera de las siguientes etapas de pago de medicamentos:
  - La Etapa de deducible.
  - La Etapa de cobertura inicial.
  - La Etapa de período sin cobertura.
- Cualquier pago que realizó durante este año calendario como miembro de un plan de medicamentos recetados de Medicare diferente antes de inscribirse en nuestro plan.

Importa quién paga:

- Si efectúa estos pagos **usted mismo**, están incluidos en sus costos directos.
- Estos pagos *también están incluidos* si los realizan en su nombre **otras personas u organizaciones determinadas**. Esto incluye pagos por sus medicamentos efectuados por un amigo o familiar, por la mayoría de las organizaciones de beneficencia, por programas de asistencia para medicamentos contra el SIDA, un programa estatal de asistencia farmacéutica que esté calificado por Medicare, o por el Indian Health Service. Los pagos realizados por el programa de “Ayuda adicional” de Medicare, también están incluidos.
- Algunos de los pagos efectuados por el Programa de descuentos para el período sin cobertura de Medicare están incluidos. El monto que el fabricante paga por sus medicamentos de marca está incluido. Pero el monto que el plan paga por sus medicamentos genéricos no está incluido.

Paso a la Etapa de cobertura en situación catastrófica:
Cuando usted (o quienes pagan en su nombre) ha gastado un total de $5,100 en costos directos en el año calendario, pasará de la Etapa de período sin cobertura a la Etapa de cobertura en situación catastrófica.

Estos pagos no están incluidos en sus costos directos

Cuando suma sus costos directos, **no se le permite incluir** ninguno de estos tipos de pagos por los medicamentos recetados:

- El monto que usted paga por su prima mensual.
- Medicamentos que compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Medicamentos que no están cubiertos por nuestro plan.
- Medicamentos que obtiene en una farmacia fuera de la red que no cumplen con los requisitos del plan para la cobertura fuera de la red.
- Medicamentos que no son de la Parte D, incluso medicamentos recetados cubiertos por la Parte A o la Parte B y otros medicamentos excluidos de la cobertura por Medicare.
- Pagos que efectúa por medicamentos recetados no cubiertos normalmente en un plan de medicamentos recetados de Medicare.
- Pagos realizados por el plan por sus medicamentos de marca o genéricos mientras se encuentre en la Etapa de período sin cobertura.
- Pagos de sus medicamentos efectuados por planes de salud grupales, incluso planes de salud a través del empleador.
- Pagos de sus medicamentos que se efectúan mediante determinados planes de seguros y programas de salud financiados por el gobierno, como TRICARE y Veterans Affairs.
- Pagos de sus medicamentos efectuados por terceros con una obligación legal de pagar los costos de medicamentos recetados (por ejemplo, Compensación de los trabajadores).

Recordatorio: Si cualquier otra organización, tal como las que se indicaron anteriormente, paga una parte o la totalidad de sus costos directos por los medicamentos, debe informárselo a nuestro plan. Llame al Servicio de Atención al Cliente para informarlo (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este libro).

¿Cómo puede realizar un seguimiento de su costo directo total?

- **Le ayudaremos.** El informe de la *Explicación de los beneficios de la Parte D* (Part D EOB) que le enviamos incluye el monto actual de sus costos de bolsillo (la Sección 3 en este capítulo habla sobre este informe). Cuando alcanza un total de $5,100 en los costos directos para el año, este informe le avisará que usted ha abandonado la Etapa de período sin cobertura y ha pasado a la Etapa de cobertura en situación catastrófica.
- **Asegúrese de que tengamos la información necesaria.** La Sección 3.2 brinda información sobre lo que puede hacer para ayudar a garantizar que nuestros registros de lo que usted ha gastado estén completos y actualizados.

SECCIÓN 7 Durante la Etapa de cobertura en situación catastrófica, el plan paga la mayor parte del costo de sus medicamentos

Sección 7.1 Una vez que se encuentre en la Etapa de cobertura en situación catastrófica, permanecerá en esta etapa por el resto del año

Usted reúne los requisitos para la Etapa de cobertura en situación catastrófica cuando sus costos directos hayan alcanzado el límite de $5,100 para el año calendario. Una vez que se encuentre en la Etapa de cobertura en situación catastrófica, permanecerá en esta etapa de pago hasta fines del año calendario.

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

- **Su parte** del costo por un medicamento cubierto será un coseguro o un copago, el monto que sea *mayor*:
  - — *ya sea* — coseguro del 5% del costo del medicamento
  - — *o* — $3.40 un medicamento genérico o un medicamento que se considere genérico y $8.50 para todos los demás medicamentos.

- **Nuestro plan paga el resto** del costo.

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

Sección 8.1 Nuestro plan puede tener cobertura por separado para las vacunas de la Parte D en sí y para el costo de administración de la vacuna

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

- La primera parte de la cobertura es el costo **de la vacuna en sí**. La vacuna es un medicamento recetado.
- La segunda parte de la cobertura es para el costo de **aplicarle la vacuna**. (Algunas veces, esto se denomina "administrar" la vacuna).

¿Cuánto paga por una vacuna de la Parte D?

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

1. **El tipo de vacuna** (para qué se le vacuna).
   - Algunas vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas incluidas en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan.
   - Otras vacunas se consideran beneficios médicos. Están cubiertas por Original Medicare.
2. **Lugar donde obtiene la vacuna.**
3. **Quién le administra la vacuna**

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

- Algunas veces, cuando lo vacunan, tendrá que pagar el costo completo de la vacuna y de la administración de la vacuna. Puede solicitar a nuestro plan que le reembolse la parte que nos corresponde del costo.
- Otras veces, cuando obtiene la vacuna o le administran la vacuna, pagará solo su parte del costo.

Para demostrarle cómo funciona, le presentamos tres formas comunes en las que podría recibir una vacuna de la Parte D. Recuerde que usted es responsable de todos los costos relacionados con las vacunas (incluida su administración) durante la Etapa de deducible y la Etapa de período sin cobertura de su beneficio.

Situación 1: Usted compra la vacuna de la Parte D en la farmacia y se la administran en la farmacia de la red. (El hecho de contar con esta opción depende del lugar en donde vive. Algunos estados no permiten que las farmacias administren una vacuna).

- Usted tendrá que pagar a la farmacia el monto de su coseguro por la vacuna y el costo de administración de la vacuna.
- Nuestro plan pagará el resto de los costos.

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

- Cuando recibe la vacuna, usted pagará el costo completo de la vacuna y su administración.
- Luego, puede solicitar a nuestro plan que pague la parte del costo que le corresponde utilizando los procedimientos descritos en el Capítulo 5 de este libro (*Cómo solicitar que paguemos nuestra participación en los costos por los medicamentos cubiertos*).
- Se le reembolsará el monto que pagó menos su coseguro normal por la vacuna (incluida la administración) menos cualquier diferencia entre el monto que cobra el médico y lo que normalmente pagamos. (Si recibe la "Ayuda adicional", le reembolsaremos esa diferencia).

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

- Usted tendrá que pagar a la farmacia el monto de su coseguro por la vacuna.
- Cuando su médico le administra la vacuna, usted pagará el costo completo de este servicio. Luego, puede solicitar a nuestro plan que pague la parte del costo que nos corresponde utilizando los procedimientos descritos en el Capítulo 5 de este libro.

- Se le reembolsará el monto que le cobró el médico por la administración de la vacuna menos la diferencia entre el monto que el médico cobra y lo que pagamos habitualmente. (Si recibe la “Ayuda adicional”, le reembolsaremos esa diferencia).

Sección 8.2 Es posible que desee llamarnos al Servicio de Atención al Cliente antes de vacunarse

Las reglas para la cobertura de vacunas son complicadas. Estamos aquí para ayudarlo. Recomendamos que primero nos llame al Servicio de Atención al Cliente cuando esté planificando vacunarse. (Los números de teléfono del Servicio de Atención al Cliente están impresos en la contraportada de este libro).

- Podemos informarle cómo cubre nuestro plan su vacuna y explicarle su parte del costo.
- Podemos informarle cómo mantener bajos sus propios costos al utilizar proveedores y farmacias de nuestra red.
- Si no puede utilizar una farmacia o un proveedor de la red, podemos informarle lo que necesita hacer para obtener el pago correspondiente a nuestra parte del costo.

CAPÍTULO 5

Cómo solicitar que paguemos nuestra participación en los costos por los medicamentos cubiertos

Capítulo 5 Cómo solicitar que paguemos nuestra participación en los costos por los medicamentos cubiertos

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de sus medicamentos cubiertos 91

Sección 1.1 Si usted paga la parte del costo que le corresponde a nuestro plan por sus medicamentos cubiertos, o si recibe una factura, puede solicitarnos el pago 91

SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos que le realicemos un reembolso 92

Sección 2.1 Cómo y dónde enviarnos su solicitud de pago 92

SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y la aprobaremos o rechazaremos 92

Sección 3.1 Verificamos si debemos cubrir el medicamento y cuánto debemos 92

Sección 3.2 Si le informamos que no pagaremos toda o parte de la atención médica o el medicamento, puede presentar una apelación 92

SECCIÓN 4 Otras situaciones en las que debe guardar sus recibos y enviarnos una copia 93

Sección 4.1 En algunos casos, debe enviarnos copias de sus recibos para ayudarnos a realizar un seguimiento de sus costos directos de los medicamentos 93

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

Sección 1.1 Si usted paga la parte del costo que le corresponde a nuestro plan por sus medicamentos cubiertos, o si recibe una factura, puede solicitarnos el pago

Algunas veces, cuando recibe un medicamento recetado, es posible que deba pagar el costo total de inmediato. Otras veces, puede notar que ha pagado más de lo esperado conforme a las reglas de cobertura del plan. En cualquiera de los casos, puede solicitar que nuestro plan le devuelva el dinero (a menudo, devolverle el dinero se denomina “reembolsarlo”).

Los siguientes son ejemplos de situaciones en las que posiblemente necesite solicitarle a nuestro plan que le reembolse el dinero. Todos estos ejemplos son tipos de decisiones de cobertura (para obtener más información acerca de las decisiones de cobertura, consulte el Capítulo 7 de este libro).

1. **Cuando utiliza una farmacia fuera de la red para surtir un medicamento recetado**

   Si visita una farmacia fuera de la red e intenta utilizar su tarjeta de membresía para surtir un medicamento recetado, es posible que la farmacia no pueda presentar el reclamo directamente a nosotros. Cuando eso suceda, usted tendrá que pagar el costo total de su medicamento recetado. (Cubrimos medicamentos recetados surtidos en farmacias fuera de la red solamente en algunas pocas situaciones. Consulte el Capítulo 3, Sección 2.5 para obtener más información).

   Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos solicite un reembolso de nuestra parte del costo.

2. **Cuando paga el costo total de un medicamento recetado porque no tiene su tarjeta de membresía del plan con usted**

   Si no tiene su tarjeta de membresía del plan con usted, puede solicitar a la farmacia que llame al plan o que busque su información de inscripción. No obstante, si la farmacia no puede obtener la información de inscripción que necesita inmediatamente, es posible que usted deba pagar el costo total del medicamento recetado.

   Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos solicite un reembolso de nuestra parte del costo.

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

   Puede pagar el costo total de un medicamento recetado porque advierte que el medicamento no está cubierto por algún motivo.

   - Por ejemplo, el medicamento puede no estar en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan; o puede tener un requisito o una restricción que usted desconocía o que no cree que se aplique en su caso. Si decide obtener el medicamento inmediatamente, es posible que deba pagar el costo total.
   - Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos solicite un reembolso. En algunas situaciones, es posible que necesitemos obtener más información de su médico para reembolsarle nuestra parte del costo.

4. **Si está inscrito con carácter retroactivo en nuestro plan**

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

   Si se inscribió retroactivamente en nuestro plan y realizó un pago directo por cualquiera de sus medicamentos cubiertos después de su fecha de inscripción, puede solicitarnos un reembolso de nuestra parte de los costos. Deberá enviarnos documentación para que manejemos el reembolso.

   Comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente para obtener información adicional sobre cómo solicitarnos un reembolso y los plazos para realizar la solicitud. (Los números de teléfono del Servicio de Atención al Cliente están impresos en la contraportada de este libro).

Todos los ejemplos anteriores son tipos de decisiones de cobertura. Esto significa que si rechazamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión. El Capítulo 7 de este libro, (*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*), contiene información sobre cómo presentar una apelación.

SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos que le realicemos un reembolso

Sección 2.1 Cómo y dónde enviarnos su solicitud de pago

Envíenos su solicitud de pago, junto con su recibo para documentar cualquier pago que haya realizado. Es una buena idea hacer una copia de los recibos para sus registros.

Para asegurarnos de que nos está brindando toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede completar nuestro formulario de reclamación para solicitar el pago.

- No tiene que utilizar el formulario, pero es útil para que procesemos la información más rápidamente.
- Descargue un ejemplar del formulario de nuestro sitio web (www.cigna.com/part-d) o llame al Servicio de Atención al Cliente y solicite el formulario. (Los números de teléfono del Servicio de Atención al Cliente están impresos en la contraportada de este libro).

Envíenos por correo su solicitud de pago junto con los recibos a la siguiente dirección:

Cigna-HealthSpring
Attn: Pharmacy Claims Reimbursement
P.O. Box 20002
Nashville, TN 37202

Debe presentarnos su queja dentro de un plazo de 3 años de la fecha en que recibió el servicio, el artículo o el medicamento.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este libro). Si no sabe qué monto debía pagar, podemos ayudarlo. También puede llamar si desea brindarnos más información sobre una solicitud de pago que ya nos haya enviado.

SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y la aprobaremos o rechazaremos

Sección 3.1 Verificamos si debemos cubrir el medicamento y cuánto debemos

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

- Si decidimos que el medicamento está cubierto y usted siguió todas las reglas para obtener el medicamento, pagaremos nuestra parte del costo. Le enviaremos por correo el reembolso de nuestra parte del costo. (El Capítulo 3 explica las reglas que necesita seguir para recibir sus medicamentos recetados de la Parte D cubiertos). Enviaremos el pago dentro de un plazo de 30 días después de haber recibido su solicitud.
- Si decidimos que el medicamento *no* están cubiertos o usted *no* siguió todas las reglas, no pagaremos nuestra parte del costo. En cambio, le enviaremos una carta que explique los motivos por los que no estamos enviando el pago que solicitó y sus derechos a apelar esa decisión.

Sección 3.2 Si le informamos que no pagaremos toda o parte de la atención médica o el medicamento, puede presentar una apelación

Si cree que hemos cometido un error en rechazar su solicitud de pago o no está de acuerdo con el monto que pagamos, puede presentar una apelación. Si presenta una apelación, significa que nos está solicitando que cambiemos la decisión que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Para obtener detalles sobre cómo presentar esta apelación, consulte el Capítulo 7 de este libro (*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*). El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Si nunca ha presentado una apelación, le será útil comenzar por leer la Sección 4 del Capítulo 7. La Sección 4 es una sección de introducción que explica el proceso de las decisiones de cobertura y apelaciones, y proporciona definiciones de términos tal como “apelación”. Luego, después de haber leído la Sección 4 puede acudir a la Sección 5.5 del Capítulo 7 para obtener una explicación detallada de cómo presentar una apelación.

SECCIÓN 4 Otras situaciones en las que debe guardar sus recibos y enviarnos una copia

Sección 4.1 En algunos casos, debe enviarnos copias de sus recibos para ayudarnos a realizar un seguimiento de sus costos directos de los medicamentos

Existen algunas situaciones en las que debe informarnos sobre los pagos que realizó por sus medicamentos. En estos casos, no nos está solicitando el pago. En cambio, nos está informando sobre sus pagos, de manera que podamos calcular sus costos directos correctamente. Esto puede ayudarlo a reunir los requisitos para la Etapa de cobertura en situación catastrófica de forma más rápida.

Las siguientes son dos situaciones en las que debe enviarnos las copias de los recibos para informarnos sobre los pagos que realizó por sus medicamentos:

1. **Cuando compra el medicamento a un precio inferior a nuestro precio**

   Algunas veces, cuando se encuentra en la Etapa de deducible y Etapa de período sin cobertura, puede comprar su medicamento en una **farmacia de la red** a un precio inferior al precio del plan.

   - Por ejemplo, una farmacia podría ofrecer un precio especial para el medicamento. O bien, usted podría tener una tarjeta de descuento que es externa a nuestro beneficio y ofrece un precio menor.
   - Salvo que se apliquen condiciones especiales, debe utilizar una farmacia de la red en estas situaciones y su medicamento debe estar en nuestra Lista de medicamentos.
   - Guarde su recibo y envíenos una copia de manera que podamos calcular sus gastos directos en función de reunir los requisitos para la Etapa de cobertura en situación catastrófica.
   - **Tenga en cuenta:** Si se encuentra en la Etapa de deducible y Etapa de período sin cobertura, el plan no pagará ninguna parte de los costos de estos medicamentos. No obstante, el hecho de enviarnos una copia del recibo nos permite calcular sus costos directos correctamente y puede ayudarlo a reunir los requisitos para la Etapa de cobertura en situación catastrófica de forma más rápida.

2. **Cuando obtiene un medicamento mediante un programa de asistencia al paciente ofrecido por un fabricante de medicamentos**

   Algunos miembros están inscritos en un programa de asistencia al paciente ofrecido por un fabricante de medicamentos que es externo a los beneficios del plan. Si obtiene algún medicamento mediante un programa ofrecido por un fabricante de medicamentos, puede pagar un copago al programa de asistencia al paciente.

   - Guarde su recibo y envíenos una copia de manera que podamos calcular sus gastos directos en función de reunir los requisitos para la Etapa de cobertura en situación catastrófica.
   - **Tenga en cuenta:** Debido a que obtiene su medicamento mediante el programa de asistencia al paciente y no mediante los beneficios del plan, no pagaremos ninguna parte de los costos de estos medicamentos. No obstante, el hecho de enviarnos una copia del recibo nos permite calcular sus costos directos correctamente y puede ayudarlo a reunir los requisitos para la Etapa de cobertura en situación catastrófica de forma más rápida.

Debido a que no está solicitando el pago en los dos casos descritos anteriormente, estas situaciones no se consideran decisiones de cobertura. Por lo tanto, no puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión.

CAPÍTULO 6

Sus derechos y responsabilidades

Capítulo 6 Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos como miembro del plan....96
Sección 1.1 Debemos proporcionarle información de manera que la entienda bien (en otros idiomas que no sea inglés, en braille o en impresión con letra grande) 96
Sección 1.2 Debemos tratarlo con imparcialidad y respeto en todo momento 96
Sección 1.3 Debemos asegurarnos de que usted obtenga acceso oportuno a sus medicamentos cubiertos....97
Sección 1.4 Debemos proteger la privacidad de su información de salud personal 97
Sección 1.5 Debemos proporcionarle información acerca del plan, la red de farmacias del plan y los medicamentos que están cubiertos para usted 97
Sección 1.6 Debemos respaldar su derecho a tomar decisiones sobre su atención médica....98
Sección 1.7 Usted tiene derecho a presentar quejas y a solicitarnos que reconsideremos decisiones que hayamos tomado 99
Sección 1.8 ¿Qué puede hacer si cree que lo están tratando injustamente o que no se respetan sus derechos?....99
Sección 1.9 Cómo obtener más información sobre sus derechos 99

SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan....100
Sección 2.1 ¿Cuáles son sus responsabilidades? 100

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

Sección 1.1 Debemos proporcionarle información de manera que la entienda bien (en otros idiomas que no sea inglés, en braille o en impresión con letra grande)

Para obtener mayor información de nuestra compañía en la manera que más le convenga, llame al Servicio de Atención al Cliente (los números telefónicos se encuentran en la contraportada de este libro).

Nuestro plan cuenta con personal y servicio gratuito de intérprete de idiomas que podrá responder a las preguntas de los miembros que no hablen inglés y de los miembros que tengan alguna discapacidad. Además, podemos darle información en braille, en impresión con letra grande, o en otros formatos sin costo si así lo necesita. Es nuestra obligación darle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para obtener información de nuestra compañía en la manera que más le convenga, llame al Servicio de Atención al Cliente (los números telefónicos están impresos en la contraportada de este libro) o comuníquese con nuestro departamento de quejas por agravios para miembros (Member Grievances department); los números telefónicos están impresos en la información de contacto bajo el título “Quejas sobre los medicamentos recetados de la Parte D” en el Capítulo 2, Sección 1 de este libro.

Si tiene dificultades para conseguir información de nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, puede presentar una queja por agravios comunicándose con nuestro departamento de quejas por agravios para miembros (Member Grievances department); los números telefónicos se encuentran impresos en la información de contacto bajo el título “Quejas sobre los medicamentos recetados de la Parte D” en el Capítulo 2, Sección 1 de este libro. También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles. La información de contacto está incluida en esta Constancia de cobertura o en este correo, o puede comunicarse con el Servicio de Atención al Cliente (los números telefónicos están impresos en la contraportada de este libro) para solicitar más información.

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

Our plan has people and free interpreter services available to answer questions from disabled and nonEnglish speaking members. We can also give you information in Braille, in large print, or other alternate formats at no cost if you need it. We are required to give you information about the plan’s benefits in a format that is accessible and appropriate for you. To get information from us in a way that works for you, please call Customer Service (phone numbers are printed on the back cover of this booklet) or contact or our Member Grievances department (phone numbers are printed in the Complaints About Part D Prescription Drugs contact information in Chapter 2, Section 1 of this booklet).

If you have any trouble getting information from our plan in a format that is accessible and appropriate for you, please call to file a grievance with our Member Grievances department (phone numbers are printed in the Complaints About Part D Prescription Drugs contact information in Chapter 2, Section 1 of this booklet). You may also file a complaint with Medicare by calling 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) or directly with the Office for Civil Rights. Contact information is included in this Evidence of Coverage or with this mailing, or you may contact Customer Service (phone numbers are printed on the back cover of this booklet) for additional information.

Sección 1.2 Debemos tratarlo con imparcialidad y respeto en todo momento

Nuestro plan debe cumplir con las leyes que lo protegen contra la discriminación o el trato injusto. **No discriminamos** sobre la base de la raza de una persona, su origen étnico, nacionalidad, religión, sexo, edad, discapacidad mental o física, estado de salud, antecedentes de reclamaciones, antecedentes médicos, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicios.

Si desea obtener más información o tiene inquietudes sobre discriminación o trato injusto, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a su Oficina de Derechos Civiles local.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda con el acceso a la atención médica, comuníquese con nosotros al Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este libro). Si tiene una queja, como un problema con el acceso para silla de ruedas, el Servicio de Atención al Cliente puede ayudarlo.

Sección 1.3 Debemos asegurarnos de que usted obtenga acceso oportuno a sus medicamentos cubiertos

Como miembro de nuestro plan, usted tiene el derecho a obtener y surtir sus medicamentos recetados en cualquiera de nuestras farmacias de la red sin retrasos prolongados. Si cree que no está obteniendo sus medicamentos de la Parte D en un tiempo razonable, el Capítulo 7, Sección 7 de este libro brinda información sobre lo que puede hacer. (Si hemos rechazado la cobertura para sus medicamentos recetados y no está de acuerdo con nuestra decisión, el Capítulo 7, Sección 4, brinda información sobre lo que puede hacer).

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

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

- Su "información de salud personal" incluye la información personal que usted nos brindó cuando se inscribió en este plan, así como sus registros médicos y otra información médica y de salud.
- Las leyes que protegen su privacidad le otorgan derechos relacionados con la obtención de información y el control de cómo se utiliza su información de salud. Le proporcionamos una notificación por escrito, denominada "Notificación de prácticas de privacidad", que informa sobre estos derechos y explica cómo protegemos la privacidad de su información de salud.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información de salud?

- Nos aseguramos de que personas no autorizadas no vean ni cambien sus registros.
- En la mayoría de las situaciones, si proporcionamos su información de salud a cualquier persona que no esté brindándole o pagándole la atención médica, *primero debemos obtener su autorización por escrito*. La autorización por escrito la puede otorgar usted u otra persona a quien le haya otorgado poder legal para tomar decisiones por usted.
- Existen ciertas excepciones que no requieren que obtengamos primero su autorización por escrito. Estas excepciones están permitidas o son exigidas por la ley.
  - Por ejemplo, se nos exige que divulguemos información de salud a las agencias gubernamentales que controlan la calidad de la atención médica.
  - Debido a que usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, se nos exige que brindemos a Medicare su información de salud, incluso información sobre sus medicamentos recetados de la Parte D. Si Medicare da a conocer su información para investigación u otros usos, esto se realizará de acuerdo con las leyes y reglamentaciones federales.

Puede ver la información que figura en sus registros y saber cómo se ha compartido con otras personas

Usted tiene derecho a revisar sus registros médicos mantenidos en el plan y a obtener una copia de sus registros. Estamos autorizados a cobrar un cargo por copiar esta información. También tiene derecho a solicitarnos realizar adiciones o correcciones a sus registros médicos. Si nos solicita esto, trabajaremos con su proveedor de atención médica para decidir si los cambios se deben realizar.

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

Si tiene alguna pregunta o inquietud acerca de la privacidad de su información de salud personal, llame al Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este libro).

Sección 1.5 Debemos proporcionarle información acerca del plan, la red de farmacias del plan y los medicamentos que están cubiertos para usted

Como miembro de Cigna-HealthSpring Rx Secure-Extra (PDP), usted tiene derecho a obtener diferentes tipos de información de nosotros. (Según lo explicado anteriormente en la Sección 1.1, tiene derecho a que le proporcionemos información de forma tal que a usted le sirva. Esto incluye recibir información en otros idiomas además del inglés, en braille o impresión en letras grandes).

Si desea cualquiera de los siguientes tipos de información, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este libro):

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la condición financiera del plan. Además, incluye información sobre la cantidad de apelaciones realizadas por los miembros y las calificaciones de desempeño del plan, incluso cómo ha sido calificado por los miembros del plan y cómo se compara con otros planes de medicamentos recetados de Medicare.

- **Información sobre nuestras farmacias de la red.**
  - Por ejemplo, usted tiene derecho a obtener información de nosotros sobre las farmacias de nuestra red.
  - Para obtener una lista de farmacias de la red del plan, consulte el *Directorio de farmacias*.
  - Para obtener información más detallada acerca de nuestras farmacias, puede llamar al Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este libro) o visitar nuestro sitio web, www.cigna.com/part-d.
- **Información sobre su cobertura y las reglas que debe seguir al utilizar su cobertura.**
  - Para obtener los detalles de su cobertura de medicamentos recetados de la Parte D, consulte los Capítulos 3 y 4 de este libro y la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan. Estos capítulos, junto con la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*, le informan los medicamentos que están cubiertos y explican las reglas que debe seguir, y las restricciones a su cobertura de ciertos medicamentos.
  - Si tiene preguntas sobre las reglas o restricciones, llame al Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este libro).
- **Información sobre por qué algo no está cubierto y qué puede hacer al respecto.**
  - Si un medicamento de la Parte D no está cubierto para usted o si su cobertura está restringida de alguna forma, puede solicitarnos una explicación por escrito. Usted tiene derecho a obtener esta explicación, incluso si ha recibido el medicamento de una farmacia fuera de la red.
  - Si no está conforme o si no está de acuerdo con una decisión que tomamos sobre el medicamento de la Parte D que está cubierto para usted, usted tiene derecho a solicitarnos un cambio de decisión. Puede solicitarnos que cambiemos la decisión presentando una apelación. Para obtener detalles sobre qué hacer si algo no está cubierto para usted de la forma que considera que debería estarlo, consulte el Capítulo 7 de este libro. Le proporciona detalles sobre cómo presentar una apelación si desea que cambiemos nuestra decisión. (En el Capítulo 7 también se informa sobre cómo presentar una queja acerca de la calidad de la atención médica, los tiempos de espera y otras inquietudes).
  - Si desea solicitarle a nuestro plan que pague la parte del costo por un medicamento recetado de la Parte D, consulte el Capítulo 5 de este libro.

