



## Planes De Medicamentos Con Receta De Medicare

1 de enero – 31 de diciembre de 2021

# EVIDENCIA DE COBERTURA

### Su cobertura de medicamentos con receta de Medicare como miembro de Cigna Secure-Extra Rx (PDP)

Este cuadernillo incluye los detalles de su cobertura de medicamentos con receta de Medicare desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2021. Explica cómo obtener cobertura para los medicamentos con receta que usted necesita. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

Este plan, Cigna Secure-Extra Rx (PDP), es ofrecido por Cigna. (Cuando esta *Evidencia de cobertura* dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, significa Cigna. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, significa Cigna Secure-Extra Rx [PDP]).

Este documento está disponible de forma gratuita en español.

Comuníquese con nuestro número de Servicio al Cliente al 1-800-222-6700 para obtener más información. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Atendemos de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los 7 días de la semana. Es posible que nuestro sistema telefónico automático responda su llamada durante los fines de semana del 1 de abril al 30 de septiembre.

Este documento está disponible en formatos alternativos, como braille o letra grande. Comuníquese con Servicio al Cliente al 1-800-222-6700 para obtener más información.

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

El formulario, la red de farmacias y/o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá una notificación cuando sea necesario.





## Planes De Medicamentos Con Receta De Medicare

### Notificación Contra la Discriminación: La Discriminación es Contra la Ley

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

Cigna:

- 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 7 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 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 – 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 (Oficina de Derechos Civiles portal de quejas), 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 a.m. to 8 p.m., 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. a 8 p.m., 7 días de la semana. Cigna ® 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 depende de la renovación de los contratos. © 2017 Cigna

## 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)。

**Tiếng Việt (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 Kreyol Ayisyen, gen sevis ed 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 اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم (رقم هاتف الصم والبكم 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 yánílti'go **Diné Bizaad**, saad bee áká'ánída'áwo'déé', t'áa jiik'eh, éi ná hóló, kojì' hódíílnih **1-800-222-6700** (TTY 711).

**Gujarati – સુચના:** જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નન:શુ ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલ ધ છે. ફોન કરો **1-800-222-6700** (TTY: 711).

**Urdu** خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال **1-800-222-6700** (TTY: 711) ک

**Evidencia de cobertura de 2021****Índice**

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

<b>Capítulo 1.</b>	<b>Primeros pasos para los miembros .....</b>	<b>4</b>
	Explica lo que significa estar en un plan de medicamentos con receta de Medicare y cómo usar este cuadernillo. Trata sobre los materiales que le enviaremos, la prima de su plan, la multa por inscripción tardía para la Parte D, su tarjeta de membresía del plan y cómo mantener actualizado su registro de membresía.	
<b>Capítulo 2.</b>	<b>Números de teléfono y recursos importantes .....</b>	<b>17</b>
	Le dice cómo comunicarse con nuestro plan (Cigna Secure-Extra Rx [PDP]) y con otras organizaciones, como Medicare, el Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (SHIP), la Organización de Mejora de la Calidad, el Seguro Social, Medicaid (el programa estatal de seguro de salud para personas con bajos ingresos), programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos con receta y la Junta de Jubilación Ferroviaria.	
<b>Capítulo 3.</b>	<b>Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D .....</b>	<b>28</b>
	Explica las reglas que tiene que seguir cuando obtenga sus medicamentos de la Parte D. Trata sobre cómo usar la <i>Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)</i> del plan para averiguar qué medicamentos están cubiertos. Trata sobre los tipos de medicamentos que <i>no</i> están cubiertos. Explica varios tipos de restricciones que se aplican a la cobertura de determinados medicamentos. Explica dónde despachar sus recetas. Trata sobre los programas del plan relativos a la seguridad y la administración de los medicamentos.	
<b>Capítulo 4.</b>	<b>Lo que usted paga por los medicamentos con receta de la Parte D .....</b>	<b>46</b>
	Trata sobre las cuatro etapas de cobertura de los medicamentos (Etapas de deducible, Etapa de cobertura inicial, Etapa de interrupción de cobertura, Etapa de cobertura de gastos excedentes) y la manera en que estas etapas afectan lo que usted paga por sus medicamentos. Explica los seis niveles de costo compartido correspondientes a sus medicamentos de la Parte D y explica lo que usted debe pagar por un medicamento en cada nivel de costo compartido.	
<b>Capítulo 5.</b>	<b>Cómo pedirnos que paguemos nuestra parte de los costos por los medicamentos cubiertos .....</b>	<b>92</b>
	Explica cuándo y cómo enviarnos una factura cuando usted desea pedirnos que le devolvamos el dinero de nuestra parte del costo de sus medicamentos cubiertos.	
<b>Capítulo 6.</b>	<b>Sus derechos y responsabilidades .....</b>	<b>97</b>
	Explica los derechos y las responsabilidades que usted tiene como miembro de nuestro plan. Le dice lo que puede hacer si piensa que no se están respetando sus derechos.	
<b>Capítulo 7.</b>	<b>Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas) .....</b>	<b>104</b>
	Le dice qué hacer, paso a paso, si tiene problemas o inquietudes como miembro de nuestro plan.	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Explica cómo pedir decisiones de cobertura y presentar apelaciones si está teniendo inconvenientes para recibir los medicamentos con receta que piensa que nuestro plan cubre. Esto incluye pedirnos que hagamos excepciones a las reglas y/o las restricciones adicionales de su cobertura.</li> <li>• Explica cómo presentar quejas sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente y otras inquietudes.</li> </ul>	

Capítulo 8.	<b>Cómo finalizar su membresía en el plan .....</b>	<b>120</b>
	Explica cómo y cuándo puede finalizar su membresía en el plan. Explica situaciones en las que nuestro plan está obligado a finalizar su membresía.	
Capítulo 9.	<b>Avisos legales .....</b>	<b>127</b>
	Incluye avisos sobre derecho aplicable y sobre no discriminación.	
Capítulo 10.	<b>Definiciones de términos importantes.....</b>	<b>131</b>
	Explica los términos más importantes que se usan en este cuadernillo.	

# CAPÍTULO 1

*Primeros pasos para los miembros*

**Capítulo 1. Primeros pasos para los miembros**

<b>SECCIÓN 1</b>	<b>Introducción .....</b>	<b>5</b>
Sección 1.1	Usted está inscrito en Cigna Secure-Extra Rx (PDP), que es un Plan de medicamentos con receta de Medicare .....	5
Sección 1.2	¿De qué trata el cuadernillo de <i>Evidencia de cobertura</i> ? .....	5
Sección 1.3	Información legal sobre la <i>Evidencia de cobertura</i> .....	5
<b>SECCIÓN 2</b>	<b>¿Cuáles son los requisitos para ser miembro del plan? .....</b>	<b>5</b>
Sección 2.1	Sus requisitos para ser miembro .....	5
Sección 2.2	¿Qué son la Parte A y la Parte B de Medicare? .....	6
Sección 2.3	Esta es el área de servicio del plan Cigna Secure-Extra Rx (PDP).....	6
Sección 2.4	Ciudadano de los EE. UU. o presencia legal en el país .....	6
<b>SECCIÓN 3</b>	<b>¿Qué otros materiales le proporcionaremos? .....</b>	<b>6</b>
Sección 3.1	Su tarjeta de membresía del plan: úsela para obtener todos los medicamentos con receta cubiertos .....	6
Sección 3.2	El <i>Directorio de farmacias</i> : su guía para las farmacias de nuestra red .....	7
Sección 3.3	La <i>Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)</i> del plan .....	7
Sección 3.4	La <i>Explicación de beneficios de la Parte D</i> (la “EOB de la Parte D”): informes con un resumen de pagos realizados por sus medicamentos con receta de la Parte D.....	7
<b>SECCIÓN 4</b>	<b>Su prima mensual de Cigna Secure-Extra Rx (PDP) .....</b>	<b>8</b>
Sección 4.1	¿Cuánto debe pagar de prima por su plan? .....	8
<b>SECCIÓN 5</b>	<b>¿Tiene que pagar la “multa por inscripción tardía” para la Parte D? .....</b>	<b>9</b>
Sección 5.1	¿Qué es la “multa por inscripción tardía” para la Parte D?.....	9
Sección 5.2	¿Cuánto debe pagar de multa por inscripción tardía para la Parte D?.....	9
Sección 5.3	En algunas situaciones, puede inscribirse en forma tardía y no tener que pagar la multa.....	10
Sección 5.4	¿Qué puede hacer si no está de acuerdo con su multa por inscripción tardía para la Parte D?.....	10
<b>SECCIÓN 6</b>	<b>¿Debe pagar una cantidad adicional por la Parte D debido a sus ingresos? .....</b>	<b>11</b>
Sección 6.1	¿Quién paga una cantidad adicional por la Parte D debido a los ingresos? .....	11
Sección 6.2	¿Cuánto debe pagar de cantidad adicional por la Parte D? .....	11
Sección 6.3	¿Qué puede hacer si no está de acuerdo con pagar una cantidad adicional por la Parte D?.....	11
Sección 6.4	¿Qué sucede si usted no paga la cantidad adicional por la Parte D? .....	11
<b>SECCIÓN 7</b>	<b>Más información acerca de su prima mensual .....</b>	<b>11</b>
Sección 7.1	Hay muchas formas en las que usted puede pagar la prima de su plan .....	12
Sección 7.2	¿Podemos cambiar la prima mensual de su plan durante el año? .....	13
<b>SECCIÓN 8</b>	<b>Mantenga actualizado su registro de membresía del plan .....</b>	<b>13</b>
Sección 8.1	Cómo ayudar a asegurar que tengamos información precisa sobre usted .....	13
<b>SECCIÓN 9</b>	<b>Protegemos la privacidad de su información sobre la salud personal .....</b>	<b>14</b>
Sección 9.1	Nos aseguramos de que su información sobre la salud esté protegida .....	14
<b>SECCIÓN 10</b>	<b>Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan.....</b>	<b>14</b>
Sección 10.1	¿Qué plan paga primero cuando usted tiene otro seguro? .....	14



## SECCIÓN 1 Introducción

### Sección 1.1 Usted está inscrito en Cigna Secure-Extra Rx (PDP), que es un Plan de medicamentos con receta de Medicare

Su cobertura de cuidado de la salud está a cargo de Original Medicare, y usted ha elegido obtener su cobertura de medicamentos con receta de Medicare a través de nuestro plan, Cigna Secure-Extra Rx (PDP).

Hay diferentes tipos de planes de Medicare. Cigna Secure-Extra Rx (PDP) es un plan de medicamentos con receta (PDP, por sus siglas en inglés) de Medicare. Al igual que todos los planes de Medicare, este plan de medicamentos con receta de Medicare está aprobado por Medicare y es dirigido por una compañía privada.

### Sección 1.2 ¿De qué trata el cuadernillo de *Evidencia de cobertura*?

Este cuadernillo de *Evidencia de cobertura* le indica cómo obtener su cobertura de medicamentos con receta de Medicare a través de nuestro plan. También le explica sus derechos y responsabilidades, lo que está cubierto y lo que usted paga como miembro del plan.

Los términos “cobertura” y “medicamentos cubiertos” se refieren a la cobertura de medicamentos con receta que usted tiene disponible como miembro de Cigna Secure-Extra Rx (PDP).

Es importante que conozca las reglas del plan y la cobertura que tiene disponible. Le alentamos a que dedique un tiempo a consultar este cuadernillo de *Evidencia de cobertura*.

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

### Sección 1.3 Información legal sobre la *Evidencia de cobertura*

#### Es parte de nuestro contrato con usted

Esta *Evidencia de cobertura* es parte de nuestro contrato con usted y estipula la forma en que Cigna Secure-Extra Rx (PDP) cubre sus servicios de cuidado de la salud. Otras partes de este contrato incluyen su formulario de inscripción, la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* y cualquier notificación que nosotros le enviemos sobre cambios en su cobertura o condiciones que afecten su cobertura. A veces, estas notificaciones se denominan “cláusulas adicionales” o “enmiendas”.

El contrato tiene vigencia durante los meses en los que usted esté inscrito en Cigna Secure-Extra Rx (PDP), del 1 de enero de 2021 al 31 de diciembre de 2021.

Cada año calendario, Medicare nos permite hacer cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que, después del 31 de diciembre de 2021, podemos cambiar los costos y los beneficios de Cigna Secure-Extra Rx (PDP). También podemos decidir dejar de ofrecer el plan, u ofrecerlo en un área de servicio diferente, después del 31 de diciembre de 2021.

#### Medicare debe aprobar nuestro plan cada año

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

## SECCIÓN 2 ¿Cuáles son los requisitos para ser miembro del plan?

### Sección 2.1 Sus requisitos para ser miembro

*Usted reúne los requisitos para ser miembro de nuestro plan si:*

- tiene la Parte A o la Parte B (o bien tiene la Parte A y la Parte B) de Medicare (en la Sección 2.2. se le informa sobre la Parte A y la Parte B de Medicare)
- –y– es ciudadano de los Estados Unidos o está presente legalmente en ese país
- –y– vive en nuestra área geográfica de servicio (la Sección 2.3 que aparece a continuación describe nuestra área de servicio).

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

Tal como se mencionó anteriormente en la Sección 1.1, usted eligió recibir su cobertura de medicamentos con receta (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. La cobertura de medicamentos que usted recibe a través de su cobertura de la Parte D de Medicare se describe en el Capítulo 3.

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

- Generalmente, la Parte A de Medicare ayuda a cubrir servicios prestados por hospitales para servicios para pacientes internados, centros de cuidados especiales o agencias de cuidado de la salud en el hogar.
- La Parte B de Medicare es para la mayoría de los demás servicios médicos (como los servicios de profesionales médicos, la terapia de infusión en el hogar y otros servicios para pacientes ambulatorios) y determinados artículos (como equipo médico duradero [DME, por sus siglas en inglés] y artículos médicos).

**Sección 2.3 Esta es el área de servicio del plan Cigna Secure-Extra Rx (PDP)**

Si bien Medicare es un programa federal, Cigna Secure-Extra Rx (PDP) está disponible únicamente para personas que viven en el área de servicio de nuestro plan. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, debe continuar residiendo en el área de servicio del plan. El área de servicio se describe a continuación.

Nuestra área de servicio incluye los 50 estados y el Distrito de Columbia.

Ofrecemos cobertura en todos los estados. No obstante, puede haber diferencias en los costos o de otro tipo entre los planes que ofrecemos en cada estado. Si se muda a otro estado que también está dentro de nuestra área de servicio, debe llamar a Servicio al Cliente para actualizar su información.

Si piensa mudarse fuera del área de servicio, comuníquese con Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este cuadernillo). Cuando se muda, tendrá un Período de inscripción especial que le permitirá inscribirse en un plan de medicamentos o de salud de Medicare que esté 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 de teléfono e información de contacto del Seguro Social en la Sección 5 del Capítulo 2.

**Sección 2.4 Ciudadano de los EE. UU. o presencia legal en el país**

Los miembros de los planes de salud de Medicare deben ser ciudadanos de los EE. UU. o estar presentes legalmente en el país. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificará a Cigna Secure-Extra Rx (PDP) si usted ya no cumple los requisitos para seguir siendo miembro por este motivo. Cigna Secure-Extra Rx (PDP) debe cancelar su inscripción si usted no cumple con este requisito.

**SECCIÓN 3 ¿Qué otros materiales le proporcionaremos?****Sección 3.1 Su tarjeta de membresía del plan: úsela para obtener todos los medicamentos con receta cubiertos**

Mientras sea miembro de nuestro plan, debe usar la tarjeta de membresía de nuestro plan para los medicamentos con receta que obtenga en farmacias de la red. También debe mostrarle al proveedor su tarjeta de Medicaid, si corresponde. A continuación, incluimos un modelo de tarjeta de membresía para mostrarle cómo se verá la suya:

<b>Cigna Medicare</b> Prescription Drug Plans	
<b>Name:</b> <first name> <middle> <last name>	
<b>Customer ID:</b> <MemberID>	
<b>Health Plan (80840)</b> <HP#>	
<b>RxBIN:</b> <RxBIN>	
<b>RxPCN:</b> <RxPCN>	
<b>RxGroup:</b> <RxGroup>	
 S5617_<PBP>	

	
<b>Customer Service</b> <b>&lt;Phone #&gt;</b> TTY: 711 <Cigna> <Address> <City, ST, ZIP>	<b>Claims</b> <Cigna> <Pharmacy DMR> <Address> <City, ST, ZIP>
<b>Pharmacy Providers</b> <b>Help Desk:</b> <Phone #>	<b>Coverage Determination</b> <Phone #>
<b>Website:</b> <website>	

Lleve su tarjeta con usted en todo momento y recuerde mostrar su tarjeta cuando obtenga medicamentos cubiertos. En caso de daño, pérdida o robo de su tarjeta de membresía del plan, llame a Servicio al Cliente de inmediato, y le enviaremos una tarjeta nueva. (Los números de teléfono de Servicio al Cliente están impresos en la contratapa de este cuadernillo).

Quizás necesite usar su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para obtener atención médica y servicios cubiertos a través de Original Medicare.

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

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

Las farmacias de la red son todas las farmacias que aceptaron despachar medicamentos con receta cubiertos para los miembros de nuestro plan.

#### ¿Por qué debe estar al tanto de las farmacias de la red?

Puede usar el *Directorio de farmacias* para buscar la farmacia de la red que desee usar. Hay cambios en nuestra red de farmacias para el año próximo. Podrá encontrar un *Directorio de farmacias* actualizado en nuestro sitio web [cigna.com/member-resources](http://cigna.com/member-resources). También puede llamar a Servicio al Cliente para solicitar información actualizada sobre los proveedores o para pedirnos que le enviemos un *Directorio de farmacias* por correo. **Revise el *Directorio de farmacias* de 2021 para ver qué farmacias están incluidas en nuestra red.**

En el *Directorio de farmacias* también se indicará qué farmacias de nuestra red tienen opciones preferidas de costo compartido, que pueden ser más bajas que las opciones estándares de costo compartido que ofrecen otras farmacias de la red por algunos medicamentos.

Si no tiene el *Directorio de farmacias*, puede pedirle una copia a Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este cuadernillo). Puede llamar a Servicio al Cliente en cualquier momento para obtener información actualizada sobre cambios en la red de farmacias. También puede encontrar esta información en nuestro sitio web [cigna.com/member-resources](http://cigna.com/member-resources). Tanto Servicio al Cliente como el sitio web pueden brindarle la información más actualizada sobre los cambios en las farmacias de nuestra red.

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

El plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*. Nos referimos a ella como “Lista de medicamentos” para abreviar. En ella aparecen los medicamentos con receta de la Parte D que cubre Cigna Secure-Extra Rx (PDP). El plan selecciona los medicamentos de esta lista con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista debe cumplir con requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la Lista de medicamentos de Cigna Secure-Extra Rx (PDP).

Esta lista también le indica si hay alguna regla que limite la cobertura de sus medicamentos.

Le proporcionaremos una copia de la Lista de medicamentos. La Lista de medicamentos que le proporcionaremos incluye información sobre los medicamentos cubiertos que nuestros miembros usan más comúnmente. Sin embargo, cubrimos medicamentos adicionales que no están incluidos en la Lista de medicamentos proporcionada. Si uno de sus medicamentos no está incluido en la Lista de medicamentos, debe visitar nuestro sitio web o comunicarse con Servicio al Cliente para averiguar si lo cubrimos. Para obtener la información más completa y actualizada sobre cuáles son los medicamentos cubiertos, puede visitar el sitio web del plan ([cigna.com/member-resources](http://cigna.com/member-resources)) o llamar a Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este cuadernillo).

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

Cuando use los beneficios para medicamentos con receta de la Parte D, le enviaremos un resumen que le ayudará a entender los pagos de sus medicamentos con receta de la Parte D y a hacer un seguimiento. Este resumen se llama *Explicación de beneficios (EOB, por sus siglas en inglés) de la Parte D* (o la “EOB de la Parte D”).

La *Explicación de beneficios de la Parte D* le indica la cantidad total que usted, u otras personas en su nombre, gastó/gastaron en sus medicamentos con receta de la Parte D y la cantidad total que nosotros pagamos por cada uno de sus medicamentos con receta de la Parte D durante el mes. La EOB de la Parte D brinda más información sobre los medicamentos que usted tome, como aumentos en los precios y otros medicamentos con menor costo compartido que podrían estar disponibles. Debe consultar a su proveedor sobre estas opciones de menor costo. El Capítulo 4 (*Lo que usted paga por los medicamentos con receta de la Parte D*) le brinda más información sobre la *Explicación de beneficios de la Parte D* y la forma en que puede ayudarle a hacer un seguimiento de su cobertura de medicamentos.

**Capítulo 1. Primeros pasos para los miembros**

También puede solicitar un resumen de la *Explicación de beneficios de la Parte D*. Para obtener una copia, comuníquese con Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este cuadernillo).

**SECCIÓN 4 Su prima mensual de Cigna Secure-Extra Rx (PDP)****Sección 4.1 ¿Cuánto debe pagar de prima por su plan?**

Como miembro de nuestro plan, usted paga una prima mensual del plan. La siguiente tabla indica la prima mensual del plan para cada región donde brindamos servicios.

Estado	Prima mensual de 2021	Estado	Prima mensual de 2021
Alabama	\$51.80	Nebraska	\$49.20
Alaska	\$52.40	Nevada	\$50.50
Arizona	\$52.40	New Hampshire	\$53.90
Arkansas	\$47.90	New Jersey	\$55.50
California	\$30.30	New Mexico	\$50.50
Colorado	\$49.70	New York	\$50.00
Connecticut	\$40.90	North Carolina	\$60.00
Delaware	\$57.50	North Dakota	\$49.20
Florida	\$58.80	Ohio	\$52.40
Georgia	\$54.80	Oklahoma	\$49.10
Hawaii	\$50.20	Oregon	\$40.30
Idaho	\$48.60	Pennsylvania	\$45.60
Illinois	\$54.00	Rhode Island	\$40.90
Indiana	\$48.50	South Carolina	\$48.80
Iowa	\$49.20	South Dakota	\$49.20
Kansas	\$39.10	Tennessee	\$51.80
Kentucky	\$48.50	Texas	\$45.70
Louisiana	\$49.70	Utah	\$48.60
Maine	\$53.90	Vermont	\$40.90
Maryland	\$57.50	Virginia	\$68.10
Massachusetts	\$40.90	Washington	\$40.30
Michigan	\$39.00	Washington, D.C.	\$57.50
Minnesota	\$49.20	West Virginia	\$45.60
Mississippi	\$48.90	Wisconsin	\$54.60
Missouri	\$50.00	Wyoming	\$49.20
Montana	\$49.20		

Además, debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid u otro tercero pague su prima de la Parte B por usted).

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

Hay programas para ayudar a personas con recursos limitados a pagar sus medicamentos. Entre ellos se incluyen el Programa “Ayuda Adicional” y los Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica. La Sección 7 del Capítulo 2 brinda más información sobre estos programas. Si usted reúne los requisitos, la inscripción en el programa podría reducir la prima mensual de su plan.

Si *ya está inscrito* y recibe ayuda de uno de estos programas, es posible que la **información sobre primas incluida en esta Evidencia de cobertura no se aplique a su caso**. Le enviamos un documento por separado llamado “Cláusula adicional de la Evidencia de cobertura para las personas que reciben Ayuda Adicional para pagar los medicamentos con receta” (también



conocida como “Cláusula adicional de subsidio por bajos ingresos” o “Cláusula adicional LIS”), que le brinda información sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este documento, llame a Servicio al Cliente y pídaños la “Cláusula adicional LIS”. (Los números de teléfono de Servicio al Cliente están impresos en la contratapa de este cuadernillo).

### En algunas situaciones, la prima de su plan podría ser mayor

En algunas situaciones, la prima de su plan podría ser mayor que la cantidad indicada anteriormente en la Sección 4.1. Algunos miembros deben pagar una **multa por inscripción tardía** para la Parte D porque no se inscribieron en un plan de medicamentos de Medicare cuando comenzaron a reunir los requisitos o porque hubo un período continuo de 63 días o más en el que no tuvieron una cobertura “acreditable” de medicamentos con receta. (“Acreditable” significa que se espera que la cobertura de medicamentos pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura de medicamentos con receta estándar de Medicare). Para estos miembros, la multa por inscripción tardía para la Parte D se suma a la prima mensual del plan. La cantidad de su prima será la prima mensual del plan más la cantidad de su multa por inscripción tardía para la Parte D.

- Si debe pagar la multa por inscripción tardía para la Parte D, el costo de la multa por inscripción tardía depende del tiempo que haya estado sin la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D u otra cobertura de medicamentos con receta acreditable. En la Sección 5 del Capítulo 1, se explica la multa por inscripción tardía para la Parte D.
- Si tiene una multa por inscripción tardía para la Parte D y no la paga, su inscripción en el plan podría cancelarse.

Es posible que algunos miembros deban pagar un cargo adicional, conocido como ajuste mensual relacionado con los ingresos (IRMAA, por sus siglas en inglés) por la Parte D, porque 2 años atrás tenían un ingreso bruto ajustado modificado superior a una cantidad determinada en su declaración de impuestos del IRS. Los miembros sujetos a un IRMAA deberán pagar la cantidad de la prima estándar y este cargo adicional, que se agregará a su prima. La Sección 6 del Capítulo 1 explica el IRMAA con mayor detalle.

## SECCIÓN 5 ¿Tiene que pagar la “multa por inscripción tardía” para la Parte D?

### Sección 5.1 ¿Qué es la “multa por inscripción tardía” para la Parte D?

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

La multa por inscripción tardía es una cantidad que se suma a su prima de la Parte D. Usted puede adeudar una multa por inscripción tardía para la Parte D si, en cualquier momento después de que terminó el período de inscripción inicial, hay un período de 63 días consecutivos o más durante el cual no tuvo cobertura de medicamentos con receta acreditable de la Parte D ni de otro tipo. La “cobertura de medicamentos con receta acreditable” es cobertura que cumple con los estándares mínimos de Medicare, ya que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura de medicamentos con receta estándar de Medicare. El costo de la multa por inscripción tardía depende del tiempo que haya estado sin la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D u otra cobertura de medicamentos con receta acreditable. Deberá pagar esta multa durante el tiempo en que tenga cobertura de la Parte D.

La multa por inscripción tardía para la Parte D se suma a su prima mensual. Cuando se inscribe por primera vez en Cigna Secure-Extra Rx (PDP), le informamos la cantidad de la multa.

Se considera que su multa por inscripción tardía para la Parte D es parte de la prima de su plan. Si no paga su multa por inscripción tardía para la Parte D, es posible que se cancele su inscripción por incumplimiento del pago de la prima de su plan.

### Sección 5.2 ¿Cuánto debe pagar de multa por inscripción tardía para la Parte D?

Medicare determina la cantidad de la multa. Funciona del siguiente modo:

- Primero, cuente la cantidad de meses completos que usted demoró en inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare a partir del momento en que reunió los requisitos para hacerlo; o cuente la cantidad de meses completos en los que no tuvo cobertura de medicamentos con receta acreditable si la interrupción en la cobertura fue de 63 días o más. La multa es del 1% por cada mes en que no tuvo cobertura acreditable. Por ejemplo, si pasa 14 meses sin cobertura, la multa será del 14%.
- Luego, Medicare determina la cantidad de la prima mensual promedio para planes de medicamentos de Medicare nacionales del año anterior. Para 2021, esta cantidad promedio de la prima es de \$32.74.

- Para calcular su multa mensual, debe multiplicar el porcentaje de la multa y la prima mensual promedio, y luego redondear la cifra a los 10 centavos más cercanos. En este ejemplo, sería el 14% de \$32.74, que es igual a \$4.58. Esto se redondea a \$4.60. Esta cantidad se sumaría **a la prima mensual de una persona con una multa por inscripción tardía para la Parte D.**

Hay tres cosas importantes que se deben tener en cuenta sobre esta multa mensual por inscripción tardía para la Parte D:

- Primero, **es posible que la multa cambie cada año** porque la prima mensual promedio puede cambiar cada año. Si la prima promedio nacional (según lo determinado por Medicare) aumenta, su multa aumentará.
- Segundo, **usted seguirá pagando una multa** 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 beneficios de Medicare, la multa por inscripción tardía para la Parte D se reiniciará cuando cumpla 65 años. Después de los 65 años, su multa por inscripción tardía para la Parte D se basará únicamente en los meses en que no tenga cobertura después de su período de inscripción inicial por tener la edad para poder inscribirse en Medicare.

### Sección 5.3 En algunas situaciones, puede inscribirse en forma tardía y no tener que pagar la multa

Incluso si se demoró en inscribirse en un plan que ofrece cobertura de la Parte D de Medicare cuando comenzó a reunir los requisitos para hacerlo, hay casos en que no se aplica la multa por inscripción tardía para la Parte D.

**No deberá pagar una multa por inscripción tardía si se encuentra en cualquiera de las siguientes situaciones:**

- Si ya tiene cobertura de medicamentos con receta que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura de medicamentos con receta estándar de Medicare. Medicare llama a esto **“cobertura de medicamentos acreditable”**.  
Tenga en cuenta lo siguiente:
  - La cobertura acreditable puede incluir cobertura de medicamentos de un empleador o sindicato, TRICARE o el Departamento de Asuntos de Veteranos. Su aseguradora o su departamento de recursos humanos le indicará, cada año, si su cobertura de medicamentos es acreditable. Es posible que esta información se le envíe en una carta o que se incluya en un boletín del plan. Guarde esta información porque es posible que la necesite si luego se afilia a un plan de medicamentos de Medicare.
    - **Tenga en cuenta lo siguiente:** Si recibe un “certificado de cobertura acreditable” cuando termine su cobertura de salud, es posible que esto no signifique que su cobertura de medicamentos con receta era acreditable. La notificación debe establecer que usted tenía cobertura de medicamentos con receta “acreditable” que se esperaba que pague lo mismo que paga el plan de medicamentos con receta estándar de Medicare.
  - Las siguientes coberturas *no* son coberturas de medicamentos con receta acreditables: tarjetas de descuento para medicamentos con receta, clínicas gratuitas y sitios web con descuentos para medicamentos.
  - Para obtener información adicional sobre cobertura acreditable, consulte su manual *Medicare y usted 2021* o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números en forma gratuita, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- Si usted no tenía cobertura acreditable, pero el período en que no la tuvo fue de menos de 63 días seguidos.
- Si recibe “Ayuda Adicional” de Medicare.

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

Si no está de acuerdo con su multa por inscripción tardía para la Parte D, usted o su representante pueden pedir una revisión de la decisión sobre su multa por inscripción tardía. Generalmente, debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días** a partir de la fecha que aparezca en la primera carta que usted reciba que indique que debe pagar una multa por inscripción tardía. Si estaba pagando una multa antes de inscribirse en nuestro plan, quizás no tenga otra oportunidad para solicitar una revisión de esa multa por inscripción tardía. Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este cuadernillo).

**Importante:** No deje de pagar su multa por inscripción tardía para la Parte D mientras esté esperando una revisión de la decisión sobre su multa por inscripción tardía. Si lo hace, es posible que se cancele su inscripción por incumplimiento del pago de la prima de su plan.

## **SECCIÓN 6 ¿Debe pagar una cantidad adicional por la Parte D debido a sus ingresos?**

### **Sección 6.1 ¿Quién paga una cantidad adicional por la Parte D debido a los ingresos?**

Si sus ingresos brutos ajustados modificados, según se informan en su declaración de impuestos del Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés) de hace 2 años, superan determinada cantidad, pagará la cantidad de la prima estándar y un ajuste mensual relacionado con los ingresos (también conocido como IRMAA, por sus siglas en inglés). El IRMAA es un cargo adicional que se agrega a su prima.

Si tiene que pagar una cantidad adicional, el Seguro Social –no su plan de Medicare– le enviará una carta para indicarle de cuánto será la cantidad adicional y cómo pagarla. La cantidad adicional se retendrá de su cheque de beneficios del Seguro Social, de la Junta de Jubilación Ferroviaria o de la Oficina de Administración de Personal, independientemente de la forma en que pague la prima de su plan habitualmente, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir la cantidad adicional que usted debe. Si su cheque de beneficios no alcanza para cubrir la cantidad adicional, recibirá una factura de Medicare. **Debe pagar la cantidad adicional al gobierno. No se puede pagar con la prima mensual de su plan.**

### **Sección 6.2 ¿Cuánto debe pagar de cantidad adicional por la Parte D?**

Si sus ingresos brutos ajustados modificados (MAGI, por sus siglas en inglés), según se informan en su declaración de impuestos del Servicio de Impuestos Internos (IRS) superan determinada cantidad, pagará una cantidad adicional además de la prima mensual de su plan. Para obtener más información acerca de la cantidad adicional que quizás deba pagar según sus ingresos, visite [www.medicare.gov/part-d/costs/premiums/drug-plan-premiums.html](http://www.medicare.gov/part-d/costs/premiums/drug-plan-premiums.html).

### **Sección 6.3 ¿Qué puede hacer si no está de acuerdo con pagar una cantidad adicional por la Parte D?**

Si no está de acuerdo con pagar una cantidad adicional debido a sus ingresos, puede pedirle al Seguro Social que revise la decisión. Para obtener más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con el Seguro Social llamando al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

### **Sección 6.4 ¿Qué sucede si usted no paga la cantidad adicional por la Parte D?**

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

## **SECCIÓN 7 Más información acerca de su prima mensual**

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

Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare además de la prima mensual del plan. Algunos miembros del plan (quienes no reúnen los requisitos para la Parte A sin primas) pagan una prima por la Parte A de Medicare. Y la mayoría de los miembros del plan pagan una prima por la Parte B de Medicare.

Si sus ingresos brutos ajustados modificados, según se informan en su declaración de impuestos del Servicio de Impuestos Internos (IRS) de hace 2 años, superan determinada cantidad, pagará la cantidad de la prima estándar y un ajuste mensual relacionado con los ingresos (también conocido como IRMAA, por sus siglas en inglés). El IRMAA es un cargo adicional que se agrega a su prima.

- **Si usted debe pagar la cantidad adicional y no la paga, su inscripción en el plan se cancelará, y perderá la cobertura de medicamentos con receta.**
- Si tiene que pagar una cantidad adicional, el Seguro Social –no su plan de Medicare– le enviará una carta para indicarle de cuánto será esa cantidad adicional.
- Para obtener más información sobre las primas de la Parte D en función de los ingresos, consulte la Sección 6 del Capítulo 1 de este cuadernillo. También puede visitar [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) en Internet o llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O puede llamar al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

Su copia de *Medicare y usted 2021* le brinda información sobre las primas de Medicare en la sección “Costos de Medicare 2021”. Esto explica las distintas primas de la Parte B y de la Parte D de Medicare que se aplican a personas con diferentes ingresos. Todos los miembros de Medicare reciben una copia de *Medicare y usted* todos los años en otoño. Las personas que se han inscrito recientemente en Medicare la reciben en el plazo de un mes a partir de su inscripción. También puede descargar una copia de *Medicare y usted 2021* del sitio web de Medicare ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)). O puede pedir una copia impresa por teléfono al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

## **Sección 7.1 Hay muchas formas en las que usted puede pagar la prima de su plan**

Hay 5 formas en las que usted puede pagar la prima de su plan.

Es posible que nos haya indicado su opción para el pago de la prima al momento de inscribirse. Si no elige una opción, se le enviará una factura de la prima mensual.

### **¿Cuándo y cómo puedo cambiar mi método de pago de la prima?**

Puede decidir cambiar su método de pago en cualquier momento. Llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este cuadernillo).

Si decide cambiar la forma en que paga su prima, pueden pasar hasta tres meses hasta que su nuevo método de pago entre en vigor. Mientras procesamos su solicitud de cambio del método de pago, usted tiene la responsabilidad de asegurarse de pagar la prima de su plan a tiempo.