Sección 1.6 Debemos respaldar su derecho a tomar decisiones sobre su atención médica

Usted tiene derecho a proporcionar instrucciones sobre lo que se debe hacer si no puede tomar decisiones médicas por sí mismo

Algunas veces, las personas se vuelven incapaces de tomar por sí mismas decisiones relacionadas con la atención médica debido a accidentes o enfermedades graves. Usted tiene derecho a decir lo que quiere que suceda si se encuentra en esta situación. Esto significa que, *si lo desea*, usted puede:

- Completar un formulario por escrito para **otorgarle a una persona la autoridad legal para tomar decisiones médicas por usted**, si alguna vez se vuelve incapaz de tomarlas usted mismo.
- **Proporcionar a sus médicos instrucciones por escrito** sobre cómo desea que manejen su atención médica, si se vuelve incapaz de tomar decisiones usted mismo.

Los documentos legales que puede usar para impartir instrucciones por adelantado en estas situaciones se denominan "**directrices anticipadas**". Existen diferentes tipos de directrices anticipadas y diferentes formas de denominarlas. Los documentos denominados "**testamento en vida**" y "**poder para atención médica**" son ejemplos de directrices anticipadas.

Si desea utilizar una "directriz anticipada" para proporcionar sus instrucciones, tiene que hacer lo siguiente:

- **Obtenga el formulario.** Si desea tener una directriz anticipada, puede obtener un formulario de su abogado, asistente social o alguna tienda de suministros de oficina. Algunas veces, puede obtener los formularios de directrices anticipadas solicitándolos a organizaciones que brindan información a las personas sobre Medicare.
- **Complételo y fírmelo.** Independientemente de dónde obtiene este formulario, tenga en cuenta que es un documento legal. Es recomendable que un abogado lo ayude a prepararlo.
- **Proporcione copias a las personas adecuadas.** Usted debe proporcionar una copia del formulario a su médico y a la persona que indica en el formulario como la que toma decisiones por usted, en el caso de que usted no pueda hacerlo. Es posible que quiera proporcionar copias a amigos íntimos o familiares. Asegúrese de conservar una copia en su hogar.

Si sabe con anticipación que va a ser hospitalizado y ha firmado una directriz anticipada, **lleve una copia con usted al hospital**.

- Si ingresa en el hospital, le preguntarán si ha firmado un formulario de directriz anticipada y si lo tiene con usted.
- Si no ha firmado un formulario de directriz anticipada, el hospital cuenta con formularios disponibles y le preguntará si desea firmar uno.

Recuerde que es su elección si desea completar una directriz anticipada (incluso si desea firmar una cuando se encuentra en el hospital). Conforme a la ley, nadie puede negarle atención médica o discriminarlo por haber firmado o no una directriz anticipada.

¿Qué sucede si no se siguen sus instrucciones?

Si ha firmado una directriz anticipada y cree que un médico u hospital no han seguido las instrucciones, puede presentar una queja ante una entidad específica del estado, como un Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) o una Organización para la mejora de la calidad (Quality Improvement Organization, QIO). Consulte los Anexos A y B al final de este libro para encontrar más información sobre el Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud (SHIP) y la Organización para la mejora de la calidad (QIO) en su estado.

Sección 1.7 Usted tiene derecho a presentar quejas y a solicitarnos que reconsideremos decisiones que hayamos tomado

Si tiene algún problema o inquietud sobre su atención médica o sus servicios cubiertos, el Capítulo 7 de este libro brinda información sobre lo que puede hacer. Proporciona detalles sobre cómo tratar todo tipo de problemas y quejas. Lo que necesita hacer para realizar el seguimiento de un problema o una inquietud depende de la situación. Usted podría necesitar solicitar a nuestro plan que tome una decisión de cobertura en su caso, presentar una apelación ante nosotros para cambiar una decisión de cobertura o presentar una queja. Independientemente de lo que haga (pedir una decisión de cobertura, presentar una apelación o presentar una queja), **debemos tratarlo con imparcialidad**.

Usted tiene derecho a obtener un resumen de información sobre las apelaciones y quejas que otros miembros han presentado contra nuestro plan en el pasado. Para obtener esta información, llame al Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este libro).

Sección 1.8 ¿Qué puede hacer si cree que lo están tratando injustamente o que no se respetan sus derechos?

Si se trata de discriminación, comuníquese con la Oficina de Derechos Civiles

Si cree que lo han tratado injustamente o no se han respetado sus derechos por motivos de raza, discapacidad, religión, género, salud, origen étnico, credo (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 TTY 1-800-537-7697, o llamar a su Oficina de Derechos Civiles local.

¿Se trata de otro tema?

Si cree que lo han tratado injustamente o no se han respetado sus derechos *y no* se trata de discriminación, puede obtener ayuda para tratar el problema que tiene:

- Puede llamar al **Servicio de Atención al Cliente** (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este libro).
- Puede llamar al **Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud**. Para obtener detalles sobre esta organización y cómo comunicarse con ella, consulte el Capítulo 2, Sección 3.
- O bien, **puede comunicarse con Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 1.9 Cómo obtener más información sobre sus derechos

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

- Puede llamar al **Servicio de Atención al Cliente** (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este libro).
- Puede llamar al **Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud**. Para obtener detalles sobre esta organización y cómo comunicarse con ella, consulte el Capítulo 2, Sección 3.
- Puede comunicarse con **Medicare**.
  - Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación “Your Medicare Rights & Protections” (Sus derechos y protecciones de Medicare). (La publicación se encuentra disponible en: https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534.pdf).

- O puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan

Sección 2.1 ¿Cuáles son sus responsabilidades?

A continuación se indican las cosas que necesita hacer como miembro del plan. Si tiene alguna pregunta, llame a los Servicios de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este libro). Estamos aquí para ayudarle.

- **Familiarícese con sus medicamentos cubiertos y las reglas que debe seguir para obtener dichos medicamentos cubiertos.** Utilice este libro de *Constancia de cobertura* para saber qué está cubierto en su caso y las reglas que debe seguir para obtener sus medicamentos cubiertos.
  - Los Capítulos 3 y 4 proporcionan los detalles sobre su cobertura para los medicamentos recetados de la Parte D.
- **Si cuenta con otra cobertura de medicamentos recetados además de nuestro plan, debe informarnos al respecto.** Llame al Servicio de Atención al Cliente para informarlo (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este libro).
  - Debemos seguir las reglas establecidas por Medicare para asegurarnos de que esté utilizando toda su cobertura en combinación cuando recibe sus medicamentos cubiertos de nuestro plan. Esto se denomina "**coordinación de beneficios**" porque implica coordinar los beneficios de medicamentos que obtiene de nuestro plan con cualquier otro beneficio de medicamentos disponible para usted. Lo ayudaremos a coordinar sus beneficios. (Para obtener más información sobre la coordinación de beneficios, vaya al Capítulo 1, Sección 10).
- **Informe a su médico y farmacéutico que usted se encuentra inscrito en nuestro plan.** Muestre su tarjeta de membresía del plan cuando obtenga los medicamentos recetados de la Parte D.
- **Ayude a sus médicos y a otros proveedores a ayudarlo a usted al brindarles información, formularles preguntas y continuar con su atención médica.**
  - Para ayudar a sus médicos y a otros proveedores de salud a brindarle la mejor atención médica, aprenda lo más que pueda sobre sus problemas de salud y bríndeles la información necesaria sobre usted y su salud. Siga los planes y las instrucciones de tratamiento que acordaron usted y sus médicos.
  - Asegúrese de que sus médicos sepan todos los medicamentos que está usando, incluso los medicamentos de venta libre, vitaminas y suplementos.
  - Si tiene alguna pregunta, asegúrese de formularla. Se espera que sus médicos y otros proveedores de atención médica le expliquen de una forma que sea comprensible para usted. Si usted formula una pregunta y no comprende la respuesta que le dan, vuelva a preguntar.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:
  - Debe pagar las primas de su plan para continuar siendo miembro de nuestro plan.
  - Para la mayoría de sus medicamentos cubiertos por el plan, debe pagar la parte que le corresponde del costo cuando recibe el medicamento. Este será un copago (un monto fijo) o un coseguro (un porcentaje del costo total). El Capítulo 4 le informa qué debe pagar usted por sus medicamentos recetados de la Parte D.
  - Si obtiene algún medicamento que no esté cubierto por nuestro plan o por otro seguro que usted tenga, debe pagar el costo total.
    - Si no está de acuerdo con nuestra decisión de negar cobertura para un medicamento, puede realizar una apelación. Consulte el Capítulo 7 de este libro para obtener información sobre cómo presentar una apelación.
  - Si usted tiene que pagar una sanción por inscripción tardía, debe pagar la sanción para permanecer siendo miembro del plan.
  - Si tiene que pagar el monto adicional para la Parte D debido a su ingreso anual, debe pagar el monto adicional directamente al gobierno para permanecer siendo miembro del plan.
- **Infórmenos si se muda.** Si se mudará, es importante que nos avise de inmediato. Llame al Servicio de Atención al Cliente (Los números de teléfono están impresos en la contraportada de este libro).

- **Si se muda *fuera* del área de servicios de nuestro plan, no puede continuar siendo miembro de nuestro plan.** (El Capítulo 1 brinda información sobre nuestra área de servicios). Podemos ayudarlo a verificar si se muda fuera de nuestra área de servicios. Si se muda de nuestra área de servicios, tendrá un Período de inscripción especial cuando pueda inscribirse en cualquier plan de Medicare disponible en su nueva área. Podemos informarle si tenemos un plan en su nueva área.
- **Si se muda *dentro* de nuestra área de servicios, aun así necesitamos saberlo** para poder mantener actualizado su registro de membresía y saber cómo comunicarnos con usted.
- Si se muda, también es importante que lo informe al Seguro Social (o la Railroad Retirement Board). Puede encontrar los números telefónicos y la información de contacto para estas organizaciones en el Capítulo 2.

• **Llame al Servicio de Atención al Cliente para obtener ayuda si tiene preguntas o inquietudes.** También son bienvenidas las sugerencias que pueda tener para mejorar nuestro plan.

- Los números de teléfono del Servicio de Atención al Cliente están impresos en la contraportada de este libro.
- Para obtener más información sobre cómo comunicarse con nosotros, incluso nuestra dirección postal, consulte el Capítulo 2.

CAPÍTULO 7

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

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

ANTECEDENTES **104**

SECCIÓN 1 Introducción **104**
Sección 1.1 Qué debe hacer si tiene un problema o una inquietud 104
Sección 1.2 ¿Qué sucede con los términos legales? 104

SECCIÓN 2 Puede obtener ayuda de organizaciones gubernamentales que no estén relacionadas con nosotros **104**
Sección 2.1 Dónde obtener más información y asistencia personalizada 104

SECCIÓN 3 ¿Qué proceso debe utilizar para tratar su problema? **105**
Sección 3.1 ¿Debe utilizar el proceso para las decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O debe utilizar el proceso para presentar quejas? 105

DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES **105**

SECCIÓN 4 Una guía sobre los elementos fundamentales de las decisiones de cobertura y apelaciones **105**
Sección 4.1 Solicitud de decisiones de cobertura y presentación de apelaciones: visión general 105
Sección 4.2 Cómo obtener ayuda cuando solicita una decisión de cobertura o presenta una apelación 106

SECCIÓN 5 Sus medicamentos recetados de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación **106**
Sección 5.1 Esta sección brinda información sobre qué debe hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea que le realicemos un reembolso por un medicamento de la Parte D 106
Sección 5.2 ¿Qué es una excepción? 107
Sección 5.3 Datos importantes sobre la solicitud de excepciones 109
Sección 5.4 Instrucciones detalladas: cómo solicitar una decisión de cobertura, incluso una excepción 109
Sección 5.5 Instrucciones detalladas: cómo presentar una apelación de nivel 1 (cómo solicitar una revisión de una decisión de cobertura tomada por nuestro plan) 111
Sección 5.6 Instrucciones detalladas: cómo presentar una apelación de nivel 2 113

SECCIÓN 6 Cómo llevar su apelación al nivel 3 y a los niveles superiores **114**
Sección 6.1 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para las apelaciones de medicamentos de la Parte D 114

PRESENTACIÓN DE QUEJAS **115**

SECCIÓN 7 Cómo presentar una queja acerca de la calidad de la atención médica, los tiempos de espera, el Servicio de Atención al Cliente u otras inquietudes **115**
Sección 7.1 ¿Qué tipos de problemas se tratan mediante el proceso de quejas? 115
Sección 7.2 El nombre formal para “presentación de una queja” es “presentación de una queja por agravios” 116
Sección 7.3 Instrucciones detalladas: presentación de una queja 117
Sección 7.4 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención médica a la Organización para la mejora de la calidad 117
Sección 7.5 Además puede informar a Medicare sobre su queja 118

ANTECEDENTES

SECCIÓN 1 Introducción

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

Este capítulo explica dos tipos de procesos para tratar problemas e inquietudes:

- Para algunos tipos de problemas, usted necesita usar el **proceso para decisiones de cobertura y apelaciones**.
- Para otros tipos de problemas, necesita utilizar el **proceso para presentar quejas**.

Ambos procesos han sido aprobados por Medicare. Para garantizar la imparcialidad y el manejo inmediato de sus problemas, cada proceso cuenta con un conjunto de reglas, procedimientos y plazos que usted y nosotros debemos seguir.

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

Sección 1.2 ¿Qué sucede con los términos legales?

Existen términos legales técnicos para algunas de estas reglas, procedimientos y tipos de plazos explicados en este capítulo. Muchos de estos términos son desconocidos para la mayoría de las personas y pueden ser difíciles de comprender.

Para que sea más sencillo de comprender, este capítulo explica las normas y procedimientos legales con palabras simple en lugar de ciertos términos legales. Por ejemplo, este capítulo, en general, dice “presentar una queja”, en lugar de “presentar una queja por agravios”, “decisión de cobertura”, en lugar de “determinación de la organización” o “determinación de cobertura” y “Organización de Revisión Independiente”, en lugar de “Entidad de Revisión Independiente”. También utiliza la menor cantidad de abreviaturas posible.

Sin embargo, puede ser útil (y algunas veces bastante importante) que usted conozca los términos legales correctos para la situación en la que está. Conocer los términos lo ayudará a comunicarse de manera más clara y precisa al manejar su problema, y a obtener la ayuda o la información correcta para su situación. Para ayudarlo a que conozca los términos que debe utilizar, incluimos términos legales cuando proporcionamos los detalles para manejar tipos específicos de situaciones.

SECCIÓN 2 Puede obtener ayuda de organizaciones gubernamentales que no estén relacionadas con nosotros

Sección 2.1 Dónde obtener más información y asistencia personalizada

Algunas veces, puede ser confuso comenzar o seguir el proceso para tratar un problema. Esto puede ser especialmente cierto si no se siente bien o tiene energía limitada. Otras veces, es posible que no tenga el conocimiento necesario para realizar el próximo paso.

Reciba ayuda de una organización gubernamental independiente

Siempre estamos disponibles para ayudarlo. Sin embargo, en algunas situaciones, es posible que usted también quiera recibir ayuda u orientación de una persona que no esté relacionada con nosotros. Siempre puede comunicarse con su **Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud (SHIP)**. Este programa gubernamental ha capacitado a asesores en todos los estados. El programa no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los asesores de este programa pueden ayudarlo a comprender el proceso que debe utilizar para tratar los problemas que tenga. También pueden responder a sus preguntas, brindarle más información y ofrecerle asesoramiento sobre lo que debe hacer.

Los servicios de los asesores de SHIP son gratuitos. Encontrará los números de teléfono en el Anexo A de este libro.

También puede obtener ayuda e información de Medicare

Para obtener más información y ayuda para tratar un problema, también puede comunicarse con Medicare. Las siguientes son dos formas de obtener información directamente de Medicare:

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

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

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

Si tiene un problema o inquietud, solamente necesita leer las partes de este capítulo que se aplican a su situación. La siguiente guía lo ayudará.

Para averiguar la parte de este capítulo que lo ayudará con su problema o inquietud específicos, **COMIENCE AQUÍ**

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

(Esto incluye problemas sobre si determinados medicamentos recetados o atención médica están cubiertos o no, la forma en que están cubiertos y problemas relacionados con el pago de la atención médica o los medicamentos recetados).

Sí. Mi problema es acerca de beneficios o cobertura.

Continúe con la siguiente sección de este capítulo, **Sección 4, "Una guía sobre los elementos fundamentales de las decisiones de cobertura y apelaciones".**

No. Mi problema no es acerca de beneficios o cobertura.

Pase a la **Sección 7** al final de este capítulo: **"Cómo presentar una queja acerca de la calidad de la atención médica, los tiempos de espera, el Servicio de Atención al Cliente u otras inquietudes".**

DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES

SECCIÓN 4 Una guía sobre los elementos fundamentales de las decisiones de cobertura y apelaciones

Sección 4.1 Solicitud de decisiones de cobertura y presentación de apelaciones: visión general

El proceso para las decisiones de cobertura y apelaciones trata problemas relacionados con sus beneficios y cobertura de medicamentos recetados, incluso problemas relacionados con el pago. Este es el proceso que usted utiliza para problemas tales como si un medicamento está cubierto o no, y la forma en que el medicamento está cubierto.

Solicitud de decisiones de cobertura

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y cobertura o acerca del monto que pagaremos por sus medicamentos recetados.

Tomamos una decisión de cobertura en su caso cada vez que decidimos lo que se cubre en su caso y cuánto pagamos. En algunos casos, podríamos decidir que el medicamento no están cubiertos o que Medicare ya no los cubre en su caso. Si no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Presentación de una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura y usted no está conforme con esta decisión, puede "apelar" la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hayamos tomado.

Cuando usted apela la decisión por primera vez, se denomina una apelación de nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que tomamos para verificar si seguimos todas las reglas correctamente. Su apelación es manejada por otros revisores diferentes de los que tomaron la decisión no favorable original. Cuando hayamos completado la revisión, le daremos a conocer nuestra decisión. Bajo ciertas circunstancias, las cuales explicamos más adelante, usted puede solicitar una "decisión de cobertura rápida" o acelerada, o una apelación rápida de una decisión de cobertura.

Si nuestro plan rechaza una parte o la totalidad de su apelación de nivel 1, puede solicitar una apelación de nivel 2. Una organización independiente que no está relacionada con nosotros realiza la apelación de nivel 2. Si no está satisfecho con la decisión de la apelación de nivel 2, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación.

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

¿Le gustaría recibir ayuda? Los siguientes son los recursos que podría utilizar si decide solicitar cualquier tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- Puede **llamar al Servicio de Atención al Cliente** (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este libro).
- Para **obtener ayuda gratuita de una organización independiente** que no esté relacionada con nuestro plan, comuníquese con su Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud (consulte la Sección 2 de este capítulo).
- **Su médico u otro médico que recete pueden realizar una solicitud por usted.** Para los medicamentos recetados de la Parte D, su médico u otro médico que recete puede solicitar en su nombre una decisión de cobertura, una apelación de nivel 1 o una apelación de nivel 2. Para solicitar una apelación después del nivel 2, su médico u otro médico que recete debe ser designado como su representante.
- **Puede solicitar que una persona actúe en su nombre.** Si desea, puede designar a otra persona para que actúe por usted como su "representante" para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
  - Es posible que ya haya una persona autorizada legalmente para actuar como su representante conforme a la ley estatal.
  - Si desea que un amigo, familiar, su médico, otro médico que receta u otra persona sean su representante, llame al Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este libro) y solicite el formulario de "Designación de representante". (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en https://www.cms.hhs.gov/cmsforms/downloads/cms1696.pdf). El formulario le otorga permiso a esa persona para actuar en su nombre. Debe estar firmado por usted y la otra persona que usted quiere que actúe en su nombre. Debe proporcionarnos una copia del formulario firmado.
- **Además, usted tiene derecho a contratar a un abogado para que actúe por usted.** Puede comunicarse con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado de su colegio de abogados local u otro servicio de referencia. Además, existen grupos que le proporcionarán servicios legales gratuitos si reúne los requisitos necesarios. Sin embargo, **no se le exige que contrate a un abogado** para solicitar cualquier tipo de decisión de cobertura o para apelar una decisión.

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

¿Ha leído la Sección 4 de este capítulo (*Una guía sobre "los elementos fundamentales" de las decisiones de cobertura y apelaciones*)? De no ser así, le recomendamos que la lea antes de comenzar esta sección.

Sección 5.1 Esta sección brinda información sobre qué debe hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea que le realicemos un reembolso por un medicamento de la Parte D

Sus beneficios como miembro de nuestro plan incluyen cobertura para muchos medicamentos recetados. Consulte la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* de nuestro plan. Para tener cobertura, su medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. (Una "indicación médicamente aceptada" es un uso del medicamento aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos o respaldado por ciertos libros de referencia. Consulte el Capítulo 3, Sección 3, para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada).

- **Esta sección trata únicamente sobre sus medicamentos de la Parte D.** Para simplificar, generalmente utilizamos el término "medicamento" en el resto de esta sección, en lugar de repetir "medicamento recetado cubierto para pacientes ambulatorios" o "medicamento de la Parte D" cada vez.
- Para obtener detalles acerca de a lo que nos referimos con medicamentos de la Parte D, *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*, reglas y restricciones en la cobertura e información sobre costos, consulte el Capítulo 3 (*Cómo utilizar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D*) y el Capítulo 4 (*Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D*).

Decisiones de cobertura y apelaciones sobre la Parte D

Según lo analizado en la Sección 4 de este capítulo, una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre el monto que pagaremos por sus medicamentos.

Términos legales
Una decisión de cobertura inicial sobre sus medicamentos de la Parte D, se denomina una **"determinación de cobertura".**

Los siguientes son ejemplos de decisiones de cobertura que nos puede solicitar sobre sus medicamentos de la Parte D:

- Usted nos solicita que hagamos una excepción, entre las que se incluyen:
  - Solicitarnos la cobertura de un medicamento de la Parte D que no se encuentra en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan.
  - Solicitarnos que no apliquemos una restricción en la cobertura que brinda el plan para un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede obtener).
  - Solicitarnos pagar un monto menor de participación en los costos para un medicamento cubierto en un nivel más alto de participación en los costos.
- Usted nos pregunta si un medicamento está cubierto en su caso y si cumple con alguna regla de cobertura aplicable. (Por ejemplo, cuando su medicamento se encuentra en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan, pero le exigimos que obtenga aprobación nuestra antes de que lo cubramos para usted).
  - *Tenga en cuenta:* Si la farmacia le informa que su medicamento recetado no se puede surtir como está escrito, recibirá una notificación por escrito que le explica cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.
- Usted nos solicita que paguemos un medicamento recetado que ya compró. Esta es una solicitud de decisión de cobertura acerca de un pago.

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

Esta sección brinda información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura y cómo solicitar una apelación. Utilice el siguiente cuadro para determinar qué parte contiene información sobre su situación:

¿En qué situación se encuentra?

Si se encuentra en esta situación:	Esto es lo que puede hacer:
¿Necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o necesita que no apliquemos una restricción o regla a un medicamento que cubrimos?	Puede solicitarnos que hagamos una excepción. (Esto es un tipo de decisión de cobertura). Comience con la **Sección 5.2** de este capítulo.
¿Desea que cubramos un medicamento de la Lista de medicamentos y usted cree reunir las reglas o restricciones del plan (como obtener la aprobación por adelantado) para el medicamento que necesita?	Puede solicitarnos una decisión de cobertura. Pase a la **Sección 5.4** de este capítulo.
¿Desea solicitar un reembolso de nuestra parte por un medicamento que ya ha recibido y por el que ya ha pagado?	Puede solicitarnos un reembolso. (Esto es un tipo de decisión de cobertura). Pase a la **Sección 5.4** de este capítulo.
¿Ya le informamos que no cubriremos o pagaremos un medicamento de la forma en que usted desea que sea cubierto o pagado?	Puede presentar una apelación. (Esto significa que nos está solicitando que volvamos a considerarlo). Pase a la **Sección 5.5** de este capítulo.

Sección 5.2 ¿Qué es una excepción?

Si un medicamento no está cubierto como a usted le gustaría, puede solicitarnos que hagamos una "excepción". Una excepción es un tipo de decisión de cobertura. De forma similar a otros tipos de decisiones de cobertura, si rechazamos su solicitud de excepción, puede apelar nuestra decisión.

Cuando solicite una excepción, será necesario que su médico u otro médico que recete expliquen los motivos médicos por los cuales deberíamos aprobar la excepción. Después de eso, consideraremos su solicitud. Los siguientes son tres ejemplos de excepciones que puede pedirnos usted, su médico u otro médico que recete:

1. **Cubrir un medicamento de la Parte D para usted que no se encuentra en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*.** (Para abreviar, la llamamos "Lista de medicamentos").

Términos legales
Solicitar cobertura de un medicamento que no se encuentra en la Lista de medicamentos se denomina, algunas veces, solicitar una **"excepción del formulario".**

- Si aceptamos hacer una excepción y cubrir un medicamento que no figura en la Lista de medicamentos, deberá pagar el monto de participación en los costos que se aplica a los medicamentos en el nivel 4, medicamentos no preferidos. No puede solicitar una excepción del monto de copago o coseguro que requerimos que pague por el medicamento.

2. **Cómo eliminar una restricción en nuestra cobertura para un medicamento cubierto.** Existen reglas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos de nuestra *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* (para obtener más información, consulte el Capítulo 3).

Términos legales
Solicitar la eliminación de una restricción en la cobertura de un medicamento se denomina, algunas veces, solicitar una **"excepción del formulario".**

- Entre las reglas o restricciones adicionales sobre cobertura para ciertos medicamentos se incluye:
  - *Exigirle que utilice la versión genérica* de un medicamento en lugar de utilizar el medicamento de marca.
  - *Obtener aprobación del plan por adelantado* antes de que aceptemos cubrir el medicamento para usted. (Algunas veces, esto se denomina "autorización previa").
  - *Exigirle primero que pruebe un medicamento diferente* antes de que aceptemos cubrir el medicamento que solicita. (Algunas veces, esto se denomina "terapia escalonada").
  - *Límites de cantidad.* Para algunos medicamentos, existen restricciones en la cantidad del medicamento que puede tener.
- Si aceptamos hacer una excepción y no aplicar una restricción para usted, puede solicitar una excepción a la cantidad de copago o coseguro que le exigimos que pague por el medicamento.

3. **Cambiar la cobertura de un medicamento a un nivel más bajo de participación en los costos.** Cada medicamento incluido en la Lista de medicamentos del plan se encuentra en uno de los seis niveles de participación en los costos. En general, cuanto más bajo sea el número del nivel de participación en los costos, menor será la parte que le corresponda pagar del costo del medicamento.

Términos legales
Solicitar pagar un precio menor por un medicamento no preferido cubierto se denomina, algunas veces, solicitar una **"excepción de nivel".**

- Si su medicamento se encuentra en el nivel 2, nivel de medicamentos genéricos, puede solicitar que lo cubramos a un monto de participación en los costos más bajo que se aplica a los medicamentos en el nivel 1, nivel de medicamentos genéricos preferidos. Esto disminuiría la parte que le corresponde pagar a usted del costo del medicamento.
  - Si el medicamento que está tomando es un producto biológico, usted nos puede solicitar que cubramos su medicamento a un monto de participación en los costos que se aplique al nivel más bajo que contenga alternativas de productos biológicos para tratar su condición.
  - Si el medicamento que está tomado es un medicamento de marca, usted nos puede solicitar que cubramos su medicamento a un monto de participación en los costos que se aplique al nivel más bajo que contenga alternativas de medicamentos de marca para tratar su condición.
  - Si el medicamento que está tomado es un medicamento genérico, usted nos puede solicitar que cubramos su medicamento a un monto de participación en los costos que se aplique al nivel más bajo que contenga tanto alternativas de medicamentos de marca como genéricos para tratar su condición.

- No puede pedirnos que cambiemos el nivel de participación en los costos de ningún medicamento del nivel 5, nivel de medicamentos especializados.
- Si aprobamos su solicitud para una excepción de nivel y hay más de un nivel de participación en los costos más bajo con medicamentos alternativos que no puede tomar, por lo general usted deberá pagar el monto más bajo.

Sección 5.3 Datos importantes sobre la solicitud de excepciones

Su médico debe informarnos los motivos médicos

Su médico u otro médico que recete deben proporcionarnos una declaración que explique los motivos médicos de la solicitud de una excepción. Para obtener una decisión más rápida, cuando solicite una excepción, incluya esta información médica provista por su médico u otro médico que recete.

Generalmente, nuestra Lista de medicamentos incluye más de un medicamento para tratar una afección en particular. Estas diferentes posibilidades se denominan medicamentos “alternativos”. Si un medicamento alternativo fuera tan efectivo como el medicamento que está solicitando y no provocara más efectos secundarios ni otros problemas de salud, generalmente *no* aprobaremos su solicitud de excepción. Si usted solicita una excepción de nivel, generalmente *no* aprobaremos su solicitud de excepción, salvo que ninguno de los medicamentos alternativos del nivel más bajo de participación en los costos funcionen del mismo modo para usted.

Podemos aceptar o rechazar su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de excepción, nuestra aprobación, por lo general, es válida hasta fines del año del plan. Esto es válido siempre que su médico continúe recetándole el medicamento y este continúe siendo seguro y efectivo para tratar su afección.
- Si rechazamos su solicitud de excepción, puede solicitar una revisión de nuestra decisión presentando una apelación. La Sección 5.5 brinda información sobre cómo presentar una apelación si rechazamos su solicitud.

La siguiente sección le informa cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción.

Sección 5.4 Instrucciones detalladas: cómo solicitar una decisión de cobertura, incluso una excepción

Paso 1: Usted nos solicita que tomemos una decisión de cobertura sobre los medicamentos o el pago que necesita. Si su salud requiere de una respuesta rápida, debe solicitarnos una “decisión de cobertura rápida”. No puede solicitar una decisión de cobertura rápida si nos solicita que le reembolsemos por un medicamento que ya compró.

Qué debe hacer

- **Solicite el tipo de decisión de cobertura que desea.** Comience por llamar, escribir o enviarnos un fax para presentar su solicitud. Usted, su representante o su médico (u otro médico que recete) pueden hacerlo. También puede acceder al proceso de decisión de cobertura a través de nuestro sitio web. Para obtener detalles, consulte el Capítulo 2, Sección 1, y busque la sección denominada *Cómo comunicarse con nosotros cuando solicita una decisión de cobertura acerca de sus medicamentos recetados de la Parte D*. De lo contrario, si nos solicita un reembolso por un medicamento, consulte la sección denominada *Dónde enviar una solicitud para pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de un medicamento que ha recibido*.
- **Usted, su médico u otra persona que actúe en su nombre** pueden solicitar una decisión de cobertura. La Sección 4 de este capítulo brinda información sobre cómo puede proporcionar autorización por escrito para que alguien actúe como su representante. Además, puede tener un abogado que actúe en su nombre.
- **Si desea solicitarnos un reembolso por un medicamento,** comience por leer el Capítulo 5 de este libro: *Cómo solicitar que paguemos la parte que nos corresponde de los costos por medicamentos cubiertos*. El Capítulo 5 describe las situaciones en las que posiblemente necesite solicitar un reembolso. Además, informa cómo enviarnos los documentos en los que nos solicita que le reembolsemos nuestra parte del costo de un medicamento que ya ha pagado.
- **Si está solicitando una excepción, proporcione la “declaración de respaldo”.** Su médico u otro médico que recete deben proporcionarnos los motivos médicos de la excepción del medicamento que está solicitando. (A esto lo denominamos “declaración de respaldo”). Su médico u otro médico que recete pueden enviarnos la declaración por fax o por correo. O bien, su médico u otro médico que recete pueden informarnos por teléfono y luego enviar por fax o por correo una declaración por escrito, si es necesario. Consulte las Secciones 5.2 y 5.3 para obtener más información sobre las solicitudes de excepción.

- **Debemos aceptar toda solicitud escrita,** inclusive una solicitud presentada en el Formulario modelo de solicitud de determinación de cobertura de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS), el cual se encuentra disponible en nuestro sitio web.
- Las solicitudes de cobertura relacionadas con medicamentos recetados también pueden presentarse electrónicamente en nuestro sitio web, en www.cigna.com/medicare/resources/2019-customer-forms.

Si su salud lo requiere, solicítenos que le brindemos una "decisión de cobertura rápida"

Términos legales
Una "decisión de cobertura rápida" se denomina **"determinación de cobertura acelerada".**

- Cuando le demos a conocer nuestra decisión, utilizaremos los plazos "estándares", a menos que hayamos acordado utilizar los plazos "rápidos". Una decisión de cobertura estándar significa que le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibir la declaración de su médico. Una decisión de cobertura rápida significa que le responderemos en un plazo de 24 horas después de recibir la declaración de su médico.
- **Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir con dos requisitos:**
  - Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solo* si solicita un *medicamento que aún no ha recibido*. (No puede obtener una decisión de cobertura rápida si nos solicita que le reembolsemos por un medicamento que ya compró).
  - Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solo* si el uso de los plazos estándares podría *causar daños graves a su salud o dañar su capacidad para desempeñarse*.
- **Si su médico u otro médico que recete nos informan que su salud requiere de una "decisión de cobertura rápida", automáticamente aceptaremos proporcionarle una decisión de cobertura rápida.**
- Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta (sin el respaldo de su médico u otro médico que recete), decidiremos si su salud requiere que le proporcionemos una decisión de cobertura rápida.
  - Si decidimos que su afección médica no cumple con los requisitos para una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta informándole al respecto (y, en su lugar, utilizaremos los plazos estándares).
  - Esta carta le informará que si su médico u otro médico que recete solicitan la decisión de cobertura rápida, automáticamente le proporcionaremos una decisión de cobertura rápida.
  - Además, la carta le indicará cómo puede presentar una queja sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó. Le informa cómo presentar una "queja rápida", lo que significa que obtendría nuestra respuesta a su queja en un plazo de 24 horas después de haberla recibido. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso para decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, consulte la Sección 7 de este capítulo).

Paso 2: Consideramos su solicitud y le damos una respuesta.

Plazos para una decisión de cobertura "rápida"

- Si utilizamos los plazos rápidos, debemos darle una respuesta **en un plazo de 24 horas**.
  - Generalmente, esto quiere decir que lo haremos en un plazo de 24 horas después de recibir su solicitud. Si solicita una excepción, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas después de recibir la declaración de su médico que respalde su solicitud. Le daremos una respuesta más pronto si así lo requiere su salud.
  - Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que será revisada por una organización externa independiente. Más adelante en esta sección, le informamos sobre esta organización de revisión y explicamos lo que sucede en el nivel 2 de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta es positiva con respecto a una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos proporcionar la cobertura que hemos acordado brindarle en un plazo de 24 horas después de recibir su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es negativa con respecto a una parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito que explique el motivo de nuestro rechazo. También le diremos cómo apelar.

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

- Si utilizamos los plazos estándares, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas**.
  - Generalmente, esto quiere decir que lo haremos en un plazo de 72 horas después de recibir su solicitud. Si solicita una excepción, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibir la declaración de su médico que respalde su solicitud. Le daremos una respuesta más pronto si así lo requiere su salud.
  - Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que será revisada por una organización independiente. Más adelante en esta sección, le informamos sobre esta organización de revisión y explicamos lo que sucede en el nivel 2 de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta es positiva con respecto a una parte o la totalidad de lo que solicitó:**
  - Si aprobamos su solicitud de cobertura, debemos **proporcionar la cobertura** que hemos acordado brindarle **en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es negativa con respecto a una parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito que explique el motivo de nuestro rechazo. También le diremos cómo apelar.

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

- Debemos darle una respuesta **en el plazo de 14 días calendario** posteriores a la recepción de su solicitud.
  - Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que será revisada por una organización independiente. Más adelante en esta sección, le informamos sobre esta organización de revisión y explicamos lo que sucede en el nivel 2 de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta es positiva con respecto a una parte o la totalidad de lo que solicitó,** también debemos realizarle el pago en el plazo de 14 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es negativa con respecto a una parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito que explique el motivo de nuestro rechazo. También le diremos cómo apelar.

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

- Si rechazamos su solicitud, usted tiene derecho a solicitar una apelación. Solicitar una apelación significa pedirnos que reconsideremos (y posiblemente cambiemos) la decisión que hemos tomado.

Sección 5.5 Instrucciones detalladas: cómo presentar una apelación de nivel 1 (cómo solicitar una revisión de una decisión de cobertura tomada por nuestro plan)

Términos legales
Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de medicamentos de la Parte D se denomina una **"nueva determinación" del plan.**

Paso 1: Usted se comunica con nosotros y presenta su apelación de nivel 1. Si su salud requiere de una respuesta rápida, usted debe solicitar una **"apelación rápida".**

Qué debe hacer

- **Para comenzar su apelación, usted (o su representante, médico u otro médico que recete) debe comunicarse con nosotros.**
  - Para obtener detalles sobre cómo contactarnos por teléfono, fax o correo o por medio de nuestro sitio web, por cualquier motivo relacionado con su apelación, consulte el Capítulo 2, Sección 1, y busque la sección denominada *Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación sobre sus medicamentos recetados de la Parte D*.
- **Si solicita una apelación estándar, realice dicha apelación al presentar una solicitud por escrito.** También puede solicitar una apelación llamándonos al número de teléfono que figura en el Capítulo 2, Sección 1 (*Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación sobre sus medicamentos recetados de la Parte D*).
- **Si solicita una apelación rápida, hágalo por escrito o llámenos al número telefónico que figura en el Capítulo 2, Sección 1** (*Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación sobre sus medicamentos recetados de la Parte D*).

- **Debemos aceptar toda solicitud escrita,** inclusive una solicitud presentada en el Formulario modelo de solicitud de determinación de cobertura de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS), el cual se encuentra disponible en nuestro sitio web.
- Las solicitudes de cobertura relacionadas con medicamentos recetados también pueden presentarse electrónicamente en nuestro sitio web, en www.cigna.com/medicare/resources/2019-customer-forms.
- **Usted debe presentar su solicitud de apelación en un plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha que figura en la notificación por escrito que le enviamos para informarle sobre nuestra respuesta a su solicitud de decisión de cobertura. Si deja pasar este plazo y tiene un buen motivo para hacerlo, es posible que le proporcionemos más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de buen motivo para no cumplir el plazo pueden ser que tuvo una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le proporcionamos información errónea o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información en su apelación y agregar más información.**
  - Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de la información relacionada con su apelación. Estamos autorizados a cobrar un cargo por copiar y enviarle esta información.
  - Si lo desea, usted y su médico u otro médico que recete pueden brindarnos información adicional para respaldar su apelación.

Si su salud lo requiere, solicite una "apelación rápida"

Términos legales
Una "apelación rápida" también se denomina **"nueva determinación acelerada".**

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre un medicamento que aún no ha recibido, usted y su médico u otro médico que recete deberán decidir si usted necesita una "apelación rápida".
- Los requisitos para obtener una "apelación rápida" son los mismos que para obtener una "decisión de cobertura rápida" en la Sección 5.4 de este capítulo.

Paso 2: Consideramos su apelación y le damos una respuesta.

- Cuando revisemos su apelación, leeremos detenidamente otra vez toda la información sobre su solicitud de cobertura. Lo hacemos para ver si cumplimos con todas las reglas cuando rechazamos su solicitud. Podemos comunicarnos con usted o su médico u otro médico que recete para obtener más información.

Plazos para una "apelación rápida"

- Si usamos los plazos rápidos, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas después de recibir su apelación**. Le daremos una respuesta más pronto si así lo requiere su salud.
  - Si no le damos una respuesta en un plazo de 72 horas, debemos enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que será revisada por una Organización de Revisión Independiente. (Más adelante en esta sección, le informamos sobre esta organización de revisión y explicamos lo que sucede en el nivel 2 del proceso de apelaciones).
- **Si nuestra respuesta es positiva con respecto a una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos proporcionar la cobertura que hemos acordado proporcionar en un plazo de las 72 horas después de recibir su apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa con respecto a una parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito que explique el motivo de nuestro rechazo y cómo apelar nuestra decisión.

Plazos para una "apelación estándar"

- Si usamos los plazos estándares, debemos darle una respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación, si su apelación es sobre la cobertura para servicios que todavía no ha recibido. Le comunicaremos nuestra decisión antes si aún no ha recibido el medicamento y su estado de salud requiere que así lo hagamos. Si cree que su salud lo requiere, debe solicitar una "apelación rápida".
  - Si no le damos una respuesta en un plazo de 7 días calendario, debemos enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que será revisada por una Organización de Revisión Independiente. Más adelante en esta sección, le informamos sobre esta organización de revisión y explicamos lo que sucede en el nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta es positiva con respecto a una parte o la totalidad de lo que solicitó:**

- Si aprobamos una solicitud de cobertura, debemos **proporcionar la cobertura** que acordamos brindar tan rápido como así lo requiera su salud, **a más tardar, 7 días calendario** después de recibir su apelación.
- Si aprobamos una solicitud de reembolso por un medicamento que ya compró, debemos **enviarle el pago en un plazo de 30 días calendario** después de recibir su solicitud de apelación.

- **Si nuestra respuesta es negativa con respecto a una parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito que explique el motivo de nuestro rechazo y cómo apelar nuestra decisión.
- Si usted solicita que le hagamos un reintegro por un medicamento que usted ya compró, deberemos darle una respuesta **dentro de un plazo de 14 días** después de recibido su pedido.
  - Si no le damos una respuesta en un plazo de 14 días calendario, debemos enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que será revisada por una Organización de Revisión Independiente. Más adelante en esta sección, le informamos sobre esta organización de revisión y explicamos lo que sucede en el nivel 2 de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta es positiva con respecto a una parte o la totalidad de lo que solicitó,** también debemos realizarle el pago en el plazo de 30 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es negativa con respecto a una parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito que explique el motivo de nuestro rechazo. También le diremos cómo apelar.

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

- Si rechazamos su apelación, entonces usted elige si acepta esta decisión o presenta otra apelación.
- Si decide presentar otra apelación, significa que su apelación pasa al nivel 2 del proceso de apelaciones (véase a continuación).

Sección 5.6 Instrucciones detalladas: cómo presentar una apelación de nivel 2

Si rechazamos su apelación, entonces usted elige si acepta esta decisión o presenta otra apelación. Si decide continuar con una apelación de nivel 2, la **Organización de Revisión Independiente** revisa la decisión que tomamos cuando rechazamos su primera apelación. Esta organización determina si la decisión que tomamos debe cambiarse.

Términos legales
El nombre formal de la “Organización de Revisión Independiente” es la **“Entidad de Revisión Independiente”.** A veces, se la denomina **“IRE”.**

Paso 1: Para presentar una apelación de nivel 2, usted (o su representante, médico u otro médico que recete) debe comunicarse con la Organización de Revisión Independiente y solicitar una revisión de su caso.

- Si rechazamos su apelación de nivel 1, la notificación por escrito que le enviamos incluirá **instrucciones sobre cómo presentar una apelación de nivel 2** ante la Organización de Revisión Independiente. Estas instrucciones informarán quién puede presentar esta apelación de nivel 2, los plazos que debe cumplir y cómo comunicarse con la organización de revisión.
- Cuando presenta una apelación ante la Organización de Revisión Independiente, le enviaremos a esta organización la información que tenemos sobre su apelación. Esta información se denomina “expediente del caso”. **Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de su expediente del caso.** Estamos autorizados a cobrar un cargo por copiar y enviarle esta información.
- Usted tiene derecho a brindarle a la Organización de Revisión Independiente información adicional para respaldar su apelación.

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

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente que es contratada por Medicare.** Esta organización no está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una compañía elegida por Medicare para revisar nuestras decisiones sobre los beneficios de la Parte D que usted tiene con nosotros.
- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente examinarán atentamente toda la información relacionada con su apelación. La organización le informará su decisión por escrito y explicará los motivos de tal decisión.

Plazos para la "apelación rápida" de nivel 2

- Si su salud lo requiere, solicite a la Organización de Revisión Independiente una "apelación rápida".
- Si la organización de revisión acepta proporcionarle una "apelación rápida", esta debe darle una respuesta a su apelación de nivel 2 **en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud de apelación.
- **Si la Organización de Revisión Independiente acepta una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos proporcionarle la cobertura de medicamentos que la organización de revisión aprobó **en un plazo de 24 horas** después de recibir la decisión que tomó la organización de revisión.

Plazos para la "apelación estándar" de nivel 2

- Si tiene una apelación estándar de nivel 2, la organización de revisión debe darle una respuesta a su Apelación de nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación si es por un medicamento que aún no recibió. Si solicita que le hagamos un reintegro por un medicamento que ya compró, la organización de revisión le dará una respuesta a su apelación de nivel 2 dentro de un plazo de 14 días después de recibir su pedido.
- **Si la Organización de Revisión Independiente acepta una parte o la totalidad de lo que solicitó:**
  - Si la Organización de Revisión Independiente aprueba una solicitud de cobertura, **debemos proporcionarle la cobertura de medicamentos** que aprobó la organización de revisión **en un plazo de 72 horas** después de recibir la decisión que tomó la organización de revisión.
  - Si la Organización de Revisión Independiente aprueba una solicitud de reembolso por un medicamento que usted ya compró, debemos **enviarle el pago en un plazo de 30 días calendario** después de recibir la decisión que tomó la organización de revisión.

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

Si esta organización rechaza su apelación, quiere decir que la organización está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. (Esto se denomina "mantener la decisión". También se denomina "rechazar su apelación").

Si la Organización de Revisión Independiente "mantiene la decisión", usted tiene derecho a una apelación de nivel 3. Sin embargo, para presentar otra apelación en el nivel 3, el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que está solicitando debe cumplir con un monto mínimo. Si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que está solicitando es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación y la decisión del nivel 2 es definitiva. La notificación que obtiene de la Organización de Revisión Independiente le informará el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelaciones.

Paso 3: Si el valor en dólares de la cobertura que está solicitando cumple con el requisito, usted decide si desea continuar con su apelación.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones posteriores al nivel 2 (lo cual representa un total de cinco niveles de apelación).
- Si su apelación de nivel 2 es rechazada y usted cumple con los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, debe decidir si desea continuar con el nivel 3 y presentar una tercera apelación. Si decide presentar una tercera apelación, los detalles de cómo hacerlo se encuentran en la notificación por escrito que recibió después de su segunda apelación.
- Un juez de derecho administrativo o un representante que actúa en calidad de árbitro trata la apelación de nivel 3. La Sección 6 en este capítulo brinda más detalles acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 6 Cómo llevar su apelación al nivel 3 y a los niveles superiores

Sección 6.1 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para las apelaciones de medicamentos de la Parte D

Esta sección puede ser adecuada para usted si realizó una Apelación de nivel 1 y una Apelación de Nivel 2, y ambas apelaciones fueron rechazadas.

Si el valor del medicamento que ha apelado cumple con cierto monto en dólares, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si el monto en dólares es menor, no puede seguir apelando. La respuesta por escrito que recibe para su apelación de nivel 2 explicará con quién comunicarse y qué hacer para solicitar una apelación de nivel 3.

Para la mayoría de las situaciones que implican apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan prácticamente de la misma forma. A continuación se presenta quién trata la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de nivel 3	**Un juez (denominado Juez de derecho administrativo) o un representante que actúa en calidad de árbitro y que trabaja para el gobierno federal** revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si la respuesta es positiva, el proceso de apelaciones termina.** Lo que ha solicitado en la apelación ha sido aprobado. Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos** que fue aprobada por el Juez de derecho administrativo o representante que actúa en calidad de árbitro **en el plazo de las 72 horas (24 horas para las apelaciones aceleradas) o realizar un pago antes de transcurridos los 30 días calendario** después de que hayamos recibido la decisión.
- **Si el Juez de derecho administrativo o representante que actúa en calidad de árbitro rechaza su apelación, el proceso de apelaciones *puede* o *no* haber terminado.**
  - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones termina.
  - Si no desea aceptar la decisión, puede continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Juez de derecho administrativo rechaza su apelación, la notificación que reciba usted le informará qué hacer a continuación si elige seguir con su apelación.

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

- **Si la respuesta es positiva, el proceso de apelaciones termina.** Lo que ha solicitado en la apelación ha sido aprobado. Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos** que fue aprobada por el Consejo de Apelaciones **en el plazo de las 72 horas (24 horas para las apelaciones aceleradas) o realizar un pago antes de transcurridos los 30 días calendario** después de que hayamos recibido la decisión.
- **Si la respuesta es negativa, el proceso de apelaciones *puede* o *no* haber terminado.**
  - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones termina.
  - Si no desea aceptar la decisión, podría continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación o su solicitud para revisar la apelación, en la notificación que obtenga se le informará si las normas le permiten continuar con la apelación de nivel 5. Si las reglas le permiten continuar, la notificación por escrito también le informará con quién comunicarse y qué hacer a continuación si elige continuar con su apelación.

Apelación de nivel 5	Un juez del **Tribunal federal de distrito** revisará su apelación.

- Este es el último paso del proceso de apelaciones.

PRESENTACIÓN DE QUEJAS

SECCIÓN 7 Cómo presentar una queja acerca de la calidad de la atención médica, los tiempos de espera, el Servicio de Atención al Cliente u otras inquietudes

Si su problema se trata de decisiones relacionadas con beneficios, cobertura o pago, entonces esta sección *no es para usted*. En cambio, necesita utilizar el proceso para las decisiones de cobertura y apelaciones. Consulte la Sección 4 de este capítulo.

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

Esta sección explica cómo utilizar el proceso para presentar quejas. El proceso de quejas se utiliza para ciertos tipos de problemas *únicamente*. Estos incluyen problemas relacionados con la calidad de la atención médica, los tiempos de espera y el Servicio de Atención al Cliente que usted recibe. Los siguientes son ejemplos de los tipos de problemas que se tratan mediante el proceso de quejas.

Si tiene alguno de estos tipos de problemas, puede "presentar una queja"

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica	• ¿No está conforme con la calidad de la atención médica que ha recibido?
Respeto de su privacidad	• ¿Considera que alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información sobre usted que cree que debería ser confidencial?
Falta de respeto, Servicio de Atención al Cliente malo u otros comportamientos negativos	• ¿Alguien ha sido grosero o le faltó el respeto? • ¿No está conforme con la manera en que lo ha tratado nuestro personal del Servicio de Atención al Cliente? • ¿Cree que ha sido alentado para abandonar el plan?
Tiempos de espera	• ¿Farmacéuticos le han hecho esperar demasiado? o bien, ¿por nuestro personal del Servicio de Atención al Cliente u otro personal del plan? ○ Los ejemplos incluyen esperar demasiado al teléfono, o cuando obtiene un medicamento recetado.
Limpieza	• ¿Está insatisfecho con la limpieza o las condiciones de una farmacia?
Información que obtiene de nosotros	• ¿Cree que no le proporcionamos una notificación que es obligatorio que hagamos? • ¿Cree que la información por escrito que le proporcionamos es difícil de comprender?
Cumplimiento de plazos (Estos tipos de quejas están todos relacionados con el carácter *oportuno* de nuestras acciones relacionadas con las decisiones de cobertura y apelaciones)	El proceso de solicitud de una decisión de cobertura y presentación de apelaciones se explica en las secciones 4-6 de este capítulo. Si está solicitando una decisión o presentando una apelación, usted utiliza dicho proceso, no el proceso de quejas. Sin embargo, si ya ha solicitado una decisión de cobertura o ha presentado una apelación y cree que no estamos respondiendo lo suficientemente rápido, también puede presentar una queja sobre nuestra lentitud. A continuación se presentan ejemplos: • Si nos ha solicitado una "decisión de cobertura rápida" o una "apelación rápida", y nuestra respuesta fue negativa, puede presentar una queja. • Si considera que no estamos cumpliendo con los plazos para proporcionarle una decisión de cobertura o una respuesta a una apelación que presentó, puede presentar una queja. • Cuando se revisa una decisión de cobertura que tomamos y se nos informa que debemos cubrir o reembolsarle por ciertos medicamentos, se aplican determinados plazos. Si cree que no estamos cumpliendo con estos plazos, puede presentar una queja. • Cuando no le proporcionamos una decisión a tiempo, debemos presentar su caso a la Organización de Revisión Independiente. Si no lo hacemos en el plazo requerido, puede presentar una queja.

Sección 7.2 El nombre formal para "presentación de una queja" es "presentación de una queja por agravios"

Términos legales
• Lo que en esta sección se denomina **"queja"** también se denomina **"queja por agravios".** • Otro término para **"presentación de una queja"** es **"presentación de una queja por agravios".** Otra forma de decir **"utilización del proceso de quejas"** es "**utilización del proceso para presentar una queja por agravios".**

Sección 7.3 Instrucciones detalladas: presentación de una queja

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

- **Por lo general, el primer paso es llamar al Servicio de Atención al Cliente.** Si hay algo más que necesita hacer, el Servicio de Atención al Cliente le informará. Comuníquese con nuestro número de Servicio de Atención al Cliente al 1-800-222-6700.(Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Nuestro horario es de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. Nuestro sistema de teléfono automatizado puede responder su llamada durante los fines de semana desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre.
- **Si no desea llamar (o si llamó y no está conforme), puede presentarnos su queja por escrito y enviárnosla.** Si presenta su queja por escrito, responderemos a su queja por escrito.
- Puede presentar las quejas por escrito por correo o por fax a:

  Cigna-HealthSpring
  Attn: Member Grievances
  P.O. Box 269005
  Weston, FL 33326-9927
  Fax: 1-800-735-1469

  Para las quejas por agravios estándar recibidas por escrito, le responderemos por escrito dentro de los 30 días calendario desde la recepción de su queja por escrito. Para quejas aceleradas por agravios, debemos decidir y notificarle dentro de las 24 horas.
- **Ya sea que llame o escriba, debe comunicarse con el Servicio de Atención al Cliente de inmediato.** La queja se debe presentar en un plazo de 60 días calendario a partir de la fecha en que tuvo el problema sobre el cual desea quejarse.
- **Si está presentando una queja porque rechazamos su solicitud de "decisión de cobertura rápida" o "apelación rápida", automáticamente le proporcionaremos una queja "rápida".** Si tiene una queja "rápida", significa que le daremos **una respuesta en un plazo de 24 horas.**

Términos legales
Lo que en esta sección se denomina **"queja rápida"** también se denomina **"queja acelerada por agravios".**

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

- **Si es posible, le responderemos de inmediato.** Si nos llama por una queja, es posible que podamos brindarle una respuesta durante la misma llamada telefónica. Si su estado de salud requiere que respondamos rápidamente, eso haremos.
- **La mayoría de las quejas se responden en el lapso de 30 días calendario.** Si necesitamos más información y el retraso es por su propio beneficio, o si usted solicita más tiempo, podemos tomarnos hasta 14 días calendario más (un total de 44 días) para responder a su queja. Si decidimos tomarnos más días, se lo comunicaremos por escrito.
- **Si no estamos de acuerdo** con una parte o la totalidad de su queja, o no asumimos la responsabilidad por el problema del cual se está quejando, se lo informaremos. Nuestra respuesta incluirá los motivos de tal decisión. Debemos responder, ya sea si estamos de acuerdo con la queja o no.