#### **Opción 1: Puede pagar con cheque**

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

Incluya su número de identificación de cliente en su cheque. Los cheques deben ser pagaderos a “Cigna Medicare Prescription Drug Plans” y deben enviarse por correo a:

Cigna Medicare Prescription Drug Plans P.O. Box 747102 Pittsburgh, PA 15274-7102

Los cheques *no* deben emitirse a nombre de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) ni el Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS, por sus siglas en inglés) de los Estados Unidos, y *no* deben enviarse a estas agencias.

Si usted y su cónyuge están inscritos en un Plan de medicamentos con receta de Medicare de Cigna, recibirán sus facturas por separado. Incluya los talones de ambas facturas con su pago.

#### **Opción 2: Puede solicitar pagos automáticos a través de su cuenta bancaria o tarjeta de crédito**

Puede elegir que su prima mensual:

- se debite automáticamente de su cuenta bancaria (corriente o de ahorros); o
- se cobre automáticamente a su tarjeta de crédito (aceptamos Mastercard y Visa).

Los pagos automáticos se realizan aproximadamente el 3.º día de cada mes.

Si le interesa inscribirse para los pagos automáticos, comuníquese con Servicio al Cliente para recibir asistencia (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este cuadernillo).

#### **Opción 3: Puede pagar en línea**

Puede pagar su prima mensual usando el sistema de pago en línea seguro de Planes de medicamentos con receta de Medicare de Cigna, que le permite configurar pagos automáticos o hacer un pago por única vez según le resulte más cómodo. Nuestro sistema de pago en línea seguro está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y puede encontrarlo en línea en [www.cigna.com/PartDPremiumPayment](http://www.cigna.com/PartDPremiumPayment).

Procesaremos su pago dentro de un período de 48 horas.

#### **Opción 4: Puede pagar por teléfono**

Puede pagar su prima mensual llamando a Servicio al Cliente las 24 horas del día, los 7 días de la semana (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este cuadernillo). Una serie de indicaciones pregrabadas le guiará a lo largo del proceso para pagar por teléfono. También puede llamar durante el horario de atención, y un representante de Servicio al



Cliente con gusto tomará su pago por teléfono (los números de teléfono y los horarios están impresos en la contratapa de este cuadernillo).

### **Opción 5: Puede pedir que le deduzcan la prima del plan de su cheque mensual del Seguro Social**

Puede pedir que le deduzcan la prima del plan de su cheque mensual del Seguro Social. Comuníquese con Servicio al Cliente para obtener más información sobre cómo pagar la prima mensual de su plan de esta forma. Nos complacerá ayudarle a coordinarlo. (Los números de teléfono de Servicio al Cliente están impresos en la contratapa de este cuadernillo).

### **Qué debe hacer si tiene problemas para pagar la prima de su plan**

Debemos recibir el pago de la prima de su plan en nuestra oficina antes del primer día del mes cubierto. Si no recibimos su prima antes del primer día del mes cubierto, le enviaremos una notificación para informarle que su membresía en el plan finalizará si no recibimos el pago de su prima dentro de un plazo de 2 meses a partir de la fecha de vencimiento de la prima.

Si tiene problemas para pagar la prima a tiempo, comuníquese con Servicio al Cliente para averiguar si podemos darle información sobre programas que le ayudarán con la prima de su plan. (Los números de teléfono de Servicio al Cliente están impresos en la contratapa de este cuadernillo).

Si ponemos fin a su membresía porque no pagó sus primas, igualmente seguirá teniendo cobertura de salud a través de Original Medicare.

Si ponemos fin a su membresía en el plan porque no pagó sus primas, y usted no tiene una cobertura de medicamentos con receta vigente, es posible que no pueda recibir la cobertura de la Parte D hasta el siguiente año si se inscribe en un plan nuevo durante el período de inscripción anual. Durante el período de inscripción abierta anual de Medicare, puede inscribirse en un plan de medicamentos con receta independiente o un plan de salud que también brinde cobertura de medicamentos. (Si se queda sin una cobertura de medicamentos “acreditable” durante más de 63 días, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía para la Parte D mientras tenga cobertura de la Parte D).

Es posible que, en el momento en que pongamos fin a su membresía, usted nos siga adeudando las primas que no haya pagado. Tenemos derecho a procurar cobrar las primas que usted adeude.

Si cree que hemos cometido un error al poner fin a su membresía, tiene derecho a pedirnos que reconsideremos esta decisión presentando una queja. En la Sección 7 del Capítulo 7 de este cuadernillo, se indica cómo presentar una queja. Si tuvo una situación de emergencia que estuvo fuera de su control, y causó que no pudiera pagar la prima del plan dentro de nuestro período de gracia, puede pedirnos que reconsideremos esta decisión llamando al 1-800-222-6700, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los 7 días de la semana. Es posible que nuestro sistema telefónico automático responda su llamada durante los fines de semana del 1 de abril al 30 de septiembre. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Debe realizar su pedido, a más tardar, 60 días después de la fecha en que finalice su membresía.

### **Sección 7.2 ¿Podemos cambiar la prima mensual de su plan durante el año?**

**No.** No tenemos permitido cambiar la cantidad que cobramos por la prima mensual del plan durante el año. Si la prima mensual del plan cambia para el año siguiente, se lo comunicaremos en septiembre, y el cambio entrará en vigor 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 comienza a reunir los requisitos para el programa “Ayuda Adicional” o si deja de reunirlos durante el año. Si un miembro reúne los requisitos para recibir “Ayuda Adicional” con los costos de sus medicamentos con receta, el programa “Ayuda Adicional” pagará una parte de la prima mensual del plan del miembro. Un miembro que deje de reunir los requisitos durante el año deberá comenzar a pagar la prima mensual completa. Puede obtener más información sobre el programa “Ayuda Adicional” en la Sección 7 del Capítulo 2.

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

### **Sección 8.1 Cómo ayudar a asegurar que tengamos información precisa sobre usted**

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

Los farmacéuticos de la red del plan deben tener información correcta sobre usted. **Estos proveedores de la red usan su registro de membresía para saber qué medicamentos están cubiertos y cuáles son sus cantidades de costo compartido.** Debido a esto, es muy importante que nos ayude a mantener su información actualizada.

**Infórmenos de los siguientes cambios:**

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono
- Cambios en la cobertura de cualquier otro seguro médico o de medicamentos que tenga (como la cobertura de su empleador, del empleador de su cónyuge, un seguro de accidentes de trabajo o Medicaid)
- Si tiene alguna demanda de responsabilidad civil, como una demanda por un accidente automovilístico
- Si fue admitido en un hogar de ancianos
- Si cambia la persona responsable designada (como un cuidador)

Si alguno de estos datos cambia, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este cuadernillo) para informarlo.

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

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

Esto se debe a que debemos coordinar cualquier otra cobertura que usted tenga con sus beneficios en virtud de 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 en la que se indicará cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos sobre la que estemos informados. Lea esta información atentamente. Si es correcta, no debe tomar ninguna medida. Si la información es incorrecta, o si usted tiene otra cobertura que no está mencionada, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este cuadernillo).

---

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

---

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

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

Para obtener más información sobre la forma en que protegemos su información sobre la salud personal, consulte la Sección 1.3 del Capítulo 6 de este cuadernillo.

---

**SECCIÓN 10     Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan**

---

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

Si usted tiene otro seguro (como la cobertura colectiva de salud de un empleador), hay reglas establecidas por Medicare que determinan si debe pagar primero nuestro plan o su otro seguro. El seguro que paga primero se llama “pagador primario” y paga hasta los límites de su cobertura. El que paga segundo se llama “pagador secundario”; este solo paga si quedan costos que la cobertura primaria no haya cubierto. Es posible que el pagador secundario no pague todos los costos que no fueron cubiertos.

Estas reglas se aplican para la cobertura de planes de salud colectivos de un sindicato o empleador:

- Si usted tiene cobertura para jubilados, Medicare paga primero.
- Si su cobertura de un plan de salud colectivo depende de su empleo actual o del de un familiar, la decisión de quién paga primero dependerá de su edad, de la cantidad de empleados de su empleador y de si usted tiene Medicare en función de su edad, una discapacidad o una enfermedad renal terminal (ESRD, por sus siglas en inglés):
  - Si tiene menos de 65 años y es discapacitado, y usted o un familiar todavía trabajan, su plan de salud colectivo paga primero si el empleador tiene 100 empleados o más, o al menos un empleador de un plan de empleadores múltiples tiene más de 100 empleados.
  - Si tiene más de 65 años y usted o su cónyuge todavía trabajan, su plan de salud colectivo paga primero si el empleador tiene 20 empleados o más, o al menos un empleador de un plan de empleadores múltiples tiene más de 20 empleados.
- Si tiene Medicare debido a una ESRD, su plan de salud colectivo pagará primero durante los primeros 30 meses a partir del momento en que usted comience a reunir los requisitos de Medicare.

Por lo general, estos tipos de cobertura pagan primero por los servicios relacionados con cada tipo:

- Seguro sin culpa (incluye seguro de automotores)
- Responsabilidad civil (incluye seguro de automotores)
- Beneficios por antracosis
- Seguro de accidentes de trabajo

Medicaid y TRICARE nunca pagan primero por servicios cubiertos por Medicare. Solo pagan después de que Medicare, planes de salud colectivos de empleadores y/o Medigap hayan pagado.

Si usted tiene otro seguro, infórmesele a su médico, hospital y farmacia. Si tiene preguntas acerca de quién paga primero o necesita actualizar la información de su otro seguro, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este cuadernillo). Es posible que deba proporcionar su número de identificación de miembro del plan a sus otras aseguradoras (una vez que haya confirmado su identidad) para que sus facturas se paguen en forma correcta y puntual.

# CAPÍTULO 2

*Números de teléfono  
y recursos importantes*

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

<b>SECCIÓN 1</b>	<b>Contactos de Cigna Secure-Extra Rx (PDP)</b> (cómo comunicarse con nosotros y cómo hablar con el Servicio al Cliente del plan) .....	18
<b>SECCIÓN 2</b>	<b>Medicare</b> (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal Medicare) .....	20
<b>SECCIÓN 3</b>	<b>Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico</b> (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare) .....	21
<b>SECCIÓN 4</b>	<b>Organización de Mejora de la Calidad</b> (pagada por Medicare para verificar la calidad de la atención para las personas que tienen Medicare) .....	21
<b>SECCIÓN 5</b>	<b>Seguro Social</b> .....	22
<b>SECCIÓN 6</b>	<b>Medicaid</b> (un programa federal y estatal conjunto que ayuda a algunas personas con recursos e ingresos limitados a pagar sus costos médicos) .....	22
<b>SECCIÓN 7</b>	<b>Información sobre programas para ayudar a las personas a pagar sus medicamentos con receta</b> .....	23
<b>SECCIÓN 8</b>	<b>Cómo comunicarse con la Junta de Jubilación Ferroviaria</b> .....	26
<b>SECCIÓN 9</b>	<b>¿Tiene un “seguro colectivo” u otro seguro de salud de un empleador?</b> .....	26

**SECCIÓN 1 Contactos de Cigna Secure-Extra Rx (PDP)**  
(cómo comunicarse con nosotros y cómo hablar con el Servicio al Cliente del plan)

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

Para obtener asistencia con preguntas sobre tarjetas de miembro, facturación o reclamos, llame o escriba a Servicio al Cliente de Cigna Secure-Extra Rx (PDP). Nos complace ayudarle.

Método	Servicio al Cliente – Información de contacto
<b>TELÉFONO</b>	1-800-222-6700  Las llamadas a este número son gratuitas. Atendemos de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los 7 días de la semana. Es posible que nuestro sistema telefónico automático responda su llamada durante los fines de semana del 1 de abril al 30 de septiembre.  Servicio al Cliente también ofrece servicios gratuitos de intérpretes de idiomas para quienes no hablan inglés.
<b>TTY</b>	711  Este número requiere un equipo telefónico especial y es únicamente para personas que tienen dificultades de la audición o del habla.  Las llamadas a este número son gratuitas. Atendemos de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los 7 días de la semana. Es posible que nuestro sistema telefónico automático responda su llamada durante los fines de semana del 1 de abril al 30 de septiembre.
<b>FAX</b>	1-800-735-1469
<b>CORREO POSTAL</b>	Cigna Medicare Prescription Drug Plans, P.O. Box 269005, Weston, FL 33326-9927
<b>SITIO WEB</b>	cigna.com/member-resources

**Cómo comunicarse con nosotros cuando pida una decisión de cobertura respecto de sus medicamentos con receta de la Parte D**

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

Si tiene preguntas sobre nuestro proceso de decisión de cobertura, puede llamarnos.

Método	Decisiones de cobertura para medicamentos con receta de la Parte D – Información de contacto
<b>TELÉFONO</b>	1-800-222-6700  Las llamadas a este número son gratuitas. Atendemos de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los 7 días de la semana. Es posible que nuestro sistema telefónico automático responda su llamada durante los fines de semana del 1 de abril al 30 de septiembre.
<b>TTY</b>	711  Este número requiere un equipo telefónico especial y es únicamente para personas que tienen dificultades de la audición o del habla.  Las llamadas a este número son gratuitas. Atendemos de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los 7 días de la semana. Es posible que nuestro sistema telefónico automático responda su llamada durante los fines de semana del 1 de abril al 30 de septiembre.
<b>FAX</b>	1-866-845-7267
<b>CORREO POSTAL</b>	Cigna, Attn: Coverage Determination & Exceptions, 8455 University Place #HQ2L-04, St. Louis, MO 63121
<b>SITIO WEB</b>	cigna.com/member-resources

## **Cómo comunicarse con nosotros cuando presente una apelación respecto de sus medicamentos con receta de la Parte D**

Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que tomamos. Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación respecto de sus medicamentos con receta de la Parte D, consulte el Capítulo 7 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

<b>Método</b>	<b>Apelaciones respecto de medicamentos con receta de la Parte D – Información de contacto</b>
<b>TELÉFONO</b>	1-800-222-6700  Las llamadas a este número son gratuitas. Atendemos de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los 7 días de la semana. Es posible que nuestro sistema telefónico automático responda su llamada durante los fines de semana del 1 de abril al 30 de septiembre.
<b>TTY</b>	711  Este número requiere un equipo telefónico especial y es únicamente para personas que tienen dificultades de la audición o del habla.  Las llamadas a este número son gratuitas. Atendemos de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los 7 días de la semana. Es posible que nuestro sistema telefónico automático responda su llamada durante los fines de semana del 1 de abril al 30 de septiembre.
<b>FAX</b>	1-866-593-4482
<b>CORREO POSTAL</b>	Cigna, Attn: Medicare Clinical Appeals, P.O. Box 66588, St. Louis, MO 63166-6588
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://cigna.com/member-resources">cigna.com/member-resources</a>

## **Cómo comunicarse con nosotros cuando presente una queja respecto de sus medicamentos con receta de la Parte D**

Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre una de las farmacias de nuestra red, lo cual incluye una queja sobre la calidad de su atención. Este tipo de queja no incluye disputas respecto de pagos ni de la cobertura. (Si su problema está relacionado con los pagos o la cobertura del plan, debe consultar la sección anterior sobre cómo presentar una apelación). Para obtener más información sobre cómo presentar una queja respecto de sus medicamentos con receta de la Parte D, consulte el Capítulo 7 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

<b>Método</b>	<b>Quejas respecto de medicamentos con receta de la Parte D – Información de contacto</b>
<b>TELÉFONO</b>	1-800-222-6700  Las llamadas a este número son gratuitas. Atendemos de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los 7 días de la semana. Es posible que nuestro sistema telefónico automático responda su llamada durante los fines de semana del 1 de abril al 30 de septiembre.
<b>TTY</b>	711  Este número requiere un equipo telefónico especial y es únicamente para personas que tienen dificultades de la audición o del habla.  Las llamadas a este número son gratuitas. Atendemos de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los 7 días de la semana. Es posible que nuestro sistema telefónico automático responda su llamada durante los fines de semana del 1 de abril al 30 de septiembre.
<b>FAX</b>	1-800-735-1469
<b>CORREO POSTAL</b>	Cigna, Attn: Member Grievances, P.O. Box 269005, Weston, FL 33326-9927
<b>SITIO WEB DE MEDICARE</b>	Puede enviar una queja sobre Cigna Secure-Extra Rx (PDP) directamente a Medicare. Para enviar una queja en línea a Medicare, visite <a href="http://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx">www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx</a> .

Adónde enviar una solicitud para pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de un medicamento que haya recibido

El proceso de determinación de cobertura incluye tomar una determinación con respecto a las solicitudes de que paguemos nuestra parte de los costos de un medicamento que usted ya haya recibido. Para obtener más información sobre situaciones en las que es posible que deba pedirle al plan que le otorgue un reembolso o que pague una factura que usted recibió de un proveedor, consulte el Capítulo 5 (*Cómo pedirnos que paguemos nuestra parte de los costos por los medicamentos cubiertos*).

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

Método	Solicitudes de pago – Información de contacto
TELÉFONO	<p>1-800-222-6700</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Atendemos de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los 7 días de la semana. Es posible que nuestro sistema telefónico automático responda su llamada durante los fines de semana del 1 de abril al 30 de septiembre.</p>
TTY	<p>711</p> <p>Este número requiere un equipo telefónico especial y es únicamente para personas que tienen dificultades de la audición o del habla.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Atendemos de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los 7 días de la semana. Es posible que nuestro sistema telefónico automático responda su llamada durante los fines de semana del 1 de abril al 30 de septiembre.</p>
CORREO POSTAL	Cigna, Attn: Medicare Part D, P.O. Box 14718, Lexington, KY 40512-4718
SITIO WEB	cigna.com/member-resources

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

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

La agencia federal a cargo de Medicare son los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (a veces llamados “CMS”, por sus siglas en inglés). Esta agencia tiene contratos con Planes de medicamentos con receta de Medicare, como nosotros.

Método	Medicare – Información de contacto
TELÉFONO	<p>1-800-MEDICARE o 1-800-633-4227</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>
TTY	<p>1-877-486-2048</p> <p>Este número requiere un equipo telefónico especial y es únicamente para personas que tienen dificultades de la audición o del habla.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p>



Método	Medicare – Información de contacto (continuación)
<b>SITIO WEB</b>	<p><a href="http://www.medicare.gov">www.medicare.gov</a></p> <p>Este es el sitio web oficial del gobierno para Medicare. Le brinda información actualizada sobre Medicare y cuestiones actuales de Medicare. También tiene información sobre hospitales, hogares de ancianos, médicos, agencias de salud en el hogar y centros de diálisis. Incluye cuadernillos que puede imprimir directamente desde su computadora. También puede encontrar contactos de Medicare en su estado.</p> <p>El sitio web de Medicare también tiene información detallada sobre sus opciones de inscripción y elegibilidad de Medicare con las siguientes herramientas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Herramienta de elegibilidad de Medicare:</b> Brinda información sobre la condición de elegibilidad con respecto a Medicare.</li> <li>• <b>Localizador de planes de Medicare:</b> Brinda información personalizada sobre planes de medicamentos con receta de Medicare, planes de salud de Medicare y pólizas de Medigap (Seguro complementario de Medicare) disponibles en su área. Estas herramientas proporcionan una <i>estimación</i> de cuáles podrían ser sus costos de desembolso en diferentes planes de Medicare.</li> </ul> <p>También puede usar el sitio web para comunicarle a Medicare cualquier queja que tenga sobre Cigna Secure-Extra Rx (PDP):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Informe su queja a Medicare:</b> Puede enviar una queja sobre Cigna Secure-Extra Rx (PDP) directamente a Medicare. Para enviar una queja a Medicare, visite <a href="http://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx">www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx</a>. Medicare toma muy en serio sus quejas y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad de su programa.</li> </ul> <p>En caso de que no tenga computadora, visite la biblioteca local o algún centro para personas mayores desde donde pueda hacer uso de una computadora y visitar este sitio web. También puede llamar a Medicare y decir cuál es la información que está buscando. Ellos buscarán la información en el sitio web, la imprimirán y se la enviarán. (Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE [1-800-633-4227], las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).</p>

### SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico

(ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)

El Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (SHIP, por sus siglas en inglés) es un programa gubernamental que cuenta con asesores capacitados en todos los estados. Consulte el Anexo A en la parte de atrás de este cuadernillo para buscar la información del SHIP de su estado.

El Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (SHIP) es independiente (no tiene ninguna conexión con ninguna compañía de seguros ni ningún plan de salud). Es un programa estatal que recibe dinero del Gobierno Federal para ofrecer asesoramiento gratuito sobre seguros de salud locales a las personas que tienen Medicare.

Los asesores del Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (SHIP) pueden ayudarle con sus preguntas o problemas relacionados con Medicare. Pueden ayudarle a entender sus derechos en virtud de Medicare, a presentar quejas sobre su atención o tratamiento médicos, y a resolver problemas con sus facturas de Medicare. Los asesores del SHIP también pueden ayudarle a comprender sus opciones de planes de Medicare y responder preguntas sobre el cambio de planes.

### SECCIÓN 4 Organización de Mejora de la Calidad

(pagada por Medicare para verificar la calidad de la atención para las personas que tienen Medicare)

Cada estado tiene una Organización de Mejora de la Calidad designada para brindar servicios a los beneficiarios de Medicare de cada estado. Consulte el Anexo B en la parte de atrás de este cuadernillo para obtener una lista de las Organizaciones de Mejora de la Calidad.

La Organización de Mejora de la Calidad tiene un grupo de médicos y otros profesionales del cuidado de la salud a quienes paga el Gobierno Federal. Medicare paga a esta organización para que verifique la calidad de la atención para las personas que tienen Medicare y ayude a mejorarla. La Organización de Mejora de la Calidad es una organización independiente. No está vinculada con nuestro plan.

Debe comunicarse con la Organización de Mejora de la Calidad si tiene una queja sobre la calidad de la atención que recibió. Por ejemplo, puede comunicarse con la Organización de Mejora de la Calidad si le dieron un medicamento incorrecto o si le dieron medicamentos que interactúan de un modo negativo.

SECCIÓN 5

Seguro Social

El Seguro Social es responsable de determinar la elegibilidad y de manejar la inscripción en Medicare. Los ciudadanos y residentes permanentes legales de los Estados Unidos de 65 años en adelante, los que tienen una discapacidad o los que tienen enfermedad renal terminal y cumplen con determinadas condiciones reúnen los requisitos para Medicare. Si ya recibe cheques del Seguro Social, la inscripción en Medicare es automática. Si no recibe cheques del Seguro Social, debe inscribirse en Medicare. El Seguro Social se ocupa del proceso de inscripción en Medicare. Para solicitar la inscripción en Medicare, puede llamar al Seguro Social o visitar su oficina local del Seguro Social.

El Seguro Social también tiene la responsabilidad de determinar quién tiene que pagar una cantidad adicional por la cobertura de medicamentos de la Parte D por tener mayores ingresos. Si usted recibió una carta del Seguro Social que le indica que debe pagar la cantidad adicional y tiene preguntas sobre la cantidad, o si sus ingresos se redujeron debido a un evento que ocasionó un cambio en su vida, puede llamar al Seguro Social y pedir que el asunto se vuelva a evaluar.

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

Método	Seguro Social – Información de contacto
TELÉFONO	<p>1-800-772-1213</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>Disponible de lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 7:00 p.m.</p> <p>Puede usar los servicios telefónicos automatizados del Seguro Social para obtener información grabada y resolver algunas cuestiones las 24 horas del día.</p>
TTY	<p>1-800-325-0778</p> <p>Este número requiere un equipo telefónico especial y es únicamente para personas que tienen dificultades de la audición o del habla.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>Disponible de lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 7:00 p.m., hora del Este.</p>
SITIO WEB	<a href="http://www.ssa.gov/">www.ssa.gov/</a>

SECCIÓN 6

Medicaid

(un programa federal y estatal conjunto que ayuda a algunas personas con recursos e ingresos limitados a pagar sus costos médicos)

Medicaid es un programa gubernamental federal y estatal conjunto que ayuda a determinadas personas con recursos e ingresos limitados a pagar sus costos médicos. Algunas personas que tienen Medicare también reúnen los requisitos para obtener Medicaid.

Además, hay programas que se ofrecen a través de Medicaid que ayudan a las personas que tienen Medicare a pagar sus costos de Medicare, como sus primas de Medicare. Estos “Programas de ahorros de Medicare” ayudan a las personas con recursos e ingresos limitados a ahorrar dinero todos los años:

- **Beneficiario de Medicare calificado (QMB, por sus siglas en inglés):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A y de la Parte B de Medicare, y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos). (Algunas personas con QMB también reúnen los requisitos para obtener beneficios completos de Medicaid [QMB+]).
- **Beneficiario de Medicare especificado con ingresos bajos (SLMB, por sus siglas en inglés):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunas personas con SLMB también reúnen los requisitos para obtener beneficios completos de Medicaid [SLMB+]).
  - **Persona calificada (QI, por sus siglas en inglés):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B.
  - **Personas con discapacidades que están trabajando calificadas (QDWI, por sus siglas en inglés):** Ayudan a pagar las primas de la Parte A.

Para obtener más información sobre Medicaid y sus programas, comuníquese con la agencia de Medicaid de su estado detallada en el Anexo C en la parte de atrás de este cuadernillo.

## **SECCIÓN 7 Información sobre programas para ayudar a las personas a pagar sus medicamentos con receta**

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

Medicare proporciona “Ayuda Adicional” para pagar los costos de medicamentos con receta a personas que tienen recursos e ingresos limitados. Los recursos incluyen sus ahorros y acciones, pero no su vivienda ni su automóvil. Si usted reúne los requisitos, obtiene ayuda para pagar la prima mensual, el deducible anual y los copagos o el coseguro de los medicamentos con receta de cualquier plan de medicamentos de Medicare. Esta “Ayuda Adicional” también se computa para sus costos de desembolso.

Es posible que las personas con recursos e ingresos limitados reúnan los requisitos para recibir “Ayuda Adicional”. Algunas personas reúnen los requisitos para recibir “Ayuda Adicional” en forma automática, y no es necesario que la soliciten. Medicare envía una carta a quienes reúnen los requisitos para recibir “Ayuda Adicional” automáticamente.

Es posible que usted pueda recibir “Ayuda Adicional” para pagar sus costos y primas de medicamentos con receta. Para determinar si reúne los requisitos para recibir “Ayuda Adicional”, puede llamar a:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana;
- La Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, de lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 7:00 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes); o
- Su oficina de Medicaid del estado (solicitudes). (Consulte la Sección 6 de este capítulo para obtener la información de contacto).

Si cree que ha reunido los requisitos para recibir “Ayuda Adicional” y que está pagando una cantidad incorrecta de costo compartido cuando obtiene su medicamento con receta en una farmacia, nuestro plan ha establecido un proceso que le permite solicitar asistencia para obtener evidencia sobre su nivel de copago apropiado o, si ya tiene esa evidencia, presentarla.

- Si reúne los requisitos para Medicaid y cree que nuestra información acerca de su elegibilidad para Medicaid es incorrecta, quizás pueda presentar evidencias de su condición actual con respecto a Medicaid. Comuníquese con Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este cuadernillo) para solicitar asistencia o para proporcionar uno de los documentos mencionados a continuación para establecer su nivel de copago correcto. Tenga en cuenta que los documentos mencionados 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 incluye su nombre, fecha de elegibilidad y nivel de acuerdo con su condición.
  2. Un informe de contacto que incluya la fecha en que se efectuó una llamada de verificación a la agencia estatal de Medicaid y el nombre, cargo y número de teléfono del integrante del personal del estado que verificó la condición con respecto a Medicaid.
  3. Una copia de un documento estatal que confirme su condición activa en Medicaid.
  4. Una copia impresa del archivo de inscripción electrónica del estado que demuestre su condición con respecto a Medicaid.
  5. Una impresión de la pantalla de los sistemas de Medicaid del estado que demuestre su condición con respecto a Medicaid.
  6. Otra documentación proporcionada por el estado que demuestre su condición con respecto a Medicaid.
  7. Una Notificación de adjudicación del Seguro de Ingreso Complementario (SSI, por sus siglas en inglés) con una fecha de entrada en vigor.
  8. Una carta de Información importante de la Administración del Seguro Social (SSA, por sus siglas en inglés) que confirme que usted “...cumple los requisitos automáticamente para recibir Ayuda Adicional...”.
- Si usted es un miembro que está internado en una institución, proporcione uno o más de los siguientes documentos:
  1. Una remesa de un centro de cuidados a largo plazo que demuestre el pago de Medicaid para un mes calendario completo.

2. Una copia de un documento estatal que confirme el pago de Medicaid a un centro de cuidados a largo plazo en su nombre para un mes calendario completo.
3. Una impresión de la pantalla de los sistemas de Medicaid del estado que demuestre su condición de paciente institucionalizado sobre la base de una estadía mínima de un mes calendario completo a los fines del pago de Medicaid.
4. Las personas que reciben servicios en el hogar y comunitarios (HCBS, por sus siglas en inglés) podrán presentar una copia de lo siguiente:
  - a) Una Notificación de acción, Notificación de determinación o Notificación de inscripción emitida por el estado que incluya el nombre del beneficiario y una fecha de elegibilidad para 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 una fecha de entrada en vigor durante un mes posterior a junio del año calendario anterior.
  - c) Una carta de aprobación de la autorización previa emitida por el estado para HCBS que incluya el nombre del beneficiario y una fecha de entrada en vigor durante un mes posterior a junio del año calendario anterior.
  - d) Otra documentación proporcionada por el estado que demuestre su condición de elegibilidad para HCBS durante un mes posterior a junio del año calendario anterior.
  - e) Un documento emitido por el estado, como un aviso de remisión, que confirme el pago por HCBS, que incluya el nombre del beneficiario y las fechas de HCBS.

También puede visitar el sitio web de CMS,

[https://www.cms.gov/medicare/prescription-drug-coverage/prescriptiondrugcovcontra/best\\_available\\_evidence\\_policy.html](https://www.cms.gov/medicare/prescription-drug-coverage/prescriptiondrugcovcontra/best_available_evidence_policy.html), para obtener más información.

- Cuando recibamos la evidencia que indique su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que, cuando obtenga su próximo medicamento con receta en la farmacia, se aplique el copago correcto. Si usted paga un copago superior, se lo reembolsaremos. Le enviaremos un cheque por la cantidad que pagó de más o compensaremos copagos futuros. Si la farmacia no le ha cobrado un copago y lo contabiliza como dinero que usted adeuda, es posible que hagamos el pago directamente a la farmacia. Si un estado pagó en su nombre, es posible que hagamos el pago directamente al estado. Si tiene preguntas, comuníquese con Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este cuadernillo).

### **Programa de descuentos para interrupción de cobertura de Medicare**

El Programa de descuentos para interrupción de cobertura de Medicare brinda descuentos de fabricantes sobre medicamentos de marca a miembros de la Parte D que hayan alcanzado la interrupción de cobertura y no estén recibiendo “Ayuda Adicional”. En el caso de medicamentos de marca, el descuento del 70% que proporcionan los fabricantes excluye cualquier cargo por despacho, por costos durante el período de la interrupción. Los miembros pagan el 25% del precio negociado y una parte del cargo por el despacho de los medicamentos de marca.

Si usted alcanza la interrupción de cobertura, aplicaremos automáticamente el descuento cuando su farmacia le facture su medicamento con receta, y en su Explicación de beneficios (EOB) de la Parte D aparecerá cualquier descuento que se haya realizado. Tanto la cantidad que pague usted como la cantidad descontada por el fabricante se computarán para sus costos de desembolso como si los hubiera pagado, y esto le permitirá salir de la Etapa de interrupción de cobertura. La cantidad pagada por el plan (el 5%) no se computa para sus costos de desembolso.

También recibirá algo de cobertura para los medicamentos genéricos. Si usted alcanza la interrupción de cobertura, el plan paga el 75% del precio de los medicamentos genéricos, y usted paga el 25% restante del precio. En el caso de los medicamentos genéricos, la cantidad pagada por el plan (el 75%) no se computa para sus costos de desembolso. Solo la cantidad que usted pague se computa y le permite salir de la Etapa de interrupción de cobertura. Además, el cargo por el despacho se incluye como parte del costo del medicamento.

El Programa de descuentos para interrupción de cobertura de Medicare está disponible en todo el país. Como Cigna Secure-Extra Rx (PDP) ofrece cobertura adicional durante la Etapa de interrupción de cobertura, sus costos de desembolso a veces serán más bajos que los costos que se describen aquí. Consulte la Sección 6 del Capítulo 4 para obtener más información sobre su cobertura durante la Etapa de interrupción de cobertura.

El plan ofrece cobertura adicional durante la interrupción de la cobertura para insulinas seleccionadas. Durante la Etapa de interrupción de cobertura, sus costos de desembolso por las insulinas seleccionadas serán de \$0 - \$11 por un suministro para 1 mes. Consulte la Sección 2.1 del Capítulo 4 para obtener más información sobre su cobertura durante la Etapa de interrupción de cobertura. Nota: Este costo compartido solo se aplica a los beneficiarios que no reúnen los requisitos para participar en un programa que le ayuda a pagar sus medicamentos ("Ayuda Adicional"). Para averiguar qué medicamentos son insulinas seleccionadas, consulte la Lista de medicamentos más reciente que le enviamos por correo. Estas insulinas seleccionadas están identificadas en la Lista de medicamentos con el código "SSM". Si tiene alguna pregunta sobre la Lista de medicamentos, también puede llamar a Servicio al Cliente (los números de teléfono de Servicio al Cliente están impresos en la contratapa de este cuadernillo).

Si tiene alguna pregunta sobre la disponibilidad de descuentos para los medicamentos que está tomando o sobre el Programa de descuentos para interrupción de cobertura de Medicare en general, comuníquese con Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este cuadernillo).

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

Si está inscrito en un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP, por sus siglas en inglés) o cualquier otro programa que brinde cobertura para medicamentos de la Parte D (que no sea la "Ayuda Adicional"), igualmente recibirá el 70% de descuento en los medicamentos de marca cubiertos. Además, el plan paga el 5% de los costos de los medicamentos de marca en la interrupción de cobertura. El descuento del 70% y el 5% pagado por el plan se aplican al precio del medicamento antes de cualquier SPAP u otra cobertura.

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

El Programa de Asistencia para Medicamentos para el SIDA (ADAP, por sus siglas en inglés) ayuda a las personas que reúnen los requisitos y que viven con VIH/SIDA a tener acceso a medicamentos contra el VIH que pueden salvar la vida. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el ADAP permiten recibir asistencia con los costos compartidos de los medicamentos a través del Programa de Asistencia para Medicamentos para el SIDA (ADAP) de su estado. Nota: Para reunir los requisitos para el ADAP que funciona en su estado, las personas deben cumplir con determinados requisitos, como presentar una constancia de residencia en el estado y de que tienen VIH, tener bajos ingresos según lo definido por el estado y demostrar que no tienen seguro o que tienen un seguro insuficiente.

Si usted está inscrito en un ADAP actualmente, este programa puede seguir brindándole asistencia para el costo compartido de medicamentos con receta de la Parte D de Medicare para medicamentos que estén incluidos en el formulario del ADAP. A fin de asegurarse de que continuará recibiendo esta asistencia, notifique cualquier cambio en el número de póliza o el nombre de su plan de la Parte D de Medicare al empleado encargado de las inscripciones de su ADAP local.

Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al Programa de Asistencia para Medicamentos para el SIDA (ADAP) de su estado detallado en el Anexo E en la parte de atrás de este cuadernillo.

### **¿Qué sucede si recibe "Ayuda Adicional" de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos con receta? ¿Puede obtener los descuentos?**

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

### **¿Qué sucede si no recibe un descuento, pero piensa que debería haberlo recibido?**

Si piensa que ha alcanzado la interrupción de cobertura y no obtuvo un descuento cuando pagó su medicamento de marca, debe revisar su siguiente 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 con receta sean correctos y estén actualizados. Si no estamos de acuerdo en que se le adeuda un descuento, usted puede presentar una apelación. Para presentar una apelación, puede obtener ayuda de su Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (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 del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.



Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica

Muchos estados tienen Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica que ayudan a algunas personas a pagar los medicamentos con receta, según su necesidad financiera, edad, afección médica o discapacidad. Cada estado tiene diferentes reglas para brindar cobertura de medicamentos a sus miembros.

Consulte el Anexo D en la parte de atrás de este cuadernillo para obtener una lista de los Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica.

SECCIÓN 8      Cómo comunicarse con la Junta de Jubilación Ferroviaria

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

Si recibe Medicare a través de la Junta de Jubilación Ferroviaria, es importante que les informe si se muda o cambia su dirección postal.

Método	Junta de Jubilación Ferroviaria – Información de contacto
TELÉFONO	1-877-772-5772  Las llamadas a este número son gratuitas.  Si presiona “0”, podrá hablar con un representante de la Junta de Jubilación Ferroviaria (RRB, por sus siglas en inglés), de 9:00 a.m. a 3:30 p.m., los lunes, martes, jueves y viernes, y de 9:00 a.m. a 12:00 p.m. los miércoles.  Si presiona “1”, podrá acceder a la línea de ayuda automatizada de la RRB e información grabada las 24 horas del día, incluso los fines de semana y días festivos.
TTY	1-312-751-4701  Este número requiere un equipo telefónico especial y es únicamente para personas que tienen dificultades de la audición o del habla.  Las llamadas a este número <i>no</i> son gratuitas.
SITIO WEB	<a href="http://rrb.gov/">rrb.gov/</a>

SECCIÓN 9      ¿Tiene un “seguro colectivo” u otro seguro de salud de un empleador?

Si usted (o su cónyuge) recibe beneficios de un seguro colectivo de jubilados o de su empleador (o el de su cónyuge) como parte de este plan, puede llamar al administrador de beneficios del empleador o del sindicato, o a Servicio al Cliente si tiene alguna pregunta. Puede hacer preguntas sobre el período de inscripción, las primas o los beneficios de salud que ofrece el seguro de jubilados o de su empleador (o el de su cónyuge). (Los números de teléfono de Servicio al Cliente están impresos en la contratapa de este cuadernillo). 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 en virtud de este plan.

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

## CAPÍTULO 3

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

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

<b>SECCIÓN 1</b>	<b>Introducción .....</b>	<b>30</b>
Sección 1.1	Este capítulo describe su cobertura de medicamentos de la Parte D .....	30
Sección 1.2	Reglas básicas de la cobertura de medicamentos de la Parte D del plan.....	30
<b>SECCIÓN 2</b>	<b>Despacho de medicamentos con receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan .....</b>	<b>31</b>
Sección 2.1	Para que su medicamento con receta sea cubierto, use una farmacia de la red .....	31
Sección 2.2	Búsqueda de farmacias de la red .....	31
Sección 2.3	Cómo usar los servicios de pedido por correo del plan .....	32
Sección 2.4	¿Cómo puede obtener un suministro de medicamentos a largo plazo?.....	32
Sección 2.5	¿Cuándo puede usar una farmacia que no es parte de la red del plan? .....	33
<b>SECCIÓN 3</b>	<b>Sus medicamentos deben estar incluidos en la “Lista de medicamentos” del plan .....</b>	<b>33</b>
Sección 3.1	La “Lista de medicamentos” indica cuáles son los medicamentos cubiertos de la Parte D .....	33
Sección 3.2	La Lista de medicamentos está dividida en seis “niveles de costo compartido” .....	34
Sección 3.3	¿Cómo puede averiguar si un medicamento específico está en la Lista de medicamentos? .....	34
<b>SECCIÓN 4</b>	<b>La cobertura de algunos medicamentos tiene restricciones .....</b>	<b>34</b>
Sección 4.1	¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones? .....	34
Sección 4.2	¿Qué clases de restricciones?.....	35
Sección 4.3	¿Alguna de estas restricciones se aplica a sus medicamentos?.....	35
<b>SECCIÓN 5</b>	<b>¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no tiene la cobertura que usted espera? .....</b>	<b>36</b>
Sección 5.1	Hay medidas que puede tomar si su medicamento no tiene la cobertura que usted espera .....	36
Sección 5.2	¿Qué puede hacer si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o si tiene algún tipo de restricción?.....	36
Sección 5.3	¿Qué puede hacer si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera demasiado elevado? .....	37
<b>SECCIÓN 6</b>	<b>¿Qué sucede si cambia la cobertura de uno de sus medicamentos? .....</b>	<b>38</b>
Sección 6.1	La Lista de medicamentos puede cambiar durante el año .....	38
Sección 6.2	¿Qué sucede si cambia la cobertura de un medicamento que está tomando? .....	38
<b>SECCIÓN 7</b>	<b>¿Qué tipos de medicamentos <i>no</i> cubre el plan? .....</b>	<b>39</b>
Sección 7.1	Tipos de medicamentos que no cubrimos .....	39
<b>SECCIÓN 8</b>	<b>Muestre la tarjeta de membresía del plan cuando le despachen un medicamento con receta .....</b>	<b>40</b>
Sección 8.1	Muestre su tarjeta de membresía .....	40
Sección 8.2	¿Qué sucede si no tiene la tarjeta de membresía a mano? .....	40
<b>SECCIÓN 9</b>	<b>Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales .....</b>	<b>40</b>
Sección 9.1	¿Qué sucede si está en un hospital o en un centro de cuidados especiales por una estadía cubierta por Original Medicare?.....	40
Sección 9.2	¿Qué sucede si usted vive en un centro de cuidados a largo plazo (LTC)?.....	41
Sección 9.3	¿Qué sucede si está tomando medicamentos cubiertos por Original Medicare? .....	41



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

Sección 9.4	¿Qué sucede si usted tiene una póliza de Medigap (Seguro complementario de Medicare) con cobertura de medicamentos con receta? .....	41
Sección 9.5	¿Qué sucede si también recibe cobertura de medicamentos de un plan colectivo de jubilados o de un empleador? .....	42
Sección 9.6	¿Qué sucede si está en un centro para enfermos terminales certificado por Medicare? .....	42
<b>SECCIÓN 10</b>	<b>Programas sobre seguridad y administración de los medicamentos .....</b>	<b>42</b>
Sección 10.1	Programas para ayudar a los miembros a usar los medicamentos de manera segura.....	42
Sección 10.2	Programa de Gestión de Medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar sus medicamentos opioides de manera segura .....	43
Sección 10.3	Programa de Administración de Farmacoterapia (MTM) para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos.....	43

### ¿Sabía que hay programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos?

Hay programas para ayudar a personas con recursos limitados a pagar sus medicamentos. Entre ellos se incluyen el Programa “Ayuda Adicional” y los Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica. Para obtener más información, consulte la Sección 7 del Capítulo 2.

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

Si usted es parte de un programa que ayuda a pagar sus medicamentos, **es posible que parte de la información incluida en esta Evidencia de cobertura sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D no se aplique a su caso**. Le enviamos un documento por separado llamado “Cláusula adicional de la Evidencia de cobertura para las personas que reciben Ayuda Adicional para pagar los medicamentos con receta” (también conocida como “Cláusula adicional de subsidio por bajos ingresos” o “Cláusula adicional LIS”), que le brinda información sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este documento, llame a Servicio al Cliente y pídanos la “Cláusula adicional LIS”. (Los números de teléfono de Servicio al Cliente están impresos en la contratapa de este cuadernillo).

## SECCIÓN 1 Introducción

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

En este capítulo, **se explican las reglas para usar su cobertura de medicamentos de la Parte D**. En el siguiente capítulo, se brinda información sobre lo que usted paga por los medicamentos de la Parte D (Capítulo 4, *Lo que usted paga por los medicamentos con receta de la Parte D*).

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

- La Parte A de Medicare cubre los medicamentos que usted reciba durante estadías cubiertas por Medicare en un hospital o un centro de cuidados especiales.
- La Parte B de Medicare también brinda beneficios para algunos medicamentos. Los medicamentos de la Parte B incluyen determinados medicamentos para quimioterapia, determinadas inyecciones de medicamentos que usted reciba durante visitas a consultorios y medicamentos que reciba en un centro de diálisis.

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

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

Por lo general, el plan cubrirá sus medicamentos si sigue las siguientes reglas básicas:

- Debe pedir a un proveedor (un médico, dentista u otro profesional) que le recete el medicamento.
- El proveedor debe aceptar Medicare o presentar documentación ante los CMS para demostrar que está calificado para emitir recetas, o su reclamo de la Parte D será rechazado. La próxima vez que llame o visite a sus proveedores, pregúnteles si cumplen con esta condición. De lo contrario, tenga en cuenta que lleva tiempo que el proveedor presente la documentación necesaria para su procesamiento.
- Generalmente, debe usar una farmacia de la red para que le despachen su medicamento. (Consulte la Sección 2, *Despacho de medicamentos con receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan*).
- Su medicamento debe estar incluido en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan (nos referimos a ella como “Lista de medicamentos” para abreviar). (Consulte la Sección 3, *Sus medicamentos deben estar incluidos en la “Lista de medicamentos” del plan*).
- Su medicamento se debe utilizar para una indicación médicamente aceptada. Una “indicación médicamente aceptada” es un uso del medicamento que cuenta con la aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos, o con el respaldo de determinados libros de referencia. (Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada).

## **SECCIÓN 2 Despacho de medicamentos con receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan**

### **Sección 2.1 Para que su medicamento con receta sea cubierto, use una farmacia de la red**

En la mayoría de los casos, sus medicamentos con receta se cubren *únicamente* si se le despachan en farmacias de la red del plan. (Consulte la Sección 2.5 para obtener información sobre los casos en que cubriríamos medicamentos con receta despachados en farmacias fuera de la red).

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

Nuestra red incluye farmacias que ofrecen opciones estándares de costo compartido y farmacias que ofrecen opciones preferidas de costo compartido. Puede dirigirse a cualquier tipo de farmacia de la red para recibir sus medicamentos con receta cubiertos. Es posible que su costo compartido sea menor en farmacias que ofrecen opciones preferidas de costo compartido.

### **Sección 2.2 Búsqueda de farmacias de la red**

#### **¿Cómo puede encontrar una farmacia de la red en su área?**

Para encontrar una farmacia de la red, puede buscar en su *Directorio de farmacias*, visitar nuestro sitio web ([cigna.com/member-resources](http://cigna.com/member-resources)) o llamar a Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este cuadernillo).

Puede dirigirse a cualquier farmacia de nuestra red. Sin embargo, es posible que sus costos por los medicamentos cubiertos sean incluso menores si utiliza una farmacia de la red que ofrezca opciones preferidas de costo compartido en lugar de una farmacia de la red que ofrezca opciones estándares de costo compartido. En el *Directorio de farmacias* encontrará cuáles de las farmacias de la red ofrecen opciones preferidas de costo compartido. Comuníquese con nosotros si desea más información sobre cómo sus costos de desembolso podrían ser distintos según el medicamento. Si cambia de una farmacia de la red a otra y necesita una reposición de un medicamento que ha estado tomando, puede pedir a un proveedor que le dé otra receta o solicitar que su receta se transfiera a su nueva farmacia de la red.

#### **¿Qué sucede si la farmacia que ha estado usando deja la red?**

Si la farmacia que ha estado usando deja la red del plan, deberá buscar una farmacia nueva que forme parte de la red. O si la farmacia que ha estado usando se encuentra en la red, pero ya no ofrece opciones preferidas de costo compartido, es posible que desee cambiarse a otra farmacia. Para encontrar otra farmacia de la red en su área, puede obtener ayuda de Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este cuadernillo) o usar el *Directorio de farmacias*. También puede encontrar información en nuestro sitio web [cigna.com/member-resources](http://cigna.com/member-resources).

#### **¿Qué debe hacer si necesita una farmacia especializada?**

A veces, es necesario que una farmacia especializada despache los medicamentos con receta. Las farmacias especializadas incluyen:

- Farmacias que suministran medicamentos para tratamientos de infusión en el hogar.
- Farmacias que suministran medicamentos a residentes de un centro de cuidados a largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés). Habitualmente, los centros de cuidados a largo plazo (como los hogares de ancianos) tienen farmacias propias. Si está en un centro de LTC, debemos asegurarnos de que pueda recibir rutinariamente sus beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias de LTC, que es comúnmente la farmacia que usa el centro de LTC. Si tiene alguna dificultad para acceder a sus beneficios de la Parte D en un centro de LTC, comuníquese con Servicio al Cliente.
- Farmacias que participan en el Servicio de Salud Indígena/Tribal/Programa de Salud Indígena Urbano (no disponible en Puerto Rico). Salvo en emergencias, solo los americanos nativos o los nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias en nuestra red.
- Farmacias que despachan medicamentos que la FDA restringió a determinadas ubicaciones o que requieren un manejo especial, coordinación de proveedores o educación sobre su uso. (Nota: Esto rara vez ocurre).

Para encontrar una farmacia especializada, busque en el *Directorio de farmacias* o llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este cuadernillo).

**Sección 2.3    Cómo usar los servicios de pedido por correo del plan**

El servicio de pedido por correo de nuestro plan le permite pedir **suministros para 30 días, 60 días o 90 días**.

Las farmacias que ofrecen opciones preferidas de costo compartido son farmacias de pedido por correo de nuestra red con las que el plan ha negociado un costo compartido más bajo para los miembros por los medicamentos cubiertos que en una farmacia de pedido por correo con opciones estándares de costo compartido. No obstante, usted generalmente tendrá precios de medicamentos más bajos en las farmacias de pedido por correo con opciones estándares o preferidas de costo compartido que en la farmacias fuera de la red. Puede dirigirse a cualquiera de estos tipos de farmacias de la red para recibir sus medicamentos con receta cubiertos.

Para obtener información sobre el despacho de medicamentos con receta por correo, visite nuestro sitio web ([cigna.com/member-resources](http://cigna.com/member-resources)) o comuníquese con Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este cuadernillo).

Generalmente, los pedidos de una farmacia de pedido por correo se reciben en un plazo máximo de 14 días hábiles. Es posible que la farmacia de servicio de pedido por correo se comunique con usted para coordinar opciones alternativas para la entrega si su pedido por correo se demora.

**Recetas nuevas que la farmacia recibe directamente del consultorio de su médico.** Una vez que la farmacia reciba una receta de un proveedor de cuidado de la salud, se comunicará con usted para verificar si desea que le despachen el medicamento de inmediato o en el futuro. Esto le permitirá asegurarse de que la farmacia entregue el medicamento correcto (que incluye concentración, cantidad y presentación) y, si es necesario, le permitirá detener o demorar el pedido antes de que se le facture y se envíe. Es importante que responda cada vez que la farmacia se comunique con usted para indicarles qué hacer con la receta nueva y evitar demoras en la entrega.

**Reposiciones de medicamentos con receta pedidos por correo.** Para las reposiciones de sus medicamentos, tiene la opción de inscribirse en un programa de reposición automática. En este programa, comenzaremos a procesar su próxima reposición automáticamente cuando nuestros registros indiquen que su medicamento debería estar por terminarse. La farmacia se comunicará con usted antes de enviar cada reposición para verificar que necesite más medicamento, y usted podrá cancelar las reposiciones programadas si tiene suficiente medicamento o si la medicación ha cambiado. Si decide no usar nuestro programa de reposición automática, comuníquese con su farmacia 15 días antes de la fecha en que piense que se terminarán los medicamentos que tiene, para asegurarse de que su próximo pedido se le envíe a tiempo.

Para dejar de participar en nuestro programa que prepara automáticamente las reposiciones de pedidos por correo, comuníquese con nosotros llamando a Servicio al Cliente al número de teléfono que aparece en la parte de atrás de este cuadernillo.

Para que la farmacia pueda comunicarse con usted para confirmar su pedido antes del envío, asegúrese de informarle a la farmacia cuáles son las mejores formas de comunicarse con usted. Comuníquese con la farmacia que usted elija y bríndeles su información de contacto actualizada.

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

Al obtener un suministro de medicamentos a largo plazo, es posible que su costo compartido sea más bajo. El plan ofrece dos formas de obtener un suministro a largo plazo (también denominado “suministro extendido”) de medicamentos “de mantenimiento” que estén en la Lista de medicamentos de nuestro plan. (Los medicamentos de mantenimiento son los que toma de forma regular para afecciones médicas crónicas o a largo plazo). Puede pedir este suministro por correo (consulte la Sección 2.3) o puede dirigirse a una farmacia minorista.

1. **Algunas farmacias minoristas** de nuestra red permiten obtener suministros de medicamentos de mantenimiento a largo plazo. Algunas de estas farmacias minoristas (que ofrecen opciones preferidas de costo compartido) quizás acepten una cantidad de costo compartido más baja por un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Es posible que otras no acepten las cantidades de costo compartido más bajas por un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. De ser así, usted será responsable de la diferencia en el precio. El *Directorio de farmacias* le indica cuáles son las farmacias de nuestra red que pueden darle un suministro de medicamentos de mantenimiento a largo plazo. También puede llamar a Servicio al Cliente para obtener más información (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este cuadernillo).
2. Para determinados tipos de medicamentos, puede usar los **servicios de pedido por correo** de la red del plan. El servicio de pedido por correo de nuestro plan le permite pedir suministros para 30 días, 60 días o 90 días. Consulte la Sección 2.3 para obtener más información sobre cómo usar nuestros servicios de pedido por correo.

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

### Sección 2.5 ¿Cuándo puede usar una farmacia que no es parte de la red del plan?

#### Es posible que se cubra su medicamento con receta en determinadas situaciones

Por lo general, cubrimos medicamentos que despachó una farmacia fuera de la red *únicamente* cuando usted no puede usar una farmacia de la red. Si no puede usar una farmacia de la red, a continuación se enumeran las circunstancias en las que cubriríamos medicamentos con receta que despachó una farmacia fuera de la red:

- Si viaja fuera del área de servicio del plan y pierde sus medicamentos cubiertos de la Parte D o se le agotan, o se enferma y necesita un medicamento cubierto de la Parte D y no puede acceder a una farmacia de la red.
- Si no puede obtener un medicamento cubierto de la Parte D de forma oportuna dentro del área de servicio porque, por ejemplo, no hay una farmacia de la red que atienda las 24 horas del día, los 7 días de la semana, dentro de una distancia razonable para llegar en automóvil.
- Si debe despachar una receta para un medicamento cubierto de la Parte D, y ese medicamento en particular no se abastece habitualmente en una farmacia de pedido por correo o una farmacia minorista de la red accesible.
- Si una farmacia fuera de la red y basada en una institución despacha medicamentos de la Parte D mientras usted está en el departamento de emergencias, en una clínica de un proveedor o en un establecimiento de cirugía ambulatoria u otro establecimiento de pacientes ambulatorios.

En estas situaciones, **consulte primero a Servicio al Cliente** para determinar si hay una farmacia de la red cerca. (Los números de teléfono de Servicio al Cliente están impresos en la contratapa de este cuadernillo). Es posible que deba pagar la diferencia entre lo que usted paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia de la red.

#### ¿Cómo se debe pedir un reembolso del plan?

Si debe usar una farmacia fuera de la red, por lo general, deberá pagar el costo completo (en lugar de su parte habitual del costo) cuando se le despache su medicamento con receta. Puede pedirnos que le reembolsemos su parte del costo. (La Sección 2.1 del Capítulo 5 explica cómo pedirle al plan que le devuelva un pago).

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

### Sección 3.1 La “Lista de medicamentos” indica cuáles son los medicamentos cubiertos de la Parte D

El plan tiene una “*Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*”. En esta *Evidencia de cobertura*, **nos referimos a ella como “Lista de medicamentos” para abreviar.**

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

Los medicamentos incluidos en la Lista de medicamentos son únicamente aquellos cubiertos por la Parte D de Medicare (en la Sección 1.1 de este capítulo, se explican los medicamentos de la Parte D).

Generalmente, cubriremos un medicamento que esté en la Lista de medicamentos del plan siempre que usted siga las demás reglas de cobertura que se explicaron en este capítulo y que el uso del medicamento sea una indicación médicamente aceptada. Una “indicación médicamente aceptada” es un uso del medicamento:

- que esté aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (es decir, que la Administración de Alimentos y Medicamentos haya aprobado el medicamento para el diagnóstico o la afección para la cual se receta),
- *–o bien–* respaldado por determinadas referencias, como American Hospital Formulary Service Drug Information y el sistema de información DRUGDEX.

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

Un medicamento genérico es un medicamento con receta que tiene los mismos principios activos que el medicamento de marca. Por lo general, es tan eficaz como el medicamento de marca y, habitualmente, cuesta menos. Hay medicamentos genéricos sustitutos disponibles para muchos medicamentos de marca.

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

El plan no cubre todos los medicamentos con receta.



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

### **Sección 3.2 La Lista de medicamentos está dividida en seis “niveles de costo compartido”**

Cada medicamento incluido en la Lista de medicamentos del plan se encuentra en uno de los seis niveles de costo compartido. En general, cuanto más alto sea el nivel de costo compartido, mayor será el costo de su medicamento:

- Nivel de costo compartido 1: Medicamentos genéricos preferidos. Este nivel incluye medicamentos genéricos preferidos. Este grupo de medicamentos con receta representa el costo compartido más bajo.
- Nivel de costo compartido 2: Medicamentos genéricos. Este nivel incluye medicamentos genéricos no preferidos.
- Nivel de costo compartido 3: Medicamentos de marca preferida. Este nivel incluye medicamentos de marca preferida y puede incluir medicamentos genéricos no preferidos.
- Nivel de costo compartido 4: Medicamentos no preferidos. Este nivel incluye medicamentos de marca no preferida y puede incluir medicamentos genéricos no preferidos.
- Nivel de costo compartido 5: Nivel de especialidad. Este nivel incluye medicamentos genéricos y de marca que cumplen con determinados criterios definidos por Medicare. Este grupo de medicamentos con receta representa el costo compartido más alto.
- Nivel de costo compartido 6: Medicamentos seleccionados. Este nivel incluye medicamentos de marca y genéricos seleccionados.

Para averiguar en qué nivel de costo compartido se encuentra su medicamento, búsquelo en la Lista de medicamentos del plan.

El Capítulo 4 (*Lo que usted paga por los medicamentos con receta de la Parte D*) detalla la cantidad que usted paga por los medicamentos de cada nivel de costo compartido.

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

Tiene tres formas de averiguarlo:

1. Revise la Lista de medicamentos más reciente que le enviamos por correo. (Tenga en cuenta lo siguiente: La Lista de medicamentos que le proporcionaremos incluye información sobre los medicamentos cubiertos que nuestros miembros usan más comúnmente. Sin embargo, cubrimos medicamentos adicionales que no están incluidos en la Lista de medicamentos proporcionada. Si uno de sus medicamentos no está incluido en la Lista de medicamentos, debe visitar nuestro sitio web o comunicarse con Servicio al Cliente para averiguar si lo cubrimos).
2. Visite el sitio web del plan ([cigna.com/member-resources](http://cigna.com/member-resources)). La Lista de medicamentos que aparece en el sitio web es siempre la más actualizada.
3. Llame a Servicio al Cliente para averiguar si un medicamento en particular aparece en la Lista de medicamentos del plan o para solicitar una copia de la lista. (Los números de teléfono de Servicio al Cliente están impresos en la contratapa de este cuadernillo).

## **SECCIÓN 4 La cobertura de algunos medicamentos tiene restricciones**

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

Para determinados medicamentos con receta, hay reglas especiales que restringen cómo y cuándo se brinda la cobertura del plan. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrolló estas reglas para ayudar a nuestros miembros a usar los medicamentos de las formas más eficaces. Estas reglas especiales también ayudan a controlar los costos generales de los medicamentos, lo que hace que su cobertura de medicamentos tenga precios más razonables.

En general, nuestras reglas le alientan a que obtenga un medicamento que sea eficaz para su afección médica y que sea seguro y efectivo. Si un medicamento seguro y de menor costo tiene la misma eficacia que un medicamento de mayor costo, las reglas del plan están diseñadas para alentarles a usted y a su proveedor a usar esa opción de menor costo. También debemos cumplir con las reglas y reglamentaciones de Medicare sobre costo compartido y cobertura de medicamentos.

**Si su medicamento tiene alguna restricción, generalmente, esto significa que usted o su proveedor deberán tomar algunas otras medidas para que cubramos el medicamento.** Si quiere pedirnos que la restricción no se aplique en su caso,

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

deberá seguir el proceso de decisión de cobertura y solicitarnos que hagamos una excepción. Podemos estar de acuerdo o no en que la restricción no se aplique en su caso. (Consulte la Sección 5.2 del Capítulo 7 para obtener más información sobre cómo pedir excepciones).

Tenga en cuenta que es posible que un medicamento esté incluido más de una vez en nuestra Lista de medicamentos. Esto se debe a que es posible que se apliquen diferentes restricciones o costos compartidos en función de factores como la concentración, la cantidad o la presentación del medicamento que le recetó su proveedor de cuidado de la salud (por ejemplo, 10 mg en lugar de 100 mg; uno por día en lugar de dos por día; en comprimidos en lugar de en líquido).

**Sección 4.2 ¿Qué clases de restricciones?**

Nuestro plan usa diferentes clases de restricciones para ayudar a los miembros a usar los medicamentos de la forma más eficaz. En las siguientes secciones encontrará más información sobre las clases de restricciones que usamos para determinados medicamentos.

**Restringir los medicamentos de marca cuando hay una versión genérica disponible**

Por lo general, un medicamento “genérico” tiene la misma eficacia que un medicamento de marca y, habitualmente, cuesta menos. **En la mayoría de los casos, cuando hay una versión genérica de un medicamento de marca disponible, las farmacias de nuestra red le proporcionarán la versión genérica.** Generalmente, no cubriremos el medicamento de marca si hay una versión genérica disponible. Sin embargo, si su proveedor nos informó el motivo médico por el cual ni el medicamento genérico ni otros medicamentos cubiertos que tratan la misma afección resultarán eficaces en su caso, cubriremos el medicamento de marca. (Es posible que su parte del costo del medicamento de marca sea mayor que la del genérico).

**Obtener aprobación del plan por anticipado**

Usted o su proveedor deben obtener la aprobación del plan para determinados medicamentos antes de que aceptemos cubrirlos. Esto se denomina “**autorización previa**”. A veces, el requisito de obtener aprobación por anticipado ayuda a dar orientación sobre el uso apropiado de determinados medicamentos. Si no recibe esta aprobación, es posible que su medicamento no esté cubierto por el plan.

**Probar primero otro medicamento**

Este requisito le alienta a probar medicamentos menos costosos, pero con la misma eficacia, antes de que el plan cubra otro medicamento. Por ejemplo, si el Medicamento A y el Medicamento B se usan para tratar la misma afección médica, es posible que el plan requiera que usted pruebe el Medicamento A en primer lugar. Si el Medicamento A no resulta eficaz, el plan cubrirá el Medicamento B. Este requisito de probar primero otro medicamento se llama “**tratamiento escalonado**”.

**Límites a la cantidad**

Para determinados medicamentos, limitamos la cantidad del medicamento que puede obtener poniendo un límite a la cantidad de un medicamento que puede obtener cada vez que se lo despachen. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro tomar solamente un comprimido por día de un medicamento determinado, es posible que limitemos la cobertura de su medicamento a un máximo de un comprimido por día.

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

La Lista de medicamentos del plan incluye información sobre las restricciones que se describieron anteriormente. Para averiguar si alguna de estas restricciones se aplica a un medicamento que usted toma o desea tomar, verifique la Lista de medicamentos. Para obtener la información más actualizada, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este cuadernillo) o visite nuestro sitio web ([cigna.com/member-resources](http://cigna.com/member-resources)).

**Si su medicamento tiene alguna restricción, generalmente, esto significa que usted o su proveedor deberán tomar algunas otras medidas para que cubramos el medicamento.** Si el medicamento que desea tomar tiene alguna restricción, debe comunicarse con Servicio al Cliente para obtener información sobre lo que usted o su proveedor deberían hacer para obtener cobertura del medicamento. Si quiere pedirnos que la restricción no se aplique en su caso, deberá seguir el proceso de decisión de cobertura y solicitarnos que hagamos una excepción. Podemos estar de acuerdo o no en que la restricción no se aplique en su caso. (Consulte la Sección 5.2 del Capítulo 7 para obtener más información sobre cómo pedir excepciones).

## SECCIÓN 5 ¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no tiene la cobertura que usted espera?

### Sección 5.1 Hay medidas que puede tomar si su medicamento no tiene la cobertura que usted espera

Esperamos que su cobertura de medicamentos funcione bien para usted. Pero es posible que un medicamento con receta que esté tomando en este momento o que usted y su proveedor piensen que debería tomar no esté incluido en nuestro formulario, o esté en nuestro formulario con restricciones. Por ejemplo:

- Es posible que el medicamento no tenga ninguna cobertura. O tal vez, la versión genérica del medicamento esté cubierta, pero no la versión de marca que usted desea tomar.
- El medicamento está cubierto, pero hay otras reglas o restricciones para la cobertura de ese medicamento. Según se explicó en la Sección 4, algunos de los medicamentos que el plan cubre tienen otras reglas que restringen su uso. Por ejemplo, se le podría pedir que pruebe primero otro medicamento para determinar si resulta eficaz antes de que el plan cubra el medicamento que usted desea tomar. También es posible que haya límites respecto de la cantidad del medicamento (cantidad de comprimidos, etc.) que se cubre durante un período en particular. En algunos casos, es posible que usted quiera solicitar que la restricción no se aplique en su caso.
- El medicamento está cubierto, pero está en un nivel de costo compartido que hace que su costo compartido sea mayor de lo que usted espera. El plan clasifica los medicamentos cubiertos en seis niveles diferentes de costo compartido. La cantidad que usted paga por su medicamento con receta depende, en parte, del nivel de costo compartido de su medicamento.

**Hay medidas que puede tomar si su medicamento no tiene la cobertura que usted espera.** Sus opciones dependen del tipo de problema que tenga:

- Si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o si su medicamento tiene una restricción, consulte la Sección 5.2 para obtener más información sobre lo que puede hacer.
- Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que hace que su costo sea mayor de lo que usted espera, consulte la Sección 5.3 para obtener más información sobre lo que puede hacer.

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

Si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o tiene alguna restricción, puede tomar algunas medidas:

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

#### Es posible que pueda obtener un suministro temporal

En determinadas circunstancias, el plan puede ofrecerle un suministro temporal de un medicamento si este no está incluido en la Lista de medicamentos o si tiene alguna restricción. Si hace esto, tendrá tiempo de hablar con su proveedor sobre el cambio en la cobertura y de determinar qué debe hacer.

Para poder obtener un suministro temporal, debe cumplir con los dos requisitos indicados a continuación:

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

- El medicamento que tomaba **no está más en la Lista de medicamentos del plan.**
- –O bien– El medicamento que tomaba tiene **alguna restricción en la actualidad** (en la Sección 4 de este capítulo se explican las restricciones).

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

- **En el caso de miembros nuevos o que eran parte del plan el año anterior:**



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

Cubriremos un suministro temporal de su medicamento **durante los primeros 90 días de su membresía en el plan si usted es un miembro nuevo, y durante los primeros 90 días del año calendario si usted ya era miembro del plan el año anterior.** Este suministro temporal será para un máximo de 30 días. Si la receta indica menos días, permitiremos múltiples despachos para brindar un suministro del medicamento para un máximo de 30 días. Es necesario que una farmacia de la red despache el medicamento con receta. (Tenga en cuenta que es posible que la farmacia de cuidados a largo plazo proporcione el medicamento en cantidades más pequeñas cada vez que lo despache, para evitar desperdiciar).

- **En el caso de miembros que hayan sido parte del plan durante más de 90 días, que residan en un centro de cuidados a largo plazo (LTC) y que necesiten un suministro de inmediato:**

Cubriremos un suministro para 31 días de un medicamento en particular, o menos si la receta indica menos días. Esto se suma a la situación de suministro temporal descrita previamente.

- **A fin de contemplar las transiciones imprevistas de miembros sin tiempo para planificar de antemano, como los cambios en el nivel de atención debido al alta de un hospital para ser trasladado a un centro de cuidados o a un hogar de ancianos, cubriremos un suministro temporal para 30 días.**

Para solicitar un suministro temporal, comuníquese con Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este cuadernillo).

Durante el plazo en que esté recibiendo un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando este suministro se acabe. Puede cambiar su medicamento por otro cubierto por el plan o pedirle al plan que haga una excepción en su caso y que cubra su medicamento actual. En las siguientes secciones, se brinda más información sobre estas opciones.

### **Puede cambiar a otro medicamento**

Primero, hable con su proveedor. Tal vez, el plan cubra otro medicamento que tenga la misma eficacia en su caso. Puede llamar a Servicio al Cliente para pedir una lista de medicamentos cubiertos que se usen para tratar la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que podría resultar eficaz para usted. (Los números de teléfono de Servicio al Cliente están impresos en la contratapa de este cuadernillo).

### **Puede pedir una excepción**

Usted y su proveedor pueden pedirle al plan que haga una excepción en su caso y que cubra el medicamento como usted espera. Si su proveedor afirma que usted tiene motivos médicos que justifican el pedido de excepción, puede ayudarle a solicitar una excepción a la regla. Por ejemplo, puede pedirle al plan que cubra un medicamento, aunque no esté en la Lista de medicamentos del plan. O puede pedirle al plan que haga una excepción y que cubra el medicamento sin restricciones.

Si usted es miembro actualmente, y un medicamento que está tomando se eliminará del formulario o se restringirá de alguna forma en el año próximo, le permitiremos que solicite una excepción al formulario por anticipado para el año siguiente. Le informaremos sobre cualquier cambio en la cobertura de su medicamento para el año próximo. Puede pedir una excepción antes del año próximo, y le responderemos dentro de las 72 horas después de haber recibido su solicitud (o la declaración respaldatoria de su proveedor). Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura antes de que el cambio entre en vigor.

Si usted y su proveedor desean pedir una excepción, en la Sección 5.4 del Capítulo 7, se les indica qué deben hacer. En esta sección, se explican los procedimientos y las fechas límite que Medicare establece para asegurarse de que su solicitud se gestione en forma inmediata y justa.

<b>Sección 5.3    ¿Qué puede hacer si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera demasiado elevado?</b>
--

A continuación, le indicamos algunas medidas que puede tomar si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera demasiado elevado:

### **Puede cambiar a otro medicamento**

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera demasiado elevado, hable con su proveedor en primer lugar. Tal vez, haya otro medicamento en un nivel de costo compartido menor que tenga la misma eficacia en su caso. Puede llamar a Servicio al Cliente para pedir una lista de medicamentos cubiertos que se usen para tratar la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que podría resultar eficaz para usted. (Los números de teléfono de Servicio al Cliente están impresos en la contratapa de este cuadernillo).

**Puede pedir una excepción**

Usted y su proveedor pueden pedirle al plan que haga una excepción con respecto al nivel de costo compartido del medicamento para que usted pague menos por él. Si su proveedor afirma que usted tiene motivos médicos que justifican el pedido de excepción, puede ayudarle a solicitar una excepción a la regla.

Si usted y su proveedor desean pedir una excepción, en la Sección 5.4 del Capítulo 7, se les indica qué deben hacer. En esta sección, se explican los procedimientos y las fechas límite que Medicare establece para asegurarse de que su solicitud se gestione en forma inmediata y justa.

Medicamentos del Nivel 5: Los medicamentos del Nivel de especialidad no reúnen los requisitos para este tipo de excepción. No reducimos la cantidad de costo compartido para los medicamentos incluidos en este nivel.