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

Puede presentar su queja sobre la calidad de la atención médica que recibió ante nosotros utilizando el proceso detallado que se explicó anteriormente.

Cuando su queja se trata de la *calidad de la atención médica*, usted también cuenta con dos opciones adicionales:

- **Puede presentar su queja ante la Organización para la mejora de la calidad.** Si prefiere, puede presentar su queja sobre la calidad de la atención médica que recibió directamente a esta organización (*sin* presentar la queja ante nosotros).
  - La Organización para la mejora de la calidad es un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica a quienes el gobierno federal les paga para comprobar y mejorar la atención médica proporcionada a los pacientes de Medicare.

- Para encontrar el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para la mejora de la calidad en su estado, consulte el Capítulo 2, Sección 4 de este libro. Si presenta una queja ante esta organización, trabajaremos conjuntamente con ella para resolver su queja.

- **También puede presentar su queja a ambos al mismo tiempo.** Si desea, puede presentar su queja sobre la calidad de la atención médica ante nosotros y, además, ante la Organización para la mejora de la calidad.

Sección 7.5 Además puede informar a Medicare sobre su queja

Puede enviar una queja sobre Cigna-HealthSpring Rx Secure-Extra (PDP) directamente a Medicare. Para enviar una queja a Medicare, ingrese en https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma sus quejas en serio y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare.

Si tiene algún otro comentario o inquietudes, o si cree que el plan no está tratando su problema, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD pueden llamar al 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 8

Cómo finalizar su membresía en el plan

Capítulo 8. Cómo finalizar su membresía en el plan

SECCIÓN 1 Introducción 121
Sección 1.1 Este capítulo se centra en la finalización de su membresía en nuestro plan 121

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede usted finalizar su membresía en nuestro plan? 121
Sección 2.1 Generalmente, usted puede finalizar su membresía durante el Período de inscripción anual 121
Sección 2.2 En ciertas situaciones, puede finalizar su membresía durante un Período de inscripción especial 122
Sección 2.3 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía? 123

SECCIÓN 3 ¿Cómo finaliza su membresía en nuestro plan? 123
Sección 3.1 Por lo general, usted finaliza su membresía al inscribirse en otro plan 123

SECCIÓN 4 Hasta que finalice su membresía, debe seguir recibiendo sus medicamentos a través de nuestro plan 124
Sección 4.1 Hasta que finalice su membresía, usted todavía es miembro de nuestro plan 124

SECCIÓN 5 Cigna-HealthSpring Rx Secure-Extra (PDP) debe finalizar su membresía en el plan en determinadas situaciones 125
Sección 5.1 ¿Cuándo debemos finalizar su membresía en el plan? 125
Sección 5.2 No podemos pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud 125
Sección 5.3 Usted tiene derecho a presentar una queja si finalizamos su membresía en nuestro plan 126

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Este capítulo se centra en la finalización de su membresía en nuestro plan

Finalizar su membresía en Cigna-HealthSpring Rx Secure-Extra (PDP) puede ser **voluntario** (su propia elección) o **involuntario** (no su propia elección):

- Podría abandonar nuestro plan porque ha decidido que *desea* hacerlo.
  - Existen solo ciertas épocas del año, o ciertas situaciones, en las que puede finalizar voluntariamente su membresía en el plan. La Sección 2 le brinda información sobre *cuándo* puede finalizar su membresía en el plan.
  - El proceso para finalizar voluntariamente su membresía varía dependiendo del tipo de cobertura nueva que está eligiendo. La Sección 3 le informa *cómo* finalizar su membresía en cada situación.
- Además, existen situaciones limitadas en las que usted no elige abandonar, sino que es necesario que finalicemos su membresía. La Sección 5 le informa sobre las situaciones en que debemos finalizar su membresía.

Si abandona nuestro plan, debe seguir recibiendo sus medicamentos recetados de la Parte D a través nuestro plan hasta que finalice su membresía.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede usted finalizar su membresía en nuestro plan?

Puede finalizar su membresía en nuestro plan solo durante ciertas épocas del año, conocidas como períodos de inscripción. Todos los miembros tienen la oportunidad de abandonar el plan durante el Período de inscripción anual. En ciertas situaciones, usted también puede ser elegible para abandonar el plan en otros momentos del año.

Sección 2.1 Generalmente, usted puede finalizar su membresía durante el Período de inscripción anual

Puede finalizar su membresía durante el **Período de inscripción anual** (también denominado “Período anual de inscripción abierta”). En este período, usted debe revisar su cobertura de medicamentos y de salud, y tomar una decisión sobre su cobertura para el próximo año.

- **¿Cuándo es el Período de inscripción anual?** Tiene lugar del 15 de octubre al 7 de diciembre.

  Nota: Si usted se encuentra en un programa de administración de medicamentos, no podrá cambiar de planes. El Capítulo 3, Sección 10 le brinda más detalles acerca de los programas de administración de medicamentos.
- **¿A qué tipo de plan puede cambiarse durante el Período de inscripción anual?** Puede optar por mantener su cobertura actual o realizarle cambios para el próximo año. Si decide pasarse a un nuevo plan, puede seleccionar cualquiera de los siguientes tipos de planes:
  - Otro plan de medicamentos recetados de Medicare.
  - Original Medicare *sin* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.
    - **Si recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos recetados:** Si no se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar en una inscripción automática.
  - — *o* — un plan de salud de Medicare. Un plan de salud de Medicare es un plan ofrecido por una compañía privada que celebra un contrato con Medicare para proporcionar todos los beneficios de la Parte A (hospitalarios) y la Parte B (médicos) de Medicare. Algunos planes de salud de Medicare también ofrecen cobertura de medicamentos recetados de la Parte D.
    - Si usted se inscribe en la mayoría de los planes de salud de Medicare, se cancelará su inscripción en Cigna-HealthSpring Rx Secure-Extra (PDP) cuando la cobertura de su nuevo plan comience. Sin embargo, si usted elige un Plan privado de pago por servicio (Private Fee-for-Service) sin cobertura de medicamentos de la Parte D, un Plan de cuenta de ahorros médicos (Medical Savings Account) de Medicare o un Plan de Costos (Cost Plan) Medicare, puede inscribirse en ese plan y mantener Cigna-HealthSpring Rx Secure-Extra (PDP) para su cobertura de medicamentos. Si no desea mantener nuestro plan, puede optar por inscribirse en otro plan de medicamentos recetados de Medicare o abandonar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare.

Nota: Si se da de baja en un plan de medicamentos recetados de Medicare y queda sin cobertura de medicamentos recetados acreditable, es posible que deba pagar una sanción por inscripción tardía si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare posteriormente. ("Acreditable" significa que la cobertura se prevé que pague, en promedio, al menos una cantidad equivalente a la de la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare). Consulte el Capítulo 1, Sección 5, para obtener más información sobre la sanción por inscripción tardía.

- **¿Cuándo finalizará su membresía?** Su membresía finalizará cuando comience la cobertura de su nuevo plan el 1 de enero.

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

En ciertas situaciones, los miembros de Cigna-HealthSpring Rx Secure-Extra (PDP) pueden reunir los requisitos para finalizar su membresía en otros momentos del año. Esto se conoce como **Período de inscripción especial**.

- **¿Quién es elegible para un Período de inscripción especial?** Si alguna de las siguientes situaciones se aplica en su caso, usted es elegible para finalizar su membresía durante un Período de inscripción especial. Estos son solo ejemplos; si desea obtener la lista completa, puede comunicarse con el plan, llamar a Medicare o visitar el sitio web de Medicare (https://www.medicare.gov):
  - Si usted se ha mudado fuera del área de servicio de su plan.
  - Si tiene Medicaid.
  - Si es elegible para obtener la "Ayuda adicional" con el pago de sus medicamentos recetados de Medicare.
  - Si violamos nuestro contrato con usted.
  - Si está recibiendo atención en una institución, como una residencia de ancianos o un hospital de cuidados a largo plazo (LTC).
  - Si se inscribe en el Programa de atención todo incluido para la tercera edad (Program of All inclusive Care for the Elderly, PACE). PACE no está disponible en todos los estados. Si desea saber si PACE está disponible en su estado, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este libro).

  Nota: Si usted se encuentra en un programa de administración de medicamentos, no podrá cambiar de planes.
- **¿Cuándo son los Períodos de inscripción especial?** Los períodos de inscripción varían según su situación.
- **¿Qué puede hacer?** Para averiguar si es elegible para un Período de inscripción especial, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si es elegible para finalizar su membresía debido a una situación especial, puede optar por cambiar su cobertura médica de Medicare y su cobertura de medicamentos recetados. Esto significa que puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
  - Otro plan de medicamentos recetados de Medicare
  - Original Medicare *sin* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado
    - **Si recibe "Ayuda adicional" de Medicare para pagar sus medicamentos recetados:** Si cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar en una inscripción automática.
  - — *o* — un plan de salud de Medicare. Un plan de salud de Medicare es un plan ofrecido por una compañía privada que celebra un contrato con Medicare para proporcionar todos los beneficios de la Parte A (hospitalarios) y la Parte B (médicos) de Medicare. Algunos planes de salud de Medicare también ofrecen cobertura de medicamentos recetados de la Parte D.
    - Si usted se inscribe en la mayoría de los planes de salud de Medicare, se cancelará su inscripción en Cigna-HealthSpring Rx Secure-Extra (PDP) cuando la cobertura de su nuevo plan comience. Sin embargo, si usted elige un Plan privado de pago por servicio (Private Fee-for-Service) sin cobertura de medicamentos de la Parte D, un Plan de cuenta de ahorros médicos (Medical Savings Account) de Medicare o un Plan de Costos (Cost Plan) Medicare, puede inscribirse en ese plan y mantener Cigna-HealthSpring Rx Secure-Extra (PDP) para su cobertura de medicamentos. Si no desea mantener nuestro plan, puede optar por inscribirse en otro plan de medicamentos recetados de Medicare o abandonar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare.

Nota: Si da de baja su cobertura de medicamentos recetados de Medicare y queda sin cobertura de medicamentos recetados acreditable durante un período ininterrumpido de 63 días o más, es posible que deba pagar una sanción por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare posteriormente. ("Acreditable" significa que la cobertura se prevé que pague, en promedio, al menos una cantidad equivalente a la de la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare). Consulte el Capítulo 1, Sección 5, para obtener más información sobre la sanción por inscripción tardía.

- **¿Cuándo finalizará su membresía?** Generalmente, su membresía finalizará el primer día del mes posterior a que se reciba su solicitud de cambio de su plan.

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

Si tiene preguntas o quiere obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía:

- Puede llamar al **Servicio de Atención al Cliente** (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este libro).
- Puede encontrar la información en el manual ***Medicare y usted 2019***.
  - Todas las personas con Medicare reciben un ejemplar del manual *Medicare y Usted* cada otoño. Los nuevos usuarios de Medicare lo reciben en un plazo de un mes después de su primera inscripción.
  - También puede descargar un ejemplar desde el sitio web de Medicare (https://www.medicare.gov). O bien, puede solicitar un ejemplar impreso, llamando a Medicare al número que aparece a continuación.
- Puede comunicarse con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 3 ¿Cómo finaliza su membresía en nuestro plan?

Sección 3.1 Por lo general, usted finaliza su membresía al inscribirse en otro plan

Generalmente, para finalizar su membresía en nuestro plan, usted simplemente se inscribe en otro plan Medicare durante uno de los períodos de inscripción (consulte la Sección 2 de este capítulo para obtener información sobre los períodos de inscripción). No obstante, existen dos situaciones en las cuales deberá finalizar su membresía de forma diferente:

- Si desea cambiarse de nuestro plan a Original Medicare *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 recetados, un Plan de cuenta de ahorros médicos de Medicare o un Plan de Costos Medicare, la inscripción en el nuevo plan no finalizará su membresía en el nuestro. En este caso, usted puede inscribirse en ese plan y mantener Cigna-HealthSpring Rx Secure-Extra (PDP) para su cobertura de medicamentos. Si no desea mantener nuestro plan, puede optar por inscribirse en otro plan de medicamentos recetados de Medicare o solicitar la cancelación de la inscripción de nuestro plan.

Si se encuentra en una de estas dos situaciones y desea abandonar nuestro plan, existen dos formas de solicitar la cancelación:

- Puede presentarnos una solicitud por escrito. Comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente si necesita más información sobre cómo hacerlo (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este libro).
- — *o* — Puede comunicarse con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Nota: Si da de baja su cobertura de medicamentos recetados de Medicare y queda sin cobertura de medicamentos recetados acreditable, es posible que deba pagar una sanción por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare posteriormente. ("Acreditable" significa que la cobertura se prevé que pague, en promedio, al menos una cantidad equivalente a la de la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare). Consulte el Capítulo 1, Sección 5, para obtener más información sobre la sanción por inscripción tardía.

En la tabla a continuación se explica cómo debe finalizar su membresía en nuestro plan.

Si quisiera cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
• Otro plan de medicamentos recetados de Medicare	• Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos recetados Medicare del 15 de octubre al 7 de diciembre. Automáticamente, se dará de baja su membresía en Cigna-HealthSpring Rx Secure-Extra (PDP) cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
• Un plan de salud de Medicare	• Inscribirse en el plan de salud de Medicare hasta el 7 de diciembre. Con la mayoría de los planes de salud de Medicare, se cancelará automáticamente su inscripción en Cigna-HealthSpring Rx Secure-Extra (PDP) cuando la cobertura de su nuevo plan comience. Sin embargo, si usted elige un Plan privado de pago por servicio sin cobertura de medicamentos de la Parte D, un Plan de cuenta de ahorros médicos de Medicare o un Plan de Costos Medicare, puede inscribirse en ese plan nuevo y mantener Cigna-HealthSpring Rx Secure-Extra (PDP) para su cobertura de medicamentos. Si desea abandonar nuestro plan, *debe* inscribirse en otro plan de medicamentos recetados de Medicare *o* pedir ser dado de baja. Para pedir la baja, debe enviarnos una solicitud por escrito (comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este libro) si desea más información sobre cómo debe hacerlo) o comunicarse con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).
• Original Medicare *sin* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado **Nota:** Si se da de baja en un plan de medicamentos recetados de Medicare y queda sin cobertura de medicamentos recetados acreditable, es posible que deba pagar una sanción por inscripción tardía si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare posteriormente. Consulte el Capítulo 1, Sección 5, para obtener más información sobre la sanción por inscripción tardía.	• **Envíenos una solicitud por escrito para ser dado de baja.** Comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente si necesita más información sobre cómo hacerlo (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este libro). • Además, puede comunicarse con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana y solicitar que den de baja su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

Sección 4.1 Hasta que finalice su membresía, usted todavía es miembro de nuestro plan

Si abandona Cigna-HealthSpring Rx Secure-Extra (PDP), es posible que transcurra cierto tiempo hasta que su membresía finalice y su nueva cobertura de Medicare entre en vigencia. (Consulte la Sección 2 para obtener información sobre cuándo comienza su nueva cobertura). Durante este período, debe seguir recibiendo sus medicamentos recetados a través de nuestro plan.

- **Debe continuar utilizando nuestras farmacias de la red para surtir sus medicamentos recetados hasta que finalice su membresía en nuestro plan.** Generalmente, sus medicamentos recetados solo están cubiertos si se surten en una farmacia de la red, incluso mediante nuestros servicios de farmacias de pedido por correo.

SECCIÓN 5 Cigna-HealthSpring Rx Secure-Extra (PDP) debe finalizar su membresía en el plan en determinadas situaciones

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

Cigna-HealthSpring Rx Secure-Extra (PDP) debe finalizar su membresía en el plan ante cualquiera de las siguientes circunstancias:

- Si usted ya no tiene la Parte A o B (o ambas) de Medicare.
- Si se muda fuera del área de servicios.
- Si permanece fuera de nuestra área de servicios durante más de 12 meses.
  - Si se muda o realiza un viaje largo, necesita llamar al Servicio de Atención al Cliente para averiguar si el lugar al que se muda o viaja se encuentra en el área de nuestro plan. (Los números de teléfono del Servicio de Atención al Cliente están impresos en la contraportada de este libro).
- Si es encarcelado (va a prisión).
- Si no es ciudadano de los Estados Unidos o no tiene permanencia legal en los Estados Unidos.
- Si miente o no revela información sobre otro seguro que tenga con cobertura de medicamentos recetados.
- Si nos proporciona información incorrecta intencionalmente cuando se inscribe en nuestro plan y dicha información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos hacer que abandone nuestro plan por este motivo, a menos que primero obtengamos permiso de Medicare).
- Si se comporta continuamente de una forma perjudicial y nos dificulta proporcionarle atención para usted y otros miembros de nuestro plan. (No podemos hacer que abandone nuestro plan por este motivo, a menos que primero obtengamos permiso de Medicare).
- Si permite que otra persona utilice su tarjeta de membresía para obtener medicamentos recetados. (No podemos hacer que abandone nuestro plan por este motivo, a menos que primero obtengamos permiso de Medicare).
  - Si finalizamos su membresía debido a este motivo, Medicare puede hacer que el Inspector general investigue su caso.
- Si no paga las primas del plan dentro de los 2 meses a partir de la fecha de vencimiento de la prima. (Se le permitirá un pago fuera de término por año. El segundo pago fuera de término dentro del mismo año calendario provocará que se considere en mora).
  - Si usted recibe “Ayuda adicional” con su prima para Medicare (subsidio por bajos ingresos), su saldo pendiente debe superar los $84 antes de que consideremos que su prima está vencida y esté condicionada a falta de pago.
  - Si <u>no</u> recibe "Ayuda adicional" con su prima para Medicare, su saldo pendiente deberá superar los $42 antes de que consideremos que su prima está vencida y esté condicionada a falta de pago.
  - Debemos informarle por escrito que tiene 2 meses a partir de la fecha de vencimiento de la prima para pagar la prima del plan antes de que demos de baja su membresía.
- Si debe pagar el monto adicional de la Parte D debido a su ingreso y no lo pagó, Medicare <u>finalizará</u> su membresía en nuestro plan y perderá la cobertura de medicamentos recetados.

¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene preguntas o quisiera obtener más información sobre cuándo podemos finalizar su membresía:

- Puede llamar al **Servicio de Atención al Cliente** para obtener más información (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este libro).

Sección 5.2 <u>No podemos</u> pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud

No se le permite a Cigna-HealthSpring Rx Secure-Extra (PDP) pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud.

¿Qué debe hacer si esto sucede?

Si siente que le están pidiendo que abandone nuestro plan debido a un motivo relacionado con la salud, debe llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar las 24 horas, los 7 días de la semana.

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

Si finalizamos su membresía en nuestro plan, debemos informarle por escrito los motivos de tal decisión. Además, debemos explicarle cómo puede presentar una queja por agravios o una queja sobre nuestra decisión de finalizar su membresía. También puede consultar el Capítulo 7, Sección 7, para obtener información sobre cómo presentar una queja.

CAPÍTULO 9

Avisos legales

Capítulo 9. Avisos legales

SECCIÓN 1 **Aviso sobre la ley aplicable** 129

SECCIÓN 2 **Aviso sobre no discriminación** 129

SECCIÓN 3 **Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare** 129

SECCIÓN 4 **Aviso sobre la subrogación y recuperación de terceros** 129

SECCIÓN 5 **Informar fraude, pérdidas y abuso** 130

SECCIÓN 1 Aviso sobre la ley aplicable

Muchas leyes se aplican a esta *Constancia de cobertura*, y es posible que algunas disposiciones adicionales se apliquen porque lo exige la ley. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades, incluso si las leyes no se incluyen o explican en este documento. La ley principal que se aplica a este documento es el Título XVIII de la Ley de Seguro Social y las reglamentaciones creadas conforme a esta ley por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Además, es posible que se apliquen otras leyes federales y, en ciertas circunstancias, las leyes del estado donde usted vive.

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación

No discriminamos por motivos de raza, origen étnico, nacionalidad, color, religión, sexo, género, edad, discapacidad mental o física, estado de salud, antecedentes de reclamaciones, antecedentes médicos, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica. Todas las organizaciones que proporcionan planes de medicamentos recetados de Medicare, como nuestro plan, deben cumplir con las leyes federales contra la discriminación, incluido el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley de cuidado de salud a bajo precio, todas las otras leyes que se aplican a las organizaciones que reciben fondos federales y cualquier otra ley y norma que se aplique por cualquier otro motivo.

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

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los medicamentos recetados cubiertos de Medicare para los cuales Medicare no es el pagador primario. Según las reglamentaciones de CMS en el Código de Reglamentaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR), título 42 secciones 422.108, y 423.462, Cigna-HealthSpring Rx Secure-Extra (PDP), como un patrocinador del plan de medicamentos recetados de Medicare, como una organización Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que la Secretaría ejerce conforme a las reglamentaciones de CMS en las subpartes B a D de la parte 411 del CFR título 42, y las reglas establecidas en esta sección reemplazan a cualquier ley estatal.

SECCIÓN 4 Aviso sobre la subrogación y recuperación de terceros

Si realizamos algún pago a usted o en su nombre por los servicios cubiertos, tenemos derecho a estar completamente subrogados (un principio legal que le permite al plan recibir un reembolso por ciertos pagos que efectuamos en su nombre, en determinadas circunstancias) a todos los derechos que tenga en contra de cualquier persona, entidad o asegurador que pueda ser responsable del pago de los gastos médicos o los beneficios relacionados con su lesión, enfermedad o afección. Tenemos derecho a ejercer los mismos derechos de subrogación y recuperación que están disponibles para el programa Medicare conforme a las normas de pagador secundario de Medicare. Podemos ejercer todo derecho de recuperación que esté disponible para el programa Medicare conforme al Código de los Estados Unidos (United States Code, U.S.C) 42 § 1395mm(e)(4), U.S.C 42 §1395w-22(a)(4), Código de Reglamentaciones Federales (Code of Federal Regulations, C.F.R) 42 parte 411, y C.F.R. 42 parte 422. Parte 411, y C.F.R. 42 Parte 422.

Una vez que hayamos realizado un pago por los servicios cubiertos, tendremos un gravamen en el importe de cualquier indemnización, liquidación u otra adjudicación o recuperación que usted pueda recibir o que pueda tener derecho a recibir, incluso, entre otros, lo siguiente:

1. Cualquier adjudicación, liquidación, beneficio u otro importe pagado conforme a la ley de compensación de los trabajadores o adjudicación;
2. Todos los pagos realizados directamente por o en nombre de un injuriador de terceros o persona, entidad o asegurador responsable de indemnizar al injuriador de terceros;
3. Toda adjudicación, pago, liquidación, liquidación estructurada u otros beneficios o importes pagados de arbitraje conforme a la política de cobertura para conductores no asegurados o asegurados por menos del valor real; o bien, cualquier otro pago designado, reservado o, de lo contrario, que se pretende que se le pague a usted como compensación, indemnización por su lesión, enfermedad o afección padecida como resultado de la negligencia o responsabilidad de un tercero.

Usted acepta colaborar con nosotros y con cualquiera de nuestros representantes designados, y tomar todas las medidas o pasos necesarios para asegurar su gravamen/intereses, incluso, entre otros, lo siguiente:

1. Responder completamente a las solicitudes de información sobre cualquier accidente o lesión;

2. Responder completamente a nuestras solicitudes de información y proporcionar cualquier información relevante que hayamos solicitado; y
3. Participar completamente en todas las fases de cualquier medida legal que pudiéramos necesitar para proteger nuestros derechos, incluso, entre otros, participar en el descubrimiento, asistir a declaraciones, comparecer y testificar en un juicio.

Además, usted acepta no hacer nada para afectar nuestros derechos, incluso, entre otros, designar cualquier derecho o causa de acción que pueda tener en contra de cualquier persona o entidad relacionada con su lesión, enfermedad o afección sin nuestro consentimiento previo por escrito. Su falta de colaboración será considerada un incumplimiento o violación de sus obligaciones y podemos iniciar cualquier acción legal disponible en su contra para proteger nuestros derechos.

También tenemos derecho a recibir un reembolso completo de todos los pagos de beneficios que realizamos a usted o en su nombre y que son responsabilidad de cualquier persona, organización o asegurador. Nuestro derecho de reembolso es separado de nuestro derecho de subrogación y está limitado solo por el importe de los beneficios reales pagados conforme al plan. Usted debe pagarnos inmediatamente todo importe que recupere mediante juicio, liquidación, adjudicación, recuperación o, de lo contrario, de cualquier tercero, o su asegurador, en la medida en que pagamos o proporcionamos beneficios para su lesión, enfermedad o afección durante su inscripción en este plan.

Nuestros derechos de subrogación y reembolso serán nuestra principal prioridad, a pagarse antes de cualquier otra reclamación. Nuestros derechos de subrogación y reembolso no se verán afectados, reducidos ni eliminados por la doctrina “hecha completa” ni por cualquier otra doctrina que pudiera aplicarse.

No estamos obligados a buscar la subrogación ni el reembolso de nuestro propio beneficio o en su nombre. Nuestros derechos conforme a esta *Constancia de cobertura* no se verán afectados, reducidos ni eliminados por nuestra falta de intervención en cualquier acción legal que usted inicie relacionada con su lesión, enfermedad o afección médica.

Si no está de acuerdo con alguna decisión o medida que tomemos en relación con las disposiciones de subrogación o recuperación de terceros explicadas anteriormente, debe seguir los procedimientos explicados en el Capítulo 7 de este libro: *Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*.

SECCIÓN 5 Informar fraude, pérdidas y abuso

El fraude relacionado con la atención médica es una violación de las leyes federales y/o estatales. Si usted tiene información de o sospecha sobre un fraude de seguro de salud, infórmelo llamando a nuestra Línea Directa de Ética y Cumplimiento al 1-800-472-8348. No es obligatorio que se identifique cuando brinda la información. La línea directa es anónima.

CAPÍTULO 10

Definiciones de palabras importantes

Capítulo 10. Definiciones de palabras importantes

Apelación: medida que usted toma si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar una solicitud para cobertura de los medicamentos recetados, o el pago de medicamentos que ya recibió. Por ejemplo, puede solicitar una apelación si no pagamos un medicamento, que cree que debería poder recibir. El Capítulo 7 explica las apelaciones, incluido el proceso para presentar una apelación.