**SECCIÓN 6 ¿Qué sucede si cambia la cobertura de uno de sus medicamentos?****Sección 6.1 La Lista de medicamentos puede cambiar durante el año**

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

- **Agregar o eliminar medicamentos de la Lista de medicamentos.** Cuando surjan medicamentos nuevos, incluso medicamentos genéricos nuevos. Tal vez, el gobierno aprobó un uso nuevo de un medicamento existente. A veces, se retira un medicamento del mercado, y decidimos no cubrirlo. O también podríamos eliminar un medicamento de la lista porque se determinó que no era eficaz.
- **Pasar un medicamento a un nivel de costo compartido mayor o menor.**
- **Agregar o eliminar una restricción a la cobertura de un medicamento** (para obtener más información sobre restricciones a la cobertura, consulte la Sección 4 de este capítulo).
- **Reemplazar un medicamento de marca por uno genérico.**

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

**Sección 6.2 ¿Qué sucede si cambia la cobertura de un medicamento que está tomando?****Información acerca de cambios en la cobertura de medicamentos**

Cuando se realizan cambios en la Lista de medicamentos durante el año, publicamos la información sobre dichos cambios en nuestro sitio web. Actualizaremos nuestra Lista de medicamentos en línea regularmente para incluir cualquier cambio que se haya realizado después de la última actualización. A continuación, detallamos las ocasiones en las que recibirá una notificación directa si se realizan cambios en un medicamento que usted esté tomando. También puede llamar a Servicio al Cliente para obtener más información (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este cuadernillo).

**¿Los cambios en la cobertura de medicamentos le afectan de inmediato?**

**Cambios que pueden afectarle este año:** En los siguientes casos, los cambios en la cobertura le afectarán durante el año en curso:

- **Un medicamento genérico nuevo reemplaza un medicamento de marca de la Lista de medicamentos (o cambiamos el nivel de costo compartido o agregamos restricciones nuevas al medicamento de marca, o ambas cosas)**
  - Podemos eliminar inmediatamente un medicamento de marca de nuestra Lista de medicamentos si lo reemplazamos por una nueva versión genérica aprobada del mismo medicamento que aparecerá en el mismo nivel de costo compartido o en un nivel inferior, con las mismas o menos restricciones. Además, al agregar el medicamento genérico nuevo, podemos decidir conservar el medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos, pero pasarlo inmediatamente a un nivel de costo compartido más alto o agregar nuevas restricciones, o ambas cosas.
  - Quizás no le informemos con anticipación que haremos ese cambio, incluso si usted está tomando el medicamento de marca.
  - Usted o su proveedor pueden pedirnos que hagamos una excepción y que sigamos cubriendo el medicamento de marca. Para obtener información sobre cómo pedir una excepción, consulte el Capítulo 7 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

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

- Si usted está tomando el medicamento de marca cuando hagamos el cambio, le proporcionaremos información sobre el (los) cambio(s) específico(s) que hayamos hecho. Esto también incluirá información sobre los pasos que puede seguir para solicitar una excepción para que se cubra el medicamento de marca. Quizás no reciba esta notificación antes de que hagamos el cambio.

- **Medicamentos inseguros y otros medicamentos de la Lista de medicamentos que se retiren del mercado**

- De vez en cuando, es posible que un medicamento se retire repentinamente porque se determinó que es inseguro o se lo retiró del mercado por otro motivo. De ser así, eliminaremos el medicamento de inmediato de la Lista de medicamentos. Si usted está tomando ese medicamento, le informaremos el cambio de inmediato.
- Su proveedor también estará al tanto de este cambio y podrá trabajar con usted para encontrar otro medicamento para su afección.

- **Otros cambios en los medicamentos de la Lista de medicamentos**

- Es posible que una vez que el año haya comenzado, hagamos otros cambios que afecten los medicamentos que esté tomando. Por ejemplo, quizás agreguemos un medicamento genérico que no sea nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca o cambiemos el nivel de costo compartido o agreguemos nuevas restricciones al medicamento de marca, o ambas cosas. Quizás también hagamos cambios en función de los recuadros de advertencias de la FDA o nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare. Debemos notificarle el cambio con una anticipación de al menos 30 días o notificarle el cambio y darle una reposición para 30 días del medicamento que esté tomando en una farmacia de la red.
- Una vez que reciba la notificación del cambio, debe consultar a su proveedor para cambiar por otro medicamento que cubramos.
- O bien, usted o su proveedor pueden pedirnos que hagamos una excepción y que sigamos cubriendo el medicamento. Para obtener información sobre cómo pedir una excepción, consulte el Capítulo 7 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

**Cambios en la Lista de medicamentos que no afectarán a las personas que estén tomando el medicamento:** Para los cambios en la Lista de medicamentos que no estén descritos previamente, si usted está tomando el medicamento, los siguientes tipos de cambios no le afectarán hasta el 1 de enero del año siguiente si permanece en el plan:

- Si pasamos su medicamento a un nivel de costo compartido más elevado.
- Si establecemos una nueva restricción para su uso del medicamento.
- Si eliminamos su medicamento de la Lista de medicamentos.

Si se produce alguno de estos cambios en relación con un medicamento que usted esté tomando (pero no debido a un retiro del mercado, un reemplazo de un medicamento de marca por un medicamento genérico u otro cambio mencionado en las secciones anteriores), el cambio no afectará su uso ni lo que usted pague como su parte del costo hasta el 1 de enero del año siguiente. Hasta esa fecha, probablemente no verá ningún aumento en sus pagos ni ninguna restricción nueva respecto de su uso del medicamento. No recibirá una notificación directa este año acerca de cambios que no le afecten. Sin embargo, el 1 de enero del año siguiente, los cambios le afectarán, y es importante que revise la Lista de medicamentos en el nuevo año de beneficios para estar al tanto de cualquier cambio en los medicamentos.

## **SECCIÓN 7    ¿Qué tipos de medicamentos *no* cubre el plan?**

### **Sección 7.1    Tipos de medicamentos que no cubrimos**

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

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

A continuación, establecemos tres reglas generales sobre medicamentos que los planes de medicamentos de Medicare no cubrirán en virtud de la Parte D:

- La cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que cubrirían 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.
- Habitualmente, nuestro plan no puede cubrir un uso no aprobado. El “uso no aprobado” es cualquier uso del medicamento que no sea el que se indica en su etiqueta, según lo aprobó la Administración de Alimentos y Medicamentos.
  - Generalmente, la cobertura para un uso no aprobado se permite únicamente cuando dicho uso es respaldado por determinadas referencias, como American Hospital Formulary Service Drug Information y el sistema de información DRUGDEX. Si ninguna de estas referencias respalda el uso, nuestro plan no puede cubrir su uso no aprobado.

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

- Medicamentos sin receta (también llamados medicamentos de venta libre)
- Medicamentos que se usan para aumentar la fertilidad
- Medicamentos que se usan para aliviar los síntomas de un resfrío o la tos
- Medicamentos que se usan con fines estéticos o para aumentar el crecimiento capilar
- Productos minerales y vitaminas con receta, excepto vitaminas prenatales y preparaciones con flúor
- Medicamentos que se usan para el tratamiento de la disfunción eréctil o sexual
- Medicamentos que se usan para el tratamiento de la anorexia, el adelgazamiento o el aumento de peso
- Medicamentos para pacientes ambulatorios respecto de los cuales el fabricante procura imponer como condición de venta que se le deben comprar exclusivamente las pruebas o los servicios de monitoreo asociados

**Si usted recibe “Ayuda Adicional” para pagar sus medicamentos**, es posible que su programa estatal de Medicaid cubra algunos medicamentos con receta que no se cubren habitualmente en un plan de medicamentos de Medicare. Comuníquese con su programa estatal de Medicaid para determinar qué cobertura de medicamentos puede estar disponible para usted. (Puede encontrar los números de teléfono e información de contacto de Medicaid en la Sección 6 del Capítulo 2).

## **SECCIÓN 8 Muestre la tarjeta de membresía del plan cuando le despachen un medicamento con receta**

### **Sección 8.1 Muestre su tarjeta de membresía**

Para que le despachen un medicamento con receta, muestre la tarjeta de membresía del plan en la farmacia de la red que elija. Cuando muestre la tarjeta de membresía del plan, la farmacia de la red facturará automáticamente al plan la parte que *nosotros* debemos pagar del costo de su medicamento con receta cubierto. Usted deberá pagarle a la farmacia *su* parte del costo cuando retire su medicamento con receta.

### **Sección 8.2 ¿Qué sucede si no tiene la tarjeta de membresía a mano?**

Si no tiene a mano la tarjeta de membresía del plan cuando le despachen el medicamento con receta, pídale a la farmacia que llame al plan para obtener la información necesaria.

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

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

### **Sección 9.1 ¿Qué sucede si está en un hospital o en un centro de cuidados especiales por una estadía cubierta por Original Medicare?**

Si **le admiten en un hospital** por una estadía cubierta por Original Medicare, la Parte A de Medicare generalmente cubrirá el costo de sus medicamentos con receta durante su estadía. Cuando deje el hospital, nuestro plan cubrirá sus medicamentos, siempre que estos cumplan con todas nuestras reglas de cobertura. Consulte las partes anteriores de este capítulo donde se explican las reglas para obtener cobertura de medicamentos.

Si **le admiten en un centro de cuidados especiales** por una estadía cubierta por Original Medicare, la Parte A de Medicare generalmente cubrirá sus medicamentos con receta durante la totalidad o parte de su estadía. Si permanece en el centro de

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

cuidados especiales, y la Parte A ya no cubre sus medicamentos, nuestro plan cubrirá sus medicamentos, siempre que estos cumplan con todas nuestras reglas de cobertura. Consulte las partes anteriores de este capítulo donde se explican las reglas para obtener cobertura de medicamentos.

**Tenga en cuenta lo siguiente:** Si ingresa o vive en un centro de cuidados especiales, o se va de él, tiene derecho a un Período de inscripción especial. Durante este período, puede cambiar de plan o cambiar su cobertura. (En el Capítulo 8, *Cómo finalizar su membresía en el plan*, se explica cuándo puede dejar nuestro plan e inscribirse en otro plan de Medicare).

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

Habitualmente, los centros de cuidados a largo plazo (LTC) (como los hogares de ancianos) tienen farmacias propias o farmacias que suministran medicamentos a todos sus residentes. Si usted vive en un centro de cuidados a largo plazo, puede obtener sus medicamentos con receta a través de la farmacia que se encuentra allí, siempre que esta sea parte de nuestra red.

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

#### ¿Qué sucede si usted vive en un centro de cuidados a largo plazo (LTC) y se incorpora como miembro nuevo del plan?

Si necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o que tiene alguna restricción, el plan cubrirá un **suministro temporal** de su medicamento durante los primeros 90 días de su membresía. El suministro total será para un máximo de 31 días, o menos si su receta indica menos días. (Tenga en cuenta que es posible que la farmacia de cuidados a largo plazo proporcione el medicamento en cantidades más pequeñas cada vez que lo despache, para evitar desperdiciar). Si usted es miembro del plan desde hace más de 90 días y necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos, o si el plan tiene alguna restricción sobre la cobertura del medicamento, cubriremos un suministro para 31 días, o menos si la receta indica menos días.

Durante el plazo en que esté recibiendo un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando este suministro se acabe. Tal vez, el plan cubra otro medicamento que tenga la misma eficacia en su caso. O usted y su proveedor pueden pedirle al plan que haga una excepción en su caso y que cubra el medicamento como usted espera. Si usted y su proveedor quieren pedir una excepción, en la Sección 5.4 del Capítulo 7, se les indica qué deben hacer.

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

Su inscripción en Cigna Secure-Extra Rx (PDP) no afecta su cobertura para los medicamentos cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare. Si cumple con los requisitos para la cobertura de Medicare, su medicamento seguirá estando cubierto por la Parte A o la Parte B de Medicare, aunque esté inscrito en este plan. Además, si su medicamento estuviera cubierto por la Parte A o la Parte B de Medicare, nuestro plan no podría cubrirlo, aunque usted optara por 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 por Cigna Secure-Extra Rx (PDP) en otras situaciones. Pero los medicamentos nunca están cubiertos por la Parte B y por nuestro plan al mismo tiempo. En general, su farmacéutico o proveedor determinarán si facturarle a la Parte B de Medicare o a Cigna Secure-Extra Rx (PDP) por el medicamento.

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

Si actualmente tiene una póliza de Medigap que incluye cobertura de medicamentos con receta, debe comunicarse con el emisor de su póliza de Medigap para informarle que se inscribió en nuestro plan. Si decide conservar su póliza actual de Medigap, el emisor de la póliza eliminará la parte de la cobertura de medicamentos con receta de la póliza de Medigap y reducirá su prima.

Su compañía de seguros de Medigap debería enviarle todos los años una notificación para indicarle si su cobertura de medicamentos con receta es “acreditable” e informarle las opciones de cobertura de medicamentos que tiene. (Si la cobertura de la póliza de Medigap es “**acreditable**”, significa que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura de medicamentos con receta estándar de Medicare). La notificación también explicará cuánto se reduciría su prima si elimina la parte de la cobertura de medicamentos con receta de su póliza de Medigap. Si no recibió esta notificación, o si no puede encontrarla, comuníquese con su compañía de seguros de Medigap y pida otra copia.



### Sección 9.5 ¿Qué sucede si también recibe cobertura de medicamentos de un plan colectivo de jubilados o de un empleador?

¿Tiene usted actualmente otra cobertura de medicamentos con receta a través de un seguro colectivo de jubilados o de su empleador (o el de su cónyuge)? Si la respuesta es afirmativa, comuníquese con el **administrador de beneficios de ese seguro colectivo**. Esta persona puede ayudarle a determinar cómo funcionará su cobertura de medicamentos con receta actual con nuestro plan.

En general, si tiene empleo actualmente, la cobertura de medicamentos con receta que reciba de nosotros será *secundaria* respecto de la de su cobertura en virtud de un seguro colectivo de jubilados o de su empleador. Esto significa que su cobertura colectiva pagaría primero.

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

Su seguro colectivo de jubilados o de su empleador debería enviarle todos los años una notificación para indicarle si su cobertura de medicamentos con receta para el siguiente año calendario es “acreditable” e informarle las opciones de cobertura de medicamentos que tiene.

Si la cobertura del plan colectivo es “acreditable”, significa que el plan tiene una cobertura de medicamentos que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura de medicamentos con receta estándar de Medicare.

**Conserve estas notificaciones sobre la cobertura acreditable**, porque es posible que las necesite en el futuro. Si se inscribe en un plan de Medicare que incluya cobertura de medicamentos de la Parte D, es posible que necesite estas notificaciones para demostrar que usted mantuvo una cobertura acreditable. Si no recibió una notificación sobre cobertura acreditable de su plan colectivo de jubilados o de su empleador, puede obtener una copia a través de su administrador de beneficios del seguro colectivo de jubilados o del empleador, o del empleador o el sindicato.

### Sección 9.6 ¿Qué sucede si está en un centro para enfermos terminales certificado por Medicare?

Los medicamentos nunca están cubiertos por un centro para enfermos terminales y por nuestro plan al mismo tiempo. Si usted está inscrito en un centro para enfermos terminales de Medicare y necesita un medicamento contra las náuseas, un laxante, un medicamento contra el dolor o un ansiolítico que no está cubierto por su centro para enfermos terminales porque no está vinculado con su enfermedad terminal ni afecciones relacionadas, nuestro plan debe recibir una notificación del profesional que recete el medicamento o de su proveedor del centro para enfermos terminales que indique que el medicamento no está relacionado para que nuestro plan pueda cubrirlo. Para evitar demoras en la recepción de medicamentos no relacionados que nuestro plan deba cubrir, puede pedirle a su proveedor del centro para enfermos terminales o al profesional que le recete el medicamento que se asegure de que recibamos la notificación de que el medicamento no está relacionado antes de pedirle a una farmacia que despache su medicamento con receta.

En el caso de que usted revoque su elección del centro para enfermos terminales o de que se le dé el alta de dicho centro, nuestro plan debe cubrir todos sus medicamentos. Para evitar demoras en una farmacia cuando termine su beneficio del centro para enfermos terminales de Medicare, debe llevar documentación a la farmacia para verificar su revocación o alta. Consulte las partes anteriores de esta sección que incluyen información sobre las reglas para recibir cobertura de medicamentos en virtud de la Parte D. En el Capítulo 4 (*Lo que usted paga por los medicamentos con receta de la Parte D*), se brinda más información sobre la cobertura de medicamentos y lo que usted paga.

## SECCIÓN 10 Programas sobre seguridad y administración de los medicamentos

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

Llevamos a cabo revisiones del uso de medicamentos para nuestros miembros a fin de ayudar a asegurar que estén recibiendo un cuidado adecuado y seguro. Estas revisiones son especialmente importantes para los miembros que tienen más de un proveedor que les receta sus medicamentos.

Hacemos una revisión cada vez que a usted le despachan un medicamento con receta. También revisamos nuestros registros en forma regular. Durante estas revisiones, buscamos posibles problemas, por ejemplo:

- Posibles errores en la medicación
- Medicamentos que quizás no sean necesarios porque usted está tomando otro medicamento para tratar la misma afección médica



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

- Medicamentos que es posible que no sean seguros o adecuados debido a su edad o sexo
- Determinadas combinaciones de medicamentos que podrían resultar perjudiciales si los toma al mismo tiempo
- Recetas de medicamentos que tienen componentes a los cuales usted es alérgico
- Posibles errores en la cantidad (la dosis) de un medicamento que está tomando
- Cantidades inseguras de analgésicos opioides

Si identificamos un posible problema en el uso de sus medicamentos, trabajaremos con el proveedor para corregirlo.

**Sección 10.2 Programa de Gestión de Medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar sus medicamentos opioides de manera segura**

Tenemos un programa que puede ayudar a nuestros miembros a usar de manera segura sus medicamentos opioides con receta u otros medicamentos de los que se suele abusar. Este programa se llama Programa de Gestión de Medicamentos (DMP, por sus siglas en inglés). Si usted usa medicamentos opioides que obtiene en varios médicos o farmacias, es posible que conversemos con sus médicos para asegurarnos de que su uso sea apropiado y médicamente necesario. Junto con sus médicos, si decidimos que su uso de medicamentos opioides o benzodiazepinas no es seguro, podremos limitar la forma en que puede obtener estos medicamentos. Las limitaciones pueden ser las siguientes:

- Exigirle que obtenga todas las recetas de medicamentos opioides o benzodiazepinas a través de determinada(s) farmacia(s)
- Exigirle que obtenga todas las recetas de medicamentos opioides o benzodiazepinas a través de determinado(s) médico(s)
- Limitar la cantidad de medicamentos opioides o benzodiazepinas que cubriremos para usted

Si creemos que se le deben aplicar una o más limitaciones, le enviaremos una carta con anticipación. La carta explicará las limitaciones que creemos que deberían aplicarse en su caso. Usted también tendrá la oportunidad de decirnos qué médicos o farmacias prefiere usar y de brindarnos cualquier otra información que considere importante que sepamos. Después de haberle dado la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura de estos medicamentos, le enviaremos otra carta para confirmar la limitación. Si cree que cometimos un error o no está de acuerdo con nuestra determinación de que existe el riesgo de que use indebidamente el medicamento con receta o no está de acuerdo con la limitación, usted y su proveedor pueden solicitarnos una apelación. Si decide apelar, revisaremos su caso y le brindaremos una decisión. Si seguimos denegando cualquier parte de su solicitud relacionada con las limitaciones que se aplican a su acceso a los medicamentos, enviaremos automáticamente su caso a un revisor independiente fuera de nuestro plan. Consulte el Capítulo 7 para obtener información acerca de cómo solicitar una apelación.

Es posible que el DMP no se aplique en su caso si tiene determinadas afecciones médicas, como cáncer, si se está atendiendo en un centro para enfermos terminales, cuidados paliativos o atención para enfermos terminales, o si vive en un centro de cuidados a largo plazo.

**Sección 10.3 Programa de Administración de Farmacoterapia (MTM) para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos**

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

Este programa es voluntario y gratuito para los miembros. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrolló el programa para nosotros. Este programa puede ayudar a garantizar que nuestros miembros obtengan el máximo beneficio de los medicamentos que toman. Nuestro programa se llama Programa de Administración de Farmacoterapia (MTM, por sus siglas en inglés). Algunos miembros que toman medicamentos para diferentes afecciones médicas y tienen costos altos de medicamentos podrían reunir los requisitos para recibir servicios a través de un programa de MTM. Un farmacéutico u otro profesional de la salud hará una revisión integral de todos sus medicamentos. Puede hablar sobre cuál es la mejor forma de tomar sus medicamentos, de sus costos y de cualquier problema o pregunta que tenga sobre sus medicamentos con receta y de venta sin receta. Recibirá un resumen escrito de esta conversación. El resumen contiene un plan de acción para medicamentos que le recomienda lo que puede hacer para aprovechar sus medicamentos al máximo, con espacio para tomar notas o escribir las preguntas de seguimiento que necesite hacer. También recibirá una lista de medicamentos personal que incluirá todos los medicamentos que está tomando y por qué motivo.

Le recomendamos que realice su revisión de medicamentos antes de su visita “de bienestar” anual 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 su visita o en cualquier momento en que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de cuidado de la salud. También lleve su lista de medicamentos (con su identificación, por ejemplo) si visita un hospital o una sala de emergencias.

Si tenemos un programa que se adapte a sus necesidades, le inscribiremos en el programa automáticamente y le enviaremos información. Si decide no participar, debe notificarlo y le retiraremos del programa. Si tiene alguna pregunta sobre estos programas, comuníquese con Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este cuadernillo).

## CAPÍTULO 4

*Lo que usted paga por los medicamentos  
con receta de la Parte D*

**Capítulo 4. Lo que usted paga por los medicamentos con receta de la Parte D**

<b>SECCIÓN 1</b>	<b>Introducción .....</b>	<b>47</b>
Sección 1.1	Use este capítulo junto con otros materiales que explican su cobertura de medicamentos .....	47
Sección 1.2	Tipos de costos de desembolso que usted podría pagar por los medicamentos cubiertos .....	47
<b>SECCIÓN 2</b>	<b>Lo que usted paga por un medicamento depende de la “etapa en el pago de medicamentos” en la que se encuentre al recibir el medicamento .....</b>	<b>48</b>
Sección 2.1	¿Cuáles son las etapas en el pago de medicamentos para miembros de Cigna Secure-Extra Rx (PDP)? .....	48
<b>SECCIÓN 3</b>	<b>Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y la etapa de pago en la que se encuentra.....</b>	<b>49</b>
Sección 3.1	Le enviamos un informe mensual llamado “Explicación de beneficios de la Parte D” (la “EOB de la Parte D”) .....	49
Sección 3.2	Ayúdenos a mantener actualizada la información sobre sus pagos de medicamentos .....	49
<b>SECCIÓN 4</b>	<b>Durante la Etapa de deducible, usted paga el costo total de sus medicamentos del Nivel 4 y Nivel 5 ....</b>	<b>50</b>
Sección 4.1	Usted permanecerá en la Etapa de deducible hasta que haya pagado \$100 por sus medicamentos del Nivel 4 y Nivel 5 .....	50
<b>SECCIÓN 5</b>	<b>Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga su parte de los costos de sus medicamentos, y usted paga la suya.....</b>	<b>50</b>
Sección 5.1	Lo que usted paga por un medicamento depende del medicamento y de dónde lo despache .....	50
Sección 5.2	Una tabla que muestra sus costos para un suministro para <i>un mes</i> de un medicamento .....	51
Sección 5.3	Si su médico le receta un suministro para menos de un mes completo, es posible que no tenga que pagar el costo del suministro para todo un mes .....	69
Sección 5.4	Una tabla que muestra sus costos para un suministro <i>a largo plazo</i> (para un máximo de 90 días) de un medicamento .....	69
Sección 5.5	Usted permanecerá en la Etapa de cobertura inicial hasta que los costos totales de sus medicamentos para el año alcancen los \$4,130 .....	86
<b>SECCIÓN 6</b>	<b>Durante la Etapa de interrupción de cobertura, el plan proporciona algo de cobertura para los medicamentos con receta.....</b>	<b>87</b>
Sección 6.1	Usted permanecerá en la Etapa de interrupción de cobertura hasta que sus costos de desembolso alcancen los \$6,550 .....	87
Sección 6.2	Cómo calcula Medicare sus costos de desembolso de medicamentos con receta.....	88
<b>SECCIÓN 7</b>	<b>Durante la Etapa de cobertura de gastos excedentes, el plan paga la mayor parte del costo de sus medicamentos.....</b>	<b>89</b>
Sección 7.1	Una vez que esté en la Etapa de cobertura de gastos excedentes, permanecerá en esta etapa durante el resto del año .....	89
<b>SECCIÓN 8</b>	<b>Lo que usted paga por vacunas cubiertas por la Parte D depende de cómo y dónde se las administren.....</b>	<b>89</b>
Sección 8.1	Nuestro plan puede tener una cobertura por separado para el medicamento de la vacuna de la Parte D en sí y para el costo de aplicarle la vacuna .....	89
Sección 8.2	Le recomendamos llamar a Servicio al Cliente antes de recibir una vacuna .....	90



### ¿Sabía que hay programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos?

Hay programas para ayudar a personas con recursos limitados a pagar sus medicamentos. Entre ellos se incluyen el Programa “Ayuda Adicional” y los Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica. Para obtener más información, consulte la Sección 7 del Capítulo 2.

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

Si usted es parte de un programa que ayuda a pagar sus medicamentos, **es posible que parte de la información incluida en esta Evidencia de cobertura sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D no se aplique a su caso**. Le enviamos un documento por separado llamado “Cláusula adicional de la Evidencia de cobertura para las personas que reciben Ayuda Adicional para pagar los medicamentos con receta” (también conocida como “Cláusula adicional de subsidio por bajos ingresos” o “Cláusula adicional LIS”), que le brinda información sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este documento, llame a Servicio al Cliente y pídanos la “Cláusula adicional LIS”. (Los números de teléfono de Servicio al Cliente están impresos en la contratapa de este cuadernillo).

## SECCIÓN 1 Introducción

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

Este capítulo se centra en lo que usted paga por sus medicamentos con receta de la Parte D. Para facilitar la explicación, en este capítulo utilizamos la palabra “medicamento” para referirnos a un medicamento con receta de la Parte D. Según se explicó en el Capítulo 3, no todos los medicamentos son medicamentos de la Parte D: algunos medicamentos están cubiertos en virtud de la Parte A o la Parte 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, usted debe conocer los aspectos básicos de cuáles son los medicamentos cubiertos, dónde se despachan sus medicamentos con receta y qué reglas seguir cuando obtiene medicamentos cubiertos. Los siguientes son materiales que explican estos aspectos básicos:

- **La Lista de medicamentos cubiertos (Formulario) del plan.** Para facilitar la explicación, nos referimos a ella como “Lista de medicamentos”.
  - Esta Lista de medicamentos le indica cuáles son los medicamentos cubiertos para usted.
  - También le indica en cuál de los seis “niveles de costo compartido” se encuentra el medicamento y si su cobertura tiene restricciones.
  - Si necesita una copia de la Lista de medicamentos, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este cuadernillo). También puede encontrar la Lista de medicamentos en nuestro sitio web en [cigna.com/member-resources](http://cigna.com/member-resources). La Lista de medicamentos que aparece en el sitio web es siempre la más actualizada.
- **El Capítulo 3 de este cuadernillo.** En el Capítulo 3, se proporcionan detalles sobre su cobertura de medicamentos con receta, que incluyen las reglas que debe seguir cuando recibe medicamentos cubiertos. El Capítulo 3 también indica los tipos de medicamentos con receta que nuestro plan no cubre.
- **El Directorio de farmacias del plan.** En la mayoría de las situaciones, debe usar una farmacia de la red para obtener sus medicamentos cubiertos (consulte el Capítulo 3 para conocer los detalles). El *Directorio de farmacias* tiene una lista de las farmacias incluidas en la red del plan. También le indica cuáles son las farmacias de nuestra red que pueden brindarle un suministro de medicamentos a largo plazo (por ejemplo, despacharle un medicamento con receta para un suministro de tres meses).

### Sección 1.2 Tipos de costos de desembolso que usted podría pagar por los medicamentos cubiertos

Para entender la información de pagos que incluimos en este capítulo, deberá conocer los tipos de costos de desembolso que podría pagar por sus servicios cubiertos. La cantidad que usted paga por un medicamento se denomina “costo compartido”, y se le puede pedir que pague de tres formas.

- El “**deducible**” es la cantidad que usted debe pagar por los medicamentos antes de que nuestro plan comience a pagar su parte.
- “**Copago**” significa que usted paga una cantidad fija cada vez que se le despacha un medicamento con receta.
- “**Coseguro**” significa que usted paga un porcentaje del costo total del medicamento cada vez que se le despacha un medicamento con receta.

## SECCIÓN 2 Lo que usted paga por un medicamento depende de la “etapa en el pago de medicamentos” en la que se encuentre al recibir el medicamento

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

Según se muestra en la tabla incluida a continuación, existen diversas “etapas en el pago de medicamentos” para su cobertura de medicamentos con receta proporcionada por Cigna Secure-Extra Rx (PDP). La cantidad que usted paga por un medicamento depende de la etapa en que se encuentre en el momento del despacho o la reposición de un medicamento con receta.

Recuerde que siempre tendrá la obligación de pagar la prima mensual del plan, independientemente de la etapa en el pago de medicamentos en que se encuentre.

<b>Etapa 1</b> <i>Etapa de deducible anual</i>	<b>Etapa 2</b> <i>Etapa de cobertura inicial</i>	<b>Etapa 3</b> <i>Etapa de interrupción de cobertura</i>	<b>Etapa 4</b> <i>Etapa de cobertura de gastos excedentes</i>
<p>Durante esta etapa, usted <b>paga el costo total</b> de sus medicamentos.</p> <p>Usted estará en esta etapa hasta que haya pagado \$100 por sus medicamentos del Nivel 4 y Nivel 5 (\$100 es la cantidad de su deducible).</p> <p>Durante esta etapa, sus costos de desembolso por un suministro para 1 mes de insulinas seleccionadas serán de \$0 u \$11.</p> <p>(Puede encontrar más detalles en la Sección 4 de este capítulo).</p>	<p>Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de los medicamentos del Nivel 1, 2, 3 y 6, y <b>usted paga la suya</b>.</p> <p>Una vez que usted (u otra persona en su nombre) haya alcanzado su deducible del Nivel 4 y Nivel 5, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos del Nivel 4 y Nivel 5, y usted paga su parte del costo.</p> <p>Durante esta etapa, sus costos de desembolso por un suministro para 1 mes de insulinas seleccionadas serán de \$0 u \$11.</p> <p>Usted permanecerá en esta etapa hasta que los “<b>costos totales de sus medicamentos</b>” del año hasta la fecha (sus pagos más los pagos de cualquier plan de la Parte D) asciendan a un total de \$4,130.</p> <p>(Puede encontrar más detalles en la Sección 5 de este capítulo).</p>	<p>Durante esta etapa, para los medicamentos de los Niveles 1 y 2, usted paga un copago o el 25% del costo, la cifra que sea menor. Para todos los medicamentos de los Niveles 3, 4, 5 y 6 (excepto las insulinas seleccionadas), usted paga el 25% del precio de los medicamentos de marca (más una parte del cargo por el despacho) y el 25% del precio de los medicamentos genéricos.</p> <p>Durante esta etapa, sus costos de desembolso por un suministro para 1 mes de insulinas seleccionadas serán de \$0 u \$11.</p> <p>Usted permanecerá en esta etapa hasta que sus “<b>costos de desembolso</b>” (sus pagos) del año hasta la fecha asciendan a un total de \$6,550. Medicare ha establecido esta cantidad y las normas para contabilizar los costos hasta alcanzar esta cantidad.</p> <p>(Puede encontrar más detalles en la Sección 6 de este capítulo).</p>	<p>Durante esta etapa, <b>el plan pagará la mayor parte del costo</b> de sus medicamentos durante el resto del año calendario (hasta el 31 de diciembre de 2021).</p> <p>(Puede encontrar más detalles en la Sección 7 de este capítulo).</p>



## **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 llamado “Explicación de beneficios de la Parte D” (la “EOB de la Parte D”)**

Nuestro plan realiza un seguimiento de los costos de sus medicamentos con receta y de los pagos que usted hizo cuando se le despacharon o repusieron medicamentos con receta en la farmacia. De esta forma, podemos decirle si pasó de una etapa en el pago de medicamentos a la siguiente. En particular, hay dos tipos de costos de los cuales hacemos un seguimiento:

- Hacemos un seguimiento de cuánto pagó. Esto se llama costo **“de desembolso”**.
- Hacemos un seguimiento de los **“costos totales de sus medicamentos”**. Esta es la cantidad de desembolso que pagan usted u otros en su nombre, más la cantidad que paga el plan.

Nuestro plan preparará un informe escrito llamado *Explicación de beneficios de la Parte D* (a veces denominada “EOB”) cuando se le hayan despachado uno o más medicamentos con receta a través del plan durante el mes anterior. La EOB de la Parte D brinda más información sobre los medicamentos que usted tome, como aumentos en los precios y otros medicamentos con menor costo compartido que podrían estar disponibles. Debe consultar a su proveedor sobre estas opciones de menor costo. Esto incluye:

- **Información de ese mes.** Este informe proporciona los detalles del pago de los medicamentos con receta que se le despacharon durante el mes anterior. Indica los costos totales de los medicamentos, lo que pagó el plan y lo que pagaron usted u otros en su nombre.
- **Totales del año desde el 1 de enero.** Esto se llama información “del año hasta la fecha”. Indica los costos totales y los pagos totales de sus medicamentos desde que comenzó el año.
- **Información de precios de los medicamentos.** Esta información indicará los aumentos porcentuales acumulados para cada reclamo de medicamentos.
- **Medicamentos alternativos de menor costo disponibles.** Esta sección incluirá información sobre otros medicamentos que puedan estar disponibles con costos compartidos más bajos para cada reclamo de medicamentos.

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

Para hacer un seguimiento de los costos de sus medicamentos y los pagos realizados por usted, usamos registros que nos envían las farmacias. A continuación, le indicamos cómo puede ayudarnos a mantener su información correcta y actualizada:

- **Muestre su tarjeta de membresía cuando le despachen un medicamento con receta.** Para asegurarse de que tengamos información sobre los medicamentos con receta que le están despachando y lo que usted está pagando, muestre su tarjeta de membresía del plan cada vez que le despachen un medicamento con receta.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** A veces, es posible que usted pague por medicamentos con receta y no recibamos automáticamente la información que necesitamos para hacer un seguimiento de sus costos de desembolso. Para ayudarnos a hacer un seguimiento de sus costos de desembolso, puede darnos copias de recibos de medicamentos que haya comprado. (Si se le factura un medicamento cubierto, puede pedirle al plan que pague su parte del costo. Para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo, consulte la Sección 2 del Capítulo 5 de este cuadernillo). A continuación, enumeramos algunos tipos de situaciones en que puede ser conveniente que nos proporcione copias de los recibos de sus medicamentos para garantizar que tengamos un registro completo de lo que usted gastó en ellos:
  - Cuando compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuento que no es parte del beneficio de nuestro plan.
  - Cuando hizo un copago por medicamentos que se brindan en virtud de un programa de asistencia para pacientes de un fabricante de medicamentos.
  - En cualquier ocasión en que haya comprado medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red o en otras ocasiones en que haya pagado el precio total por un medicamento cubierto en circunstancias especiales.

- **Envíenos información sobre los pagos que otras personas hayan hecho por usted.** Los pagos realizados por algunas otras personas y organizaciones determinadas también se computan para sus costos de desembolso y le ayudan a reunir los requisitos para la cobertura de gastos excedentes. Por ejemplo, los pagos realizados por un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica, un Programa de Asistencia para Medicamentos para el SIDA (ADAP), el Servicio de Salud Indígena y la mayoría de las organizaciones benéficas se computan para sus costos de desembolso. Debe mantener un registro de estos pagos y enviarlo para que podamos hacer un seguimiento de sus costos.
- **Revise el informe escrito que le enviemos.** Cuando reciba una *Explicación de beneficios de la Parte D* (una EOB) por correo, revísela para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si cree que en el informe falta algo o si tiene alguna pregunta, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este cuadernillo). Asegúrese de conservar estos informes. Son un registro importante de sus gastos en medicamentos.

## SECCIÓN 4 Durante la Etapa de deducible, usted paga el costo total de sus medicamentos del Nivel 4 y Nivel 5

### Sección 4.1 Usted permanecerá en la Etapa de deducible hasta que haya pagado \$100 por sus medicamentos del Nivel 4 y Nivel 5

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

- Su “**costo total**” suele ser menor que el precio total normal del medicamento, ya que nuestro plan ha negociado costos inferiores para la mayoría de los medicamentos.
- El “**deducible**” es la cantidad que usted debe pagar por los medicamentos con receta de la Parte D antes de que el plan comience a pagar su parte.

Una vez que haya pagado \$100 por sus medicamentos del Nivel 4 y Nivel 5, saldrá de la Etapa de deducible y pasará a la siguiente etapa de pago, que es la Etapa de cobertura inicial.

Este plan no aplica ningún deducible para las insulinas seleccionadas. Durante la Etapa de deducible, sus costos de desembolso por estas insulinas seleccionadas serán de \$0 u \$11 por un suministro para 1 mes. Para averiguar qué medicamentos son insulinas seleccionadas, consulte la Lista de medicamentos más reciente que le enviamos por correo. Si tiene alguna pregunta sobre la Lista de medicamentos, también puede llamar a Servicio al Cliente (los números de teléfono de Servicio al Cliente están impresos en la contratapa de este cuadernillo).

## SECCIÓN 5 Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga su parte de los costos de sus medicamentos, y usted paga la suya

### Sección 5.1 Lo que usted paga por un medicamento depende del medicamento y de dónde lo despache

Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos con receta cubiertos, y usted paga la suya (la cantidad de su copago o coseguro). Su parte del costo variará según el medicamento y dónde lo despache.

#### El plan tiene seis niveles de costo compartido

Cada medicamento incluido en la Lista de medicamentos del plan se encuentra en uno de los seis niveles de costo compartido. En general, cuanto más elevado sea el nivel de costo compartido, mayor será el costo del medicamento para usted:

- Nivel de costo compartido 1: Medicamentos genéricos preferidos. Este nivel incluye medicamentos genéricos preferidos. Este grupo de medicamentos con receta representa el costo compartido más bajo.
- Nivel de costo compartido 2: Medicamentos genéricos. Este nivel incluye medicamentos genéricos no preferidos.
- Nivel de costo compartido 3: Medicamentos de marca preferida. Este nivel incluye medicamentos de marca preferida y puede incluir medicamentos genéricos no preferidos.
- Nivel de costo compartido 4: Medicamentos no preferidos. Este nivel incluye medicamentos de marca no preferida y puede incluir medicamentos genéricos no preferidos.

- Nivel de costo compartido 5: Nivel de especialidad. Este nivel incluye medicamentos genéricos y de marca que cumplen con determinados criterios definidos por Medicare. Este grupo de medicamentos con receta representa el costo compartido más alto.
- Nivel de costo compartido 6: Medicamentos seleccionados. Este nivel incluye medicamentos de marca y genéricos seleccionados.

Para averiguar en qué nivel de costo compartido se encuentra su medicamento, búsquelo en la *Lista de medicamentos* del plan.

### Sus opciones de farmacias

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

- Una farmacia minorista de la red que ofrece opciones estándares de costo compartido
- Una farmacia minorista de la red que ofrece opciones preferidas de costo compartido
- Una farmacia que no está en la red del plan
- La farmacia de pedido por correo del plan

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

Por lo general, cubriremos sus medicamentos con receta *únicamente* si se le despachan en una de las farmacias de nuestra red. Algunas de las farmacias de nuestra red también ofrecen opciones preferidas de costo compartido. Puede dirigirse a farmacias de la red que ofrecen opciones preferidas de costo compartido o a otras farmacias de la red que ofrecen opciones estándares de costo compartido para recibir sus medicamentos con receta cubiertos. Es posible que sus costos sean menores en farmacias que ofrezcan opciones preferidas de costo compartido.

### Sección 5.2 Una tabla que muestra sus costos para un suministro para *un mes* de un medicamento

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

- “**Copago**” significa que usted paga una cantidad fija cada vez que se le despacha un medicamento con receta.
- “**Coseguro**” significa que usted paga un porcentaje del costo total del medicamento cada vez que se le despacha un medicamento con receta.

Según se muestra en la tabla incluida a continuación, la cantidad del copago o coseguro depende del nivel en el que esté su medicamento. Tenga en cuenta lo siguiente:

- Si su medicamento cubierto cuesta menos que la cantidad del copago incluida en el cuadro, usted pagará ese precio menor por el medicamento. Pagará el precio completo del medicamento, *o bien* la cantidad del copago, *la cifra que sea menor*.
- Cubrimos medicamentos con receta despachados en farmacias fuera de la red en situaciones limitadas únicamente. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 3 para obtener información sobre los casos en que cubriremos un medicamento con receta despachado en una farmacia fuera de la red.

Su parte del costo cuando recibe un suministro para *un mes* de un medicamento con receta cubierto por la Parte D:

		Opción estándar de costo compartido minorista (dentro de la red) y opción estándar de costo compartido de pedido por correo (suministro para un máximo de 30 días)	Opción preferida de costo compartido minorista (dentro de la red) y opción preferida de costo compartido de pedido por correo (suministro para un máximo de 30 días)	Costo compartido de cuidados a largo plazo (LTC) (suministro para un máximo de 31 días)	Costo compartido fuera de la red* (La cobertura se limita a determinadas situaciones; consulte el Capítulo 3 para obtener más detalles). (suministro para un máximo de 30 días)
Estados	Nivel				
AK	<b>Nivel 1 de costo compartido</b> (medicamentos genéricos preferidos)	\$15.00	\$4.00	\$15.00	\$15.00
	<b>Nivel 2 de costo compartido</b> (medicamentos genéricos)	\$20.00	\$10.00	\$20.00	\$20.00
	<b>Nivel 3 de costo compartido</b> (medicamentos de marca preferida)	\$47.00	\$42.00	\$47.00	\$47.00
	<b>Nivel 4 de costo compartido</b> (medicamentos no preferidos)	50%	50%	50%	50%
	<b>Nivel 5 de costo compartido</b> (medicamentos de especialidad)	31%	31%	31%	31%
	<b>Nivel 6 de costo compartido<sup>†</sup></b> (medicamentos seleccionados)	\$11.00	\$0.00	\$11.00	\$11.00
AL/TN	<b>Nivel 1 de costo compartido</b> (medicamentos genéricos preferidos)	\$15.00	\$4.00	\$15.00	\$15.00
	<b>Nivel 2 de costo compartido</b> (medicamentos genéricos)	\$20.00	\$10.00	\$20.00	\$20.00
	<b>Nivel 3 de costo compartido</b> (medicamentos de marca preferida)	\$47.00	\$42.00	\$47.00	\$47.00
	<b>Nivel 4 de costo compartido</b> (medicamentos no preferidos)	50%	50%	50%	50%
	<b>Nivel 5 de costo compartido</b> (medicamentos de especialidad)	31%	31%	31%	31%
	<b>Nivel 6 de costo compartido<sup>†</sup></b> (medicamentos seleccionados)	\$11.00	\$0.00	\$11.00	\$11.00

		Opción estándar de costo compartido minorista (dentro de la red) y opción estándar de costo compartido de pedido por correo (suministro para un máximo de 30 días)	Opción preferida de costo compartido minorista (dentro de la red) y opción preferida de costo compartido de pedido por correo (suministro para un máximo de 30 días)	Costo compartido de cuidados a largo plazo (LTC) (suministro para un máximo de 31 días)	Costo compartido fuera de la red* (La cobertura se limita a determinadas situaciones; consulte el Capítulo 3 para obtener más detalles). (suministro para un máximo de 30 días)
Estados	Nivel				
AR	<b>Nivel 1 de costo compartido</b> (medicamentos genéricos preferidos)	\$15.00	\$4.00	\$15.00	\$15.00
	<b>Nivel 2 de costo compartido</b> (medicamentos genéricos)	\$20.00	\$10.00	\$20.00	\$20.00
	<b>Nivel 3 de costo compartido</b> (medicamentos de marca preferida)	\$47.00	\$42.00	\$47.00	\$47.00
	<b>Nivel 4 de costo compartido</b> (medicamentos no preferidos)	50%	50%	50%	50%
	<b>Nivel 5 de costo compartido</b> (medicamentos de especialidad)	31%	31%	31%	31%
	<b>Nivel 6 de costo compartido<sup>†</sup></b> (medicamentos seleccionados)	\$11.00	\$0.00	\$11.00	\$11.00
AZ	<b>Nivel 1 de costo compartido</b> (medicamentos genéricos preferidos)	\$15.00	\$4.00	\$15.00	\$15.00
	<b>Nivel 2 de costo compartido</b> (medicamentos genéricos)	\$20.00	\$10.00	\$20.00	\$20.00
	<b>Nivel 3 de costo compartido</b> (medicamentos de marca preferida)	\$47.00	\$42.00	\$47.00	\$47.00
	<b>Nivel 4 de costo compartido</b> (medicamentos no preferidos)	50%	50%	50%	50%
	<b>Nivel 5 de costo compartido</b> (medicamentos de especialidad)	31%	31%	31%	31%
	<b>Nivel 6 de costo compartido<sup>†</sup></b> (medicamentos seleccionados)	\$11.00	\$0.00	\$11.00	\$11.00

		Opción estándar de costo compartido minorista (dentro de la red) y opción estándar de costo compartido de pedido por correo (suministro para un máximo de 30 días)	Opción preferida de costo compartido minorista (dentro de la red) y opción preferida de costo compartido de pedido por correo (suministro para un máximo de 30 días)	Costo compartido de cuidados a largo plazo (LTC) (suministro para un máximo de 31 días)	Costo compartido fuera de la red* (La cobertura se limita a determinadas situaciones; consulte el Capítulo 3 para obtener más detalles). (suministro para un máximo de 30 días)
Estados	Nivel				
CA	<b>Nivel 1 de costo compartido</b> (medicamentos genéricos preferidos)	\$15.00	\$4.00	\$15.00	\$15.00
	<b>Nivel 2 de costo compartido</b> (medicamentos genéricos)	\$20.00	\$10.00	\$20.00	\$20.00
	<b>Nivel 3 de costo compartido</b> (medicamentos de marca preferida)	\$47.00	\$42.00	\$47.00	\$47.00
	<b>Nivel 4 de costo compartido</b> (medicamentos no preferidos)	49%	49%	49%	49%
	<b>Nivel 5 de costo compartido</b> (medicamentos de especialidad)	31%	31%	31%	31%
	<b>Nivel 6 de costo compartido<sup>†</sup></b> (medicamentos seleccionados)	\$11.00	\$0.00	\$11.00	\$11.00
CO	<b>Nivel 1 de costo compartido</b> (medicamentos genéricos preferidos)	\$15.00	\$4.00	\$15.00	\$15.00
	<b>Nivel 2 de costo compartido</b> (medicamentos genéricos)	\$20.00	\$10.00	\$20.00	\$20.00
	<b>Nivel 3 de costo compartido</b> (medicamentos de marca preferida)	\$47.00	\$42.00	\$47.00	\$47.00
	<b>Nivel 4 de costo compartido</b> (medicamentos no preferidos)	50%	50%	50%	50%
	<b>Nivel 5 de costo compartido</b> (medicamentos de especialidad)	31%	31%	31%	31%
	<b>Nivel 6 de costo compartido<sup>†</sup></b> (medicamentos seleccionados)	\$11.00	\$0.00	\$11.00	\$11.00



		Opción estándar de costo compartido minorista (dentro de la red) y opción estándar de costo compartido de pedido por correo (suministro para un máximo de 30 días)	Opción preferida de costo compartido minorista (dentro de la red) y opción preferida de costo compartido de pedido por correo (suministro para un máximo de 30 días)	Costo compartido de cuidados a largo plazo (LTC) (suministro para un máximo de 31 días)	Costo compartido fuera de la red* (La cobertura se limita a determinadas situaciones; consulte el Capítulo 3 para obtener más detalles). (suministro para un máximo de 30 días)
Estados	Nivel				
CT/MA/RI/VT	<b>Nivel 1 de costo compartido</b> (medicamentos genéricos preferidos)	\$15.00	\$4.00	\$15.00	\$15.00
	<b>Nivel 2 de costo compartido</b> (medicamentos genéricos)	\$20.00	\$10.00	\$20.00	\$20.00
	<b>Nivel 3 de costo compartido</b> (medicamentos de marca preferida)	\$47.00	\$42.00	\$47.00	\$47.00
	<b>Nivel 4 de costo compartido</b> (medicamentos no preferidos)	50%	50%	50%	50%
	<b>Nivel 5 de costo compartido</b> (medicamentos de especialidad)	31%	31%	31%	31%
	<b>Nivel 6 de costo compartido<sup>†</sup></b> (medicamentos seleccionados)	\$11.00	\$0.00	\$11.00	\$11.00
DE/DC/MD	<b>Nivel 1 de costo compartido</b> (medicamentos genéricos preferidos)	\$15.00	\$4.00	\$15.00	\$15.00
	<b>Nivel 2 de costo compartido</b> (medicamentos genéricos)	\$20.00	\$10.00	\$20.00	\$20.00
	<b>Nivel 3 de costo compartido</b> (medicamentos de marca preferida)	\$47.00	\$42.00	\$47.00	\$47.00
	<b>Nivel 4 de costo compartido</b> (medicamentos no preferidos)	50%	50%	50%	50%
	<b>Nivel 5 de costo compartido</b> (medicamentos de especialidad)	31%	31%	31%	31%
	<b>Nivel 6 de costo compartido<sup>†</sup></b> (medicamentos seleccionados)	\$11.00	\$0.00	\$11.00	\$11.00

		Opción estándar de costo compartido minorista (dentro de la red) y opción estándar de costo compartido de pedido por correo (suministro para un máximo de 30 días)	Opción preferida de costo compartido minorista (dentro de la red) y opción preferida de costo compartido de pedido por correo (suministro para un máximo de 30 días)	Costo compartido de cuidados a largo plazo (LTC) (suministro para un máximo de 31 días)	Costo compartido fuera de la red* (La cobertura se limita a determinadas situaciones; consulte el Capítulo 3 para obtener más detalles). (suministro para un máximo de 30 días)
Estados	Nivel				
FL	<b>Nivel 1 de costo compartido</b> (medicamentos genéricos preferidos)	\$15.00	\$4.00	\$15.00	\$15.00
	<b>Nivel 2 de costo compartido</b> (medicamentos genéricos)	\$20.00	\$10.00	\$20.00	\$20.00
	<b>Nivel 3 de costo compartido</b> (medicamentos de marca preferida)	\$47.00	\$42.00	\$47.00	\$47.00
	<b>Nivel 4 de costo compartido</b> (medicamentos no preferidos)	50%	50%	50%	50%
	<b>Nivel 5 de costo compartido</b> (medicamentos de especialidad)	31%	31%	31%	31%
	<b>Nivel 6 de costo compartido<sup>†</sup></b> (medicamentos seleccionados)	\$11.00	\$0.00	\$11.00	\$11.00
GA	<b>Nivel 1 de costo compartido</b> (medicamentos genéricos preferidos)	\$15.00	\$4.00	\$15.00	\$15.00
	<b>Nivel 2 de costo compartido</b> (medicamentos genéricos)	\$20.00	\$10.00	\$20.00	\$20.00
	<b>Nivel 3 de costo compartido</b> (medicamentos de marca preferida)	\$47.00	\$42.00	\$47.00	\$47.00
	<b>Nivel 4 de costo compartido</b> (medicamentos no preferidos)	50%	50%	50%	50%
	<b>Nivel 5 de costo compartido</b> (medicamentos de especialidad)	31%	31%	31%	31%
	<b>Nivel 6 de costo compartido<sup>†</sup></b> (medicamentos seleccionados)	\$11.00	\$0.00	\$11.00	\$11.00

		Opción estándar de costo compartido minorista (dentro de la red) y opción estándar de costo compartido de pedido por correo (suministro para un máximo de 30 días)	Opción preferida de costo compartido minorista (dentro de la red) y opción preferida de costo compartido de pedido por correo (suministro para un máximo de 30 días)	Costo compartido de cuidados a largo plazo (LTC) (suministro para un máximo de 31 días)	Costo compartido fuera de la red* (La cobertura se limita a determinadas situaciones; consulte el Capítulo 3 para obtener más detalles). (suministro para un máximo de 30 días)
Estados	Nivel				
HI	<b>Nivel 1 de costo compartido</b> (medicamentos genéricos preferidos)	\$15.00	\$4.00	\$15.00	\$15.00
	<b>Nivel 2 de costo compartido</b> (medicamentos genéricos)	\$20.00	\$10.00	\$20.00	\$20.00
	<b>Nivel 3 de costo compartido</b> (medicamentos de marca preferida)	\$47.00	\$42.00	\$47.00	\$47.00
	<b>Nivel 4 de costo compartido</b> (medicamentos no preferidos)	50%	50%	50%	50%
	<b>Nivel 5 de costo compartido</b> (medicamentos de especialidad)	31%	31%	31%	31%
	<b>Nivel 6 de costo compartido<sup>†</sup></b> (medicamentos seleccionados)	\$11.00	\$0.00	\$11.00	\$11.00
IA/MN/ MT/ND/ NE/SD/ WY	<b>Nivel 1 de costo compartido</b> (medicamentos genéricos preferidos)	\$15.00	\$4.00	\$15.00	\$15.00
	<b>Nivel 2 de costo compartido</b> (medicamentos genéricos)	\$20.00	\$10.00	\$20.00	\$20.00
	<b>Nivel 3 de costo compartido</b> (medicamentos de marca preferida)	\$47.00	\$42.00	\$47.00	\$47.00
	<b>Nivel 4 de costo compartido</b> (medicamentos no preferidos)	50%	50%	50%	50%
	<b>Nivel 5 de costo compartido</b> (medicamentos de especialidad)	31%	31%	31%	31%
	<b>Nivel 6 de costo compartido<sup>†</sup></b> (medicamentos seleccionados)	\$11.00	\$0.00	\$11.00	\$11.00

		Opción estándar de costo compartido minorista (dentro de la red) y opción estándar de costo compartido de pedido por correo (suministro para un máximo de 30 días)	Opción preferida de costo compartido minorista (dentro de la red) y opción preferida de costo compartido de pedido por correo (suministro para un máximo de 30 días)	Costo compartido de cuidados a largo plazo (LTC) (suministro para un máximo de 31 días)	Costo compartido fuera de la red* (La cobertura se limita a determinadas situaciones; consulte el Capítulo 3 para obtener más detalles). (suministro para un máximo de 30 días)
Estados	Nivel				
ID/UT	<b>Nivel 1 de costo compartido</b> (medicamentos genéricos preferidos)	\$15.00	\$4.00	\$15.00	\$15.00
	<b>Nivel 2 de costo compartido</b> (medicamentos genéricos)	\$20.00	\$10.00	\$20.00	\$20.00
	<b>Nivel 3 de costo compartido</b> (medicamentos de marca preferida)	\$47.00	\$42.00	\$47.00	\$47.00
	<b>Nivel 4 de costo compartido</b> (medicamentos no preferidos)	50%	50%	50%	50%
	<b>Nivel 5 de costo compartido</b> (medicamentos de especialidad)	31%	31%	31%	31%
	<b>Nivel 6 de costo compartido<sup>†</sup></b> (medicamentos seleccionados)	\$11.00	\$0.00	\$11.00	\$11.00
IL	<b>Nivel 1 de costo compartido</b> (medicamentos genéricos preferidos)	\$15.00	\$4.00	\$15.00	\$15.00
	<b>Nivel 2 de costo compartido</b> (medicamentos genéricos)	\$20.00	\$10.00	\$20.00	\$20.00
	<b>Nivel 3 de costo compartido</b> (medicamentos de marca preferida)	\$47.00	\$42.00	\$47.00	\$47.00
	<b>Nivel 4 de costo compartido</b> (medicamentos no preferidos)	50%	50%	50%	50%
	<b>Nivel 5 de costo compartido</b> (medicamentos de especialidad)	31%	31%	31%	31%
	<b>Nivel 6 de costo compartido<sup>†</sup></b> (medicamentos seleccionados)	\$11.00	\$0.00	\$11.00	\$11.00

		Opción estándar de costo compartido minorista (dentro de la red) y opción estándar de costo compartido de pedido por correo (suministro para un máximo de 30 días)	Opción preferida de costo compartido minorista (dentro de la red) y opción preferida de costo compartido de pedido por correo (suministro para un máximo de 30 días)	Costo compartido de cuidados a largo plazo (LTC) (suministro para un máximo de 31 días)	Costo compartido fuera de la red* (La cobertura se limita a determinadas situaciones; consulte el Capítulo 3 para obtener más detalles). (suministro para un máximo de 30 días)
Estados	Nivel				
IN/KY	<b>Nivel 1 de costo compartido</b> (medicamentos genéricos preferidos)	\$15.00	\$4.00	\$15.00	\$15.00
	<b>Nivel 2 de costo compartido</b> (medicamentos genéricos)	\$20.00	\$10.00	\$20.00	\$20.00
	<b>Nivel 3 de costo compartido</b> (medicamentos de marca preferida)	\$47.00	\$42.00	\$47.00	\$47.00
	<b>Nivel 4 de costo compartido</b> (medicamentos no preferidos)	50%	50%	50%	50%
	<b>Nivel 5 de costo compartido</b> (medicamentos de especialidad)	31%	31%	31%	31%
	<b>Nivel 6 de costo compartido<sup>†</sup></b> (medicamentos seleccionados)	\$11.00	\$0.00	\$11.00	\$11.00
KS	<b>Nivel 1 de costo compartido</b> (medicamentos genéricos preferidos)	\$15.00	\$4.00	\$15.00	\$15.00
	<b>Nivel 2 de costo compartido</b> (medicamentos genéricos)	\$20.00	\$10.00	\$20.00	\$20.00
	<b>Nivel 3 de costo compartido</b> (medicamentos de marca preferida)	\$47.00	\$42.00	\$47.00	\$47.00
	<b>Nivel 4 de costo compartido</b> (medicamentos no preferidos)	50%	50%	50%	50%
	<b>Nivel 5 de costo compartido</b> (medicamentos de especialidad)	31%	31%	31%	31%
	<b>Nivel 6 de costo compartido<sup>†</sup></b> (medicamentos seleccionados)	\$11.00	\$0.00	\$11.00	\$11.00

		Opción estándar de costo compartido minorista (dentro de la red) y opción estándar de costo compartido de pedido por correo (suministro para un máximo de 30 días)	Opción preferida de costo compartido minorista (dentro de la red) y opción preferida de costo compartido de pedido por correo (suministro para un máximo de 30 días)	Costo compartido de cuidados a largo plazo (LTC) (suministro para un máximo de 31 días)	Costo compartido fuera de la red* (La cobertura se limita a determinadas situaciones; consulte el Capítulo 3 para obtener más detalles). (suministro para un máximo de 30 días)
Estados	Nivel				
LA	<b>Nivel 1 de costo compartido</b> (medicamentos genéricos preferidos)	\$15.00	\$4.00	\$15.00	\$15.00
	<b>Nivel 2 de costo compartido</b> (medicamentos genéricos)	\$20.00	\$10.00	\$20.00	\$20.00
	<b>Nivel 3 de costo compartido</b> (medicamentos de marca preferida)	\$47.00	\$42.00	\$47.00	\$47.00
	<b>Nivel 4 de costo compartido</b> (medicamentos no preferidos)	50%	50%	50%	50%
	<b>Nivel 5 de costo compartido</b> (medicamentos de especialidad)	31%	31%	31%	31%
	<b>Nivel 6 de costo compartido<sup>†</sup></b> (medicamentos seleccionados)	\$11.00	\$0.00	\$11.00	\$11.00
MI	<b>Nivel 1 de costo compartido</b> (medicamentos genéricos preferidos)	\$15.00	\$4.00	\$15.00	\$15.00
	<b>Nivel 2 de costo compartido</b> (medicamentos genéricos)	\$20.00	\$10.00	\$20.00	\$20.00
	<b>Nivel 3 de costo compartido</b> (medicamentos de marca preferida)	\$47.00	\$42.00	\$47.00	\$47.00
	<b>Nivel 4 de costo compartido</b> (medicamentos no preferidos)	50%	50%	50%	50%
	<b>Nivel 5 de costo compartido</b> (medicamentos de especialidad)	31%	31%	31%	31%
	<b>Nivel 6 de costo compartido<sup>†</sup></b> (medicamentos seleccionados)	\$11.00	\$0.00	\$11.00	\$11.00



		Opción estándar de costo compartido minorista (dentro de la red) y opción estándar de costo compartido de pedido por correo (suministro para un máximo de 30 días)	Opción preferida de costo compartido minorista (dentro de la red) y opción preferida de costo compartido de pedido por correo (suministro para un máximo de 30 días)	Costo compartido de cuidados a largo plazo (LTC) (suministro para un máximo de 31 días)	Costo compartido fuera de la red* (La cobertura se limita a determinadas situaciones; consulte el Capítulo 3 para obtener más detalles). (suministro para un máximo de 30 días)
Estados	Nivel				
MO	<b>Nivel 1 de costo compartido</b> (medicamentos genéricos preferidos)	\$15.00	\$4.00	\$15.00	\$15.00
	<b>Nivel 2 de costo compartido</b> (medicamentos genéricos)	\$20.00	\$10.00	\$20.00	\$20.00
	<b>Nivel 3 de costo compartido</b> (medicamentos de marca preferida)	\$47.00	\$42.00	\$47.00	\$47.00
	<b>Nivel 4 de costo compartido</b> (medicamentos no preferidos)	50%	50%	50%	50%
	<b>Nivel 5 de costo compartido</b> (medicamentos de especialidad)	31%	31%	31%	31%
	<b>Nivel 6 de costo compartido<sup>†</sup></b> (medicamentos seleccionados)	\$11.00	\$0.00	\$11.00	\$11.00
MS	<b>Nivel 1 de costo compartido</b> (medicamentos genéricos preferidos)	\$15.00	\$4.00	\$15.00	\$15.00
	<b>Nivel 2 de costo compartido</b> (medicamentos genéricos)	\$20.00	\$10.00	\$20.00	\$20.00
	<b>Nivel 3 de costo compartido</b> (medicamentos de marca preferida)	\$47.00	\$42.00	\$47.00	\$47.00
	<b>Nivel 4 de costo compartido</b> (medicamentos no preferidos)	50%	50%	50%	50%
	<b>Nivel 5 de costo compartido</b> (medicamentos de especialidad)	31%	31%	31%	31%
	<b>Nivel 6 de costo compartido<sup>†</sup></b> (medicamentos seleccionados)	\$11.00	\$0.00	\$11.00	\$11.00

		Opción estándar de costo compartido minorista (dentro de la red) y opción estándar de costo compartido de pedido por correo (suministro para un máximo de 30 días)	Opción preferida de costo compartido minorista (dentro de la red) y opción preferida de costo compartido de pedido por correo (suministro para un máximo de 30 días)	Costo compartido de cuidados a largo plazo (LTC) (suministro para un máximo de 31 días)	Costo compartido fuera de la red* (La cobertura se limita a determinadas situaciones; consulte el Capítulo 3 para obtener más detalles). (suministro para un máximo de 30 días)
Estados	Nivel				
NC	<b>Nivel 1 de costo compartido</b> (medicamentos genéricos preferidos)	\$15.00	\$4.00	\$15.00	\$15.00
	<b>Nivel 2 de costo compartido</b> (medicamentos genéricos)	\$20.00	\$10.00	\$20.00	\$20.00
	<b>Nivel 3 de costo compartido</b> (medicamentos de marca preferida)	\$47.00	\$42.00	\$47.00	\$47.00
	<b>Nivel 4 de costo compartido</b> (medicamentos no preferidos)	50%	50%	50%	50%
	<b>Nivel 5 de costo compartido</b> (medicamentos de especialidad)	31%	31%	31%	31%
	<b>Nivel 6 de costo compartido<sup>†</sup></b> (medicamentos seleccionados)	\$11.00	\$0.00	\$11.00	\$11.00
NH/ME	<b>Nivel 1 de costo compartido</b> (medicamentos genéricos preferidos)	\$15.00	\$4.00	\$15.00	\$15.00
	<b>Nivel 2 de costo compartido</b> (medicamentos genéricos)	\$20.00	\$10.00	\$20.00	\$20.00
	<b>Nivel 3 de costo compartido</b> (medicamentos de marca preferida)	\$47.00	\$42.00	\$47.00	\$47.00
	<b>Nivel 4 de costo compartido</b> (medicamentos no preferidos)	50%	50%	50%	50%
	<b>Nivel 5 de costo compartido</b> (medicamentos de especialidad)	31%	31%	31%	31%
	<b>Nivel 6 de costo compartido<sup>†</sup></b> (medicamentos seleccionados)	\$11.00	\$0.00	\$11.00	\$11.00

		Opción estándar de costo compartido minorista (dentro de la red) y opción estándar de costo compartido de pedido por correo (suministro para un máximo de 30 días)	Opción preferida de costo compartido minorista (dentro de la red) y opción preferida de costo compartido de pedido por correo (suministro para un máximo de 30 días)	Costo compartido de cuidados a largo plazo (LTC) (suministro para un máximo de 31 días)	Costo compartido fuera de la red* (La cobertura se limita a determinadas situaciones; consulte el Capítulo 3 para obtener más detalles). (suministro para un máximo de 30 días)
Estados	Nivel				
NJ	<b>Nivel 1 de costo compartido</b> (medicamentos genéricos preferidos)	\$15.00	\$4.00	\$15.00	\$15.00
	<b>Nivel 2 de costo compartido</b> (medicamentos genéricos)	\$20.00	\$10.00	\$20.00	\$20.00
	<b>Nivel 3 de costo compartido</b> (medicamentos de marca preferida)	\$47.00	\$42.00	\$47.00	\$47.00
	<b>Nivel 4 de costo compartido</b> (medicamentos no preferidos)	50%	50%	50%	50%
	<b>Nivel 5 de costo compartido</b> (medicamentos de especialidad)	31%	31%	31%	31%
	<b>Nivel 6 de costo compartido<sup>†</sup></b> (medicamentos seleccionados)	\$11.00	\$0.00	\$11.00	\$11.00
NM	<b>Nivel 1 de costo compartido</b> (medicamentos genéricos preferidos)	\$15.00	\$4.00	\$15.00	\$15.00
	<b>Nivel 2 de costo compartido</b> (medicamentos genéricos)	\$20.00	\$10.00	\$20.00	\$20.00
	<b>Nivel 3 de costo compartido</b> (medicamentos de marca preferida)	\$47.00	\$42.00	\$47.00	\$47.00
	<b>Nivel 4 de costo compartido</b> (medicamentos no preferidos)	50%	50%	50%	50%
	<b>Nivel 5 de costo compartido</b> (medicamentos de especialidad)	31%	31%	31%	31%
	<b>Nivel 6 de costo compartido<sup>†</sup></b> (medicamentos seleccionados)	\$11.00	\$0.00	\$11.00	\$11.00

		Opción estándar de costo compartido minorista (dentro de la red) y opción estándar de costo compartido de pedido por correo (suministro para un máximo de 30 días)	Opción preferida de costo compartido minorista (dentro de la red) y opción preferida de costo compartido de pedido por correo (suministro para un máximo de 30 días)	Costo compartido de cuidados a largo plazo (LTC) (suministro para un máximo de 31 días)	Costo compartido fuera de la red* (La cobertura se limita a determinadas situaciones; consulte el Capítulo 3 para obtener más detalles). (suministro para un máximo de 30 días)
Estados	Nivel				
NV	<b>Nivel 1 de costo compartido</b> (medicamentos genéricos preferidos)	\$15.00	\$4.00	\$15.00	\$15.00
	<b>Nivel 2 de costo compartido</b> (medicamentos genéricos)	\$20.00	\$10.00	\$20.00	\$20.00
	<b>Nivel 3 de costo compartido</b> (medicamentos de marca preferida)	\$47.00	\$42.00	\$47.00	\$47.00
	<b>Nivel 4 de costo compartido</b> (medicamentos no preferidos)	50%	50%	50%	50%
	<b>Nivel 5 de costo compartido</b> (medicamentos de especialidad)	31%	31%	31%	31%
	<b>Nivel 6 de costo compartido<sup>†</sup></b> (medicamentos seleccionados)	\$11.00	\$0.00	\$11.00	\$11.00
NY	<b>Nivel 1 de costo compartido</b> (medicamentos genéricos preferidos)	\$15.00	\$4.00	\$15.00	\$15.00
	<b>Nivel 2 de costo compartido</b> (medicamentos genéricos)	\$20.00	\$10.00	\$20.00	\$20.00
	<b>Nivel 3 de costo compartido</b> (medicamentos de marca preferida)	\$47.00	\$42.00	\$47.00	\$47.00
	<b>Nivel 4 de costo compartido</b> (medicamentos no preferidos)	50%	50%	50%	50%
	<b>Nivel 5 de costo compartido</b> (medicamentos de especialidad)	31%	31%	31%	31%
	<b>Nivel 6 de costo compartido<sup>†</sup></b> (medicamentos seleccionados)	\$11.00	\$0.00	\$11.00	\$11.00

		Opción estándar de costo compartido minorista (dentro de la red) y opción estándar de costo compartido de pedido por correo (suministro para un máximo de 30 días)	Opción preferida de costo compartido minorista (dentro de la red) y opción preferida de costo compartido de pedido por correo (suministro para un máximo de 30 días)	Costo compartido de cuidados a largo plazo (LTC) (suministro para un máximo de 31 días)	Costo compartido fuera de la red* (La cobertura se limita a determinadas situaciones; consulte el Capítulo 3 para obtener más detalles). (suministro para un máximo de 30 días)
Estados	Nivel				
OH	<b>Nivel 1 de costo compartido</b> (medicamentos genéricos preferidos)	\$15.00	\$4.00	\$15.00	\$15.00
	<b>Nivel 2 de costo compartido</b> (medicamentos genéricos)	\$20.00	\$10.00	\$20.00	\$20.00
	<b>Nivel 3 de costo compartido</b> (medicamentos de marca preferida)	\$47.00	\$42.00	\$47.00	\$47.00
	<b>Nivel 4 de costo compartido</b> (medicamentos no preferidos)	50%	50%	50%	50%
	<b>Nivel 5 de costo compartido</b> (medicamentos de especialidad)	31%	31%	31%	31%
	<b>Nivel 6 de costo compartido<sup>†</sup></b> (medicamentos seleccionados)	\$11.00	\$0.00	\$11.00	\$11.00
OK	<b>Nivel 1 de costo compartido</b> (medicamentos genéricos preferidos)	\$15.00	\$4.00	\$15.00	\$15.00
	<b>Nivel 2 de costo compartido</b> (medicamentos genéricos)	\$20.00	\$10.00	\$20.00	\$20.00
	<b>Nivel 3 de costo compartido</b> (medicamentos de marca preferida)	\$47.00	\$42.00	\$47.00	\$47.00
	<b>Nivel 4 de costo compartido</b> (medicamentos no preferidos)	50%	50%	50%	50%
	<b>Nivel 5 de costo compartido</b> (medicamentos de especialidad)	31%	31%	31%	31%
	<b>Nivel 6 de costo compartido<sup>†</sup></b> (medicamentos seleccionados)	\$11.00	\$0.00	\$11.00	\$11.00