Período de inscripción anual: momento fijo cada otoño cuando los miembros pueden cambiar sus planes de medicamentos o de salud, o cambiarse a Original Medicare. El Período de inscripción anual es del 15 de octubre al 7 de diciembre.

Medicamento de marca: medicamento recetado que fabrica y vende la compañía farmacéutica que originalmente lo investigó y desarrolló. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de principios activos que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otros fabricantes de medicamentos y, generalmente, no están disponibles hasta después de que haya vencido la patente del medicamento de marca.

Etapa de cobertura en situación catastrófica: la etapa en el Beneficio de medicamentos de la Parte D para los que usted abona un copago o coseguro bajo por sus medicamentos después de que usted u otras partes calificadas en su nombre hayan gastado $5,100 en medicamentos cubiertos durante el año cubierto.

Centros de Servicios Medicare y Medicaid (CMS): agencia federal que administra Medicare. El Capítulo 2 explica cómo comunicarse con los CMS.

Coseguro: monto que se le puede exigir que pague como parte del costo por los medicamentos recetados después de que usted haya pagado los deducibles. El coseguro generalmente es un porcentaje (por ejemplo, 20%).

Queja: el nombre formal para “presentación de una queja” es “presentación de una queja por agravios”. El proceso de quejas *solo* se utiliza para ciertos tipos de problemas. Estos incluyen problemas relacionados con la calidad de la atención médica, los tiempos de espera y el Servicio de Atención al Cliente que usted recibe. Consulte también “Queja por agravios” en este listado de definiciones.

Copago: monto que se le puede exigir que pague como parte del costo por un medicamento recetado. Un copago es un monto fijo, más que un porcentaje. Por ejemplo, usted podría pagar $10 o $20 por un medicamento recetado.

Participación en los costos: la participación en los costos se refiere a los montos que un miembro tiene que pagar cuando recibe medicamentos. (Esto es además de la prima mensual del plan). La participación en los costos incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) cualquier monto deducible que puede imponer un plan antes de que se cubran los medicamentos; (2) cualquier monto de “copago” fijo que un plan pueda requerir que se pague cuando se reciben medicamentos específicos; o (3) cualquier monto de “coseguro” que se debe pagar como porcentaje del monto total pagado por un medicamento recibido. Se puede aplicar una “tarifa diaria de participación en los costos” cuando su médico le prescribe un suministro para menos de un mes de determinados medicamentos y se requiere que usted pague un copago.

Nivel de participación en los costos: todo medicamento de la lista de medicamentos cubiertos se encuentra en uno de los 6 niveles de participación en los costos. En general, cuanto más alto sea el nivel de participación en los costos, más alto es su costo con respecto al medicamento.

Determinación de cobertura: decisión acerca de si un medicamento recetado para usted está cubierto por el plan, y el monto, si corresponde, que usted debe pagar por el medicamento recetado. En general, si lleva su receta a una farmacia y esta le informa que el medicamento recetado no está cubierto por su plan, eso no es una determinación de cobertura. Debe llamar o escribir a su plan para solicitar una decisión formal sobre la cobertura. Las determinaciones de cobertura se llaman “decisiones de cobertura” en este libro. El Capítulo 7 explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

Medicamentos cubiertos: término que utilizamos para hacer referencia a todos los medicamentos recetados cubiertos por nuestro plan.

Cobertura de medicamentos recetados acreditable: cobertura de medicamentos recetados (por ejemplo, de un empleador o sindicato) que se prevé que pague, en promedio, al menos la misma cantidad que la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare. Las personas que cuentan con este tipo de cobertura cuando se vuelven elegibles para Medicare generalmente pueden mantener esa cobertura sin pagar una sanción, si deciden inscribirse en una cobertura de medicamentos recetados de Medicare posteriormente.

Servicio de Atención al Cliente: departamento dentro de nuestro plan que es responsable de responder sus preguntas sobre su membresía, beneficios, agravios y apelaciones. Consulte el Capítulo 2 para obtener información sobre cómo comunicarse con el Servicio de Atención al Cliente.

Tarifa diaria de participación en los costos: se puede aplicar una "tarifa diaria de participación en los costos" cuando su médico le prescribe un suministro para menos de un mes completo de determinados medicamentos y se requiere que usted pague un copago. Una tarifa diaria de participación en los costos es el copago dividido por la cantidad de días en un suministro de un mes. Este es un ejemplo: Si el copago para un suministro de un mes de un medicamento es de $30, y el suministro de un mes de su plan es para 30 días, su "tarifa diaria de participación en los costos" es de $1 por día. Esto significa que usted paga $1 por cada día de suministro cuando surte su medicamento recetado.

Deducible: monto que debe pagar por medicamentos recetados antes de que nuestro plan comience a pagar.

Dar de baja o desafiliarse: proceso de finalizar su membresía en nuestro plan. El hecho de dar de baja la membresía puede ser voluntario (por propia decisión) o involuntario (por decisión ajena).

Tarifa de envío: tarifa cobrada cada vez que se expende un medicamento cubierto para pagar el costo de surtir el medicamento recetado. La tarifa de envío cubre los costos como el tiempo del farmacéutico para preparar y empaquetar el medicamento recetado.

Emergencia: sucede una emergencia médica cuando usted, o cualquier otra persona que no sea profesional y tenga conocimientos promedio de salud y medicina, cree que usted tiene síntomas médicos que requieren atención médica de inmediato para evitar la pérdida de vida, de una extremidad o del funcionamiento de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor agudo o afección médica que empeora rápidamente.

Constancia de cobertura (Evidence of Coverage, EOC) e Información sobre divulgación: este documento, junto con su formulario de inscripción y otros adjuntos, cláusulas u otra cobertura opcional seleccionada, que explica su cobertura, lo que debemos hacer, sus derechos y lo que usted tiene que hacer como miembro de nuestro plan.

Excepción: tipo de determinación de cobertura que, si se aprueba, le permite obtener un medicamento que no se encuentra en el formulario del patrocinador de su plan (una excepción del formulario) u obtener un medicamento no preferido a un nivel más bajo de participación en los costos (una excepción de nivel). También puede solicitar una excepción si el patrocinador de su plan le solicita que pruebe otro medicamento antes de recibir el medicamento que usted está solicitando, o si el plan limita la cantidad o la dosis del medicamento que está solicitando (una excepción del formulario).

Ayuda adicional: programa de Medicare para ayudar a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos recetados de Medicare, tales como primas, deducibles y coseguros.

Medicamento genérico: medicamento recetado que está aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos (Food and Drug Administration, FDA) y que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Generalmente, un medicamento "genérico" tiene la misma eficacia que un medicamento de marca y normalmente cuesta menos.

Queja por agravios: tipo de queja que usted realiza sobre nosotros, o una de nuestras farmacias de la red, incluidas las quejas con respecto a la calidad de su atención médica. Este tipo de queja no implica disputas sobre pagos o cobertura.

Monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso (IRMAA): si sus ingresos superan un cierto límite, usted deberá pagar un monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso además de su prima del plan. Por ejemplo, las personas cuyo ingreso es mayor a $85,000 y los matrimonios con ingresos superiores a $170,000 deben pagar un monto de la prima de cobertura de medicamentos recetados de Medicare y Parte B de Medicare (seguro médico) más elevado. Este monto adicional se denomina monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso. Resulta afectado menos del 5% de las personas con Medicare, por lo cual la mayoría no debe pagar una prima más alta.

Límite de cobertura inicial: límite máximo de cobertura conforme a la Etapa de cobertura inicial.

Etapa de cobertura inicial: es la etapa antes de que sus costos totales de medicamentos, incluidos los montos que ha pagado y lo que nuestro plan ha pagado en su nombre, hayan alcanzado los $3,820 durante el año.

Período de inscripción inicial: cuando es elegible por primera vez para Medicare, el período de tiempo cuando se puede inscribir para la Parte A y la Parte B de Medicare. Por ejemplo, si es elegible para Medicare cuando cumple 65 años, su Período de inscripción inicial es el período de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes que cumpla 65 años, incluso el mes en que cumple 65, y finaliza 3 meses después del mes que cumplió 65 años.

Lista de medicamentos cubiertos (Formulario o "Lista de medicamentos"): lista de medicamentos recetados cubiertos por el plan. Los medicamentos de esta lista son seleccionados por el plan con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La lista incluye tanto medicamentos de marca como medicamentos genéricos.

Subsidio por bajos ingresos (Low Income Subsidy, LIS): consulte "Ayuda adicional".

Medicaid (o Medical Assistance): programa estatal y federal conjunto que ayuda con los costos médicos para algunas personas con bajos ingresos y recursos limitados. Los programas de Medicaid varían de un estado a otro, pero la mayoría de los costos de atención médica están cubiertos si reúne los requisitos para Medicare y Medicaid. Consulte el Capítulo 2, Sección 6, para obtener información sobre cómo comunicarse con Medicaid en su estado.

Indicación médicamente aceptada: uso de un medicamento aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos o respaldado por ciertos libros de referencia. Consulte el Capítulo 3, Sección 3, para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada.

Medicare: programa federal de seguros de salud para personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con determinadas discapacidades y personas con enfermedad renal en etapa terminal (por lo general, quienes tienen insuficiencia renal permanente que requieren diálisis o un trasplante de riñón). Las personas con Medicare pueden obtener su cobertura de salud de Medicare a través de Original Medicare, un Plan de Costos Medicare, un plan PACE o un plan Medicare Advantage.

Plan Medicare Advantage (MA): a veces denominado Parte C de Medicare, se trata de un plan ofrecido por una compañía privada que celebra un contrato con Medicare para proporcionarle todos los beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare. Un plan Medicare Advantage puede ser un plan de una Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO), un plan de una Organización de Proveedores Preferidos (Preferred Provider Organization, PPO), un Plan Privado de Pago por Servicio (Private FeeforService, PFFS) o un plan de Cuenta de Ahorros Médicos de Medicare (Medical Savings Account, MSA). Si se inscribe en un plan Medicare Advantage, los servicios de Medicare están cubiertos a través del plan, y no se pagan conforme a Original Medicare. En la mayoría de los casos, los planes de Medicare Advantage también ofrecen la Parte D de Medicare (cobertura de medicamentos recetados). Estos planes se denominan planes **Medicare Advantage con cobertura de medicamentos recetados**. Todas las personas que tengan la Parte A y Parte B de Medicare son elegibles para inscribirse en cualquier plan de salud de Medicare que se ofrezca en su área, excepto las personas con enfermedad renal en etapa terminal (salvo que se apliquen ciertas excepciones).

Plan de Costos Medicare: un Plan de Costos Medicare es un plan operado por una Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO) o un Plan médico competitivo (Competitive Medical Plan, CMP), conforme a un contrato de reembolso de costos, según la sección 1876(h) de la Ley.

Programa de descuento para período sin cobertura de Medicare: programa que ofrece descuentos en la mayoría de los medicamentos de marca de la Parte D, para los miembros de la Parte D que hayan alcanzado la Etapa de período sin cobertura y que aún no reciban "Ayuda adicional". Los descuentos están basados en los acuerdos entre el gobierno federal y determinados fabricantes de medicamentos. Por este motivo, la mayoría de los medicamentos de marca, aunque no todos, tienen descuento.

Servicios cubiertos por Medicare: servicios cubiertos por la Parte A y Parte B de Medicare.

Plan de salud de Medicare: un plan de salud de Medicare es ofrecido por una compañía privada que tiene contratos con Medicare para proporcionar los beneficios de la Parte A y Parte B a las personas con Medicare que se inscriben en el plan. Este término incluye todos los planes Medicare Advantage, los planes de Costos de Medicare, los Programas piloto/de demostración y los Programas de atención todo incluido para la tercera edad (Programs of Allinclusive Care for the Elderly, PACE).

Cobertura de medicamentos recetados de Medicare (Parte D de Medicare): seguro para ayudar a pagar medicamentos recetados, vacunas, productos biológicos y algunos suministros no cubiertos por la Parte A ni la Parte B de Medicare.

Póliza "Medigap" (Seguro complementario de Medicare): seguro complementario de Medicare vendido por compañías de seguro privadas para llenar los "vacíos" de Original Medicare. Las pólizas Medigap solo funcionan con Original Medicare. (Un plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

Miembro (miembro de nuestro plan o "miembro del plan"): persona con Medicare que es elegible para obtener servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Farmacia de la red: una farmacia en donde los miembros de nuestro plan pueden obtener sus beneficios de medicamentos recetados. Las denominamos "farmacias de la red" porque tienen un contrato con nuestro plan. En la mayoría de los casos, sus medicamentos recetados están cubiertos solo si se surten en una de nuestras farmacias de la red.

Original Medicare ("Medicare tradicional" o Medicare "Pago por Servicio"): Original Medicare es ofrecido por el gobierno y no un plan de salud privado como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos recetados. Conforme a Original Medicare, los servicios de Medicare están cubiertos por el pago de los montos que establece el Congreso a médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica. Puede visitar a cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención médica que

acepte Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga la parte que le corresponde del monto aprobado por Medicare, y usted paga la suya. Original Medicare cuenta con dos partes: Parte A (seguro hospitalario) y Parte B (seguro médico), y está disponible en cualquier parte de los 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. Como se explicó en esta Constancia de cobertura, la mayoría de los medicamentos que usted obtiene de las farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que se apliquen ciertas condiciones.

Costos directos: consulte la definición de "participación en los costos" descrita anteriormente. También se hace referencia al requisito de participación en los costos de un miembro para que pague una parte de los medicamentos recibidos, como requisito de costos "directos" del miembro.

Plan PACE: un plan PACE (programa de atención todo incluido para la tercera edad) combina servicios médicos, sociales y de cuidados prolongados (LTC) para personas frágiles, con el fin de ayudarles a mantenerse independientes y viviendo en su comunidad (en lugar de mudarse a una residencia de ancianos) durante el mayor tiempo posible, mientras reciben la atención de alta calidad que necesitan. Las personas inscritas a los planes PACE reciben sus beneficios de Medicare y de Medicaid a través de dicho plan. PACE no está disponible en todos los estados. Si desea saber si PACE está disponible en su estado, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este libro).

Parte C: **consulte "Plan Medicare Advantage (MA)".**

Parte D: programa voluntario de beneficios para medicamentos recetados de Medicare. (Para simplificar, nos referiremos al programa de beneficios de medicamentos recetados como Parte D).

Medicamentos de la Parte D: medicamentos que pueden estar cubiertos conforme a la Parte D. Podemos ofrecer todos los medicamentos de la Parte D o no. (Consulte el formulario para obtener una lista específica de medicamentos cubiertos). El Congreso excluyó específicamente ciertas categorías de medicamentos de la cobertura de medicamentos de la Parte D.

Sanción por inscripción tardía de la Parte D: monto que se agrega a su prima mensual para la cobertura de medicamentos de Medicare si está sin cobertura acreditable (cobertura que prevé que pague, en promedio, al menos la misma cantidad que la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare) durante un período ininterrumpido de 63 días o más. Usted paga este monto mayor siempre que tenga un plan de medicamentos Medicare. Existen algunas excepciones. Por ejemplo, si recibe "Ayuda adicional" de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos recetados, las reglas de la sanción por inscripción tardía no se aplican a usted. Si recibe "Ayuda adicional", no pagará una sanción por inscripción tardía.

Participación en los costos preferida: participación en los costos preferida significa una participación en los costos menor para ciertos medicamentos cubiertos de la Parte D en ciertas farmacias de la red.

Prima: pago periódico a Medicare, una compañía de seguros o un plan de atención médica para la cobertura de salud o medicamentos recetados.

Autorización previa: aprobación por adelantado para recibir ciertos medicamentos que pueden estar o no en nuestro formulario de medicamentos. Algunos medicamentos están cubiertos solo si su médico u otro proveedor de la red obtiene "autorización previa" de nosotros. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están indicados en el formulario.

Organización para la mejora de la calidad (Quality Improvement Organization, QIO): grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica pagados por el gobierno federal para revisar y mejorar la atención médica proporcionada a los pacientes de Medicare. Consulte el Capítulo 2, Sección 4, para obtener información sobre cómo comunicarse con la QIO en su estado.

Límites de cantidad: herramienta de administración que está diseñada para limitar el uso de medicamentos seleccionados por motivos de calidad, seguridad o utilización. Los límites pueden aplicarse a la cantidad del medicamento que cubrimos por receta o por un período de tiempo definido.

Área de servicios: área geográfica donde un plan de medicamentos recetados acepta miembros si limita la membresía sobre la base del lugar donde viven las personas. El plan puede darle de baja si usted se muda permanentemente fuera del área de servicios del plan.

Período de inscripción especial: momento fijo cuando los miembros pueden cambiar sus planes de medicamentos o de salud, o regresar a Original Medicare. Las situaciones en las cuales puede ser elegible para un Período de inscripción especial incluyen: si se muda fuera del área de servicios, si recibe "Ayuda adicional" con los costos de sus medicamentos recetados, si se muda a una residencia de ancianos o si nosotros violamos nuestro contrato con usted.

Participación en los costos estándar: la participación en los costos estándar es una participación en los costos diferente a la participación en los costos preferida ofrecida en una farmacia de la red.

Terapia escalonada: herramienta de utilización que requiere que usted primero pruebe otro medicamento para tratar su afección médica antes de que cubramos el medicamento que su médico le haya recetado inicialmente.

Ingreso de seguridad suplementario (Supplemental Security Income, SSI): beneficio mensual pagado por el Seguro Social a las personas con ingresos y recursos limitados que padecen discapacidad, ceguera o tienen 65 años o más. Los beneficios de SSI no son los mismos que los beneficios del Seguro Social.

Anexo A: Información de contacto de los Programas estatales de asistencia sobre seguros de salud (State Health Insurance Assistance Programs, SHIP)

Alabama

Alabama State Health Insurance Assistance Program
TELÉFONO 1-800-243-5463
CORREO Alabama State Health Insurance Assistance Program, Alabama Department of Senior Services, 201 Monroe Street, Suite 350, Montgomery, AL 36104
SITIO WEB www.alabamaageline.gov

Alaska

Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud
TELÉFONO 1-907-269-3680 o 1-800-478-6065
TTY 1-800-770-8973
CORREO State Health Insurance Assistance Program, Alaska Dept. of Health and Social Services, Senior & Disabilities Services, 550 W. 8th Avenue, Anchorage, AK 99501
SITIO WEB http://medicare.alaska.gov

Arizona

Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud
TELÉFONO 1-602-542-4446 o 1-800-432-4040
TTY 711
CORREO State Health Insurance Assistance Program, Department of Economic Security, Division of Aging and Adult Services (DAAS), 1789 W. Jefferson Street, Site Code 950A, Phoenix, AZ 85007
SITIO WEB https://des.az.gov/services/aging-and-adult/division-aging-and-adult-services/contact-arizona-division-aging-and-adult

Arkansas

Senior Health Insurance Information Program (SHIIP)
TELÉFONO 1-501-371-2782 o 1-800-224-6330
CORREO Senior Health Insurance Information Program (SHIIP), Arkansas Insurance Department, 1200 West Third Street, Little Rock, AR 72201
SITIO WEB https://insurance.arkansas.gov/pages/consumer-services/senior-health/

California

Health Insurance Counseling & Advocacy Program (HICAP)
TELÉFONO 1-916-419-7500 o 1-800-434-0222
TTY 1-800-735-2929
CORREO Health Insurance Counseling & Advocacy Program (HICAP), California Department of Aging, 1300 National Drive, Suite 200, Sacramento, CA 95834-1992
SITIO WEB www.aging.ca.gov/hicap/

Colorado

Senior Health Insurance Assistance Program
TELÉFONO 1-303-894-7855 o 1-888-696-7213
TTY 1-303-894-7880
CORREO Senior Health Insurance Assistance Program, Department of Regulatory Agencies, Division of Insurance, 1560 Broadway, Suite 850, Denver, CO 80202
SITIO WEB www.dora.state.co.us/insurance/senior/senior.htm

Connecticut

CHOICES
TELÉFONO 1-800-994-9422 o 1-860-424-5274
TTY 1-800-842-4524
CORREO CHOICES, Department of Social Services, Aging Services Division, 25 Sigourney Street, 10th Floor, Hartford, CT 06106
SITIO WEB www.ct.gov/agingservices/cwp/view.asp?a=2511&q=313032

Delaware

Delaware Medicare Assistance Bureau (DMAB)
TELÉFONO 1-302-674-7364 o 1-800-336-9500
CORREO Delaware Medicare Assistance Bureau (DMAB), 841 Silver Lake Boulevard, Dover, DE 19904
SITIO WEB http://insurance.delaware.gov/divisions/dmab/

District of Columbia

Health Insurance Counseling Project (HICP)
TELÉFONO 1-202-994-6272 o 1-202-724-5622
TTY 711
CORREO Health Insurance Counseling Project (HICP), Jacob Burns Community Legal Clinics, The George Washington University Law School, 650 20th Street, NW, Washington, DC 20052
SITIO WEB www.law.gwu.edu/health-insurance-counseling-project

Florida

SHINE (Serving Health Insurance Needs of Elders)
TELÉFONO 1-800-963-5337
TTY 1-800-955-8771
CORREO SHINE, Department of Elder Affairs, 4040 Esplanade Way, Suite 270, Tallahassee, FL 32399-7000
SITIO WEB www.floridashine.org

Georgia

GeorgiaCares
TELÉFONO 1-866-552-4464 (opción #4)
TTY 1-404-657-1929
CORREO GeorgiaCares, 2 Peachtree Street NW, 33rd Floor, Atlanta, GA 30303
SITIO WEB www.mygeorgiacares.org/

Hawaii

Hawaii SHIP
TELÉFONO 1-808-586-7299 o 1-888-875-9229
TTY 1-866-810-4379
CORREO Hawaii SHIP, State Health Insurance Assistance Program, Executive Office on Aging, No. 1 Capitol District, 250 South Hotel Street, Suite 406, Honolulu, HI 96813-2831
SITIO WEB www.hawaiiship.org/

Idaho

Senior Health Insurance Benefits Advisors (SHIBA)
TELÉFONO 1-800-247-4422
CORREO Senior Health Insurance Benefits Advisors (SHIBA), Department of Insurance, 700 West State Street, 3rd Floor, P.O. Box 83720, Boise, ID 83720-0043
SITIO WEB www.shiba.idaho.gov

Illinois

Senior Health Insurance Program (SHIP)
TELÉFONO 1-800-252-8966
TTY 1-888-206-1327
CORREO Senior Health Insurance Program (SHIP), Illinois Department on Aging, One Natural Resources Way, Suite 100, Springfield, IL 62702
SITIO WEB https://www2.illinois.gov/aging/ship/Pages/default.aspx

Indiana

State Health Insurance Assistance Program (SHIP)
TELÉFONO 1-800-452-4800
TTY 1-866-846-0139
CORREO State Health Insurance Assistance Program (SHIP), Indiana Department of Insurance, 311 W. Washington Street, Suite 300, Indianapolis, IN 42604-2787
SITIO WEB www.medicare.in.gov

Iowa

Senior Health Insurance Information Program (SHIIP)
TELÉFONO 1-800-351-4664
TTY 1-800-735-2942
CORREO Senior Health Insurance Information Program (SHIIP), 601 Locust St., 4th Floor, Des Moines, IA 50309-3738
SITIO WEB www.therightcalliowa.gov

Kansas

Senior Health Insurance Counseling for Kansas (SHICK)
TELÉFONO 1-800-860-5260
TTY 1-785-291-3167
CORREO Senior Health Insurance Counseling for Kansas (SHICK), Kansas Department for Aging and Disability Services, New England Building, 503 S. Kansas Avenue, Topeka, KS 66603-3404
SITIO WEB www.kdads.ks.gov/SHICK/shick_index.html

Kentucky

Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud
TELÉFONO
TTY 1-800-648-6056
CORREO State Health Insurance Assistance Program, Cabinet for Health and Family Services, Office of the Secretary, 275 East Main Street, Frankfort, KY 40621
SITIO WEB http://chfs.ky.gov/dail/ship.htm

Louisiana

Senior Health Insurance Information Program (SHIIP)
TELÉFONO 1-225-342-5301 o 1-800-259-5300
CORREO Senior Health Insurance Information Program (SHIIP), Louisiana Department of Insurance, 1702 N. Third Street, P.O. Box 94214, Baton Rouge, LA 70802
SITIO WEB www.ldi.la.gov/SHIIP/

Maine

Maine State Health Insurance Program (SHIP)
TELÉFONO 1-800-262-2232
TTY 711
CORREO Maine State Health Insurance Program (SHIP), OADS Aging Services, Maine Department of Health and Human Services, 11 State House Station, Augusta, ME 04333
SITIO WEB www.maine.gov/dhhs/oads/community-support/ship.html

Maryland

Senior Health Insurance Assistance Program
TELÉFONO 1-410-767-1100 o 1-800-243-3425
TTY 711
CORREO Senior Health Insurance Assistance Program, Maryland Department of Aging, 301 West Preston Street, Suite 1007, Baltimore, MD 21201
SITIO WEB http://aging.maryland.gov/Pages/StateHealthInsuranceProgram.aspx

Massachusetts

Serving the Health Information Needs of Elders (SHINE)
TELÉFONO 1-800-243-4636
TTY 711
CORREO Serving the Health Information Needs of Elders (SHINE), Executive Office of Elder Affairs, One Ashburton Place, Fifth Floor, Boston, MA 02108
SITIO WEB www.mass.gov/elders/healthcare/shine/

Michigan

Michigan Medicare/Medicaid Assistance Program (MMAP, Inc.)
TELÉFONO 1-800-803-7174
CORREO Michigan Medicare/Medicaid Assistance Program (MMAP, Inc.), 6105 West St. Joseph, Suite 204, Lansing, MI 48917-4850
SITIO WEB www.mmapinc.org/

Minnesota

Minnesota State Health Insurance Assistance
TELÉFONO 1-800-333-2433
TTY 1-800-627-3529
CORREO Minnesota State Health Insurance Assistance Program/Senior LinkAge Line, Minnesota Board on Aging, P.O. Box 64976, St. Paul, MN 55164-0976
SITIO WEB http://www.mnaging.org/Advisor/SLL/SLL_SHIP.aspx

Mississippi

State Health Insurance Assistance Program (SHIP)
TELÉFONO 1-601-359-4500
CORREO State Health Insurance Assistance Program (SHIP), Mississippi Department of Human Services, Division of Aging & Adult Services, 750 North State Street, Jackson, MS 39202
SITIO WEB http://www.mdhs.ms.gov/adults-seniors/services-for-seniors/state-health-insurance-assistance-program/

Missouri

CLAIM State Health Insurance Assistance Program
TELÉFONO 1-800-390-3330
CORREO CLAIM State Health Insurance Assistance Program, c/o Primaris, 200 N. Keene Street, Suite 101, Columbia, MO 65201
SITIO WEB www.missouriclaim.org

Montana

Montana State Health Insurance Assistance Program (SHIP)
TELÉFONO 1-800-551-3191
CORREO Montana State Health Insurance Assistance Program (SHIP), Department of Public Health & Human Services, Senior and Long Term Care Division, 2030 11th Avenue, Helena, MT 59601
SITIO WEB http://dphhs.mt.gov/SLTC/aging/SHIP.aspx

Nebraska

Nebraska Senior Health Insurance Information Program (SHIIP)
TELÉFONO 1-402-471-2201 o 1-800-234-7119
TTY 1-800-833-7352
CORREO Nebraska Senior Health Insurance Information Program (SHIIP), Nebraska Department of Insurance, Terminal Building, 941 O Street, Suite 400, P.O. Box 82089, Lincoln, NE 68508
SITIO WEB https://doi.nebraska.gov/consumer/senior-health