		Opción estándar de costo compartido minorista (dentro de la red) y opción estándar de costo compartido de pedido por correo (suministro para un máximo de 30 días)	Opción preferida de costo compartido minorista (dentro de la red) y opción preferida de costo compartido de pedido por correo (suministro para un máximo de 30 días)	Costo compartido de cuidados a largo plazo (LTC) (suministro para un máximo de 31 días)	Costo compartido fuera de la red* (La cobertura se limita a determinadas situaciones; consulte el Capítulo 3 para obtener más detalles). (suministro para un máximo de 30 días)
Estados	Nivel				
OR/WA	<b>Nivel 1 de costo compartido</b> (medicamentos genéricos preferidos)	\$15.00	\$4.00	\$15.00	\$15.00
	<b>Nivel 2 de costo compartido</b> (medicamentos genéricos)	\$20.00	\$10.00	\$20.00	\$20.00
	<b>Nivel 3 de costo compartido</b> (medicamentos de marca preferida)	\$47.00	\$42.00	\$47.00	\$47.00
	<b>Nivel 4 de costo compartido</b> (medicamentos no preferidos)	50%	50%	50%	50%
	<b>Nivel 5 de costo compartido</b> (medicamentos de especialidad)	31%	31%	31%	31%
	<b>Nivel 6 de costo compartido<sup>†</sup></b> (medicamentos seleccionados)	\$11.00	\$0.00	\$11.00	\$11.00
PA/WV	<b>Nivel 1 de costo compartido</b> (medicamentos genéricos preferidos)	\$15.00	\$4.00	\$15.00	\$15.00
	<b>Nivel 2 de costo compartido</b> (medicamentos genéricos)	\$20.00	\$10.00	\$20.00	\$20.00
	<b>Nivel 3 de costo compartido</b> (medicamentos de marca preferida)	\$47.00	\$42.00	\$47.00	\$47.00
	<b>Nivel 4 de costo compartido</b> (medicamentos no preferidos)	50%	50%	50%	50%
	<b>Nivel 5 de costo compartido</b> (medicamentos de especialidad)	31%	31%	31%	31%
	<b>Nivel 6 de costo compartido<sup>†</sup></b> (medicamentos seleccionados)	\$11.00	\$0.00	\$11.00	\$11.00



		Opción estándar de costo compartido minorista (dentro de la red) y opción estándar de costo compartido de pedido por correo (suministro para un máximo de 30 días)	Opción preferida de costo compartido minorista (dentro de la red) y opción preferida de costo compartido de pedido por correo (suministro para un máximo de 30 días)	Costo compartido de cuidados a largo plazo (LTC) (suministro para un máximo de 31 días)	Costo compartido fuera de la red* (La cobertura se limita a determinadas situaciones; consulte el Capítulo 3 para obtener más detalles). (suministro para un máximo de 30 días)
Estados	Nivel				
SC	<b>Nivel 1 de costo compartido</b> (medicamentos genéricos preferidos)	\$15.00	\$4.00	\$15.00	\$15.00
	<b>Nivel 2 de costo compartido</b> (medicamentos genéricos)	\$20.00	\$10.00	\$20.00	\$20.00
	<b>Nivel 3 de costo compartido</b> (medicamentos de marca preferida)	\$47.00	\$42.00	\$47.00	\$47.00
	<b>Nivel 4 de costo compartido</b> (medicamentos no preferidos)	50%	50%	50%	50%
	<b>Nivel 5 de costo compartido</b> (medicamentos de especialidad)	31%	31%	31%	31%
	<b>Nivel 6 de costo compartido<sup>†</sup></b> (medicamentos seleccionados)	\$11.00	\$0.00	\$11.00	\$11.00
TX	<b>Nivel 1 de costo compartido</b> (medicamentos genéricos preferidos)	\$15.00	\$4.00	\$15.00	\$15.00
	<b>Nivel 2 de costo compartido</b> (medicamentos genéricos)	\$20.00	\$10.00	\$20.00	\$20.00
	<b>Nivel 3 de costo compartido</b> (medicamentos de marca preferida)	\$47.00	\$42.00	\$47.00	\$47.00
	<b>Nivel 4 de costo compartido</b> (medicamentos no preferidos)	50%	50%	50%	50%
	<b>Nivel 5 de costo compartido</b> (medicamentos de especialidad)	31%	31%	31%	31%
	<b>Nivel 6 de costo compartido<sup>†</sup></b> (medicamentos seleccionados)	\$11.00	\$0.00	\$11.00	\$11.00

		Opción estándar de costo compartido minorista (dentro de la red) y opción estándar de costo compartido de pedido por correo (suministro para un máximo de 30 días)	Opción preferida de costo compartido minorista (dentro de la red) y opción preferida de costo compartido de pedido por correo (suministro para un máximo de 30 días)	Costo compartido de cuidados a largo plazo (LTC) (suministro para un máximo de 31 días)	Costo compartido fuera de la red* (La cobertura se limita a determinadas situaciones; consulte el Capítulo 3 para obtener más detalles). (suministro para un máximo de 30 días)
Estados	Nivel				
VA	<b>Nivel 1 de costo compartido</b> (medicamentos genéricos preferidos)	\$15.00	\$4.00	\$15.00	\$15.00
	<b>Nivel 2 de costo compartido</b> (medicamentos genéricos)	\$20.00	\$10.00	\$20.00	\$20.00
	<b>Nivel 3 de costo compartido</b> (medicamentos de marca preferida)	\$47.00	\$42.00	\$47.00	\$47.00
	<b>Nivel 4 de costo compartido</b> (medicamentos no preferidos)	50%	50%	50%	50%
	<b>Nivel 5 de costo compartido</b> (medicamentos de especialidad)	31%	31%	31%	31%
	<b>Nivel 6 de costo compartido<sup>†</sup></b> (medicamentos seleccionados)	\$11.00	\$0.00	\$11.00	\$11.00
WI	<b>Nivel 1 de costo compartido</b> (medicamentos genéricos preferidos)	\$15.00	\$4.00	\$15.00	\$15.00
	<b>Nivel 2 de costo compartido</b> (medicamentos genéricos)	\$20.00	\$10.00	\$20.00	\$20.00
	<b>Nivel 3 de costo compartido</b> (medicamentos de marca preferida)	\$47.00	\$42.00	\$47.00	\$47.00
	<b>Nivel 4 de costo compartido</b> (medicamentos no preferidos)	50%	50%	50%	50%
	<b>Nivel 5 de costo compartido</b> (medicamentos de especialidad)	31%	31%	31%	31%
	<b>Nivel 6 de costo compartido<sup>†</sup></b> (medicamentos seleccionados)	\$11.00	\$0.00	\$11.00	\$11.00

\* Pagará el copago o el coseguro que se muestra arriba, más la diferencia entre el cargo facturado por la farmacia fuera de la red y los costos habituales facturados por nuestras farmacias minoristas estándares.

<sup>†</sup> El Nivel 6 de costo compartido incluye insulinas seleccionadas.

### **Sección 5.3 Si su médico le receta un suministro para menos de un mes completo, es posible que no tenga que pagar el costo del suministro para todo un mes**

Habitualmente, la cantidad que usted paga por un medicamento con receta cubre un suministro para un mes completo de un medicamento cubierto. Sin embargo, su médico puede recetar un suministro de medicamentos para menos de un mes. En algunas ocasiones, puede ser conveniente consultar a su médico sobre la posibilidad de que le recete un suministro de un medicamento para menos de un mes (por ejemplo, cuando se prueba por primera vez un medicamento que se sabe que tiene efectos secundarios graves). Si su médico le receta un suministro para menos de un mes completo, usted no tendrá que pagar el suministro para un mes completo para determinados medicamentos.

La cantidad que pagará cuando reciba un suministro para menos de un mes dependerá de si tiene la responsabilidad de pagar un coseguro (un porcentaje del costo total) o un copago (una cantidad fija en dólares).

- Si usted debe pagar un coseguro, pagará un *porcentaje* del costo total del medicamento. Pagará el mismo porcentaje independientemente de si la receta es para un suministro para un mes completo o para menos días. Sin embargo, dado que el costo completo del medicamento será menor si compra un suministro para menos de un mes, la *cantidad* que pagará será menor.
- Si usted debe pagar un copago por el medicamento, su copago se basará en la cantidad de días del medicamento que reciba. Calcularemos el monto que pague por día por su medicamento (la “tasa de costo compartido diario”) y lo multiplicaremos por la cantidad de días del medicamento que reciba.
  - Por ejemplo: Supongamos que el copago de su medicamento para un suministro para un mes completo (un suministro para 30 días) es de \$30. Esto significa que la cantidad que pagará por día por su medicamento será de \$1. Si recibe un suministro del medicamento para 7 días, su pago será de \$1 por día multiplicado por 7 días, lo cual representa un pago total de \$7.

El costo compartido diario le permite asegurarse de que un medicamento le resulte eficaz antes de tener que pagar un suministro para todo un mes. También puede pedirles a su médico que le recete, y a su farmacéutico que le despache, un suministro para menos de un mes completo de uno o más medicamentos, si esto le ayuda a planificar mejor las fechas de reposición para diferentes medicamentos con receta, de modo que pueda ir menos veces a la farmacia. La cantidad que pagará dependerá de la cantidad de días de suministro que reciba.

### **Sección 5.4 Una tabla que muestra sus costos para un suministro a largo plazo (para un máximo de 90 días) de un medicamento**

Para algunos medicamentos, puede obtener un suministro a largo plazo (también llamado “suministro extendido”) cuando se le despacha su medicamento con receta. Un suministro a largo plazo es un suministro para un máximo de 90 días. (Para obtener detalles sobre dónde y cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento, consulte la Sección 2.4 del Capítulo 3).

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

- Tenga en cuenta lo siguiente: Si su medicamento cubierto cuesta menos que la cantidad del copago incluida en el cuadro, usted pagará ese precio menor por el medicamento. Pagará el precio completo del medicamento, *o bien* la cantidad del copago, *la cifra que sea menor*.

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

Estados	Nivel	Opción estándar de costo compartido minorista (dentro de la red)	Opción preferida de costo compartido minorista (dentro de la red)	Opción estándar de costo compartido de pedido por correo	Opción preferida de costo compartido de pedido por correo
		(suministro para un máximo de 90 días)	(suministro para un máximo de 90 días)	(suministro para un máximo de 90 días)	(suministro para un máximo de 90 días)
AK	<b>Nivel 1 de costo compartido</b> (medicamentos genéricos preferidos)	\$45.00	\$12.00	\$45.00	\$0.00
	<b>Nivel 2 de costo compartido</b> (medicamentos genéricos)	\$60.00	\$30.00	\$60.00	\$20.00
	<b>Nivel 3 de costo compartido</b> (medicamentos de marca preferida)	\$141.00	\$126.00	\$141.00	\$126.00
	<b>Nivel 4 de costo compartido</b> (medicamentos no preferidos)	50%	50%	50%	50%
	<b>Nivel 5 de costo compartido</b> (medicamentos de especialidad)	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos del Nivel 5.	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos del Nivel 5.	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos del Nivel 5.	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos del Nivel 5.
	<b>Nivel 6 de costo compartido<sup>†</sup></b> (medicamentos seleccionados)	\$33.00	\$0.00	\$33.00	\$0.00
AL/TN	<b>Nivel 1 de costo compartido</b> (medicamentos genéricos preferidos)	\$45.00	\$12.00	\$45.00	\$0.00
	<b>Nivel 2 de costo compartido</b> (medicamentos genéricos)	\$60.00	\$30.00	\$60.00	\$20.00
	<b>Nivel 3 de costo compartido</b> (medicamentos de marca preferida)	\$141.00	\$126.00	\$141.00	\$126.00
	<b>Nivel 4 de costo compartido</b> (medicamentos no preferidos)	50%	50%	50%	50%
	<b>Nivel 5 de costo compartido</b> (medicamentos de especialidad)	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos del Nivel 5.	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos del Nivel 5.	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos del Nivel 5.	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos del Nivel 5.
	<b>Nivel 6 de costo compartido<sup>†</sup></b> (medicamentos seleccionados)	\$33.00	\$0.00	\$33.00	\$0.00

		Opción estándar de costo compartido minorista (dentro de la red)  (suministro para un máximo de 90 días)	Opción preferida de costo compartido minorista (dentro de la red)  (suministro para un máximo de 90 días)	Opción estándar de costo compartido de pedido por correo  (suministro para un máximo de 90 días)	Opción preferida de costo compartido de pedido por correo  (suministro para un máximo de 90 días)
Estados	Nivel				
AR	<b>Nivel 1 de costo compartido</b> (medicamentos genéricos preferidos)	\$45.00	\$12.00	\$45.00	\$0.00
	<b>Nivel 2 de costo compartido</b> (medicamentos genéricos)	\$60.00	\$30.00	\$60.00	\$20.00
	<b>Nivel 3 de costo compartido</b> (medicamentos de marca preferida)	\$141.00	\$126.00	\$141.00	\$126.00
	<b>Nivel 4 de costo compartido</b> (medicamentos no preferidos)	50%	50%	50%	50%
	<b>Nivel 5 de costo compartido</b> (medicamentos de especialidad)	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos del Nivel 5.	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos del Nivel 5.	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos del Nivel 5.	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos del Nivel 5.
	<b>Nivel 6 de costo compartido<sup>†</sup></b> (medicamentos seleccionados)	\$33.00	\$0.00	\$33.00	\$0.00
AZ	<b>Nivel 1 de costo compartido</b> (medicamentos genéricos preferidos)	\$45.00	\$12.00	\$45.00	\$0.00
	<b>Nivel 2 de costo compartido</b> (medicamentos genéricos)	\$60.00	\$30.00	\$60.00	\$20.00
	<b>Nivel 3 de costo compartido</b> (medicamentos de marca preferida)	\$141.00	\$126.00	\$141.00	\$126.00
	<b>Nivel 4 de costo compartido</b> (medicamentos no preferidos)	50%	50%	50%	50%
	<b>Nivel 5 de costo compartido</b> (medicamentos de especialidad)	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos del Nivel 5.	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos del Nivel 5.	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos del Nivel 5.	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos del Nivel 5.
	<b>Nivel 6 de costo compartido<sup>†</sup></b> (medicamentos seleccionados)	\$33.00	\$0.00	\$33.00	\$0.00

		Opción estándar de costo compartido minorista (dentro de la red)	Opción preferida de costo compartido minorista (dentro de la red)	Opción estándar de costo compartido de pedido por correo	Opción preferida de costo compartido de pedido por correo
Estados Nivel		(suministro para un máximo de 90 días)	(suministro para un máximo de 90 días)	(suministro para un máximo de 90 días)	(suministro para un máximo de 90 días)
CA	<b>Nivel 1 de costo compartido</b> (medicamentos genéricos preferidos)	\$45.00	\$12.00	\$45.00	\$0.00
	<b>Nivel 2 de costo compartido</b> (medicamentos genéricos)	\$60.00	\$30.00	\$60.00	\$20.00
	<b>Nivel 3 de costo compartido</b> (medicamentos de marca preferida)	\$141.00	\$126.00	\$141.00	\$126.00
	<b>Nivel 4 de costo compartido</b> (medicamentos no preferidos)	49%	49%	49%	49%
	<b>Nivel 5 de costo compartido</b> (medicamentos de especialidad)	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos del Nivel 5.	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos del Nivel 5.	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos del Nivel 5.	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos del Nivel 5.
	<b>Nivel 6 de costo compartido<sup>†</sup></b> (medicamentos seleccionados)	\$33.00	\$0.00	\$33.00	\$0.00
CO	<b>Nivel 1 de costo compartido</b> (medicamentos genéricos preferidos)	\$45.00	\$12.00	\$45.00	\$0.00
	<b>Nivel 2 de costo compartido</b> (medicamentos genéricos)	\$60.00	\$30.00	\$60.00	\$20.00
	<b>Nivel 3 de costo compartido</b> (medicamentos de marca preferida)	\$141.00	\$126.00	\$141.00	\$126.00
	<b>Nivel 4 de costo compartido</b> (medicamentos no preferidos)	50%	50%	50%	50%
	<b>Nivel 5 de costo compartido</b> (medicamentos de especialidad)	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos del Nivel 5.	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos del Nivel 5.	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos del Nivel 5.	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos del Nivel 5.
	<b>Nivel 6 de costo compartido<sup>†</sup></b> (medicamentos seleccionados)	\$33.00	\$0.00	\$33.00	\$0.00



		Opción estándar de costo compartido minorista (dentro de la red)  (suministro para un máximo de 90 días)	Opción preferida de costo compartido minorista (dentro de la red)  (suministro para un máximo de 90 días)	Opción estándar de costo compartido de pedido por correo  (suministro para un máximo de 90 días)	Opción preferida de costo compartido de pedido por correo  (suministro para un máximo de 90 días)
Estados	Nivel				
CT/MA/ RI/VT	<b>Nivel 1 de costo compartido</b> (medicamentos genéricos preferidos)	\$45.00	\$12.00	\$45.00	\$0.00
	<b>Nivel 2 de costo compartido</b> (medicamentos genéricos)	\$60.00	\$30.00	\$60.00	\$20.00
	<b>Nivel 3 de costo compartido</b> (medicamentos de marca preferida)	\$141.00	\$126.00	\$141.00	\$126.00
	<b>Nivel 4 de costo compartido</b> (medicamentos no preferidos)	50%	50%	50%	50%
	<b>Nivel 5 de costo compartido</b> (medicamentos de especialidad)	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos del Nivel 5.	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos del Nivel 5.	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos del Nivel 5.	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos del Nivel 5.
	<b>Nivel 6 de costo compartido<sup>†</sup></b> (medicamentos seleccionados)	\$33.00	\$0.00	\$33.00	\$0.00
DE/DC/ MD	<b>Nivel 1 de costo compartido</b> (medicamentos genéricos preferidos)	\$45.00	\$12.00	\$45.00	\$0.00
	<b>Nivel 2 de costo compartido</b> (medicamentos genéricos)	\$60.00	\$30.00	\$60.00	\$20.00
	<b>Nivel 3 de costo compartido</b> (medicamentos de marca preferida)	\$141.00	\$126.00	\$141.00	\$126.00
	<b>Nivel 4 de costo compartido</b> (medicamentos no preferidos)	50%	50%	50%	50%
	<b>Nivel 5 de costo compartido</b> (medicamentos de especialidad)	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos del Nivel 5.	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos del Nivel 5.	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos del Nivel 5.	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos del Nivel 5.
	<b>Nivel 6 de costo compartido<sup>†</sup></b> (medicamentos seleccionados)	\$33.00	\$0.00	\$33.00	\$0.00

		Opción estándar de costo compartido minorista (dentro de la red)	Opción preferida de costo compartido minorista (dentro de la red)	Opción estándar de costo compartido de pedido por correo	Opción preferida de costo compartido de pedido por correo
Estados Nivel		(suministro para un máximo de 90 días)	(suministro para un máximo de 90 días)	(suministro para un máximo de 90 días)	(suministro para un máximo de 90 días)
FL	<b>Nivel 1 de costo compartido</b> (medicamentos genéricos preferidos)	\$45.00	\$12.00	\$45.00	\$0.00
	<b>Nivel 2 de costo compartido</b> (medicamentos genéricos)	\$60.00	\$30.00	\$60.00	\$20.00
	<b>Nivel 3 de costo compartido</b> (medicamentos de marca preferida)	\$141.00	\$126.00	\$141.00	\$126.00
	<b>Nivel 4 de costo compartido</b> (medicamentos no preferidos)	50%	50%	50%	50%
	<b>Nivel 5 de costo compartido</b> (medicamentos de especialidad)	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos del Nivel 5.	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos del Nivel 5.	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos del Nivel 5.	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos del Nivel 5.
	<b>Nivel 6 de costo compartido<sup>†</sup></b> (medicamentos seleccionados)	\$33.00	\$0.00	\$33.00	\$0.00
GA	<b>Nivel 1 de costo compartido</b> (medicamentos genéricos preferidos)	\$45.00	\$12.00	\$45.00	\$0.00
	<b>Nivel 2 de costo compartido</b> (medicamentos genéricos)	\$60.00	\$30.00	\$60.00	\$20.00
	<b>Nivel 3 de costo compartido</b> (medicamentos de marca preferida)	\$141.00	\$126.00	\$141.00	\$126.00
	<b>Nivel 4 de costo compartido</b> (medicamentos no preferidos)	50%	50%	50%	50%
	<b>Nivel 5 de costo compartido</b> (medicamentos de especialidad)	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos del Nivel 5.	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos del Nivel 5.	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos del Nivel 5.	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos del Nivel 5.
	<b>Nivel 6 de costo compartido<sup>†</sup></b> (medicamentos seleccionados)	\$33.00	\$0.00	\$33.00	\$0.00

		Opción estándar de costo compartido minorista (dentro de la red)  (suministro para un máximo de 90 días)	Opción preferida de costo compartido minorista (dentro de la red)  (suministro para un máximo de 90 días)	Opción estándar de costo compartido de pedido por correo  (suministro para un máximo de 90 días)	Opción preferida de costo compartido de pedido por correo  (suministro para un máximo de 90 días)
Estados	Nivel				
HI	<b>Nivel 1 de costo compartido</b> (medicamentos genéricos preferidos)	\$45.00	\$12.00	\$45.00	\$0.00
	<b>Nivel 2 de costo compartido</b> (medicamentos genéricos)	\$60.00	\$30.00	\$60.00	\$20.00
	<b>Nivel 3 de costo compartido</b> (medicamentos de marca preferida)	\$141.00	\$126.00	\$141.00	\$126.00
	<b>Nivel 4 de costo compartido</b> (medicamentos no preferidos)	50%	50%	50%	50%
	<b>Nivel 5 de costo compartido</b> (medicamentos de especialidad)	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos del Nivel 5.	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos del Nivel 5.	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos del Nivel 5.	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos del Nivel 5.
	<b>Nivel 6 de costo compartido<sup>†</sup></b> (medicamentos seleccionados)	\$33.00	\$0.00	\$33.00	\$0.00
IA/MN/ MT/ND/ NE/SD/ WY	<b>Nivel 1 de costo compartido</b> (medicamentos genéricos preferidos)	\$45.00	\$12.00	\$45.00	\$0.00
	<b>Nivel 2 de costo compartido</b> (medicamentos genéricos)	\$60.00	\$30.00	\$60.00	\$20.00
	<b>Nivel 3 de costo compartido</b> (medicamentos de marca preferida)	\$141.00	\$126.00	\$141.00	\$126.00
	<b>Nivel 4 de costo compartido</b> (medicamentos no preferidos)	50%	50%	50%	50%
	<b>Nivel 5 de costo compartido</b> (medicamentos de especialidad)	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos del Nivel 5.	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos del Nivel 5.	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos del Nivel 5.	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos del Nivel 5.
	<b>Nivel 6 de costo compartido<sup>†</sup></b> (medicamentos seleccionados)	\$33.00	\$0.00	\$33.00	\$0.00

		Opción estándar de costo compartido minorista (dentro de la red)	Opción preferida de costo compartido minorista (dentro de la red)	Opción estándar de costo compartido de pedido por correo	Opción preferida de costo compartido de pedido por correo
Estados Nivel		(suministro para un máximo de 90 días)	(suministro para un máximo de 90 días)	(suministro para un máximo de 90 días)	(suministro para un máximo de 90 días)
ID/UT	<b>Nivel 1 de costo compartido</b> (medicamentos genéricos preferidos)	\$45.00	\$12.00	\$45.00	\$0.00
	<b>Nivel 2 de costo compartido</b> (medicamentos genéricos)	\$60.00	\$30.00	\$60.00	\$20.00
	<b>Nivel 3 de costo compartido</b> (medicamentos de marca preferida)	\$141.00	\$126.00	\$141.00	\$126.00
	<b>Nivel 4 de costo compartido</b> (medicamentos no preferidos)	50%	50%	50%	50%
	<b>Nivel 5 de costo compartido</b> (medicamentos de especialidad)	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos del Nivel 5.	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos del Nivel 5.	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos del Nivel 5.	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos del Nivel 5.
	<b>Nivel 6 de costo compartido<sup>†</sup></b> (medicamentos seleccionados)	\$33.00	\$0.00	\$33.00	\$0.00
IL	<b>Nivel 1 de costo compartido</b> (medicamentos genéricos preferidos)	\$45.00	\$12.00	\$45.00	\$0.00
	<b>Nivel 2 de costo compartido</b> (medicamentos genéricos)	\$60.00	\$30.00	\$60.00	\$20.00
	<b>Nivel 3 de costo compartido</b> (medicamentos de marca preferida)	\$141.00	\$126.00	\$141.00	\$126.00
	<b>Nivel 4 de costo compartido</b> (medicamentos no preferidos)	50%	50%	50%	50%
	<b>Nivel 5 de costo compartido</b> (medicamentos de especialidad)	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos del Nivel 5.	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos del Nivel 5.	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos del Nivel 5.	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos del Nivel 5.
	<b>Nivel 6 de costo compartido<sup>†</sup></b> (medicamentos seleccionados)	\$33.00	\$0.00	\$33.00	\$0.00

		Opción estándar de costo compartido minorista (dentro de la red)  (suministro para un máximo de 90 días)	Opción preferida de costo compartido minorista (dentro de la red)  (suministro para un máximo de 90 días)	Opción estándar de costo compartido de pedido por correo  (suministro para un máximo de 90 días)	Opción preferida de costo compartido de pedido por correo  (suministro para un máximo de 90 días)
Estados	Nivel				
IN/KY	<b>Nivel 1 de costo compartido</b> (medicamentos genéricos preferidos)	\$45.00	\$12.00	\$45.00	\$0.00
	<b>Nivel 2 de costo compartido</b> (medicamentos genéricos)	\$60.00	\$30.00	\$60.00	\$20.00
	<b>Nivel 3 de costo compartido</b> (medicamentos de marca preferida)	\$141.00	\$126.00	\$141.00	\$126.00
	<b>Nivel 4 de costo compartido</b> (medicamentos no preferidos)	50%	50%	50%	50%
	<b>Nivel 5 de costo compartido</b> (medicamentos de especialidad)	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos del Nivel 5.	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos del Nivel 5.	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos del Nivel 5.	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos del Nivel 5.
	<b>Nivel 6 de costo compartido<sup>†</sup></b> (medicamentos seleccionados)	\$33.00	\$0.00	\$33.00	\$0.00
KS	<b>Nivel 1 de costo compartido</b> (medicamentos genéricos preferidos)	\$45.00	\$12.00	\$45.00	\$0.00
	<b>Nivel 2 de costo compartido</b> (medicamentos genéricos)	\$60.00	\$30.00	\$60.00	\$20.00
	<b>Nivel 3 de costo compartido</b> (medicamentos de marca preferida)	\$141.00	\$126.00	\$141.00	\$126.00
	<b>Nivel 4 de costo compartido</b> (medicamentos no preferidos)	50%	50%	50%	50%
	<b>Nivel 5 de costo compartido</b> (medicamentos de especialidad)	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos del Nivel 5.	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos del Nivel 5.	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos del Nivel 5.	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos del Nivel 5.
	<b>Nivel 6 de costo compartido<sup>†</sup></b> (medicamentos seleccionados)	\$33.00	\$0.00	\$33.00	\$0.00

		Opción estándar de costo compartido minorista (dentro de la red)	Opción preferida de costo compartido minorista (dentro de la red)	Opción estándar de costo compartido de pedido por correo	Opción preferida de costo compartido de pedido por correo
Estados Nivel		(suministro para un máximo de 90 días)	(suministro para un máximo de 90 días)	(suministro para un máximo de 90 días)	(suministro para un máximo de 90 días)
LA	<b>Nivel 1 de costo compartido</b> (medicamentos genéricos preferidos)	\$45.00	\$12.00	\$45.00	\$0.00
	<b>Nivel 2 de costo compartido</b> (medicamentos genéricos)	\$60.00	\$30.00	\$60.00	\$20.00
	<b>Nivel 3 de costo compartido</b> (medicamentos de marca preferida)	\$141.00	\$126.00	\$141.00	\$126.00
	<b>Nivel 4 de costo compartido</b> (medicamentos no preferidos)	50%	50%	50%	50%
	<b>Nivel 5 de costo compartido</b> (medicamentos de especialidad)	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos del Nivel 5.	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos del Nivel 5.	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos del Nivel 5.	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos del Nivel 5.
	<b>Nivel 6 de costo compartido<sup>†</sup></b> (medicamentos seleccionados)	\$33.00	\$0.00	\$33.00	\$0.00
MI	<b>Nivel 1 de costo compartido</b> (medicamentos genéricos preferidos)	\$45.00	\$12.00	\$45.00	\$0.00
	<b>Nivel 2 de costo compartido</b> (medicamentos genéricos)	\$60.00	\$30.00	\$60.00	\$20.00
	<b>Nivel 3 de costo compartido</b> (medicamentos de marca preferida)	\$141.00	\$126.00	\$141.00	\$126.00
	<b>Nivel 4 de costo compartido</b> (medicamentos no preferidos)	50%	50%	50%	50%
	<b>Nivel 5 de costo compartido</b> (medicamentos de especialidad)	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos del Nivel 5.	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos del Nivel 5.	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos del Nivel 5.	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos del Nivel 5.
	<b>Nivel 6 de costo compartido<sup>†</sup></b> (medicamentos seleccionados)	\$33.00	\$0.00	\$33.00	\$0.00



		Opción estándar de costo compartido minorista (dentro de la red)  (suministro para un máximo de 90 días)	Opción preferida de costo compartido minorista (dentro de la red)  (suministro para un máximo de 90 días)	Opción estándar de costo compartido de pedido por correo  (suministro para un máximo de 90 días)	Opción preferida de costo compartido de pedido por correo  (suministro para un máximo de 90 días)
Estados	Nivel				
MO	<b>Nivel 1 de costo compartido</b> (medicamentos genéricos preferidos)	\$45.00	\$12.00	\$45.00	\$0.00
	<b>Nivel 2 de costo compartido</b> (medicamentos genéricos)	\$60.00	\$30.00	\$60.00	\$20.00
	<b>Nivel 3 de costo compartido</b> (medicamentos de marca preferida)	\$141.00	\$126.00	\$141.00	\$126.00
	<b>Nivel 4 de costo compartido</b> (medicamentos no preferidos)	50%	50%	50%	50%
	<b>Nivel 5 de costo compartido</b> (medicamentos de especialidad)	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos del Nivel 5.	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos del Nivel 5.	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos del Nivel 5.	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos del Nivel 5.
	<b>Nivel 6 de costo compartido<sup>†</sup></b> (medicamentos seleccionados)	\$33.00	\$0.00	\$33.00	\$0.00
MS	<b>Nivel 1 de costo compartido</b> (medicamentos genéricos preferidos)	\$45.00	\$12.00	\$45.00	\$0.00
	<b>Nivel 2 de costo compartido</b> (medicamentos genéricos)	\$60.00	\$30.00	\$60.00	\$20.00
	<b>Nivel 3 de costo compartido</b> (medicamentos de marca preferida)	\$141.00	\$126.00	\$141.00	\$126.00
	<b>Nivel 4 de costo compartido</b> (medicamentos no preferidos)	50%	50%	50%	50%
	<b>Nivel 5 de costo compartido</b> (medicamentos de especialidad)	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos del Nivel 5.	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos del Nivel 5.	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos del Nivel 5.	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos del Nivel 5.
	<b>Nivel 6 de costo compartido<sup>†</sup></b> (medicamentos seleccionados)	\$33.00	\$0.00	\$33.00	\$0.00

		Opción estándar de costo compartido minorista (dentro de la red)	Opción preferida de costo compartido minorista (dentro de la red)	Opción estándar de costo compartido de pedido por correo	Opción preferida de costo compartido de pedido por correo
Estados Nivel		(suministro para un máximo de 90 días)	(suministro para un máximo de 90 días)	(suministro para un máximo de 90 días)	(suministro para un máximo de 90 días)
NC	<b>Nivel 1 de costo compartido</b> (medicamentos genéricos preferidos)	\$45.00	\$12.00	\$45.00	\$0.00
	<b>Nivel 2 de costo compartido</b> (medicamentos genéricos)	\$60.00	\$30.00	\$60.00	\$20.00
	<b>Nivel 3 de costo compartido</b> (medicamentos de marca preferida)	\$141.00	\$126.00	\$141.00	\$126.00
	<b>Nivel 4 de costo compartido</b> (medicamentos no preferidos)	50%	50%	50%	50%
	<b>Nivel 5 de costo compartido</b> (medicamentos de especialidad)	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos del Nivel 5.	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos del Nivel 5.	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos del Nivel 5.	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos del Nivel 5.
	<b>Nivel 6 de costo compartido<sup>†</sup></b> (medicamentos seleccionados)	\$33.00	\$0.00	\$33.00	\$0.00
NH/ME	<b>Nivel 1 de costo compartido</b> (medicamentos genéricos preferidos)	\$45.00	\$12.00	\$45.00	\$0.00
	<b>Nivel 2 de costo compartido</b> (medicamentos genéricos)	\$60.00	\$30.00	\$60.00	\$20.00
	<b>Nivel 3 de costo compartido</b> (medicamentos de marca preferida)	\$141.00	\$126.00	\$141.00	\$126.00
	<b>Nivel 4 de costo compartido</b> (medicamentos no preferidos)	50%	50%	50%	50%
	<b>Nivel 5 de costo compartido</b> (medicamentos de especialidad)	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos del Nivel 5.	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos del Nivel 5.	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos del Nivel 5.	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos del Nivel 5.
	<b>Nivel 6 de costo compartido<sup>†</sup></b> (medicamentos seleccionados)	\$33.00	\$0.00	\$33.00	\$0.00

		Opción estándar de costo compartido minorista (dentro de la red)  (suministro para un máximo de 90 días)	Opción preferida de costo compartido minorista (dentro de la red)  (suministro para un máximo de 90 días)	Opción estándar de costo compartido de pedido por correo  (suministro para un máximo de 90 días)	Opción preferida de costo compartido de pedido por correo  (suministro para un máximo de 90 días)
Estados	Nivel				
NJ	<b>Nivel 1 de costo compartido</b> (medicamentos genéricos preferidos)	\$45.00	\$12.00	\$45.00	\$0.00
	<b>Nivel 2 de costo compartido</b> (medicamentos genéricos)	\$60.00	\$30.00	\$60.00	\$20.00
	<b>Nivel 3 de costo compartido</b> (medicamentos de marca preferida)	\$141.00	\$126.00	\$141.00	\$126.00
	<b>Nivel 4 de costo compartido</b> (medicamentos no preferidos)	50%	50%	50%	50%
	<b>Nivel 5 de costo compartido</b> (medicamentos de especialidad)	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos del Nivel 5.	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos del Nivel 5.	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos del Nivel 5.	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos del Nivel 5.
	<b>Nivel 6 de costo compartido<sup>†</sup></b> (medicamentos seleccionados)	\$33.00	\$0.00	\$33.00	\$0.00
NM	<b>Nivel 1 de costo compartido</b> (medicamentos genéricos preferidos)	\$45.00	\$12.00	\$45.00	\$0.00
	<b>Nivel 2 de costo compartido</b> (medicamentos genéricos)	\$60.00	\$30.00	\$60.00	\$20.00
	<b>Nivel 3 de costo compartido</b> (medicamentos de marca preferida)	\$141.00	\$126.00	\$141.00	\$126.00
	<b>Nivel 4 de costo compartido</b> (medicamentos no preferidos)	50%	50%	50%	50%
	<b>Nivel 5 de costo compartido</b> (medicamentos de especialidad)	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos del Nivel 5.	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos del Nivel 5.	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos del Nivel 5.	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos del Nivel 5.
	<b>Nivel 6 de costo compartido<sup>†</sup></b> (medicamentos seleccionados)	\$33.00	\$0.00	\$33.00	\$0.00

		Opción estándar de costo compartido minorista (dentro de la red)	Opción preferida de costo compartido minorista (dentro de la red)	Opción estándar de costo compartido de pedido por correo	Opción preferida de costo compartido de pedido por correo
Estados Nivel		(suministro para un máximo de 90 días)	(suministro para un máximo de 90 días)	(suministro para un máximo de 90 días)	(suministro para un máximo de 90 días)
NV	<b>Nivel 1 de costo compartido</b> (medicamentos genéricos preferidos)	\$45.00	\$12.00	\$45.00	\$0.00
	<b>Nivel 2 de costo compartido</b> (medicamentos genéricos)	\$60.00	\$30.00	\$60.00	\$20.00
	<b>Nivel 3 de costo compartido</b> (medicamentos de marca preferida)	\$141.00	\$126.00	\$141.00	\$126.00
	<b>Nivel 4 de costo compartido</b> (medicamentos no preferidos)	50%	50%	50%	50%
	<b>Nivel 5 de costo compartido</b> (medicamentos de especialidad)	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos del Nivel 5.	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos del Nivel 5.	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos del Nivel 5.	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos del Nivel 5.
	<b>Nivel 6 de costo compartido<sup>†</sup></b> (medicamentos seleccionados)	\$33.00	\$0.00	\$33.00	\$0.00
NY	<b>Nivel 1 de costo compartido</b> (medicamentos genéricos preferidos)	\$45.00	\$12.00	\$45.00	\$0.00
	<b>Nivel 2 de costo compartido</b> (medicamentos genéricos)	\$60.00	\$30.00	\$60.00	\$20.00
	<b>Nivel 3 de costo compartido</b> (medicamentos de marca preferida)	\$141.00	\$126.00	\$141.00	\$126.00
	<b>Nivel 4 de costo compartido</b> (medicamentos no preferidos)	50%	50%	50%	50%
	<b>Nivel 5 de costo compartido</b> (medicamentos de especialidad)	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos del Nivel 5.	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos del Nivel 5.	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos del Nivel 5.	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos del Nivel 5.
	<b>Nivel 6 de costo compartido<sup>†</sup></b> (medicamentos seleccionados)	\$33.00	\$0.00	\$33.00	\$0.00

		Opción estándar de costo compartido minorista (dentro de la red)  (suministro para un máximo de 90 días)	Opción preferida de costo compartido minorista (dentro de la red)  (suministro para un máximo de 90 días)	Opción estándar de costo compartido de pedido por correo  (suministro para un máximo de 90 días)	Opción preferida de costo compartido de pedido por correo  (suministro para un máximo de 90 días)
Estados	Nivel				
OH	<b>Nivel 1 de costo compartido</b> (medicamentos genéricos preferidos)	\$45.00	\$12.00	\$45.00	\$0.00
	<b>Nivel 2 de costo compartido</b> (medicamentos genéricos)	\$60.00	\$30.00	\$60.00	\$20.00
	<b>Nivel 3 de costo compartido</b> (medicamentos de marca preferida)	\$141.00	\$126.00	\$141.00	\$126.00
	<b>Nivel 4 de costo compartido</b> (medicamentos no preferidos)	50%	50%	50%	50%
	<b>Nivel 5 de costo compartido</b> (medicamentos de especialidad)	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos del Nivel 5.	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos del Nivel 5.	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos del Nivel 5.	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos del Nivel 5.
	<b>Nivel 6 de costo compartido<sup>†</sup></b> (medicamentos seleccionados)	\$33.00	\$0.00	\$33.00	\$0.00
OK	<b>Nivel 1 de costo compartido</b> (medicamentos genéricos preferidos)	\$45.00	\$12.00	\$45.00	\$0.00
	<b>Nivel 2 de costo compartido</b> (medicamentos genéricos)	\$60.00	\$30.00	\$60.00	\$20.00
	<b>Nivel 3 de costo compartido</b> (medicamentos de marca preferida)	\$141.00	\$126.00	\$141.00	\$126.00
	<b>Nivel 4 de costo compartido</b> (medicamentos no preferidos)	50%	50%	50%	50%
	<b>Nivel 5 de costo compartido</b> (medicamentos de especialidad)	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos del Nivel 5.	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos del Nivel 5.	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos del Nivel 5.	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos del Nivel 5.
	<b>Nivel 6 de costo compartido<sup>†</sup></b> (medicamentos seleccionados)	\$33.00	\$0.00	\$33.00	\$0.00

		Opción estándar de costo compartido minorista (dentro de la red)  (suministro para un máximo de 90 días)	Opción preferida de costo compartido minorista (dentro de la red)  (suministro para un máximo de 90 días)	Opción estándar de costo compartido de pedido por correo  (suministro para un máximo de 90 días)	Opción preferida de costo compartido de pedido por correo  (suministro para un máximo de 90 días)
Estados	Nivel				
OR/WA	<b>Nivel 1 de costo compartido</b> (medicamentos genéricos preferidos)	\$45.00	\$12.00	\$45.00	\$0.00
	<b>Nivel 2 de costo compartido</b> (medicamentos genéricos)	\$60.00	\$30.00	\$60.00	\$20.00
	<b>Nivel 3 de costo compartido</b> (medicamentos de marca preferida)	\$141.00	\$126.00	\$141.00	\$126.00
	<b>Nivel 4 de costo compartido</b> (medicamentos no preferidos)	50%	50%	50%	50%
	<b>Nivel 5 de costo compartido</b> (medicamentos de especialidad)	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos del Nivel 5.	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos del Nivel 5.	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos del Nivel 5.	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos del Nivel 5.
	<b>Nivel 6 de costo compartido<sup>†</sup></b> (medicamentos seleccionados)	\$33.00	\$0.00	\$33.00	\$0.00
PA/WV	<b>Nivel 1 de costo compartido</b> (medicamentos genéricos preferidos)	\$45.00	\$12.00	\$45.00	\$0.00
	<b>Nivel 2 de costo compartido</b> (medicamentos genéricos)	\$60.00	\$30.00	\$60.00	\$20.00
	<b>Nivel 3 de costo compartido</b> (medicamentos de marca preferida)	\$141.00	\$126.00	\$141.00	\$126.00
	<b>Nivel 4 de costo compartido</b> (medicamentos no preferidos)	50%	50%	50%	50%
	<b>Nivel 5 de costo compartido</b> (medicamentos de especialidad)	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos del Nivel 5.	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos del Nivel 5.	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos del Nivel 5.	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos del Nivel 5.
	<b>Nivel 6 de costo compartido<sup>†</sup></b> (medicamentos seleccionados)	\$33.00	\$0.00	\$33.00	\$0.00



		Opción estándar de costo compartido minorista (dentro de la red)  (suministro para un máximo de 90 días)	Opción preferida de costo compartido minorista (dentro de la red)  (suministro para un máximo de 90 días)	Opción estándar de costo compartido de pedido por correo  (suministro para un máximo de 90 días)	Opción preferida de costo compartido de pedido por correo  (suministro para un máximo de 90 días)
Estados	Nivel				
SC	<b>Nivel 1 de costo compartido</b> (medicamentos genéricos preferidos)	\$45.00	\$12.00	\$45.00	\$0.00
	<b>Nivel 2 de costo compartido</b> (medicamentos genéricos)	\$60.00	\$30.00	\$60.00	\$20.00
	<b>Nivel 3 de costo compartido</b> (medicamentos de marca preferida)	\$141.00	\$126.00	\$141.00	\$126.00
	<b>Nivel 4 de costo compartido</b> (medicamentos no preferidos)	50%	50%	50%	50%
	<b>Nivel 5 de costo compartido</b> (medicamentos de especialidad)	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos del Nivel 5.	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos del Nivel 5.	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos del Nivel 5.	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos del Nivel 5.
	<b>Nivel 6 de costo compartido<sup>†</sup></b> (medicamentos seleccionados)	\$33.00	\$0.00	\$33.00	\$0.00
TX	<b>Nivel 1 de costo compartido</b> (medicamentos genéricos preferidos)	\$45.00	\$12.00	\$45.00	\$0.00
	<b>Nivel 2 de costo compartido</b> (medicamentos genéricos)	\$60.00	\$30.00	\$60.00	\$20.00
	<b>Nivel 3 de costo compartido</b> (medicamentos de marca preferida)	\$141.00	\$126.00	\$141.00	\$126.00
	<b>Nivel 4 de costo compartido</b> (medicamentos no preferidos)	50%	50%	50%	50%
	<b>Nivel 5 de costo compartido</b> (medicamentos de especialidad)	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos del Nivel 5.	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos del Nivel 5.	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos del Nivel 5.	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos del Nivel 5.
	<b>Nivel 6 de costo compartido<sup>†</sup></b> (medicamentos seleccionados)	\$33.00	\$0.00	\$33.00	\$0.00

		Opción estándar de costo compartido minorista (dentro de la red)	Opción preferida de costo compartido minorista (dentro de la red)	Opción estándar de costo compartido de pedido por correo	Opción preferida de costo compartido de pedido por correo
Estados Nivel		(suministro para un máximo de 90 días)	(suministro para un máximo de 90 días)	(suministro para un máximo de 90 días)	(suministro para un máximo de 90 días)
VA	<b>Nivel 1 de costo compartido</b> (medicamentos genéricos preferidos)	\$45.00	\$12.00	\$45.00	\$0.00
	<b>Nivel 2 de costo compartido</b> (medicamentos genéricos)	\$60.00	\$30.00	\$60.00	\$20.00
	<b>Nivel 3 de costo compartido</b> (medicamentos de marca preferida)	\$141.00	\$126.00	\$141.00	\$126.00
	<b>Nivel 4 de costo compartido</b> (medicamentos no preferidos)	50%	50%	50%	50%
	<b>Nivel 5 de costo compartido</b> (medicamentos de especialidad)	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos del Nivel 5.	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos del Nivel 5.	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos del Nivel 5.	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos del Nivel 5.
	<b>Nivel 6 de costo compartido<sup>†</sup></b> (medicamentos seleccionados)	\$33.00	\$0.00	\$33.00	\$0.00
WI	<b>Nivel 1 de costo compartido</b> (medicamentos genéricos preferidos)	\$45.00	\$12.00	\$45.00	\$0.00
	<b>Nivel 2 de costo compartido</b> (medicamentos genéricos)	\$60.00	\$30.00	\$60.00	\$20.00
	<b>Nivel 3 de costo compartido</b> (medicamentos de marca preferida)	\$141.00	\$126.00	\$141.00	\$126.00
	<b>Nivel 4 de costo compartido</b> (medicamentos no preferidos)	50%	50%	50%	50%
	<b>Nivel 5 de costo compartido</b> (medicamentos de especialidad)	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos del Nivel 5.	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos del Nivel 5.	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos del Nivel 5.	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos del Nivel 5.
	<b>Nivel 6 de costo compartido<sup>†</sup></b> (medicamentos seleccionados)	\$33.00	\$0.00	\$33.00	\$0.00

<sup>†</sup> El Nivel 6 de costo compartido incluye insulinas seleccionadas.

### Sección 5.5 Usted permanecerá en la Etapa de cobertura inicial hasta que los costos totales de sus medicamentos para el año alcancen los \$4,130

Usted permanecerá en la Etapa de cobertura inicial hasta que la cantidad total de los medicamentos con receta que le despacharon y repusieron alcance el **límite de \$4,130 para la Etapa de cobertura inicial**.

El costo total de sus medicamentos se calcula sumando lo que pagó usted y lo que pagó cualquier plan de la Parte D:

- **Lo que usted pagó** por todos los medicamentos cubiertos que recibió desde que comenzó con su primera compra de medicamentos del año. (Consulte la Sección 6.2 para obtener más información sobre cómo calcula Medicare sus costos de desembolso). Esto incluye:
  - Los \$100 que usted pagó cuando estaba en la Etapa de deducible.
  - El total que pagó como su parte del costo de los medicamentos durante la Etapa de cobertura inicial.
- **Lo que el plan pagó** como su parte del costo de los medicamentos durante la Etapa de cobertura inicial. (Si estuvo inscrito en un plan de la Parte D diferente en cualquier momento de 2021, la cantidad que ese plan pagó durante la Etapa de cobertura inicial también se computa para los costos totales de sus medicamentos).

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

Le informaremos si alcanza esta cantidad de \$4,130. Si alcanza esta cantidad, dejará la Etapa de cobertura inicial y pasará a la Etapa de interrupción de cobertura.

## **SECCIÓN 6 Durante la Etapa de interrupción de cobertura, el plan proporciona algo de cobertura para los medicamentos con receta**

### **Sección 6.1 Usted permanecerá en la Etapa de interrupción de cobertura hasta que sus costos de desembolso alcancen los \$6,550**

Cuando esté en la Etapa de interrupción de cobertura, seguiremos proporcionando algo de cobertura para algunos medicamentos con receta.

Para el Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos y Nivel 2: Medicamentos genéricos, seguirá pagando los copagos que estaba pagando en la Etapa de cobertura inicial. Además, el Programa de descuentos para interrupción de cobertura de Medicare brinda descuentos de fabricantes sobre medicamentos de marca.

Para los medicamentos cubiertos en todos los demás niveles (excepto las insulinas seleccionadas del Nivel 6), el Programa de descuentos para interrupción de cobertura de Medicare brinda descuentos de fabricantes sobre medicamentos de marca. Usted paga el 25% del precio negociado y una parte del cargo por el despacho de los medicamentos de marca. Tanto la cantidad que pague usted como la cantidad descontada por el fabricante se computarán para sus costos de desembolso como si los hubiera pagado, y esto le permitirá salir de la Etapa de interrupción de cobertura.

También recibirá algo de cobertura para los medicamentos genéricos del Nivel 3, Nivel 4, Nivel 5 y Nivel 6. Usted no paga más del 25% del costo de los medicamentos genéricos (excepto las insulinas seleccionadas del Nivel 6), y el plan paga el resto. En el caso de los medicamentos genéricos, la cantidad pagada por el plan (el 75%) no se computa para sus costos de desembolso. Solo la cantidad que usted pague se computa y le permite salir de la Etapa de interrupción de cobertura.

Este plan ofrece cobertura adicional durante la interrupción de la cobertura para insulinas seleccionadas. Durante la Etapa de interrupción de cobertura, sus costos de desembolso por las insulinas seleccionadas serán de \$0 - \$11 por un suministro para 1 mes. Para averiguar qué medicamentos son insulinas seleccionadas, consulte la Lista de medicamentos más reciente que le enviamos por correo. Si tiene alguna pregunta sobre la Lista de medicamentos, también puede llamar a Servicio al Cliente (los números de teléfono de Servicio al Cliente están impresos en la contratapa de este cuadernillo).

Usted sigue pagando el precio con descuento por medicamentos de marca y una cantidad que no supere el 25% de los costos de medicamentos genéricos hasta que sus pagos de desembolso anuales alcancen una cantidad máxima que Medicare estableció. En 2021, esa cantidad es de \$6,550.

Medicare tiene reglas sobre lo que se computa y lo que *no* se computa como costos de desembolso para usted. Cuando alcanza un límite de desembolso de \$6,550, usted deja de estar en la Etapa de interrupción de cobertura y pasa a la Etapa de cobertura de gastos excedentes.

## Sección 6.2 Cómo calcula Medicare sus costos de desembolso de medicamentos con receta

A continuación, se incluyen las reglas de Medicare que debemos seguir cuando hacemos un seguimiento de sus costos de desembolso de medicamentos.

### Estos pagos están incluidos en sus costos de desembolso

Al sumar sus costos de desembolso, **usted puede incluir** los pagos consignados debajo (siempre que sean por medicamentos cubiertos de la Parte D y que usted haya seguido las reglas para la cobertura de medicamentos que se explican en el Capítulo 3 de este cuadernillo):

- La cantidad que paga por los medicamentos cuando está en cualquiera de las siguientes etapas en el pago de medicamentos:
  - La Etapa de deducible
  - La Etapa de cobertura inicial
  - La Etapa de interrupción de cobertura
- Los pagos que usted hizo durante este año calendario como miembro de otro plan de medicamentos con receta de Medicare antes de afiliarse a nuestro plan.

#### Quién paga es importante:

- Si **usted mismo** hace estos pagos, estos están incluidos en sus costos de desembolso.
- Estos pagos *también están incluidos si otras personas u organizaciones determinadas* hacen los pagos en su nombre. Esto incluye pagos por sus medicamentos que haya hecho un amigo o familiar, la mayoría de las organizaciones benéficas, Programas de Asistencia para Medicamentos para el SIDA, un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica calificado por Medicare o el Servicio de Salud Indígena. Los pagos realizados por el Programa “Ayuda Adicional” de Medicare también están incluidos.
- Algunos de los pagos realizados por el Programa de descuentos para interrupción de cobertura de Medicare están incluidos. La cantidad que el fabricante paga por sus medicamentos de marca está incluida. Pero la cantidad que el plan paga por sus medicamentos genéricos no está incluida.

#### Paso a la Etapa de cobertura de gastos excedentes:

Cuando usted (o quienes paguen en su nombre) haya(n) gastado un total de \$6,550 en costos de desembolso en el año calendario, pasará de la Etapa de interrupción de cobertura a la Etapa de cobertura de gastos excedentes.

### Estos pagos no están incluidos en sus costos de desembolso

Al sumar sus costos de desembolso, **no tiene permitido incluir** ninguno de estos tipos de pagos por medicamentos con receta:

- La cantidad que paga por su prima mensual.
- Medicamentos que compre fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Medicamentos que no cubre nuestro plan.
- Medicamentos que compre en una farmacia fuera de la red que no cumplan con los requisitos del plan para la cobertura fuera de la red.
- Medicamentos que no son de la Parte D, como medicamentos con receta cubiertos por la Parte A o la Parte B, y otros medicamentos que Medicare excluyó de la cobertura.
- Pagos que usted haga por medicamentos con receta que no suelen estar cubiertos en un plan de medicamentos con receta de Medicare.
- Pagos que hizo el plan por sus medicamentos genéricos o de marca mientras usted estaba en la Etapa de interrupción de cobertura.
- Pagos por sus medicamentos que hicieron planes de salud colectivos, como los planes de salud de un empleador.

- Pagos por sus medicamentos que hicieron determinados planes de seguro y programas de salud financiados por el gobierno, como TRICARE y la Administración de Veteranos.
- Pagos por sus medicamentos que hizo un tercero con una obligación legal de pagar los costos de los medicamentos con receta (por ejemplo, en virtud de un seguro de accidentes de trabajo).

*Recordatorio:* Si alguna otra organización como las mencionadas paga sus costos de desembolso de medicamentos, en todo o en parte, usted debe comunicárselo a nuestro plan. Llame a Servicio al Cliente para informarlo (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este cuadernillo).

### ¿Cómo puede hacer un seguimiento del total de su desembolso?

- **Nosotros le ayudaremos.** El informe *Explicación de beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D) que le enviamos incluye la cantidad actual de sus costos de desembolso (la Sección 3 de este capítulo se refiere a este informe). Cuando sus costos de desembolso del año alcancen un total de \$6,550, este informe le indicará que salió de la Etapa de interrupción de cobertura y pasó a la Etapa de cobertura de gastos excedentes.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** En la Sección 3.2, se indica lo que puede hacer para asegurarse de que nuestros registros de lo que usted gastó estén completos y actualizados.

## SECCIÓN 7 Durante la Etapa de cobertura de gastos excedentes, el plan paga la mayor parte del costo de sus medicamentos

### Sección 7.1 Una vez que esté en la Etapa de cobertura de gastos excedentes, permanecerá en esta etapa durante el resto del año

Usted reúne los requisitos para la Etapa de cobertura de gastos excedentes cuando sus costos de desembolso alcanzan el límite de \$6,550 para el año calendario. Una vez que esté en la Etapa de cobertura de gastos excedentes, permanecerá en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.

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

- **Su parte** del costo de un medicamento cubierto será un coseguro o un copago, la cantidad que sea *mayor*:
  - – un coseguro del 5% del costo del medicamento
  - –o bien– \$3.70 por un medicamento genérico o un medicamento que se trate como genérico, y \$9.20 por todos los demás medicamentos.
- **Nuestro plan paga el resto** del costo.

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

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

Nuestro plan brinda cobertura para algunas vacunas de la Parte D. Nuestra cobertura de vacunas tiene dos partes:

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

### ¿Cuánto debe pagar por una vacuna de la Parte D?

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

1. **El tipo de vacuna** (contra qué se le vacuna).
  - Algunas vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas enumeradas en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan.
  - Otras vacunas se consideran beneficios médicos. Estas vacunas están cubiertas por Original Medicare.

**2. El lugar donde obtiene el medicamento de la vacuna.****3. Quién le aplica la vacuna.**

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

- A veces, cuando le apliquen la vacuna, deberá pagar el costo total del medicamento de la vacuna y de la administración. Puede pedirnos que le reembolsemos nuestra parte del costo.
- En otras ocasiones, cuando reciba el medicamento de la vacuna o se la administren, solo pagará su parte del costo.

Para mostrar cómo funciona este sistema, a continuación, se proporcionan tres formas comunes en que usted podría recibir una vacuna de la Parte D. Recuerde que usted es responsable de todos los costos asociados con las vacunas (incluso su administración) durante la Etapa de deducible y la Etapa de interrupción de cobertura de su beneficio.

**Situación 1:** Usted compra la vacuna de la Parte D en la farmacia y se la aplican en la farmacia de la red. (Esta opción estará disponible según el lugar donde viva. Algunos estados no permiten que las farmacias administren vacunas).

- Tendrá que pagarle a la farmacia la cantidad de su coseguro o copago por la vacuna y el costo de la administración.
- Nuestro plan paga el resto del costo.

**Situación 2:** Le administran la vacuna de la Parte D en el consultorio de su médico.

- Cuando reciba la vacuna, pagará el costo total de la vacuna y su administración.
- Luego, puede pedirnos que paguemos nuestra parte del costo siguiendo los procedimientos que se describen en el Capítulo 5 de este cuadernillo (*Cómo pedirnos que paguemos nuestra parte de los costos de los medicamentos cubiertos*).
- Se le reembolsará la cantidad que pagó menos su coseguro o copago normal por la vacuna (que incluye la administración) menos cualquier diferencia entre la cantidad que el médico cobraba y lo que paguemos normalmente. (Si recibe “Ayuda Adicional”, le reembolsaremos esta diferencia).

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

- Tendrá que pagarle a la farmacia la cantidad de su coseguro o copago por la vacuna.
- Cuando su médico le administre la vacuna, usted pagará el costo total de este servicio. Luego, puede pedirle a nuestro plan que paguemos nuestra parte del costo siguiendo los procedimientos que se describen en el Capítulo 5 de este cuadernillo.
- Se le reembolsará la cantidad cobrada por el médico para administrarle la vacuna menos cualquier diferencia entre la cantidad que el médico cobraba y lo que paguemos normalmente. (Si recibe “Ayuda Adicional”, le reembolsaremos esta diferencia).

## **Sección 8.2 Le recomendamos llamar a Servicio al Cliente antes de recibir una vacuna**

Las reglas de cobertura de las vacunas son complicadas. Estamos aquí para ayudarle. Cuando esté pensando en aplicarse una vacuna, le recomendamos que llame primero a Servicio al Cliente. (Los números de teléfono de Servicio al Cliente están impresos en la contratapa de este cuadernillo).

- Podemos decirle cuál es la cobertura de nuestro plan para la vacuna y explicarle su parte del costo.
- Podemos indicarle cómo reducir sus costos usando proveedores y farmacias de nuestra red.
- Si no puede usar un proveedor y una farmacia de la red, podemos informarle lo que debe hacer para que le paguemos nuestra parte del costo.



## CAPÍTULO 5

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

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

<b>SECCIÓN 1</b>	<b>Situaciones en las que debería pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de sus medicamentos cubiertos .....</b>	<b>93</b>
Sección 1.1	Si usted paga nuestra parte del costo de sus medicamentos cubiertos, puede pedirnos que le devolvamos el dinero .....	93
<b>SECCIÓN 2</b>	<b>Puede pedirnos que le devolvamos el dinero .....</b>	<b>94</b>
Sección 2.1	Cómo y a dónde enviarnos su solicitud de pago .....	94
<b>SECCIÓN 3</b>	<b>Consideraremos su solicitud de pago y daremos una respuesta afirmativa o negativa.....</b>	<b>94</b>
Sección 3.1	Verificamos si debemos cubrir el medicamento y cuánto adeudamos .....	94
Sección 3.2	Si le indicamos que no pagaremos la totalidad o parte del medicamento, puede presentar una apelación .....	94
<b>SECCIÓN 4</b>	<b>Otras situaciones en las que debería guardar sus recibos y enviarnos copias.....</b>	<b>94</b>
Sección 4.1	En algunos casos, debe enviarnos copias de sus recibos para ayudarnos a hacer el seguimiento de sus costos de desembolso de medicamentos .....	94

## SECCIÓN 1 Situaciones en las que debería pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de sus medicamentos cubiertos

### Sección 1.1 Si usted paga nuestra parte del costo de sus medicamentos cubiertos, puede pedirnos que le devolvamos el dinero

A veces, cuando recibe un medicamento con receta, es posible que usted deba pagar el costo total en ese mismo momento. En otras ocasiones, es posible que descubra que pagó más de lo que esperaba en virtud de las reglas de cobertura del plan. En cualquiera de los dos casos, puede pedirle a nuestro plan que le devuelva lo que pagó (la devolución de un pago suele llamarse “reembolso”).

A continuación, brindamos ejemplos de situaciones en las que es posible que deba pedirle a nuestro plan que le devuelva dinero. Todos estos ejemplos son tipos de decisiones de cobertura (para obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte el Capítulo 7 de este cuadernillo).

#### 1. Cuando usa una farmacia fuera de la red para que le despachen un medicamento con receta

Si usted se dirige a una farmacia fuera de la red e intenta usar su tarjeta de membresía para que le despachen un medicamento con receta, es posible que la farmacia no pueda enviarnos el reclamo directamente a nosotros. Si esto sucede, tendrá que pagar el costo completo de su medicamento con receta. (Cubrimos medicamentos con receta despachados en farmacias fuera de la red en algunas situaciones especiales únicamente. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 3 para obtener más información).

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida que le devolvamos el dinero equivalente a nuestra parte del costo.

#### 2. Cuando usted paga el costo completo de un medicamento con receta porque no tiene a mano la tarjeta de membresía del plan

Si no tiene a mano la tarjeta de membresía del plan, puede pedirle a la farmacia que llame al plan o que busque su información de inscripción en el plan. Sin embargo, si la farmacia no puede obtener inmediatamente la información de inscripción que necesita, es posible que usted deba pagar el costo completo del medicamento con receta.

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida que le devolvamos el dinero equivalente a nuestra parte del costo.

#### 3. Cuando usted paga el costo completo de un medicamento con receta en otras situaciones

Es posible que usted deba pagar el costo completo de un medicamento con receta porque se entera de que el medicamento no está cubierto por algún motivo.

- Por ejemplo, es posible que el medicamento no esté en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan, o podría tener un requisito o una restricción que usted no conocía o que considera que no debería aplicarse en su caso. Si decide comprar el medicamento de inmediato, es posible que deba pagar el costo completo.
- Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida que le devolvamos el dinero. En algunas situaciones, es posible que debamos pedirle más información a su médico para poder devolverle nuestra parte del costo.

#### 4. Si se le inscribe en nuestro plan en forma retroactiva

A veces, la inscripción de una persona en el plan es retroactiva. (“Retroactivo” significa que el primer día de su inscripción ya pasó. Incluso es posible que la fecha de inscripción haya sido el año anterior).

Si se le inscribió en forma retroactiva en nuestro plan y pagó costos de desembolso por alguno de sus medicamentos después de su fecha de inscripción, puede pedirnos que le devolvamos nuestra parte de los costos. Deberá presentar documentación para que nosotros gestionemos el reembolso.

Llame a Servicio al Cliente para obtener más información sobre cómo pedirnos que le devolvamos dinero y sobre fechas límite para presentar su solicitud. (Los números de teléfono de Servicio al Cliente están impresos en la contratapa de este cuadernillo).

Todos los ejemplos anteriores son tipos de decisiones de cobertura. Esto significa que si rechazamos su solicitud de pago, usted puede apelar nuestra decisión. En el Capítulo 7 de este cuadernillo (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*), se brinda más información sobre cómo presentar una apelación.

## SECCIÓN 2 Puede pedirnos que le devolvamos el dinero

### Sección 2.1 Cómo y a dónde enviarnos su solicitud de pago

Envíenos su solicitud de pago junto con un recibo que documente el pago que haya realizado. Le recomendamos que haga una copia de sus recibos para sus registros.

Para asegurarse de estar proporcionándonos toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede completar nuestro formulario de reclamo para realizar su solicitud de pago.

- No está obligado a usar el formulario, pero le ayudará a procesar la información más rápido.
- Descargue una copia del formulario de nuestro sitio web ([cigna.com/member-resources](http://cigna.com/member-resources) [Customer Forms]) o llame a Servicio al Cliente para solicitar el formulario. (Los números de teléfono de Servicio al Cliente están impresos en la contratapa de este cuadernillo).

Envíenos su solicitud de pago por correo junto con cualquier recibo a la siguiente dirección:

Cigna Attn: Medicare Part D P.O. Box 14718 Lexington, KY 40512-4718

**Debe enviarnos su reclamo dentro de los 3 años** a partir de la fecha en que reciba el servicio, el artículo o el medicamento.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este cuadernillo). Si no sabe lo que debería haber pagado, podemos ayudarle. También puede llamar si desea brindarnos más información sobre una solicitud de pago que ya nos envió.

## SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y daremos una respuesta afirmativa o negativa

### Sección 3.1 Verificamos si debemos cubrir el medicamento y cuánto adeudamos

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

- Si decidimos que el medicamento está cubierto y que usted siguió todas las reglas para obtenerlo, pagaremos nuestra parte del costo. Le enviaremos por correo el reembolso de nuestra parte del costo. (El Capítulo 3 explica las reglas que debe seguir para que se cubran sus medicamentos con receta de la Parte D). Le enviaremos el pago dentro de los 30 días posteriores a la recepción de su solicitud.
- Si decidimos que el medicamento *no* está cubierto o que usted *no* siguió todas las reglas, no pagaremos nuestra parte del costo. En lugar de eso, le enviaremos una carta en la cual se explicarán los motivos por los que no enviamos el pago que solicitó y sus derechos a apelar esa decisión.

### Sección 3.2 Si le indicamos que no pagaremos la totalidad o parte del medicamento, puede presentar una apelación

Si piensa que cometimos un error al rechazar su solicitud de pago o no está de acuerdo con la cantidad que pagaremos, puede presentar una apelación. Si presenta una apelación, significa que nos está pidiendo que cambiemos la decisión que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Para obtener los detalles sobre cómo presentar esta apelación, consulte el Capítulo 7 de este cuadernillo (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*). El proceso de apelación es un proceso formal con fechas límite importantes y procedimientos detallados. Si es la primera vez que presenta una apelación, le resultará útil leer primero la Sección 4 del Capítulo 7. La Sección 4 es una sección introductoria que explica el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones, y define términos como “apelación”. Una vez que haya leído la Sección 4, puede consultar la Sección 5.5 del Capítulo 7 para obtener una explicación de cómo presentar una apelación paso a paso.

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

### Sección 4.1 En algunos casos, debe enviarnos copias de sus recibos para ayudarnos a hacer el seguimiento de sus costos de desembolso de medicamentos

Hay algunas situaciones en las que debería informarnos los pagos que haya hecho por sus medicamentos. En estos casos, no estará pidiéndonos un pago, sino proporcionando información sobre sus pagos para que podamos calcular sus costos de

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

desembolso en forma correcta. Es posible que esto le ayude a reunir los requisitos para alcanzar la Etapa de cobertura de gastos excedentes con mayor rapidez.

A continuación, mencionamos dos situaciones en las que debería enviarnos copias de los recibos para informarnos pagos que haya hecho por sus medicamentos:

**1. Cuando compre el medicamento por un precio menor que el nuestro**

A veces, cuando está en la Etapa de deducible y la Etapa de interrupción de cobertura, puede comprar su medicamento **en una farmacia de la red** por un precio menor que el nuestro.

- Por ejemplo, una farmacia podría ofrecer el medicamento a un precio especial; o usted podría tener una tarjeta de descuento que no está incluida en nuestro beneficio y que ofrece un precio menor.
- A menos que se apliquen condiciones especiales, usted debe usar una farmacia de la red en estas situaciones, y su medicamento debe estar en nuestra Lista de medicamentos.
- Guarde su recibo y envíenos una copia para que podamos computar sus gastos de desembolso a fin de que usted reúna los requisitos para la Etapa de cobertura de gastos excedentes.
- **Tenga en cuenta lo siguiente:** Si está en la Etapa de deducible y la Etapa de interrupción de cobertura, quizás no paguemos ninguna parte de los costos de estos medicamentos. Pero si nos envía una copia del recibo, nos permitirá calcular sus costos de desembolso correctamente, lo que puede ayudarle a reunir los requisitos para la Etapa de cobertura de gastos excedentes con mayor rapidez.

**2. Cuando obtenga un medicamento a través de un programa de asistencia para pacientes ofrecido por un fabricante de medicamentos**

Algunos miembros están inscritos en un programa de asistencia para pacientes ofrecido por un fabricante de medicamentos que no está incluido en los beneficios del plan. Si obtiene algún medicamento a través de un programa ofrecido por un fabricante de medicamentos, es posible que pague un copago al programa de asistencia para pacientes.

- Guarde su recibo y envíenos una copia para que podamos computar sus gastos de desembolso a fin de que usted reúna los requisitos para la Etapa de cobertura de gastos excedentes.
- **Tenga en cuenta lo siguiente:** Dado que recibe su medicamento a través del programa de asistencia para pacientes y no a través de los beneficios del plan, no pagaremos ninguna parte de los costos de estos medicamentos. Pero si nos envía una copia del recibo, nos permitirá calcular sus costos de desembolso correctamente, lo que puede ayudarle a reunir los requisitos para la Etapa de cobertura de gastos excedentes con mayor rapidez.

Dado que en los dos casos descritos usted no está pidiendo un pago, 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**

<b>SECCIÓN 1</b>	<b>Nuestro plan debe respetar sus derechos como miembro del plan.....</b>	<b>98</b>
Sección 1.1	Debemos proporcionarle la información de manera que la entienda bien (en idiomas que no sean inglés, en braille o en letra grande) We must provide information in a way that works for you (in languages other than English, in braille, or in large print).....	98
Sección 1.2	Debemos asegurar que tenga acceso oportuno a sus medicamentos cubiertos .....	98
Sección 1.3	Protegemos la privacidad de su información sobre la salud personal.....	98
Sección 1.4	Debemos brindarle información sobre el plan, la red de farmacias y sus medicamentos cubiertos .....	99
Sección 1.5	Debemos respaldar su derecho a tomar decisiones sobre su cuidado .....	100
Sección 1.6	Usted tiene derecho a presentar quejas y a pedirnos que reconsideremos decisiones que tomamos .....	101
Sección 1.7	¿Qué puede hacer si cree que está recibiendo un trato injusto o que no se están respetando sus derechos?.....	101
Sección 1.8	Cómo obtener más información sobre sus derechos .....	101
<b>SECCIÓN 2</b>	<b>Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan.....</b>	<b>101</b>
Sección 2.1	¿Cuáles son sus responsabilidades? .....	101

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

**Sección 1.1    Debemos proporcionarle la información de manera que la entienda bien (en idiomas que no sean inglés, en braille o en letra grande)  
We must provide information in a way that works for you (in languages other than English, in braille, or in large print)**

Para que le proporcionemos la información de manera que la entienda bien, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este cuadernillo).

Nuestro plan cuenta con personas y servicios gratuitos de intérpretes disponibles para responder preguntas de miembros discapacitados y que no hablan inglés. También podemos darle de manera gratuita información en braille, en letra grande o en otros formatos alternativos si lo necesita. Tenemos la obligación de darle la información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para que le proporcionemos la información de manera que la entienda bien, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este cuadernillo).

Si tiene algún problema para recibir la información de nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, llame para presentar una queja a través de nuestro departamento de Quejas de los Miembros (los números de teléfono están impresos en la información de contacto de Quejas respecto de los medicamentos con receta de la Parte D en la Sección 1 del Capítulo 2 de este cuadernillo). 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 Evidencia de cobertura o en esta correspondencia, o puede comunicarse con Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este cuadernillo) para solicitar información adicional.

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

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

If you have any trouble getting information from our plan in a format that is accessible and appropriate for you, please call to file a grievance with 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 asegurar que tenga acceso oportuno a sus medicamentos cubiertos**

Como miembro de nuestro plan, tiene derecho a que se le despachen o repongan sus medicamentos con receta en cualquiera de las farmacias de nuestra red sin demoras prolongadas. Si piensa que no está recibiendo sus medicamentos de la Parte D dentro de un plazo razonable, en la Sección 7 del Capítulo 7 de este cuadernillo, se le indica lo que puede hacer. (Si rechazamos la cobertura de sus medicamentos con receta, y usted no está de acuerdo con nuestra decisión, en la Sección 4 del Capítulo 7, se le indica lo que puede hacer).