Nevada

Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud
TELÉFONO 1-702-486-3478 o 1-800-307-4444
CORREO State Health Insurance Assistance Program, Nevada Aging and Disability Services Division, 3416 Goni Road, Suite D-132, Carson City, NV 89706
SITIO WEB http://adsd.nv.gov/Programs/Seniors/SHIP/SHIP_Prog/

New Hampshire

ServiceLink Aging & Disability Resource Center
TELÉFONO 1-866-634-9412
TTY 1-800-735-2964
CORREO ServiceLink Aging & Disability Resource Center, Bureau of Elderly & Adult Services, Division of Community Based Care Services, NH Department of Health & Human Services, 129 Pleasant Street, Concord, NH 03301
SITIO WEB www.nh.gov/servicelink/

New Jersey

State Health Insurance Assistance Program (SHIP)
TELÉFONO 1-800-792-8820
CORREO State Health Insurance Assistance Program (SHIP), Division of Aging Services, P.O. Box 715, Mercerville, NJ 08625-0715
SITIO WEB www.state.nj.us/humanservices/doas/services/ship/index.html

New Mexico

Aging & Disability Resource Center (ADRC)
TELÉFONO 1-800-432-2080
TTY 1-505-476-4937
CORREO Aging & Disability Resource Center (ADRC), New Mexico Aging & Long-Term Services Department, 2550 Cerrillos Road, Santa Fe, NM 87505
SITIO WEB www.nmaging.state.nm.us

New York

Health Insurance Information Counseling and Assistance Program (HIICAP)
TELÉFONO 1-800-342-9871 o 1-800-701-0501
CORREO Health Insurance Information Counseling and Assistance Program (HIICAP), New York State Office for the Aging, 2 Empire State Plaza, Albany, NY 12223-1251
SITIO WEB www.aging.ny.gov/HealthBenefits/

North Carolina

Seniors' Health Insurance Information Program (SHIIP)
TELÉFONO 1-855-408-1212
CORREO Seniors' Health Insurance Information Program (SHIIP), 1201 Mail Service Center, Raleigh, NC 27699-1201
SITIO WEB www.ncdoi.com/SHIIP/Default.aspx

North Dakota

State Health Insurance Counseling Program (SHIC)
TELÉFONO 1-701-328-2440 o 1-888-575-6611
TTY 1-800-366-6888
CORREO State Health Insurance Counseling Program (SHIC), North Dakota Insurance Department, 600 East Boulevard Avenue, Bismarck, ND 58505-0320
SITIO WEB www.nd.gov/ndins/shic/

Ohio

Ohio Senior Health Insurance Information Program (OSHIIP)
TELÉFONO 1-800-686-1578
TTY 1-614-644-3745
CORREO Ohio Senior Health Insurance Information Program (OSHIIP), The Ohio Department of Insurance, 50 W. Town Street, 3rd Floor, Suite 300, Columbus, OH 43215
SITIO WEB www.insurance.ohio.gov/Consumer/Pages/ConsumerTab2.aspx

Oklahoma

Senior Health Insurance Counseling Program (SHIP)
TELÉFONO 1-405-521-6628 o 1-800-763-2828
CORREO Senior Health Insurance Counseling Program (SHIP), Five Corporate Plaza, 3625 NW 56th Street, Suite 100, Oklahoma City, OK 73112
SITIO WEB www.ok.gov/oid/Consumers/Information_for_Seniors/SHIP.html

Oregon

Senior Health Insurance Benefits Assistance Program (SHIBA)
TELÉFONO 1-503-947-7979 o 1-800-722-4134
TTY 1-800-735-2900
CORREO Senior Health Insurance Benefits Assistance Program (SHIBA), P.O. Box 14480, Salem, OR 97309
SITIO WEB www.oregonshiba.org

Pennsylvania

APPRISE
TELÉFONO 1-800-783-7067
CORREO APPRISE, Commonwealth of Pennsylvania Department of Aging, 555 Walnut Street, 5th Floor, Harrisburg, PA 17101-1919
SITIO WEB www.aging.pa.gov

Rhode Island

Senior Health Insurance Program (SHIP)
TELÉFONO 1-401-462-3000 o 1-401-462-0510
TTY 1-401-462-0740
CORREO Senior Health Insurance Program (SHIP), Rhode Island Department of Human Services, Division of Elderly Affairs, 74 West Road, Hazard Building, 2nd Floor, Cranston, RI 02920
SITIO WEB www.dea.state.ri.us/insurance/

South Carolina

Insurance Counseling Assistance and Referrals for Elders Program (I-CARE)
TELÉFONO 1-803-734-9900 o 1-800-868-9095
CORREO Insurance Counseling Assistance and Referrals for Elders Program (I-CARE), The Lieutenant Governor's Office on Aging, 1301 Gervais Street, Suite 350, Columbia, SC 29201
SITIO WEB https://aging.sc.gov/programs-initiatives/medicare-and-medicare-fraud

South Dakota

Senior Health Information & Insurance Education (SHIINE)
TELÉFONO 1-800-536-8197
CORREO Senior Health Information & Insurance Education (SHIINE), South Dakota Department of Social Services, 700 Governors Drive, Pierre, SD 57501
SITIO WEB www.shiine.net/

Tennessee

Tennessee State Health Insurance Assistance Program (SHIP)
TELÉFONO 1-877-801-0044
CORREO Tennessee State Health Insurance Assistance Program (SHIP), Tennessee Commission on Aging and Disability, 500 Deaderick Street, Suite 825, Nashville, TN 37243-0201
SITIO WEB https://www.tn.gov/aging/our-programs/state-health-insurance-assistance-program-ship.html

Texas

Texas Health Information Counseling & Advocacy Program (HICAP)
TELÉFONO 1-800-252-9240
TTY 711
CORREO Texas Health Information Counseling & Advocacy Program (HICAP), Texas Department of Insurance, P.O. Box 149104, Austin, TX 78714-9104
SITIO WEB https://hhs.texas.gov/services/health/medicare

Utah

State Health Insurance Assistance Program (SHIP)
TELÉFONO 1-800-541-7735
CORREO State Health Insurance Assistance Program (SHIP), Utah Department of Human Services, Division of Aging and Adult Services, 195 North 1950 West, Salt Lake City, UT 84116
SITIO WEB www.daas.utah.gov/

Vermont

Vermont State Health Insurance Assistance Program (SHIP)
TELÉFONO 1-800-642-5119
CORREO Vermont Association of Area Agencies, Vermont State Health Insurance Assistance Program (SHIP), 476 Main Street, Suite 3, Winooski, VT 05404
SITIO WEB https://www.vermont4a.org/

Virginia

Virginia Insurance Counseling & Assistance Program (VICAP)
TELÉFONO 1-804-662-9333 o 1-800-552-3402
TTY 711
CORREO Virginia Insurance Counseling & Assistance Program (VICAP), The Office for Aging Services of the Division for Community Living, 1610 Forest Avenue, Suite 100, Henrico, VA 23229
SITIO WEB https://www.vda.virginia.gov/vicap.htm

Washington

Statewide Health Insurance Benefits Advisors (SHIBA)
TELÉFONO 1-800-562-6900
TTY 1-360-586-0241
CORREO Statewide Health Insurance Benefits Advisors (SHIBA), Office of the Insurance Commissioner, P.O. Box 40256, Olympia, WA 98504-0256
SITIO WEB www.insurance.wa.gov/shiba

West Virginia

West Virginia SHIP
TELÉFONO 1-304-558-3317 o 1-877-987-4463
CORREO West Virginia SHIP, 1900 Kanawha Boulevard East, Charleston, WV 25305
SITIO WEB www.wvship.org/

Wisconsin

State Health Insurance Assistance Program (SHIP)
TELÉFONO 1-800-242-1060
TTY 1-262-347-3045
CORREO State Health Insurance Assistance Program (SHIP), Wisconsin Department of Health Services, 1 West Wilson Street, Madison, WI 53703
SITIO WEB https://www.dhs.wisconsin.gov/benefit-specialists/ebs.htm

Wyoming

Wyoming State Health Insurance Information Program (WSHIIP)
TELÉFONO 1-800-856-4398
CORREO Wyoming State Health Insurance Information Program (WSHIIP), 106 West Adams Avenue, Riverton, WY 82501
SITIO WEB www.wyomingseniors.com/services/wyoming-state-health-insurance-information-program

Anexo B: Información de contacto de las Organizaciones para la mejora de la calidad (Quality Improvement Organizations, QIO)

Alabama

KEPRO
TELÉFONO 1-844-430-9504
HORARIO Lun. – Vie. 9:00 a.m. – 5:00 p.m., fines de semana y festivos: 11:00 a.m. – 3:00 p.m.
CORREO KEPRO, 5700 Lombardo Center Dr., Suite 100, Seven Hills, OH 44131
SITIO WEB www.keproqio.com

Alaska

Livanta
TELÉFONO 1-877-588-1123
HORARIO Lun. – Vie. 9:00 a.m. – 5:00 p.m., fines de semana y festivos: 11:00 a.m. – 3:00 p.m.
TTY 1-855-887-6668
CORREO Livanta, BFCC-QIO Program, 9090 Junction Drive, Suite 10, Annapolis Junction, MD 20701
SITIO WEB http://bfccqioarea5.com

Arizona

Livanta
TELÉFONO 1-877-588-1123
HORARIO Lun. – Vie. 9:00 a.m. – 5:00 p.m., fines de semana y festivos: 11:00 a.m. – 3:00 p.m.
TTY 1-855-887-6668
CORREO Livanta, BFCC-QIO Program, 9090 Junction Drive, Suite 10, Annapolis Junction, MD 20701
SITIO WEB http://bfccqioarea5.com

Arkansas

KEPRO
TELÉFONO 1-844-430-9504
HORARIO Lun. – Vie. 9:00 a.m. – 5:00 p.m., fines de semana y festivos: 11:00 a.m. – 3:00 p.m.
CORREO KEPRO, 5700 Lombardo Center Dr., Suite 100, Seven Hills, OH 44131
SITIO WEB www.keproqio.com

California

Livanta
TELÉFONO 1-877-588-1123
HORARIO Lun. – Vie. 9:00 a.m. – 5:00 p.m., fines de semana y festivos: 11:00 a.m. – 3:00 p.m.
TTY 1-855-887-6668
CORREO Livanta, BFCC-QIO Program, 9090 Junction Drive, Suite 10, Annapolis Junction, MD 20701
SITIO WEB http://bfccqioarea5.com

Colorado

KEPRO
TELÉFONO 1-844-430-9504
HORARIO Lun. – Vie. 9:00 a.m. – 5:00 p.m., fines de semana y festivos: 11:00 a.m. – 3:00 p.m.
CORREO KEPRO, 5700 Lombardo Center Dr., Suite 100, Seven Hills, OH 44131
SITIO WEB www.keproqio.com

Connecticut

Livanta
TELÉFONO 1-866-815-5440
HORARIO Lun. – Vie. 9:00 a.m. – 5:00 p.m., fines de semana y festivos: 11:00 a.m. – 3:00 p.m.
TTY 1-866-868-2289
CORREO Livanta, BFCC-QIO Program, 9090 Junction Drive, Suite 10, Annapolis Junction, MD 20701
SITIO WEB http://bfccqioarea1.com

Delaware

KEPRO
TELÉFONO 1-844-455-8708
HORARIO Lun. – Vie. 9:00 a.m. – 5:00 p.m., fines de semana y festivos: 11:00 a.m. – 3:00 p.m.
CORREO KEPRO, 5201 W. Kennedy Blvd., Suite 900, Tampa, FL 33609
SITIO WEB www.keproqio.com

District of Columbia

KEPRO
TELÉFONO 1-844-455-8708
HORARIO Lun. – Vie. 9:00 a.m. – 5:00 p.m., fines de semana y festivos: 11:00 a.m. – 3:00 p.m.
CORREO KEPRO, 5201 W. Kennedy Blvd., Suite 900, Tampa, FL 33609
SITIO WEB www.keproqio.com

Florida

KEPRO
TELÉFONO 1-844-455-8708
HORARIO Lun. – Vie. 9:00 a.m. – 5:00 p.m., fines de semana y festivos: 11:00 a.m. – 3:00 p.m.
CORREO KEPRO, 5201 W. Kennedy Blvd., Suite 900, Tampa, FL 33609
SITIO WEB www.keproqio.com

Georgia

KEPRO
TELÉFONO 1-844-455-8708
HORARIO Lun. – Vie. 9:00 a.m. – 5:00 p.m., fines de semana y festivos: 11:00 a.m. – 3:00 p.m.
CORREO KEPRO, 5201 W. Kennedy Blvd., Suite 900, Tampa, FL 33609
SITIO WEB www.keproqio.com

Hawaii

Livanta
TELÉFONO 1-877-588-1123
HORARIO Lun. – Vie. 9:00 a.m. – 5:00 p.m., fines de semana y festivos: 11:00 a.m. – 3:00 p.m.
TTY 1-855-887-6668
CORREO Livanta, BFCC-QIO Program, 9090 Junction Drive, Suite 10, Annapolis Junction, MD 20701
SITIO WEB http://bfccqioarea5.com

Idaho

Livanta
TELÉFONO 1-877-588-1123
HORARIO Lun. – Vie. 9:00 a.m. – 5:00 p.m., fines de semana y festivos: 11:00 a.m. – 3:00 p.m.
TTY 1-855-887-6668
CORREO Livanta, BFCC-QIO Program, 9090 Junction Drive, Suite 10, Annapolis Junction, MD 20701
SITIO WEB http://bfccqioarea5.com

Illinois

KEPRO
TELÉFONO 1-855-408-8557
HORARIO Lun. – Vie. 9:00 a.m. – 5:00 p.m., fines de semana y festivos: 11:00 a.m. – 3:00 p.m.
CORREO KEPRO, 5201 W. Kennedy Blvd., Suite 900, Tampa, FL 33609
SITIO WEB www.keproqio.com

Indiana

KEPRO
TELÉFONO 1-855-408-8557
HORARIO Lun. – Vie. 9:00 a.m. – 5:00 p.m., fines de semana y festivos: 11:00 a.m. – 3:00 p.m.
CORREO KEPRO, 5201 W. Kennedy Blvd., Suite 900, Tampa, FL 33609
SITIO WEB www.keproqio.com

Iowa

KEPRO
TELÉFONO 1-855-408-8557
HORARIO Lun. – Vie. 9:00 a.m. – 5:00 p.m., fines de semana y festivos: 11:00 a.m. – 3:00 p.m.
CORREO KEPRO, 5201 W. Kennedy Blvd., Suite 900, Tampa, FL 33609
SITIO WEB www.keproqio.com

Kansas

KEPRO
TELÉFONO 1-855-408-8557
HORARIO Lun. – Vie. 9:00 a.m. – 5:00 p.m., fines de semana y festivos: 11:00 a.m. – 3:00 p.m.
CORREO KEPRO, 5201 W. Kennedy Blvd., Suite 900, Tampa, FL 33609
SITIO WEB www.keproqio.com

Kentucky

KEPRO
TELÉFONO 1-844-430-9504
HORARIO Lun. – Vie. 9:00 a.m. – 5:00 p.m., fines de semana y festivos: 11:00 a.m. – 3:00 p.m.
CORREO KEPRO, 5700 Lombardo Center Dr., Suite 100, Seven Hills, OH 44131
SITIO WEB www.keproqio.com

Louisiana

KEPRO
TELÉFONO 1-844-430-9504
HORARIO Lun. – Vie. 9:00 a.m. – 5:00 p.m., fines de semana y festivos: 11:00 a.m. – 3:00 p.m.
CORREO KEPRO, 5700 Lombardo Center Dr., Suite 100, Seven Hills, OH 44131
SITIO WEB www.keproqio.com

Maine

Livanta
TELÉFONO 1-866-815-5440
HORARIO Lun. – Vie. 9:00 a.m. – 5:00 p.m., fines de semana y festivos: 11:00 a.m. – 3:00 p.m.
TTY 1-866-868-2289
CORREO Livanta, BFCC-QIO Program, 9090 Junction Drive, Suite 10, Annapolis Junction, MD 20701
SITIO WEB http://bfccqioarea1.com

Maryland

KEPRO
TELÉFONO 1-844-455-8708
HORARIO Lun. – Vie. 9:00 a.m. – 5:00 p.m., fines de semana y festivos: 11:00 a.m. – 3:00 p.m.
CORREO KEPRO, 5201 W. Kennedy Blvd., Suite 900, Tampa, FL 33609
SITIO WEB www.keproqio.com

Massachusetts

Livanta
TELÉFONO 1-866-815-5440
HORARIO Lun. – Vie. 9:00 a.m. – 5:00 p.m., fines de semana y festivos: 11:00 a.m. – 3:00 p.m.
TTY 1-866-868-2289
CORREO Livanta, BFCC-QIO Program, 9090 Junction Drive, Suite 10, Annapolis Junction, MD 20701
SITIO WEB http://bfccqioarea1.com

Michigan

KEPRO
TELÉFONO 1-855-408-8557
HORARIO Lun. – Vie. 9:00 a.m. – 5:00 p.m., fines de semana y festivos: 11:00 a.m. – 3:00 p.m.
CORREO KEPRO, 5201 W. Kennedy Blvd., Suite 900, Tampa, FL 33609
SITIO WEB www.keproqio.com

Minnesota

KEPRO
TELÉFONO 1-855-408-8557
HORARIO Lun. – Vie. 9:00 a.m. – 5:00 p.m., fines de semana y festivos: 11:00 a.m. – 3:00 p.m.
CORREO KEPRO, 5201 W. Kennedy Blvd., Suite 900, Tampa, FL 33609
SITIO WEB www.keproqio.com

Mississippi

KEPRO
TELÉFONO 1-844-430-9504
HORARIO Lun. – Vie. 9:00 a.m. – 5:00 p.m., fines de semana y festivos: 11:00 a.m. – 3:00 p.m.
CORREO KEPRO, 5700 Lombardo Center Dr., Suite 100, Seven Hills, OH 44131
SITIO WEB www.keproqio.com

Missouri

KEPRO
TELÉFONO 1-855-408-8557
HORARIO Lun. – Vie. 9:00 a.m. – 5:00 p.m., fines de semana y festivos: 11:00 a.m. – 3:00 p.m.
CORREO KEPRO, 5201 W. Kennedy Blvd., Suite 900, Tampa, FL 33609
SITIO WEB www.keproqio.com

Montana

KEPRO
TELÉFONO 1-844-430-9504
HORARIO Lun. – Vie. 9:00 a.m. – 5:00 p.m., fines de semana y festivos: 11:00 a.m. – 3:00 p.m.
CORREO KEPRO, 5700 Lombardo Center Dr., Suite 100, Seven Hills, OH 44131
SITIO WEB www.keproqio.com

Nebraska

KEPRO
TELÉFONO 1-855-408-8557
HORARIO Lun. – Vie. 9:00 a.m. – 5:00 p.m., fines de semana y festivos: 11:00 a.m. – 3:00 p.m.
CORREO KEPRO, 5201 W. Kennedy Blvd., Suite 900, Tampa, FL 33609
SITIO WEB www.keproqio.com

Nevada

Livanta
TELÉFONO 1-877-588-1123
HORARIO Lun. – Vie. 9:00 a.m. – 5:00 p.m., fines de semana y festivos: 11:00 a.m. – 3:00 p.m.
TTY 1-855-887-6668
CORREO Livanta, BFCC-QIO Program, 9090 Junction Drive, Suite 10, Annapolis Junction, MD 20701
SITIO WEB http://bfccqioarea5.com

New Hampshire

Livanta
TELÉFONO 1-866-815-5440
HORARIO Lun. – Vie. 9:00 a.m. – 5:00 p.m., fines de semana y festivos: 11:00 a.m. – 3:00 p.m.
TTY 1-866-868-2289
CORREO Livanta, BFCC-QIO Program, 9090 Junction Drive, Suite 10, Annapolis Junction, MD 20701
SITIO WEB http://bfccqioarea1.com

New Jersey

Livanta
TELÉFONO 1-866-815-5440
HORARIO Lun. – Vie. 9:00 a.m. – 5:00 p.m., fines de semana y festivos: 11:00 a.m. – 3:00 p.m.
TTY 1-866-868-2289
CORREO Livanta, BFCC-QIO Program, 9090 Junction Drive, Suite 10, Annapolis Junction, MD 20701
SITIO WEB http://bfccqioarea1.com

New Mexico

KEPRO
TELÉFONO 1-844-430-9504
HORARIO Lun. – Vie. 9:00 a.m. – 5:00 p.m., fines de semana y festivos: 11:00 a.m. – 3:00 p.m.
CORREO KEPRO, 5700 Lombardo Center Dr., Suite 100, Seven Hills, OH 44131
SITIO WEB www.keproqio.com

New York

Livanta
TELÉFONO 1-866-815-5440
HORARIO Lun. – Vie. 9:00 a.m. – 5:00 p.m., fines de semana y festivos: 11:00 a.m. – 3:00 p.m.
TTY 1-866-868-2289
CORREO Livanta, BFCC-QIO Program, 9090 Junction Drive, Suite 10, Annapolis Junction, MD 20701
SITIO WEB http://bfccqioarea1.com

North Carolina

KEPRO
TELÉFONO 1-844-455-8708
HORARIO Lun. – Vie. 9:00 a.m. – 5:00 p.m., fines de semana y festivos: 11:00 a.m. – 3:00 p.m.
CORREO KEPRO, 5201 W. Kennedy Blvd., Suite 900, Tampa, FL 33609
SITIO WEB www.keproqio.com

North Dakota

KEPRO
TELÉFONO 1-844-430-9504
HORARIO Lun. – Vie. 9:00 a.m. – 5:00 p.m., fines de semana y festivos: 11:00 a.m. – 3:00 p.m.
CORREO KEPRO, 5700 Lombardo Center Dr., Suite 100, Seven Hills, OH 44131
SITIO WEB www.keproqio.com

Ohio

KEPRO
TELÉFONO 1-855-408-8557
HORARIO Lun. – Vie. 9:00 a.m. – 5:00 p.m., fines de semana y festivos: 11:00 a.m. – 3:00 p.m.
CORREO KEPRO, 5201 W. Kennedy Blvd., Suite 900, Tampa, FL 33609
SITIO WEB www.keproqio.com

Oklahoma

KEPRO
TELÉFONO 1-844-430-9504
HORARIO Lun. – Vie. 9:00 a.m. – 5:00 p.m., fines de semana y festivos: 11:00 a.m. – 3:00 p.m.
CORREO KEPRO, 5700 Lombardo Center Dr., Suite 100, Seven Hills, OH 44131
SITIO WEB www.keproqio.com

Oregon

Livanta
TELÉFONO 1-877-588-1123
HORARIO Lun. – Vie. 9:00 a.m. – 5:00 p.m., fines de semana y festivos: 11:00 a.m. – 3:00 p.m.
TTY 1-855-887-6668
CORREO Livanta, BFCC-QIO Program, 9090 Junction Drive, Suite 10, Annapolis Junction, MD 20701
SITIO WEB http://bfccqioarea5.com

Pennsylvania

Livanta
TELÉFONO 1-866-815-5440
HORARIO Lun. – Vie. 9:00 a.m. – 5:00 p.m., fines de semana y festivos: 11:00 a.m. – 3:00 p.m.
TTY 1-866-868-2289
CORREO Livanta, BFCC-QIO Program, 9090 Junction Drive, Suite 10, Annapolis Junction, MD 20701
SITIO WEB http://bfccqioarea1.com

Rhode Island

Livanta
TELÉFONO 1-866-815-5440
HORARIO Lun. – Vie. 9:00 a.m. – 5:00 p.m., fines de semana y festivos: 11:00 a.m. – 3:00 p.m.
TTY 1-866-868-2289
CORREO Livanta, BFCC-QIO Program, 9090 Junction Drive, Suite 10, Annapolis Junction, MD 20701
SITIO WEB http://bfccqioarea1.com

South Carolina

KEPRO
TELÉFONO 1-844-455-8708
HORARIO Lun. – Vie. 9:00 a.m. – 5:00 p.m., fines de semana y festivos: 11:00 a.m. – 3:00 p.m.
CORREO KEPRO, 5201 W. Kennedy Blvd., Suite 900, Tampa, FL 33609
SITIO WEB www.keproqio.com

South Dakota

KEPRO
TELÉFONO 1-844-430-9504
HORARIO Lun. – Vie. 9:00 a.m. – 5:00 p.m., fines de semana y festivos: 11:00 a.m. – 3:00 p.m.
CORREO KEPRO, 5700 Lombardo Center Dr., Suite 100, Seven Hills, OH 44131
SITIO WEB www.keproqio.com

Tennessee

KEPRO
TELÉFONO 1-844-430-9504
HORARIO Lun. – Vie. 9:00 a.m. – 5:00 p.m., fines de semana y festivos: 11:00 a.m. – 3:00 p.m.
CORREO KEPRO, 5700 Lombardo Center Dr., Suite 100, Seven Hills, OH 44131
SITIO WEB www.keproqio.com

Texas

KEPRO
TELÉFONO 1-844-430-9504
HORARIO Lun. – Vie. 9:00 a.m. – 5:00 p.m., fines de semana y festivos: 11:00 a.m. – 3:00 p.m.
CORREO KEPRO, 5700 Lombardo Center Dr., Suite 100, Seven Hills, OH 44131
SITIO WEB www.keproqio.com

Utah

KEPRO
TELÉFONO 1-844-430-9504
HORARIO Lun. – Vie. 9:00 a.m. – 5:00 p.m., fines de semana y festivos: 11:00 a.m. – 3:00 p.m.
CORREO KEPRO, 5700 Lombardo Center Dr., Suite 100, Seven Hills, OH 44131
SITIO WEB www.keproqio.com

Vermont

Livanta
TELÉFONO 1-866-815-5440
HORARIO Lun. – Vie. 9:00 a.m. – 5:00 p.m., fines de semana y festivos: 11:00 a.m. – 3:00 p.m.
TTY 1-866-868-2289
CORREO Livanta, BFCC-QIO Program, 9090 Junction Drive, Suite 10, Annapolis Junction, MD 20701
SITIO WEB http://bfccqioarea1.com

Virginia

KEPRO
TELÉFONO 1-844-455-8708
HORARIO Lun. – Vie. 9:00 a.m. – 5:00 p.m., fines de semana y festivos: 11:00 a.m. – 3:00 p.m.
CORREO KEPRO, 5201 W. Kennedy Blvd., Suite 900, Tampa, FL 33609
SITIO WEB www.keproqio.com

Washington

Livanta
TELÉFONO 1-877-588-1123
HORARIO Lun. – Vie. 9:00 a.m. – 5:00 p.m., fines de semana y festivos: 11:00 a.m. – 3:00 p.m.
TTY 1-855-887-6668
CORREO Livanta, BFCC-QIO Program, 9090 Junction Drive, Suite 10, Annapolis Junction, MD 20701
SITIO WEB http://bfccqioarea5.com

West Virginia

KEPRO
TELÉFONO 1-844-455-8708
HORARIO Lun. – Vie. 9:00 a.m. – 5:00 p.m., fines de semana y festivos: 11:00 a.m. – 3:00 p.m.
CORREO KEPRO, 5201 W. Kennedy Blvd., Suite 900, Tampa, FL 33609
SITIO WEB www.keproqio.com

Wisconsin

KEPRO
TELÉFONO 1-855-408-8557
HORARIO Lun. – Vie. 9:00 a.m. – 5:00 p.m., fines de semana y festivos: 11:00 a.m. – 3:00 p.m.
CORREO KEPRO, 5201 W. Kennedy Blvd., Suite 900, Tampa, FL 33609
SITIO WEB www.keproqio.com

Wyoming

KEPRO
TELÉFONO 1-844-430-9504
HORARIO Lun. – Vie. 9:00 a.m. – 5:00 p.m., fines de semana y festivos: 11:00 a.m. – 3:00 p.m.
CORREO KEPRO, 5700 Lombardo Center Dr., Suite 100, Seven Hills, OH 44131
SITIO WEB www.keproqio.com

Anexo C: Información de contacto de las agencias estatales de Medicaid

Alabama

Alabama Medicaid Agency
TELÉFONO 1-334-242-5000 o 1-800-362-1504
HORARIO Lun. – Vie. 8:00 a.m. – 5:00 p.m.
CORREO Alabama Medicaid Agency, P.O. Box 5624, Montgomery, AL 36103-5624
SITIO WEB www.medicaid.alabama.gov

Alaska

State of Alaska Department of Health & Social Services
TELÉFONO 1-907-465-3030
HORARIO Lun. – Vie. 8:00 a.m. – 4:30 p.m.
TTY 1-907-586-4265
CORREO State of Alaska Department of Health & Social Services, Division of Public Assistance, 350 Main Street, Room 404, P.O. Box 110601, Juneau, AK 99811-0601
SITIO WEB http://dhss.alaska.gov

Arizona

Arizona Health Care Cost Containment System (AHCCCS)
TELÉFONO 1-602-417-4000 o 1-800-523-0231
HORARIO Lun. – Vie. 7:00 a.m. – 9:00 p.m., Sáb. 8:00 a.m. – 6:00 p.m.
CORREO Arizona Health Care Cost Containment System (AHCCCS), 801 E. Jefferson Street, MD 4100, Phoenix, AZ 85034
SITIO WEB https://www.azahcccs.gov

Arkansas

Arkansas Medicaid
TELÉFONO 1-800-482-8988
HORARIO Lun. – Vie. 8:00 a.m. – 4:30 p.m.
TTY 711
CORREO Arkansas Medicaid, Arkansas Division of Medical Services, Department of Human Services, Donaghey Plaza South, P.O. Box 1437, Slot S401, Little Rock, AR 72203-1437
SITIO WEB www.medicaid.state.ar.us

California

Medi-Cal
TELÉFONO 1-916-552-9200 o 1-800-541-5555
HORARIO Lun. – Vie. 8:00 a.m. – 5:00 p.m.
CORREO Medi-Cal, P.O. Box 997417, MS 4607, Sacramento, CA 95899-7417
SITIO WEB www.dhcs.ca.gov

Colorado

Health First Colorado
TELÉFONO 1-303-866-2993 o 1-800-221-3943
HORARIO Lun. – Vie. 8:00 a.m. – 5:00 p.m.
TTY 711
CORREO Health First Colorado, Department of Health Care Policy & Financing, 1570 Grant Street, Denver, CO 80203
SITIO WEB https://www.healthfirstcolorado.com/

Connecticut

Connecticut Department of Social Services
TELÉFONO 1-855-626-66320199209
HORARIO Lun. – Vie. 7:30 a.m. – 4:00 p.m.
TTY 1-800-842-4524
CORREO Connecticut Department of Social Services, 25 Sigourney Street, Hartford, CT 06106-5033
SITIO WEB www.ct.gov/dss

Delaware

Delaware Health & Social Services
TELÉFONO 1-302-255-9500 o 1-800-372-2022
HORARIO Lun. – Vie. 7:30 a.m. – 4:30 p.m.
CORREO Delaware Health & Social Services, Division of Medicaid and Medical Assistance, Lewis Building, Herman Holloway Sr. Campus, 1901 N. DuPont Highway, New Castle, DE 19720
SITIO WEB www.dhss.delaware.gov/dhss/dmma/

District of Columbia

Department of Health Care Finance
TELÉFONO 1-202-442-5988
HORARIO Lun. – Vie. 8:15 a.m. – 4:45 p.m.
TTY 711
CORREO Department of Health Care Finance, 441 4th Street, NW, 900S, Washington, DC 20001
SITIO WEB http://dhcf.dc.gov/

Florida

Agency For Health Care Administration
TELÉFONO 1-877-711-3662
HORARIO Lun. – Jue. 8 a.m. – 8 p.m., Vie. 8 a.m. – 7 p.m.
TTY 1-866-467-4970
CORREO Agency For Health Care Administration, P.O. Box 5197, Tallahassee, FL 32314
SITIO WEB http://www.flmedicaidmanagedcare.com/

Georgia

Georgia Department of Community Health
TELÉFONO 1-404-656-4507
HORARIO Lun. – Vie. 8:00 a.m. – 5:00 p.m.
TTY 711
CORREO Georgia Department of Community Health, 2 Peachtree Street, NW, Atlanta, GA 30303
SITIO WEB www.dch.georgia.gov/medicaid

Hawaii

Department of Human Services
TELÉFONO 1-800-316-8005
HORARIO Lun. – Vie. 7:45 a.m. – 4:30 p.m.
TTY 1-800-603-1201
CORREO Department of Human Services, Med-QUEST Division, P.O. Box 700190, Kapolei, HI 96709-0190
SITIO WEB http://humanservices.hawaii.gov/

Idaho

Idaho Department of Health and Welfare
TELÉFONO 1-877-456-1233 o 1-800-926-2588
HORARIO Lun. – Vie. 8:00 a.m. – 5:00 p.m.
CORREO Idaho Department of Health and Welfare, 450 W State Street, Boise, ID 83702
SITIO WEB http://www.healthandwelfare.idaho.gov/Medical/Medicaid/tabid/123/Default.aspx

Illinois

Illinois Department of Healthcare and Family Services
TELÉFONO 1-800-843-6154
HORARIO Lun. – Vie. 8:00 a.m. – 4:45 p.m.
TTY 1-800-447-6404
CORREO Illinois Department of Healthcare and Family Services, 401 South Clinton, Chicago, IL 60607
SITIO WEB www.illinois.gov/hfs/Pages/default.aspx

Indiana

Indiana Medicaid
TELÉFONO 1-317-713-9627 o 1-800-457-4584
HORARIO Lun. – Vie. 8:00 a.m. – 4:30 p.m.
TTY 711
CORREO Indiana Family & Social Services Administration, Division of Family Resources, Office of Medicaid Policy and Planning, 402 W. Washington Street, Room W382, Indianapolis, IN 46204-2739
SITIO WEB http://www.in.gov/medicaid/members/

Iowa

Iowa Medicaid Enterprise
TELÉFONO 1-515-256-4606 o 1-800-338-8366
HORARIO Lun. – Vie. 8:00 a.m. – 5:00 p.m.
TTY 1-800-735-2942
CORREO Iowa Medicaid Enterprise, Member Services, P.O. Box 36510, Des Moines, IA 50315
SITIO WEB http://dhs.iowa.gov/iahealthlink

Kansas

KanCare
TELÉFONO 1-800-792-4884
HORARIO Lun. – Vie. 8:00 a.m. – 5:00 p.m.
TTY 1-800-792-4292
CORREO KanCare, P.O. Box 3599, Topeka, KS 66601-9738
SITIO WEB www.kancare.ks.gov/

Kentucky

Cabinet for Health and Family Services
TELÉFONO 1-800-635-2570
HORARIO Lun. – Vie. 8:00 a.m. – 5:00 p.m.
CORREO Cabinet for Health and Family Services, Department for Medicaid Services, 275 East Main Street, Frankfort, KY 40621
SITIO WEB www.chfs.ky.gov/dms

Louisiana

Louisiana Medicaid
TELÉFONO 1-888-342-6207
HORARIO Lun. – Vie. 8:00 a.m. – 5:00 p.m.
CORREO Louisiana Medicaid, Department of Health and Hospitals, P.O. Box 629, Baton Rouge, LA 70821-0629
SITIO WEB www.dhh.louisiana.gov

Maine

Office of MaineCare Services
TELÉFONO 1-800-442-6003
HORARIO Lun. – Vie. 8:00 a.m. – 5:00 p.m.
TTY 711
CORREO Office of MaineCare Services, 11 State House Station, Augusta, ME 04333-0011
SITIO WEB http://www.maine.gov/dhhs/oms/

Maryland

Maryland Department of Health & Mental Hygiene
TELÉFONO 1-410-767-6500 o 1-800-492-5231
HORARIO Lun. – Vie. 8:00 a.m. – 5:00 p.m.
CORREO Medicaid/Medical Assistance, Maryland Department of Health & Mental Hygiene, 201 West Preston Street, Baltimore, MD 21201
SITIO WEB http://mmcp.dhmh.maryland.gov

Massachusetts

Office of Medicaid
TELÉFONO 1-617-573-1770 o 1-800-841-2900
HORARIO Lun. – Vie. 8:00 a.m. – 5:00 p.m.
TTY 1-800-497-4648
CORREO Office of Medicaid, One Ashburton Place, 11th Floor, Boston, MA 02108
SITIO WEB www.mass.gov/masshealth

Michigan

Michigan Department of Health & Human Services
TELÉFONO 1-517-373-3740 o 1-800-642-3195
HORARIO Lun. – Vie. 8:00 a.m. – 5:00 p.m.
TTY 1-800-649-3777
CORREO Michigan Department of Health & Human Services, 333 S. Grand Avenue, P.O. Box 30195, Lansing MI 48909
SITIO WEB www.michigan.gov/mdhhs

Minnesota

Minnesota Department of Human Services
TELÉFONO 1-651-431-2670 o 1-800-657-3739
HORARIO Lun. – Vie. 8:00 a.m. – 4:30 p.m.
TTY 711
CORREO Medical Assistance (MA), Minnesota Department of Human Services, P.O. Box 64989, St. Paul, MN 55164
SITIO WEB http://mn.gov/dhs/

Mississippi

Mississippi Division of Medicaid
TELÉFONO 1-601-359-6050 o 1-800-421-2408
HORARIO Lun. – Vie. 7:30 a.m. – 5:00 p.m.
CORREO Mississippi Division of Medicaid, Sillers Building, 550 High Street, Suite 1000, Jackson, MS 39201-1399
SITIO WEB www.medicaid.ms.gov

Missouri

MO HealthNet Division
TELÉFONO 1-573-751-3425 o 1-800-392-2161
HORARIO Lun. – Vie. 8:00 a.m. – 5:00 p.m.
TTY 1-800-735-2966
CORREO The State of Missouri, MO HealthNet Division, 615 Howerton Court, P.O. Box 6500, Jefferson City, MO 65102-6500
SITIO WEB http://dss.mo.gov/mhd

Montana

Department of Public Health & Human Services
TELÉFONO 1-406-444-4455 or 1-800-362-8312
HORARIO Lun. – Vie. 8:00 a.m. – 5:00 p.m.
CORREO Department of Public Health & Human Services, Health Resources Division, P.O. Box 202951, Helena, MT 59620-2951
SITIO WEB www.dphhs.mt.gov/

Nebraska

Nebraska Department of Health and Human Services
TELÉFONO 1-855-632-7633
HORARIO Lun. – Vie. 8:00 a.m. – 5:00 p.m.
TTY 1-402-471-7256
CORREO Nebraska Department of Health and Human Services, Division of Medicaid & Long-Term Care, P.O. Box 95026, Lincoln, NE 68509-5026
SITIO WEB http://dhhs.ne.gov

Nevada

Nevada Department of Health and Human Services
TELÉFONO 1-775-684-3600 o 1-800-992-0900
HORARIO Lun. – Vie. 9:00 a.m. – 5:00 p.m.
CORREO Nevada Department of Health and Human Services, Division of Health Care Financing and Policy, 1100 E. William Street, Suite 111, Carson City, NV 89701
SITIO WEB https://dwss.nv.gov/

New Hampshire

NH Department of Health and Human Services
TELÉFONO 1-603-271-4344 o 1-800-852-3345 ext. 4344
HORARIO Lun. – Vie. 8:00 a.m. – 4:30 p.m.
TTY 1-800-735-2964
CORREO Office of Medicaid Business & Policy, NH Department of Health and Human Services, 129 Pleasant Street, Concord, NH 03301
SITIO WEB www.dhhs.state.nh.us

New Jersey

NJ Department of Human Services
TELÉFONO 1-800-356-1561
HORARIO Lun. – Vie. 8:00 a.m. – 5:00 p.m.
CORREO NJ Department of Human Services, Division of Medical Assistance and Health Services, P.O. Box 712, Trenton, NJ 08625-0712
SITIO WEB www.state.nj.us/humanservices/dmahs

New Mexico

NM Human Services Department's Medical Assistance Division
TELÉFONO 1-505-827-3100 o 1-888-997-2583
HORARIO Lun. – Vie. 8:00 a.m. – 5:00 p.m.
CORREO NM Human Services Department's Medical Assistance Division, P.O. Box 2348, Santa Fe, NM 87504-2348
SITIO WEB www.hsd.state.nm.us/mad/

New York

New York State Department of Health
TELÉFONO 1-800-541-2831
HORARIO Lun. – Vie. 8:00 a.m. – 4:45 p.m.
CORREO New York State Department of Health, Corning Tower, Empire State Plaza, Albany, NY 12237
SITIO WEB www.health.ny.gov/health_care/medicaid/

North Carolina

NC Division of Medical Assistance
TELÉFONO 1-919-855-4100 o 1-800-662-7030
HORARIO Lun. – Vie. 8:00 a.m. – 5:00 p.m.
CORREO NC Division of Medical Assistance, 2501 Mail Service Center, Raleigh, NC 27699-2501
SITIO WEB www.ncdhhs.gov/dma/

North Dakota

North Dakota Department of Human Services
TELÉFONO 1-701-328-7068 o 1-800-472-2622
HORARIO Lun. – Vie. 8:00 a.m. – 5:00 p.m.
TTY 1-800-366-6888
CORREO Medical Services Division, North Dakota Department of Human Services, 600 E. Boulevard Avenue, Dept 325, Bismarck, ND 58505-0250
SITIO WEB www.nd.gov/dhs/

Ohio

Ohio Department of Medicaid
TELÉFONO 1-800-324-8680
HORARIO Lun. – Vie. 7:00 a.m. – 8:00 p.m., Sáb. – Dom. 8:00 a.m. – 5:00 p.m.
TTY 1-800-292-3572
CORREO Ohio Department of Medicaid, 50 West Town Street, Suite 400, Columbus, OH 43215
SITIO WEB http://medicaid.ohio.gov/

Oklahoma

Oklahoma Health Care Authority
TELÉFONO 1-405-522-7300 o 1-800-987-7767
HORARIO Lun. – Vie. 7:30 a.m. – 5:30 p.m.
TTY 711
CORREO Oklahoma Health Care Authority, 4345 N. Lincoln Blvd., Oklahoma City, OK 73105
SITIO WEB http://okhca.org

Oregon

Oregon Health Plan
TELÉFONO 1-800-699-9075 o 1-800-273-0557
HORARIO Lun. – Vie. 8:00 a.m. – 5:00 p.m.
TTY 711
CORREO Oregon Health Plan, Health Systems Division, 500 Summer Street NE, Salem, OR 97301-1079
SITIO WEB www.oregon.gov/OHA/healthplan/

Pennsylvania

Pennsylvania Department of Human Services
TELÉFONO 1-800-692-7462
HORARIO Lun. – Vie. 8:30 a.m. – 4:45 p.m.
TTY 711
CORREO Pennsylvania Department of Human Services, Office of Medical Assistance Programs, P.O. Box 2675, Harrisburg, PA 17105-2675
SITIO WEB http://www.dhs.pa.gov/

Rhode Island

Rhode Island Department of Human Services
TELÉFONO 1-401-462-5300
HORARIO Lun. – Vie. 8:30 a.m. – 4:00 p.m.
TTY 1-800-745-5555
CORREO Rhode Island Department of Human Services, Louis Pasteur Building, 600 New London Avenue, Cranston, RI 02921
SITIO WEB www.dhs.ri.gov

South Carolina

Department of Health and Human Services
TELÉFONO 1-888-549-0820
HORARIO Lun. – Jue. 8:30 a.m. – 5:00 p.m.
TTY 1-888-842-3620
CORREO Department of Health and Human Services, P.O. Box 8206, Columbia, SC 29202
SITIO WEB www.scdhhs.gov

South Dakota

South Dakota Department of Social Services
TELÉFONO 1-605-773-4678 o 1-800-597-1603
HORARIO Lun. – Vie. 8:00 a.m. – 5:00 p.m.
CORREO South Dakota Department of Social Services, Division of Medical Services, 700 Governors Drive, Pierre, SD 57501
SITIO WEB http://dss.sd.gov/medicalservices/

Tennessee

TennCare
TELÉFONO 1-800-342-3145
HORARIO Lun. – Vie. 7:00 a.m. – 6:00 p.m.
TTY 1-877-779-3103
CORREO TennCare, 310 Great Circle Road, Nashville, TN 37243
SITIO WEB www.tn.gov/tenncare/

Texas

Texas Health and Human Services Commission
TELÉFONO 1-512-424-6500 o 1-800-252-8263
HORARIO Lun. – Vie. 7:30 a.m. – 5:30 p.m.
TTY 1-800-735-2989
CORREO Texas Health and Human Services Commission, Brown-Heatly Building, 4900 N. Lamar Boulevard, Austin, TX 78751-2316
SITIO WEB https://yourtexasbenefits.hhsc.texas.gov/

Utah

Utah Department of Health
TELÉFONO 1-801-538-6155 o 1-800-662-9651
HORARIO Lun. – Vie. 8:00 a.m. – 5:00 p.m.
CORREO Utah Department of Health, Division of Medicaid and Health Financing, P.O. Box 143106, Salt Lake City, UT 84114-3106
SITIO WEB https://medicaid.utah.gov/

Vermont

Green Mountain Care
TELÉFONO 1-800-250-8427
HORARIO Lun. – Vie. 8:00 a.m. – 8:00 p.m.
TTY 711
CORREO Green Mountain Care, Department of Vermont Health Access, 280 State Dr., Waterbury, VT 05671
SITIO WEB www.greenmountaincare.org/

Virginia

Department of Medical Assistance Services
TELÉFONO 1-804-786-7933
HORARIO Lun. – Vie. 8:00 a.m. – 5:00 p.m.
TTY 1-800-343-0634
CORREO Department of Medical Assistance Services, Attn: Director's Office, 600 East Broad Street, Richmond, VA 23219
SITIO WEB http://www.dmas.virginia.gov/

Washington

Washington Apple Health (Medicaid)
TELÉFONO 1-800-562-3022
HORARIO Lun. – Vie. 7:30 a.m. – 4:30 p.m.
TTY 711
CORREO Washington Apple Health (Medicaid), P.O. Box 45531, Olympia, WA 98504
SITIO WEB http://www.hca.wa.gov/medicaid/Pages/index.aspx

West Virginia

West Virginia Bureau for Medical Services
TELÉFONO 1-304-558-1700 o 1-888-483-0797
HORARIO Lun. – Vie. 8:00 a.m. – 5:00 p.m.
CORREO West Virginia Bureau for Medical Services, 350 Capitol Street, Room 251, Charleston, WV 25301
SITIO WEB www.dhhr.wv.gov/bms/Pages/default.aspx

Wisconsin

Department of Health Services
TELÉFONO 1-608-266-1865 o 1-800-362-3002
HORARIO Lun. – Vie. 7:45 a.m. – 4:30 p.m.
TTY 711
CORREO Department of Health Services, 1 West Wilson Street, Madison, WI 53703
SITIO WEB www.dhs.wisconsin.gov/

Wyoming

Wyoming Medicaid
TELÉFONO 1-307-777-7531 o 1-855-294-2127
HORARIO Lun. – Vie. 8:00 a.m. – 5:00 p.m.
TTY 1-307-777-5648
CORREO Wyoming Medicaid, 6101 Yellowstone Road, Suite 210, Cheyenne, WY 82009
SITIO WEB www.health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/

Anexo D: Información de contacto de los Programas estatales de ayuda farmacéutica (State Pharmaceutical Assistance Programs, SPAP)

Delaware

Chronic Renal Disease Program (CRDP)
TELÉFONO 1-302-424-7180 o 1-800-464-4357
HORARIO Lun. – Vie. 8:00 a.m. – 4:30 p.m.
CORREO Chronic Renal Disease Program (CRDP), Delaware Health and Social Services (DHSS), 13 S.W. Front Street, Milford, DE 19963
SITIO WEB www.dhss.delaware.gov/dhss/dmma/crdprog.html

Indiana

HoosierRx
TELÉFONO 1-866-267-4679
HORARIO Lun. – Vie. 7:00 a.m. – 3:00 p.m.
CORREO HoosierRx, P.O. Box 6224, Indianapolis, IN 46206
SITIO WEB www.in.gov/fssa/elderly/hoosierrx

Massachusetts

Prescription Advantage
TELÉFONO 1-800-243-4636
HORARIO Lun. – Vie. 8:45 a.m. – 5:00 p.m.
TTY 1-877-610-0241
CORREO Prescription Advantage, P.O. Box 15153, Worcester, MA 01615-0153
SITIO WEB www.mass.gov/elders/healthcare/prescription-advantage

Maine

Maine Low Cost Drugs for the Elderly or Disabled Program
TELÉFONO 1-866-796-2463
HORARIO Lun. – Vie. 8:00 a.m. – 5:00 p.m.
TTY 711
CORREO Maine Low Cost Drugs for the Elderly or Disabled Program, Office of MaineCare Services, 11 State House Station, Augusta, ME 04333-0011
SITIO WEB http://www.maine.gov/dhhs/prescription_drugs.shtml

Maryland

Maryland SPDAP
TELÉFONO 1-800-551-5995
HORARIO Lun. – Vie. 8:00 a.m. – 5:00 p.m.
TTY 1-800-877-5156
CORREO Maryland SPDAP, c/o Pool Administrators, 628 Hebron Avenue, Suite 100, Glastonbury, CT 06033
SITIO WEB http://marylandspdap.com

Maryland Kidney Disease Program
TELÉFONO 1-410-767-5000 o 1-800-226-2142
HORARIO Lun. – Vie. 8:30 a.m. – 4:30 p.m.
CORREO Maryland Kidney Disease Program, 201 W. Preston Street, Room SS-3, Baltimore, MD 21201
SITIO WEB www.mdrxprograms.com/kdp.html

Montana

Big Sky Rx Program
TELÉFONO 1-406-444-1233 o 1-866-369-1233
HORARIO Lun. – Vie. 8:00 a.m. – 5:00 p.m.
TTY 711
CORREO Big Sky Rx Program, P.O. Box 202915, Helena, MT 59620-2915
SITIO WEB http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/BigSky.aspx

Montana Mental Health Services Plan (MHSP)
TELÉFONO 1-406-443-7871
HORARIO Lun. – Vie. 8:00 a.m. – 5:00 p.m.
CORREO Montana Mental Health Services Plan (MHSP), 555 Fuller Ave., P.O. Box 202905, Helena, MT 59620-2905
SITIO WEB www.dphhs.mt.gov/amdd/services/mhsp.shtml

Nevada

Nevada Senior Rx
TELÉFONO 1-775-687-0539 or 1-866-303-6323 (opción 2)
HORARIO Lun. – Vie. 8:00 a.m. – 5:00 p.m.
CORREO Nevada Senior Rx, 3416 Goni Road, Suite D-132, Carson City, NV 89706
SITIO WEB http://adsd.nv.gov/Programs/Seniors/SeniorRx/SrRxProg/

New Jersey

Pharmaceutical Assistance to the Aged and Disabled (PAAD)
TELÉFONO 1-800-792-9745
HORARIO 24 horas/7 días, sistema automatizado
CORREO Pharmaceutical Assistance to the Aged and Disabled (PAAD), Department of Human Services, P.O. Box 715, Trenton, NJ 08625-0715
SITIO WEB http://www.state.nj.us/humanservices/doas/services/paad/

New York

Elderly Pharmaceutical Insurance Coverage (EPIC) Program
TELÉFONO 1-800-332-3742
HORARIO Lun. – Vie. 8:00 a.m. – 5:00 p.m.
TTY 1-800-290-9138
CORREO EPIC, P.O. Box 15018, Albany, NY 12212-5018
SITIO WEB www.health.ny.gov/health_care/epic/

Pennsylvania

Pharmaceutical Assistance Contract for the Elderly (PACE)
TELÉFONO 1-717-651-3600 o 1-800-225-7223
HORARIO Lun. – Vie. 8:30 a.m. – 5:00 p.m.
TTY 711
CORREO Pharmaceutical Assistance Contract for the Elderly (PACE), P.O. Box 8806, Harrisburg, PA 17105
SITIO WEB http://www.aging.pa.gov/aging-services/prescriptions/Pages/default.aspx

PACE Needs Enhancement Tier (PACENET)
TELÉFONO 1-717-651-3600 o 1-800-225-7223
HORARIO Lun. – Vie. 8:30 a.m. – 5:00 p.m.
TTY 711
CORREO PACE Needs Enhancement Tier (PACENET), P.O. Box 8806, Harrisburg, PA 17105
SITIO WEB http://www.aging.pa.gov/aging-services/prescriptions/Pages/default.aspx

Special Pharmaceutical Benefits Program (SPBP)
TELÉFONO 1-800-433-4459
HORARIO Lun. – Vie. 8:30 a.m. – 5:00 p.m.
TTY 711
CORREO Special Pharmaceutical Benefits Program (SPBP), Department of Human Services OMHSAS, Commonwealth Tower 12th Floor, P.O. Box 2675, Harrisburg, PA 17105-2675
SITIO WEB http://www.dhs.pa.gov/provider/healthcaremedicalassistance/specialpharmaceuticalbenefitsprogram/index.htm

Chronic Renal Disease Program (CRDP)
TELÉFONO 1-800-225-7223
HORARIO Lun. – Vie. 8:30 a.m. – 5:00 p.m.
TTY 711
CORREO The Chronic Renal Disease Program, Pennsylvania Department of Health, Division of Child and Adult Health Services, 625 Forster St., 7th Floor East Wing, Harrisburg, PA 17120-0701
SITIO WEB http://www.health.pa.gov/

Rhode Island

Rhode Island Pharmaceutical Assistance to the Elderly (RIPAE)
TELÉFONO 1-401-462-3000
HORARIO Lun. – Vie. 8:30 a.m. – 4:00 p.m.
TTY 1-401-462-0740
CORREO Rhode Island Pharmaceutical Assistance to the Elderly (RIPAE), 74 West Road, Hazard Building, 2nd Floor, Cranston, RI 02920
SITIO WEB www.dea.ri.gov/programs/prescription_assist.php

Texas

Kidney Health Care Program
TELÉFONO 1-512-776-7150 o 1-800-222-3986
HORARIO Lun. – Vie. 8:00 a.m. – 5:00 p.m.
CORREO Kidney Health Care Program, Specialty Health Care Services, MC 1938, P.O. Box 149347, Austin, TX 78714
SITIO WEB http://dshs.texas.gov/kidney/default.shtm

Vermont

Green Mountain Care, VPharm
TELÉFONO 1-800-250-8427
HORARIO Lun. – Vie. 8:00 a.m. – 5:00 p.m.
TTY 711
CORREO Green Mountain Care, VPharm, Health Access Member Services, Department of Vermont Health Access, 312 Hurricane Lane, Williston, VT 05495
SITIO WEB http://www.greenmountaincare.org/perscription

Wisconsin

SeniorCare
TELÉFONO 1-800-657-2038
HORARIO Lun. – Vie., 8:00 a.m. – 6:00 p.m.
CORREO SeniorCare, P.O. Box 6710, Madison, WI 53716-0710
SITIO WEB www.dhs.wisconsin.gov/seniorcare/

Wisconsin Chronic Renal Disease Program
TELÉFONO 1-800-362-3002
HORARIO Lun. – Vie. 8:30 a.m. – 4:30 p.m.
CORREO Wisconsin Chronic Renal Disease Program, Wisconsin Chronic Disease Program, Attn: Eligibility Unit, P.O. Box 6410, Madison, WI 53716-0410
SITIO WEB https://www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/wcdp.htm

Wisconsin Hemophilia Home Care Program
TELÉFONO 1-800-362-3002
HORARIO Lun. – Vie. 8:30 a.m. – 4:30 p.m.
CORREO Wisconsin Hemophilia Home Care Program, Wisconsin Chronic Disease Program, Attn: Eligibility Unit, P.O. Box 6410, Madison, WI 53716-0410
SITIO WEB https://www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/wcdp.htm

Wisconsin Adult Cystic Fibrosis Program
TELÉFONO 1-800-362-3002
HORARIO Lun. – Vie. 8:30 a.m. – 4:30 p.m.
CORREO Wisconsin Adult Cystic Fibrosis Program, Wisconsin Chronic Disease Program, Attn: Eligibility Unit, P.O. Box 6410, Madison, WI 53716-0410
SITIO WEB https://www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/wcdp.htm

Anexo E: Información de contacto de los programas de asistencia para medicamentos contra el SIDA (AIDS Drug Assistance Programs, ADAP)

Alabama

Alabama AIDS Drug Assistance Program
TELÉFONO 1-866-574-9964
HORARIO Lun. – Vie. 8:00 a.m. – 5:00 p.m.
CORREO Alabama AIDS Drug Assistance Program, HIV/AIDS Division, Alabama Department of Public Health, The RSA Tower, 201 Monroe Street, Suite 1400, Montgomery, AL 36104
SITIO WEB http://www.alabamapublichealth.gov/hiv/adap.html

Alaska

Alaskan AIDS Assistance Association
TELÉFONO 1-907-263-2050 o 1-800-478-2437
HORARIO Lun. – Vie. 9:00 a.m. – 5:00 p.m.
CORREO Alaskan AIDS Assistance Program, 1057 W. Fireweed Lane, Anchorage, AK 99503
SITIO WEB http://www.alaskanaids.org/index.php/client-services/adap

Arizona

Arizona AIDS Drug Assistance Program
TELÉFONO 1-602-364-3610 o 1-800-334-1540
HORARIO Lun. – Vie. 8:30 a.m. – 5:00 p.m.
CORREO Arizona AIDS Drug Assistance Program, Arizona Department of Health Services, 150 North 18th Avenue, Suite 130, Phoenix, AZ 85007
SITIO WEB http://www.azdhs.gov/phs/hiv/adap/

Arkansas

Arkansas AIDS Drug Assistance Program
TELÉFONO 1-501-661-2408 o 1-888-499-6544
HORARIO Lun. – Vie. 8:00 a.m. – 4:30 p.m.
CORREO Arkansas AIDS Drug Assistance Program, Arkansas Department of Health, 4815 W. Markham, Little Rock, AR 72205
SITIO WEB http://www.healthy.arkansas.gov/programs-services/topics/ryan-white-program

California

California AIDS Drug Assistance Program
TELÉFONO 1-844-421-7050
HORARIO Lun. – Vie. 8:00 a.m. – 5:00 p.m.
CORREO California AIDS Drug Assistance Program, CDPH, P.O. Box 997426, Mail Stop 7704, Sacramento, CA 95899
SITIO WEB https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OAadap.aspx

Colorado

Colorado AIDS Drug Assistance Program
TELÉFONO 1-303-692-2716
HORARIO Lun. – Vie. 8:00 a.m. – 5:00 p.m.
CORREO Colorado AIDS Drug Assistance Program, Colorado Department of Public Health and Environment, DCEED-STD-A3, 4300 Cherry Creek Drive South, Denver, CO 80246-1530
SITIO WEB https://www.colorado.gov/pacific/cdphe/colorado-aids-drug-assistance-program-adap

Connecticut

Connecticut AIDS Drug Assistance Program
TELÉFONO 1-860-509-7806 o 1-800-233-2503
HORARIO Lun. – Vie. 7:30 a.m. – 4:00 p.m.
CORREO Connecticut AIDS Drug Assistance Program, Connecticut Department of Public Health, 410 Capitol Avenue, P.O. Box 340308, Hartford, CT 06134
SITIO WEB http://www.ct.gov/dph/cwp/view.asp?a=3135&Q=387012

Delaware

Delaware AIDS Drug Assistance Program
TELÉFONO 1-302-744-1050
HORARIO Lun. – Vie. 8:00 a.m. – 4:30 p.m.
CORREO Delaware AIDS Drug Assistance Program, Delaware Health & Social Services, Division of Public Health, Thomas Collins Building, 540 S. DuPont Highway, Dover, DE 19901
SITIO WEB http://dhss.delaware.gov/dph/dpc/hivtreatment.html

District of Columbia

DC AIDS Drug Assistance Program
TELÉFONO 1-202-671-4900
HORARIO Lun. – Vie. 8:15 a.m. – 4:45 p.m.
TTY 711
CORREO DC AIDS Drug Assistance Program, District of Columbia Department of Health, 899 North Capitol Street NE, Washington, DC 20002
SITIO WEB https://dchealth.dc.gov/DC-ADAP

Florida

Florida AIDS Drug Assistance Program
TELÉFONO 1-850-245-4422 or 1-800-352-2437
HORARIO Lun. – Vie. 8:00 a.m. – 5:00 p.m.
TTY 1-888-503-7118
CORREO Florida AIDS Drug Assistance Program, Florida Department of Health, Section of HIV/AIDS and Hepatitis, AIDS Drug Assistance Program, 4052 Bald Cypress Way, BIN A09, Tallahassee, FL 32399
SITIO WEB http://www.floridahealth.gov/diseases-and-conditions/aids/adap/index.html

Georgia

Georgia AIDS Drug Assistance Program
TELÉFONO 1-404-463-0416
HORARIO Lun. – Vie. 9:00 a.m. – 5:00 p.m.
CORREO Georgia AIDS Drug Assistance Program, Georgia Department of Public Health, 2 Peachtree Street NW, 15th Floor, Atlanta, GA 30303-3186
SITIO WEB http://dph.georgia.gov/adap-program

Hawaii

Hawaii AIDS Drug Assistance Program
TELÉFONO 1-808-733-9360
HORARIO Lun. – Vie. 7:45 a.m. – 4:30 p.m.
CORREO Hawaii AIDS Drug Assistance Program, Hawaii Department of Health, Harm Reduction Services Branch, 3627 Kilauea Avenue, Suite 306 Honolulu, HI 96816
SITIO WEB http://health.hawaii.gov/harmreduction/hiv-aids/hiv-programs/hiv-medical-management-services/

Idaho

Idaho AIDS Drug Assistance Program
TELÉFONO 1-208-334-5612 o 1-800-926-2588
HORARIO Lun. – Vie. 8:00 a.m. – 5:00 p.m.
CORREO Idaho AIDS Drug Assistance Program, Ryan White Part B Program, 450 W. State Street, P.O. Box 83720 Boise, ID 83720-0036
SITIO WEB http://www.healthandwelfare.idaho.gov/Health/FamilyPlanning,STDHIV/HIVCareandTreatment/tabid/391/Default.aspx

Illinois

Illinois AIDS Drug Assistance Program
TELÉFONO 1-217-782-4977 o 1-800-825-3518
HORARIO Lun. – Vie. 8:30 a.m. – 5:00 p.m.
TTY 1-800-547-0466
CORREO Illinois AIDS Drug Assistance Program, Illinois Department of Public Health, Illinois ADAP Office, 535 West Jefferson Street, Springfield, IL 62761
SITIO WEB http://www.idph.state.il.us/health/aids/adap.htm

Indiana

Indiana AIDS Drug Assistance Program
TELÉFONO 1-866-588-4948
HORARIO Lun. – Vie. 8:00 a.m. – 4:30 p.m.
CORREO Indiana AIDS Drug Assistance Program, Indiana State Department of Health, 2 North Meridian Street, Indianapolis, IN 46204
SITIO WEB http://www.in.gov/isdh/17740.htm

Iowa

Iowa AIDS Drug Assistance Program
TELÉFONO 1-515-242-5150 or 1-866-227-9878
HORARIO Lun. – Vie. 8:00 a.m. – 4:30 p.m.
TTY 711 o 1-800-735-2942
CORREO Iowa AIDS Drug Assistance Program, Iowa Department of Public Health, 321 E. 12th Street, Des Moines, IA 50319-0075
SITIO WEB http://www.idph.iowa.gov/hivstdhep/hiv

Kansas

Kansas AIDS Drug Assistance Program
TELÉFONO 1-785-296-6174
HORARIO Lun. – Vie. 8:00 a.m. – 5:00 p.m.
CORREO Kansas AIDS Drug Assistance Program, Kansas Department of Health and Environment, 1000 SW Jackson, Suite 210, Topeka, KS 66612
SITIO WEB http://www.kdheks.gov/sti_hiv/ryan_white_care.htm

Kentucky

Kentucky AIDS Drug Assistance Program
TELÉFONO 1-502-564-6539 o 1-800-420-7431
HORARIO Lun. – Vie. 8:00 a.m. – 4:30 p.m.
CORREO Kentucky AIDS Drug Assistance Program, Kentucky Cabinet for Health and Family Services, Department for Public Health, HIV/AIDS Branch, 275 E. Main St. HS2E-C, Frankfort, KY 40621
SITIO WEB http://chfs.ky.gov/dph/epi/hivaids/

Louisiana

Louisiana Drug Assistance Program (L-DAP)
TELÉFONO 1-504-568-7474
HORARIO Lun. – Vie. 8:00 a.m. – 5:00 p.m.
CORREO Louisiana Drug Assistance Program (L-DAP), Louisiana Health Access Program (LA HAP), 1450 Poydras St., Suite 2136, New Orleans, LA 70112
SITIO WEB http://www.lahap.org/

Maine

Maine AIDS Drug Assistance Program
TELÉFONO 1-207-287-3747
HORARIO Lun. – Vie. 8:00 a.m. – 5:00 p.m.
CORREO Maine AIDS Drug Assistance Program, Division of Infectious Disease, Center for Disease Control and Prevention, Department of Health and Human Services, 286 Water Street, 11 State House Station, Augusta, ME 04333-0011
SITIO WEB http://www.maine.gov/dhhs/mecdc/infectious-disease/hiv-std/contacts/adap.shtml

Maryland

Maryland AIDS Drug Assistance Program
TELÉFONO 1-410-767-6535 o 1-800-205-6308
HORARIO Lun. – Vie. 8:30 a.m. – 4:30 p.m.
CORREO Maryland AIDS Drug Assistance Program, Maryland Department of Health & Mental Hygiene, Center for HIV Care Services, 201 West Preston Street, Baltimore, MD 21201
SITIO WEB http://phpa.dhmh.maryland.gov/OIDPCS/CHCS/pages/madap.aspx

Massachusetts

Massachusetts HIV Drug Assistance Program (HDAP)
TELÉFONO 1-617-502-1700 o 1-800-228-2714
HORARIO Lun. – Vie. 9:00 a.m. – 5:00 p.m.
CORREO Massachusetts HIV Drug Assistance Program (HDAP), Community Research Initiative of New England, The Schrafft's City Center, 529 Main Street, Suite 301, Boston, MA 02129
SITIO WEB http://crine.org/hdap/

Michigan

Michigan Drug Assistance Program
TELÉFONO 1-888-826-6565
HORARIO Lun. – Vie. 8:00 a.m. – 5:00 p.m.
CORREO Michigan Drug Assistance Program, HIV Care Section, Division of Health, Wellness and Disease Control, Michigan Department of Health and Human Services, 109 Michigan Avenue, 9th Floor, Lansing, MI 48913
SITIO WEB http://www.michigan.gov/mdch/0,1607,7-132-2940_2955_2982-44913,00.html

Minnesota

Minnesota AIDS Drug Assistance Program
TELÉFONO 1-651-431-2414 o 1-800-657-3761
HORARIO Lun. – Vie. 8:30 a.m. – 4:30 p.m.
TTY 1-800-627-3529
CORREO Minnesota AIDS Drug Assistance Program, Minnesota Department of Human Services, HIV/AIDS Division, P.O. Box 64972, St. Paul, MN 55164-0972
SITIO WEB http://mn.gov/dhs/people-we-serve/adults/health-care/hiv-aids/programs-services/medications.jsp

Mississippi

Mississippi AIDS Drug Assistance Program
TELÉFONO 1-601-576-7400 o 1-866-458-4948
HORARIO Lun. – Vie. 8:00 a.m. – 5:00 p.m.
CORREO Mississippi AIDS Drug Assistance Program, Mississippi State Department of Health, Office of STD/HIV, P.O. Box 1700, Jackson, MS 39215
SITIO WEB http://msdh.ms.gov/msdhsite/_static/14,13047,150.html

Missouri

Missouri AIDS Drug Assistance Program
TELÉFONO 1-573-751-6113 o 1-866-628-9891
HORARIO Lun. – Vie. 8:00 a.m. – 5:00 p.m.
CORREO Missouri AIDS Drug Assistance Program, Missouri Department of Health & Senior Services, Bureau of HIV, STD, and Hepatitis, P.O. Box 570, Jefferson City, MO 65102-0570
SITIO WEB http://health.mo.gov/living/healthcondiseases/communicable/hivaids/casemgmt.php

Montana

Montana AIDS Drug Assistance Program
TELÉFONO 1-406-444-4744
HORARIO Lun. – Vie. 8:00 a.m. – 5:00 p.m.
CORREO Montana AIDS Drug Assistance Program, Montana Department of Public Health and Human Services, HIV/STD Section, P.O. Box 202951, Cogswell Building C211, Helena, MT 59620-2951
SITIO WEB http://www.dphhs.mt.gov/publichealth/hivstd/treatmentprogram.shtml

Nebraska

Nebraska AIDS Drug Assistance Program
TELÉFONO 1-402-559-4673 o 1-800-782-2437
HORARIO Lun. – Jue. 8:00 a.m. – 5:00 p.m., Vie. 9:00 a.m. – 3:30 p.m.
CORREO Nebraska AIDS Drugs Assistance Program, Department of Health and Human Services, 301 Centennial Mall South, Lincoln, NE 68509
SITIO WEB http://dhhs.ne.gov/publichealth/Pages/dpc_ryan_white.aspx

Nevada

Nevada AIDS Drug Assistance Program
TELÉFONO 1-775-684-3499
HORARIO Lun. – Vie. 8:00 a.m. – 5:00 p.m.
CORREO Nevada AIDS Drug Assistance Program, Nevada Division of Public and Behavioral Health, 4126 Technology Way, Suite 200, Carson City, NV 89706
SITIO WEB http://dpbh.nv.gov/Programs/HIV-Ryan/Ryan_White_Part_B_-_Home/

New Hampshire

New Hampshire AIDS Drug Assistance Program
TELÉFONO 1-603-271-9700 o 1-800-852-3345
HORARIO Lun. – Vie. 8:00 a.m. – 5:00 p.m.
CORREO New Hampshire AIDS Drug Assistance Program, New Hampshire Department of Health and Human Services, 129 Pleasant Street, Concord, NH 03301-3852
SITIO WEB http://www.dhhs.nh.gov/dphs/bchs/std/care.htm

New Jersey

New Jersey AIDS Drug Distribution Program (ADDP)
TELÉFONO 1-877-613-4533 o 1-800-624-2377
HORARIO Lun. – Vie. 8:00 a.m. – 5:00 p.m.
CORREO New Jersey AIDS Drug Distribution Program (ADDP), New Jersey Department of Health, P.O. Box 360, Trenton, NJ 08625
SITIO WEB http://www.state.nj.us/health/hivstdtb/hiv-aids/medications.shtml

New Mexico

New Mexico AIDS Drug Assistance Program
TELÉFONO 1-505-827-3260
HORARIO Lun. – Vie. 8:00 a.m. – 5:00 p.m.
CORREO New Mexico AIDS Drug Assistance Program, 1190 S. St. Francis Drive, Santa Fe, NM 87505
SITIO WEB https://nmhealth.org/about/phd/idb/hats/

New York

New York AIDS Drug Assistance Program
TELÉFONO 1-518-459-1641 o 1-800-542-2437
HORARIO Lun. – Vie. 8:00 a.m. – 5:00 p.m.
TTY 1-518-459-0121
CORREO New York AIDS Drug Assistance Program, New York Department of Health, HIV Uninsured Care Programs, Empire Station, P.O. Box 2052, Albany, NY 12220-0052
SITIO WEB http://www.health.ny.gov/diseases/aids/general/resources/adap/index.htm

North Carolina

North Carolina HIV Medication Assistance Program (HMAP)
TELÉFONO 1-919-733-9161 o 1-877-466-2232
HORARIO Lun. – Vie. 8:00 a.m. – 5:00 p.m.
CORREO North Carolina HIV Medication Assistance Program (HMAP), NC Department of Health and Human Services, Communicable Disease Branch, Epidemiology Section, Division of Public Health, 1902 Mail Service Center, Raleigh, NC 27699-1902
SITIO WEB http://epi.publichealth.nc.gov/cd/hiv/hmap.html

North Dakota

North Dakota Department of Health HIV/AIDS Program
TELÉFONO 1-701-328-2378 o 1-800-472-2180
HORARIO Lun. – Vie. 8:00 a.m. – 5:00 p.m.
CORREO North Dakota Department of Health, HIV/AIDS Program, 2635 East Main Ave., Bismarck, ND 58506-5520
SITIO WEB https://www.ndhealth.gov/hiv

Ohio

Ohio HIV Drug Assistance Program
TELÉFONO 1-614-466-6374 o 1-800-777-4775
HORARIO Lun. – Vie. 8:00 a.m. – 5:00 p.m.
CORREO Ohio HIV Drug Assistance Program, Ohio Department of Health, HIV Care Services Section, 246 North High Street, Columbus, OH 43215
SITIO WEB http://www.odh.ohio.gov/odhprograms/hastpac/hivcare/aids1.aspx

Oklahoma

Oklahoma State Department of Health
TELÉFONO 1-405-271-4636 o 1-800-522-0203
HORARIO Lun. – Vie. 8:00 a.m. – 5:00 p.m.
CORREO Oklahoma State Department of Health, 1000 NE 10th, Room 614, Oklahoma City, OK 73117
SITIO WEB http://www.ok.gov/health/Disease,_Prevention,_Preparedness/HIV_STD_Service/Ryan_White_Programs/index.html

Oregon

CAREAssist
TELÉFONO 1-971-673-0144 o 1-800-805-2313
HORARIO Lun. – Vie. 8:00 a.m. – 5:00 p.m.
TTY 711
CORREO CAREAssist, Oregon Health Authority, 800 NE Oregon Street, Suite 1105, Portland, OR 97232
SITIO WEB https://public.health.oregon.gov/PHD/Directory/Pages/program.aspx?pid=111

Pennsylvania

Special Pharmaceutical Benefits Program
TELÉFONO 1-800-922-9384
HORARIO Lun. – Vie. 8:00 a.m. – 4:30 p.m.
CORREO Special Pharmaceutical Benefits Program, Pennsylvania Department of Health, 625 Forster St., H&W Bldg., Rm 611, Harrisburg, PA 17120
SITIO WEB http://www.health.pa.gov/My%20Health/Diseases%20and%20Conditions/E-H/HIV%20And%20AIDS%20Epidemiology/Pages/Special-Pharmaceutical-Benefits-Program.aspx

Rhode Island

Rhode Island AIDS Drug Assistance Program
TELÉFONO 1-401-462-3294
HORARIO Lun. – Vie. 8:30 a.m. – 4:30 p.m.
CORREO Rhode Island AIDS Drug Assistance Program, RI Department of Health, Office of HIV/AIDS & Viral Hepatitis, 3 Capitol Hill, Room 302, Providence, RI 02908
SITIO WEB http://www.health.ri.gov/diseases/hivaids/about/stayinghealthy/

South Carolina

South Carolina AIDS Drug Assistance Program
TELÉFONO 1-800-856-9954
HORARIO Lun. – Vie. 8:30 a.m. – 5:00 p.m.
CORREO South Carolina AIDS Drug Assistance Program, South Carolina Department of Health and Environmental Control, 2600 Bull Street, Columbia, SC 29201
SITIO WEB http://www.scdhec.gov/Health/DiseasesandConditions/InfectiousDiseases/HIVandSTDs/AIDSDrugAssistancePlan/

South Dakota

Ryan White Part B CARE Program
TELÉFONO 1-605-773-3737 o 1-800-592-1861
HORARIO Lun. – Vie. 8:30 a.m. – 5:00 p.m.
CORREO Ryan White Part B CARE Program, South Dakota Department of Health, 615 E. 4th St., Pierre, SD 57501-1700
SITIO WEB http://doh.sd.gov/diseases/infectious/ryanwhite/

Tennessee

Tennessee HIV Drug Assistance Program (HDAP)
TELÉFONO 1-615-532-2392
HORARIO Lun. – Vie. 8:00 a.m. – 5:00 p.m.
CORREO Tennessee HIV Drug Assistance Program (HDAP), Tennessee Department of Health, 710 James Robertson Parkway, Andrew Johnson Tower, Nashville, TN 37243
SITIO WEB https://www.tn.gov/health/health-program-areas/std0/std/ryanwhite.html

Texas

Texas HIV Medication Program
TELÉFONO 1-800-255-1090
HORARIO Lun. – Vie. 8:00 a.m. – 5:00 p.m.
CORREO Texas HIV Medication Program, MSJA, MC 1873, P.O. Box 149347, Austin, TX 78714-9347
SITIO WEB http://www.dshs.texas.gov/hivstd/meds/

Utah

Utah AIDS Drug Assistance Program
TELÉFONO 1-801-538-6197
HORARIO Lun. – Vie. 8:00 a.m. – 5:00 p.m.
CORREO Utah AIDS Drug Assistance Program, Utah Department of Health, Bureau of Epidemiology, 288 North 1460 West, Box 142104, Salt Lake City, UT 84114-2104
SITIO WEB http://health.utah.gov/epi/treatment/

Vermont

Vermont AIDS Drug Assistance Program
TELÉFONO 1-802-863-7245 o 1-800-882-2437
HORARIO Lun. – Vie. 8:00 a.m. – 4:30 p.m.
CORREO Vermont AIDS Drug Assistance Program, Vermont Department of Health, HIV/AIDS Program, 108 Cherry Street, Burlington, VT 05402
SITIO WEB http://healthvermont.gov/prevent/aids/aids_index.aspx

Virginia

Virginia AIDS Drug Assistance Program
TELÉFONO 1-855-362-0658
HORARIO Lun. and Miér. 8:00 a.m. – 6:00 p.m., Mar., Jue. and Vie. 8:00 a.m. – 5:00 p.m.
CORREO Virginia AIDS Drug Assistance Program, Virginia Department of Health, Eligibility, 1st Floor, 109 Governor Street, Room 326, P.O. Box 2448, Richmond, VA 23218
SITIO WEB http://www.vdh.virginia.gov/disease-prevention/virginia-aids-drug-assistance-program-adap/

Washington

Early Intervention Program (EIP)
TELÉFONO 1-360-236-3426 o 1-877-376-9316
HORARIO Lun. – Vie. 8:00 a.m. – 5:00 p.m.
CORREO Early Intervention Program (EIP), Washington State Department of Health, P.O. Box 47841, Olympia, WA 98504-7841
SITIO WEB http://www.doh.wa.gov/YouandYourFamily/IllnessandDisease/HIVAIDS/HIVCareClientServices/ADAPandEIP.aspx

West Virginia

West Virginia AIDS Drug Assistance Program
TELÉFONO 1-304-558-2195 o 1-800-642-8244
HORARIO Lun. – Vie. 8:30 a.m. – 4:30 p.m.
CORREO West Virginia AIDS Drug Assistance Program, West Virginia Department of Health and Human Resources, 350 Capital Street, Room 125, Charleston, WV 25301
SITIO WEB http://www.dhhr.wv.gov/oeps/std-hiv-hep/HIV_AIDS/caresupport/Pages/ADAP.aspx

Wisconsin

Wisconsin AIDS/HIV Drug Assistance Program
TELÉFONO 1-608-267-6875 o 1-800-991-5532
HORARIO Lun. – Vie. 7:00 a.m. – 4:30 p.m.
CORREO Wisconsin AIDS/HIV Drug Assistance Program, Wisconsin Department of Health Services, Attn: ADAP, P.O. Box 2659, Madison, WI 53701-2659
SITIO WEB http://www.dhs.wisconsin.gov/aids-hiv/Resources/Overviews/AIDS_HIV_drug_reim.htm

Wyoming

Wyoming AIDS Drug Assistance Program
TELÉFONO 1-307-777-5856
HORARIO Lun. – Vie. 8:00 a.m. – 5:00 p.m.
CORREO Wyoming AIDS Drug Assistance Program, Wyoming Department of Health, 6101 Yellowstone Road, Suite 510, Cheyenne, WY 82002
SITIO WEB https://health.wyo.gov/publichealth/communicable-disease-unit/hivaids/

Servicio de Atención al Cliente de Cigna-HealthSpring Rx Secure-Extra (PDP)

TELÉFONO	1-800-222-6700 Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario es de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. Nuestro sistema de teléfono automatizado puede responder su llamada durante los fines de semana desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre. El Servicio de Atención al Cliente cuenta también con servicio gratuito de intérprete de idiomas para aquellas personas que no hablan inglés.
TTY	711 Para llamar a este número, se necesita un equipo telefónico especial y está destinado solo a personas con dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario es de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. Nuestro sistema de teléfono automatizado puede responder su llamada durante los fines de semana desde el 1 de abril al 30 de septiembre.
FAX	1-800-735-1469
CORREO POSTAL	Cigna-HealthSpring Rx (PDP), P.O. Box 269005, Weston, FL 33326-9927
SITIO WEB	www.cigna.com/part-d

Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud

El Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud (SHIP) es un programa estatal que obtiene dinero del gobierno federal para brindar asesoramiento local gratuito sobre seguros médicos a las personas que tienen Medicare.

Puede localizar la información sobre el Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud (SHIP) de su estado en el Anexo A al final de este libro.

Declaración de divulgación sobre la Ley PRA *En cumplimiento con la Ley de reducción de trámites (Paperwork Reduction Act) de 1995, no se le exige a ninguna persona que responda a la recopilación de información, excepto que exhiba un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto de los EE.UU. (OMB, por sus siglas en inglés). El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es el 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.*

Todos los productos y servicios de Cigna se brindan exclusivamente por o a través de subsidiarias operativas de Cigna Corporation, incluyendo Cigna Health and Life Insurance Company. El nombre de Cigna, los logotipos, y otras marcas de Cigna son propiedad de Cigna Intellectual Property, Inc.