**Sección 1.3    Protegemos la privacidad de su información sobre la salud personal**

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

- La “información sobre la salud personal” incluye la información personal que nos proporcionó cuando se inscribió en este plan y sus registros médicos, y otra información médica y vinculada con la salud.
- Las leyes que protegen su privacidad le otorgan derechos relacionados con la obtención de información y el control de la forma en que se usa su información sobre la salud. Le enviamos una notificación escrita, llamada “Notificación de prácticas de privacidad”, que le informa sobre estos derechos y explica cómo protegemos la privacidad de su información sobre la salud.

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

- Nos aseguramos de que las personas que no están autorizadas no puedan ver ni cambiar sus registros.
- En la mayoría de las situaciones, si le proporcionamos su información sobre la salud a una persona que no está brindándole cuidados o pagando por sus cuidados, *tenemos la obligación de primero obtener su permiso escrito*. Usted o una persona que tenga la facultad legal de tomar decisiones por usted puede dar el permiso escrito.
- Hay determinadas excepciones que no requieren que obtengamos primero su permiso escrito. La ley permite o exige que se realicen estas excepciones.
  - Por ejemplo, tenemos la obligación de divulgar información sobre la salud a agencias gubernamentales que estén verificando la calidad de la atención.
  - Dado que usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, tenemos la obligación de proporcionarle su información sobre la salud a Medicare, que incluye información sobre sus medicamentos con receta de la Parte D. Si Medicare divulga su información para investigación u otros usos, esto se hará de acuerdo con las leyes y reglamentaciones federales.

## Puede ver la información de sus registros y saber cómo se compartió con otras personas

Usted tiene derecho a ver los registros médicos sobre usted que mantiene el plan y a obtener una copia. Podemos cobrarle un cargo por hacer copias. Usted también tiene derecho a pedirnos que agreguemos datos o realicemos correcciones en sus registros médicos. Si nos pide que hagamos esto, trabajaremos con su proveedor de cuidado de la salud para determinar si se deben hacer esos cambios.

Usted tiene derecho a conocer la forma en que su información sobre la salud se compartió con otras personas para cualquier fin que no sea de rutina.

Si tiene preguntas o inquietudes acerca de la privacidad de su información sobre la salud personal, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este cuadernillo).

### **Sección 1.4 Debemos brindarle información sobre el plan, la red de farmacias y sus medicamentos cubiertos**

Como miembro de Cigna Secure-Extra Rx (PDP), usted tiene derecho a que le enviemos muchos tipos de información. (Según se explicó en la Sección 1.1, usted tiene derecho a que le proporcionemos información de manera que la entienda bien. Esto incluye obtener la información en idiomas que no sean inglés, en braille o en letra grande).

Si desea recibir alguno de los siguientes tipos de información, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este cuadernillo):

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera del plan. También abarca información sobre la cantidad de apelaciones presentadas por los miembros y las calificaciones basadas en el desempeño del plan, lo cual incluye la calificación que le dieron los miembros del plan y la comparación con otros planes de medicamentos con receta de Medicare.
- **Información sobre las farmacias de nuestra red.**
  - Por ejemplo, usted tiene derecho a recibir información sobre las farmacias de nuestra red.
  - Para obtener una lista de las farmacias incluidas en la red del plan, consulte el *Directorio de farmacias*.
  - Para obtener información más detallada sobre nuestras farmacias, puede llamar a Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este cuadernillo) o visitar nuestro sitio web [cigna.com/member-resources](http://cigna.com/member-resources).
- **Información sobre su cobertura y las reglas que debe seguir cuando la usa.**
  - Para obtener detalles sobre la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D, consulte los Capítulos 3 y 4 de este cuadernillo, y la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan. Estos capítulos, junto con la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*, le indican cuáles son los medicamentos cubiertos y le explican las reglas que debe seguir y las restricciones a su cobertura para determinados medicamentos.
  - Si tiene alguna pregunta sobre las reglas o restricciones, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este cuadernillo).
- **Información sobre el motivo por el cual algún concepto no está cubierto y qué puede hacer al respecto.**

- Si un medicamento de la Parte D no está cubierto en su caso o si su cobertura está restringida de alguna forma, puede pedirnos una explicación escrita. Usted tiene derecho a recibir esta explicación incluso si recibió el medicamento en una farmacia fuera de la red.
- Si no está satisfecho o no está de acuerdo con una decisión que tomemos sobre los medicamentos de la Parte D que el plan cubre en su caso, tiene el derecho a solicitarnos que modifiquemos la decisión. Puede pedirnos que cambiemos la decisión presentando una apelación. Para obtener detalles sobre qué hacer si algún concepto no está cubierto en su caso como usted espera, consulte el Capítulo 7 de este cuadernillo. Allí se proporcionan detalles sobre cómo presentar una apelación si desea que cambiemos nuestra decisión. (En el Capítulo 7, también se brinda información sobre cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera y otras inquietudes).
- Si desea pedirle a nuestro plan que pague nuestra parte del costo de un medicamento con receta de la Parte D, consulte el Capítulo 5 de este cuadernillo.

### Sección 1.5 Debemos respaldar su derecho a tomar decisiones sobre su cuidado

#### **Usted tiene derecho a dar instrucciones sobre lo que se debe hacer si usted no puede tomar decisiones médicas por su cuenta**

Algunas personas pierden la capacidad de tomar sus propias decisiones con respecto al cuidado de su salud 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*, puede:

- Completar un formulario escrito para dar **a alguien la autorización legal para tomar decisiones médicas en su nombre** si usted no pudiera tomar decisiones por su cuenta.
- **Dar a sus médicos instrucciones escritas** sobre cómo desea que manejen su atención médica si usted no pudiera tomar decisiones por su cuenta.

Los documentos legales que puede usar para dar sus instrucciones por adelantado en estas situaciones se llaman “**directivas anticipadas**”. Hay diferentes tipos de directivas anticipadas que tienen distintos nombres. Los documentos llamados “**testamento vital**” y “**poder para el cuidado de la salud**” son ejemplos de directivas anticipadas.

Si quiere usar una “directiva anticipada” para dar sus instrucciones, debe hacer lo siguiente:

- **Consiga el formulario.** Si desea usar una directiva anticipada, puede pedir un formulario a su abogado, a un trabajador social o a algunas tiendas de artículos de oficina. A veces, puede obtener formularios para directivas anticipadas en organizaciones que brindan información sobre Medicare.
- **Complételo y fírmelo.** Independientemente de dónde consiga este formulario, recuerde que es un documento legal. Debe evaluar la posibilidad de que un abogado le ayude a prepararlo.
- **Entregue copias a las personas apropiadas.** Debe entregar una copia del formulario a su médico y a la persona que designe en el formulario para tomar decisiones en su nombre si usted no pudiera hacerlo. También puede darles copias a amigos cercanos o familiares. Asegúrese de conservar una copia en su casa.

Si sabe con anticipación que será hospitalizado y firmó una directiva anticipada, **lleve una copia al hospital.**

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

**Recuerde que usted puede elegir si desea completar una directiva anticipada** (lo cual incluye la posibilidad de firmar una si está en el hospital). De acuerdo con la ley, nadie puede negarle servicios de cuidado de la salud ni discriminarle en función de si ha firmado una directiva anticipada o no.

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

Si firmó una directiva anticipada y cree que un médico o un hospital no siguieron las instrucciones que contenía, puede presentar una queja ante una agencia específica de su estado, como un Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (SHIP) o una Organización de Mejora de la Calidad (QIO, por sus siglas en inglés). Consulte el Anexo A y el Anexo B en la parte de atrás de este cuadernillo para buscar la información de contacto del Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (SHIP) o la Organización de Mejora de la Calidad (QIO) de su estado.

## Sección 1.6 Usted tiene derecho a presentar quejas y a pedirnos que reconsideremos decisiones que tomamos

Si tiene algún problema o inquietud en relación con sus servicios cubiertos o su cuidado, en el Capítulo 7 de este cuadernillo, se indica lo que debe hacer y se proporcionan detalles sobre cómo manejar todo tipo de problemas y quejas. Lo que debe hacer para hacer un seguimiento de un problema o una inquietud depende de la situación. Es posible que deba pedirle a nuestro plan que tome una decisión de cobertura en su caso, presentar una apelación para que cambiemos una decisión de cobertura o presentar una queja. Sin importar lo que haga –pedir una decisión de cobertura, presentar una apelación o presentar una queja– **nosotros tenemos la obligación de tratarle en forma justa.**

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

## Sección 1.7 ¿Qué puede hacer si cree que está recibiendo un trato injusto o que no se están respetando sus derechos?

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

Si cree que recibió un trato injusto o que no se respetaron sus derechos debido a su raza, discapacidad, religión, sexo, 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 (TTY: 1-800-537-7697), o llamar a su Oficina de Derechos Civiles local.

### ¿Se trata de otro asunto?

Si cree que recibió un trato injusto o que no se respetaron sus derechos, *pero* el asunto *no* está relacionado con la discriminación, puede obtener ayuda para manejar el problema que tiene:

- Puede **llamar a Servicio al Cliente** (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este cuadernillo).
- Puede **llamar al Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico**. Para obtener detalles sobre esta organización y cómo comunicarse, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- O puede **llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

## Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos

Hay muchos lugares en los que puede obtener más información sobre sus derechos:

- Puede **llamar a Servicio al Cliente** (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este cuadernillo).
- Puede **llamar al Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico**. Para obtener detalles sobre esta organización y cómo comunicarse, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- Puede comunicarse con **Medicare**.
  - Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación “Derechos y Protecciones en Medicare”. (La publicación está disponible en: [www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf](http://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf)).
  - O puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

## SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan

### Sección 2.1 ¿Cuáles son sus responsabilidades?

A continuación, se enumera lo que usted debe hacer como miembro del plan. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este cuadernillo). Estamos para servirle.

- **Familiarícese con sus medicamentos cubiertos y con las reglas que debe seguir para obtenerlos.** Use este cuadernillo de *Evidencia de cobertura* para obtener información sobre los beneficios que están cubiertos para usted y las reglas que debe seguir para obtener sus medicamentos cubiertos.
  - En los Capítulos 3 y 4, se brindan detalles sobre su cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.
- **Si tiene alguna otra cobertura de medicamentos con receta además de nuestro plan, tiene la obligación de informarlo.** Llame a Servicio al Cliente para informarlo (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este cuadernillo).



**Capítulo 6. Sus derechos y responsabilidades**

- Tenemos la obligación de seguir reglas establecidas por Medicare para asegurarnos de que esté usando toda su cobertura en forma combinada cuando recibe los medicamentos cubiertos a través de nuestro plan. Esto se llama **"coordinación de beneficios"** porque implica coordinar los beneficios para medicamentos que usted obtiene a través de nuestro plan con cualquier otro beneficio para medicamentos que usted tenga disponible. Le ayudaremos a coordinar sus beneficios. (Para obtener más información sobre la coordinación de beneficios, consulte la Sección 10 del Capítulo 1).
- **Informe a su médico y su farmacéutico que usted está inscrito en nuestro plan.** Muestre la tarjeta de membresía del plan cada vez que obtenga sus medicamentos con receta de la Parte D.
- **Colabore con sus médicos y otros proveedores dándoles información, haciéndoles preguntas y siguiendo las indicaciones que le den como parte de su cuidado.**
  - Para ayudar a sus médicos y otros proveedores de servicios de salud a brindarle el mejor cuidado, obtenga toda la información posible acerca de sus problemas de salud y de la información que necesiten sobre usted y sobre su salud. Siga los planes de tratamiento y las instrucciones que usted y sus médicos acuerden.
  - Asegúrese de que sus médicos estén informados sobre todos los medicamentos que esté tomando, incluso los medicamentos de venta sin receta, vitaminas y suplementos.
  - Si tiene alguna inquietud, no dude en preguntar. Se supone que sus médicos y otros proveedores de cuidado de la salud deben darle explicaciones que usted entienda. Si hace una pregunta y no entiende la respuesta, vuelva a preguntar.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de los siguientes pagos:
  - Debe pagar las primas de su plan para seguir siendo miembro de nuestro plan.
  - Para la mayoría de los medicamentos cubiertos por el plan, debe pagar su parte del costo cuando los reciba. Esto será un copago (una cantidad fija) o un coseguro (un porcentaje del costo total). En el Capítulo 4, se indica lo que usted debe pagar por sus medicamentos con receta de la Parte D.
  - Si compra algún medicamento que no está cubierto por nuestro plan u otro seguro que pueda tener, usted deberá pagar el costo total.
    - Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar la cobertura de un medicamento, puede presentar una apelación. Consulte el Capítulo 7 de este cuadernillo para obtener información sobre cómo presentar una apelación.
  - Si se le exige el pago de una multa por inscripción tardía, debe pagarla para seguir siendo miembro del plan.
  - Si debe pagar la cantidad adicional por la Parte D debido a sus ingresos anuales, debe pagarla directamente al gobierno para seguir siendo miembro del plan.
- **Infórmenos si se muda.** Si se va a mudar, es importante que nos lo informe sin demora. Llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este cuadernillo).
  - **Si se muda fuera del área de servicio de nuestro plan, no puede seguir siendo miembro de nuestro plan.** (En el Capítulo 1, se indica nuestra área de servicio). Podemos ayudarle a averiguar si el lugar adonde se mudará está fuera de nuestra área de servicio. Si dejará nuestra área de servicio, tendrá un Período de inscripción especial durante el cual podrá inscribirse en cualquier plan de Medicare que esté disponible en su área nueva. Podemos informarle si tenemos un plan en su área nueva.
  - **Si se muda dentro de nuestra área de servicio, igualmente debemos estar informados** para poder mantener actualizado su registro de membresía y saber cómo contactarle.
  - Si se muda, también es importante que se lo comunique al Seguro Social (o a la Junta de Jubilación Ferroviaria). Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto de estas organizaciones en el Capítulo 2.
- **Si tiene alguna pregunta o inquietud, llame a Servicio al Cliente para recibir ayuda.** También le agradeceremos cualquier sugerencia que pueda tener para mejorar nuestro plan.
  - Los números de teléfono y los horarios de atención telefónica de Servicio al Cliente están impresos en la contratapa de este cuadernillo.
  - Para obtener más información sobre cómo comunicarse con nosotros, que incluye nuestra dirección postal, consulte el Capítulo 2.



# CAPÍTULO 7

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

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

<b>SECCIÓN 1</b>	<b>Introducción .....</b>	<b>105</b>
Sección 1.1	Qué debe hacer si tiene un problema o una inquietud .....	105
Sección 1.2	¿Qué ocurre con los términos legales? .....	105
<b>SECCIÓN 2</b>	<b>Puede recibir ayuda de organizaciones gubernamentales que no tienen relación con nosotros.....</b>	<b>105</b>
Sección 2.1	Dónde obtener más información y asistencia personalizada.....	105
<b>SECCIÓN 3</b>	<b>¿Qué proceso debería usar para resolver su problema? .....</b>	<b>106</b>
Sección 3.1	¿Debe usar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O debe usar el proceso para presentar quejas? .....	106
<b>DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES .....</b>		<b>106</b>
<b>SECCIÓN 4</b>	<b>Guía de los aspectos básicos de las decisiones de cobertura y las apelaciones .....</b>	<b>106</b>
Sección 4.1	Cómo pedir decisiones de cobertura y presentar apelaciones: panorama general.....	106
Sección 4.2	Cómo obtener ayuda cuando pide una decisión de cobertura o presenta una apelación .....	107
<b>SECCIÓN 5</b>	<b>Sus medicamentos con receta de la Parte D: cómo pedir una decisión de cobertura o presentar una apelación .....</b>	<b>107</b>
Sección 5.1	En esta sección, se le informa qué debe hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea que le devolvamos el dinero de un medicamento de la Parte D .....	107
Sección 5.2	¿Qué es una excepción? .....	109
Sección 5.3	Cosas importantes que debe saber antes de solicitar una excepción.....	110
Sección 5.4	Paso a paso: Cómo pedir una decisión de cobertura, incluso una excepción.....	110
Sección 5.5	Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 (cómo pedir una revisión de una decisión de cobertura que tomó nuestro plan).....	112
Sección 5.6	Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2.....	114
<b>SECCIÓN 6</b>	<b>Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y niveles superiores .....</b>	<b>115</b>
Sección 6.1	Niveles de Apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D .....	115
<b>PRESENTACIÓN DE QUEJAS.....</b>		<b>116</b>
<b>SECCIÓN 7</b>	<b>Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes .....</b>	<b>116</b>
Sección 7.1	¿Qué tipos de problemas se manejan a través del proceso de quejas? .....	116
Sección 7.2	El nombre formal para “presentar una queja” es “iniciar un procedimiento de queja formal” .....	117
Sección 7.3	Paso a paso: Presentación de quejas .....	117
Sección 7.4	También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención a la Organización de Mejora de la Calidad.....	118
Sección 7.5	También puede informar a Medicare acerca de su queja .....	118

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

### SECCIÓN 1 Introducción

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

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

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

Ambos procesos han sido aprobados por Medicare. Para asegurar que sus problemas se traten en forma justa y sin demoras, cada proceso tiene un conjunto de reglas, procedimientos y fechas límite que usted y nosotros debemos seguir.

¿Cuál debe usar? Esto depende del tipo de problema que tenga. La guía de la Sección 3 le ayudará a identificar el proceso correcto que debe usar.

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

Algunas de las reglas, los procedimientos y los tipos de fechas límite que se explican en este capítulo tienen términos legales técnicos. La mayoría de las personas no conoce estos términos, que pueden ser difíciles de entender.

Para simplificar, en este capítulo se explican las reglas y los procedimientos legales usando palabras más simples en lugar de determinados términos legales. Por ejemplo, en general, en este capítulo se usa la expresión “presentar una queja” en lugar de “iniciar un procedimiento de queja formal”, “decisión de cobertura” en lugar de “determinación de cobertura” o “determinación de riesgo”, y “Organización de Revisión Independiente” en lugar de “Entidad de Revisión Independiente”. También se usa la menor cantidad posible de abreviaturas.

Sin embargo, puede ser útil –y a veces bastante importante– que usted conozca los términos legales correctos relacionados con la situación en la que se encuentra. Saber qué términos debe usar le ayudará a comunicarse en forma más clara y precisa cuando tenga un problema, y a obtener la ayuda o la información adecuada para su situación. Para ayudarle a saber qué términos debe usar, incluimos términos legales cuando explicamos los detalles para manejar tipos específicos de situaciones.

### SECCIÓN 2 Puede recibir ayuda de organizaciones gubernamentales que no tienen relación con nosotros

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

A veces, puede ser confuso iniciar o seguir hasta el final el proceso para resolver un problema. Esto puede ocurrir especialmente si usted no se siente bien o tiene poca energía. En otras ocasiones, es posible que no tenga el conocimiento que necesita para dar el siguiente paso.

#### Obtenga ayuda de una organización gubernamental independiente

Siempre estamos disponibles para ayudarle. Pero, en algunas situaciones, es posible que también quiera recibir ayuda u orientación de alguien que no tenga relación con nosotros. Siempre puede comunicarse con su **Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (SHIP)**. Este programa gubernamental tiene asesores capacitados en todos los estados. El programa no tiene relación con nosotros ni con ninguna compañía de seguros ni plan de salud. Los asesores de este programa pueden ayudarle a entender qué proceso debería seguir para manejar su problema. También pueden responder sus preguntas, brindarle más información y ofrecer orientación sobre qué hacer.

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

#### También puede obtener ayuda e información a través de Medicare

Para obtener más información y ayuda sobre cómo manejar un problema, también puede comunicarse con Medicare. A continuación, le indicamos dos formas para obtener información directamente a través de Medicare:

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

## SECCIÓN 3 ¿Qué proceso debería usar para resolver su problema?

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

Si tiene algún problema o alguna inquietud, solo debe leer las partes de este capítulo que se aplican a su situación. La siguiente guía le resultará útil.

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

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

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

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

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

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

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

## DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES

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

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

El proceso para decisiones de cobertura y apelaciones trata problemas relacionados con sus beneficios y su cobertura para medicamentos con receta, lo cual incluye problemas relacionados con el pago. Este es el proceso que se usa para cuestiones como, por ejemplo, si un medicamento está cubierto o no, y la forma en que está cubierto.

#### Cómo pedir decisiones de cobertura

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

Cuando decidimos qué se cubre y cuánto pagaremos, estamos tomando una decisión de cobertura para su caso. En algunos casos, podríamos decidir que un medicamento no está cubierto o que Medicare ya no lo cubre para usted. Si no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

#### Cómo presentar una apelación

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

Cuando apela una decisión por primera vez, se denomina Apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que tomamos para verificar si estábamos siguiendo todas las reglas en forma apropiada. Los revisores que se ocupan de su apelación no son los mismos que tomaron la decisión original que no resultó favorable. Cuando hayamos completado la revisión, le informaremos nuestra decisión. En determinadas circunstancias, que analizaremos más adelante, usted puede solicitar una “decisión de cobertura rápida” o acelerada, o una apelación rápida de una decisión de cobertura.

Si rechazamos su Apelación de Nivel 1, en todo o en parte, puede solicitar una Apelación de Nivel 2. La Apelación de Nivel 2 está a cargo de una Organización de Revisión Independiente que no está relacionada con nosotros. Si no está satisfecho con la decisión de la Apelación de Nivel 2, es posible que pueda continuar con otros niveles de apelación.

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

¿Desea recibir ayuda? A continuación, le brindamos recursos que tal vez desee utilizar si decide pedir algún tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- Puede **llamarnos a Servicio al Cliente** (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este cuadernillo).
- Puede **recibir ayuda gratuita** de su Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (consulte la Sección 2 de este capítulo).
- **Su médico u otro proveedor pueden presentar una solicitud por usted.** En el caso de medicamentos con receta de la Parte D, su médico u otro proveedor pueden solicitar una decisión de cobertura o una Apelación de Nivel 1 o de Nivel 2 en su nombre. Para solicitar cualquier apelación después del Nivel 2, su médico u otro proveedor debe estar designado como su representante.
- **Puede pedirle a otra persona que actúe en su nombre.** Si lo desea, puede nombrar a otra persona para que actúe por usted como su “representante” a fin de pedir una decisión de cobertura o presentar una apelación.
  - Es posible que haya alguien que ya esté legalmente autorizado para actuar como su representante en virtud de la ley estatal.
  - Si desea que un amigo, un familiar, su médico u otro proveedor, u otra persona sea su representante, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este cuadernillo) y pida el formulario de “Nombramiento de representante”. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare, [www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf](http://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf)). El formulario autoriza a esa persona a actuar en su nombre. Debe llevar su firma y la de la persona elegida para que actúe en su nombre. Debe entregarnos una copia del formulario firmado.
- **También tiene derecho a contratar a un abogado para que actúe en su nombre.** Puede comunicarse con su propio abogado o averiguar el nombre de un abogado en la asociación de abogados de su localidad u otro servicio de referencias. También hay grupos que le prestarán servicios legales en forma gratuita si usted reúne los requisitos. Sin embargo, **no está obligado a contratar a un abogado** para pedir decisiones de cobertura ni para apelar una decisión.

**SECCIÓN 5 Sus medicamentos con receta de la Parte D: cómo pedir una decisión de cobertura o presentar una apelación**

 ¿Leyó la Sección 4 de este capítulo (*Guía de los aspectos básicos de las decisiones de cobertura y las apelaciones*)? Si no la leyó, le recomendamos que la lea antes de comenzar esta sección.

**Sección 5.1 En esta sección, se le informa qué debe hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea que le devolvamos el dinero de un medicamento de la Parte D**

Sus beneficios como miembro de nuestro plan incluyen la cobertura de muchos medicamentos con receta. Consulte la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* de nuestro plan. Para que su medicamento esté cubierto, se debe utilizar para una indicación médicamente aceptada. (Una “indicación médicamente aceptada” es un uso del medicamento que cuenta con la aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos, o con el respaldo de determinados libros de referencia. Consulte la Sección 3 del Capítulo 3 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada).

- **Esta sección trata sobre sus medicamentos de la Parte D únicamente.** Para simplificar, generalmente usamos la palabra “medicamento” en el resto de esta sección en lugar de repetir cada vez “medicamento con receta cubierto para pacientes ambulatorios” o “medicamento de la Parte D”.
- Para obtener detalles sobre a qué nos referimos con “medicamentos de la Parte D”, la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*, reglas y restricciones sobre cobertura, e información de costos, consulte el Capítulo 3 (*Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D*) y el Capítulo 4 (*Lo que usted paga por los medicamentos con receta de la Parte D*).

**Decisiones de cobertura y apelaciones en relación con la Parte D**

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

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

A continuación, brindamos ejemplos de decisiones de cobertura que usted nos puede pedir que tomemos respecto de sus medicamentos de la Parte D:

- Usted nos pide que hagamos una excepción, que incluye:
  - Pedirnos que cubramos un medicamento de la Parte D que no está en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan
  - Pedirnos que no apliquemos una restricción sobre la cobertura del plan para un medicamento (como los límites a la cantidad del medicamento que puede obtener)
  - Pedirnos pagar una cantidad de costo compartido menor por un medicamento cubierto en un nivel de costo compartido más elevado
- Usted nos pregunta si un medicamento está cubierto en su caso y si cumple con las reglas de cobertura aplicables. (Por ejemplo, si su medicamento está en la *Lista de medicamentos cubiertos [Formulario]* del plan, pero se le exige obtener nuestra aprobación antes de cubrirlo).
  - *Tenga en cuenta lo siguiente:* Si su farmacia le informa que su medicamento con receta no se puede despachar tal como se indica en la receta, la farmacia le proporcionará una notificación escrita en la que se le explicará cómo comunicarse con nosotros para pedirnos una decisión de cobertura.
- Usted nos pide que paguemos un medicamento con receta que ya compró. Esta es una solicitud de decisión de cobertura respecto del pago.

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

En esta sección se le indica cómo pedir decisiones de cobertura y cómo solicitar una apelación. El siguiente cuadro le ayudará a determinar qué parte tiene información que corresponde a su situación:

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

<b>Si está en esta situación:</b>	<b>Esto es lo que puede hacer:</b>
Si necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos, o bien una excepción a una regla o restricción sobre un medicamento que cubramos.	Puede pedirnos que hagamos una excepción. (Este es un tipo de decisión de cobertura). Comience con la <b>Sección 5.2</b> de este capítulo.
Si desea que cubramos un medicamento que está en nuestra Lista de medicamentos y cree que cumple con las reglas o restricciones del plan (como obtener aprobación por adelantado) para el medicamento que necesita.	Puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura. Adelántese a la <b>Sección 5.4</b> de este capítulo.
Si quiere pedirnos que le devolvamos dinero por un medicamento que ya recibió y pagó.	Puede pedirnos que le devolvamos el dinero. (Este es un tipo de decisión de cobertura). Adelántese a la <b>Sección 5.4</b> de este capítulo.
Si ya le informamos que no cubriremos ni pagaremos un medicamento como usted espera.	Puede presentar una apelación. (Esto significa pedirnos que reconsideremos la cuestión). Adelántese a la <b>Sección 5.5</b> de este capítulo.



**Sección 5.2 ¿Qué es una excepción?**

Si un medicamento no está cubierto como usted espera, puede pedirnos que hagamos una “excepción”. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura. En forma similar a otros tipos de decisiones de cobertura, si denegamos su solicitud de una excepción, usted puede apelar nuestra decisión.

Cuando usted pide una excepción, su médico u otro proveedor deberá explicar los motivos médicos por los que usted necesita que se apruebe la excepción. Entonces, consideraremos su solicitud. A continuación, se brindan tres ejemplos de excepciones que usted o su médico u otro proveedor pueden pedirnos:

**1. Cubrir un medicamento de la Parte D que no está incluido en nuestra *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*.** (Nos referimos a ella como “Lista de medicamentos” para abreviar).

Términos legales
Pedir que se cubra un medicamento que no está en la Lista de medicamentos, a veces, se llama pedir una “ <b>excepción al formulario</b> ”.

- Si aceptamos hacer una excepción y cubrir un medicamento que no está en la Lista de medicamentos, usted deberá pagar la cantidad del costo compartido que se aplica a los medicamentos incluidos en el Nivel 4: Medicamentos no preferidos. No puede pedir una excepción a la cantidad del copago o coseguro que requerimos que pague por el medicamento.

**2. {Eliminar} una restricción respecto de nuestra cobertura de un medicamento cubierto.** Otras reglas o restricciones se aplican a determinados medicamentos incluidos en nuestra *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* (para obtener más información, consulte el Capítulo 3).

Términos legales
Pedir que se elimine una restricción respecto de la cobertura de un medicamento, a veces, se llama pedir una “ <b>excepción al formulario</b> ”.

- Las otras reglas o restricciones sobre la cobertura de determinados medicamentos incluyen:
  - *Que se le pida que use la versión genérica* de un medicamento en lugar del medicamento de marca.
  - *Obtener aprobación del plan por anticipado* antes de que aceptemos cubrir su medicamento. (En ocasiones, esto se llama “autorización previa”).
  - *Que se le pida que pruebe otro medicamento en primer lugar* antes de que aceptemos cubrir el medicamento que está pidiendo. (A veces, esto se llama “tratamiento escalonado”).
  - *Límites a la cantidad.* Para determinados medicamentos, hay restricciones sobre la cantidad del medicamento que puede obtener.
- Si aceptamos hacer una excepción y no aplicar la restricción en su caso, puede pedir una excepción a la cantidad del copago o del coseguro que requerimos que pague por el medicamento.

**3. Cambiar la cobertura de un medicamento a un nivel de costo compartido inferior.** Cada medicamento incluido en nuestra Lista de medicamentos se encuentra en uno de los seis niveles de costo compartido. En general, cuanto menor sea el nivel de costo compartido, menos deberá pagar usted por su parte del costo del medicamento.

Términos legales
Pedir pagar un precio menor por un medicamento no preferido cubierto, a veces, se llama pedir una “ <b>excepción a la asignación de nivel</b> ”.

- Si nuestra Lista de medicamentos contiene algún medicamento alternativo para tratar su afección médica que se encuentre en un nivel de costo compartido inferior que su medicamento, puede pedirnos que cubramos su medicamento por la cantidad de costo compartido que se aplique al medicamento alternativo. Esto reduciría su parte del costo del medicamento.
- Si el medicamento que está tomando es un producto biológico, puede pedirnos que cubramos su medicamento por la cantidad de costo compartido que se aplique al nivel más bajo que contenga alternativas de productos biológicos para tratar su afección.



- Si el medicamento que está tomando es un medicamento de marca, puede pedirnos que cubramos su medicamento por la cantidad de costo compartido que se aplique al nivel más bajo que contenga alternativas de marca para tratar su afección.
- Si el medicamento que está tomando es un medicamento genérico, puede pedirnos que cubramos su medicamento por la cantidad de costo compartido que se aplique al nivel más bajo que contenga alternativas de marca o genéricas para tratar su afección.
- No puede pedirnos que cambiemos el nivel de costo compartido de ningún medicamento que esté incluido en el Nivel 5: Nivel de especialidad.
- Si aprobamos su solicitud de una excepción a la asignación de nivel, y hay más de un nivel de costo compartido inferior con medicamentos alternativos que usted pueda usar, generalmente pagará la cantidad más baja.

### Sección 5.3 Cosas importantes que debe saber antes de solicitar una excepción

#### Su médico debe indicarnos los motivos médicos

Su médico u otro proveedor debe darnos una declaración en la que se expliquen los motivos médicos por los que pide una excepción. Para que se tome una decisión con mayor rapidez, incluya esta información médica de su médico u otro proveedor cuando solicite la excepción.

Habitualmente, nuestra Lista de medicamentos incluye más de un medicamento para tratar una afección en particular. A las distintas opciones se las llama medicamentos “alternativos”. Si un medicamento alternativo tendría la misma eficacia que el medicamento que usted está solicitando y no ocasionaría más efectos secundarios ni otros problemas de salud, generalmente *no* aprobaremos su solicitud de excepción. Si nos solicita una excepción a la asignación de nivel, generalmente *no* aprobaremos su solicitud, salvo que todos los medicamentos alternativos incluidos en el/los nivel(es) de costo compartido más bajo no tengan la misma eficacia en su caso o sea probable que le provoquen una reacción adversa u otro daño.

#### Podemos aceptar o rechazar su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de excepción, por lo general, nuestra aprobación tiene validez hasta el final del año del plan; siempre que su médico siga recetándole el medicamento y que ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su afección.
- Si rechazamos su solicitud de excepción, puede pedir una revisión de nuestra decisión presentando una apelación. En la Sección 5.5, se indica cómo presentar una apelación si rechazamos la solicitud.

La siguiente sección le indica cómo solicitar una decisión de cobertura, que incluye una excepción.

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

**Paso 1:** Usted nos pide que tomemos una decisión de cobertura sobre el/los medicamento(s) o el pago que necesita. Si su situación de salud requiere una respuesta rápida, debe pedirnos que tomemos una “decisión de cobertura rápida”. No puede pedir una decisión de cobertura rápida si nos pide que le devolvamos el dinero de un medicamento que ya compró.

#### Qué debe hacer

- **Solicite el tipo de decisión de cobertura que desea.** Primero, llámenos, escríbanos o envíenos un fax para hacer su solicitud. Usted, su representante o su médico (u otro proveedor) pueden hacerlo. También puede tener acceso al proceso de decisión de cobertura a través de nuestro sitio web. Para conocer los detalles, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección llamada *Cómo comunicarse con nosotros cuando pida una decisión de cobertura respecto de sus medicamentos con receta de la Parte D*. O bien, si nos está pidiendo que le devolvamos el dinero de un medicamento, consulte la sección llamada *Adónde enviar una solicitud para pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de un medicamento que haya recibido*.
- **Usted, su médico u otra persona que actúe en su nombre** pueden pedir una decisión de cobertura. En la Sección 4 de este capítulo, se le indica cómo puede dar un permiso escrito a otra persona para que actúe como su representante. Un abogado también puede actuar en su nombre.
- **Si desea pedirnos que le devolvamos el dinero de un medicamento**, primero lea el Capítulo 5 de este cuadernillo: *Cómo pedirnos que paguemos nuestra parte de los costos por los medicamentos cubiertos*. En el Capítulo 5, se describen las situaciones en las que es posible que deba pedirnos un reembolso. También se indica cómo enviarnos los documentos para pedirnos que le devolvamos nuestra parte del costo de un medicamento que usted pagó.

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

- **Si pide una excepción, brinde la “declaración respaldatoria”.** Su médico u otro proveedor debe darnos los motivos médicos que justifican la excepción relacionada con un medicamento que usted está solicitando. (A esto lo llamamos “declaración respaldatoria”). Su médico u otro proveedor puede enviarnos la declaración por fax o por correo. Su médico u otro proveedor también puede informarnos por teléfono y hacer un seguimiento mediante el envío de una declaración escrita por fax o por correo, si es necesario. Consulte las Secciones 5.2 y 5.3 para obtener más información sobre solicitudes de excepciones.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud escrita**, incluso una presentada en el Formulario modelo para solicitud de determinación de cobertura de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, que está disponible en nuestro sitio web.
- Las solicitudes de cobertura que involucren medicamentos con receta también pueden presentarse electrónicamente en nuestro sitio web, [www.cigna.com/medicare/resources/customer-forms](http://www.cigna.com/medicare/resources/customer-forms).

**Si su situación de salud lo requiere, pídanos que tomemos una “decisión de cobertura rápida”.**

Términos legales
Una “decisión de cobertura rápida” se llama <b>“determinación acelerada con respecto a la cobertura”</b> .

- Cuando le informemos nuestra decisión, usaremos las fechas límite “estándares”, a menos que hayamos aceptado usar las “rápidas”. Una decisión de cobertura estándar significa que le daremos nuestra respuesta dentro de las 72 horas después de haber recibido la declaración de su médico. Una decisión de cobertura rápida significa que le responderemos dentro de las 24 horas después de haber recibido la declaración de su médico.
- **Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir con dos requisitos:**
  - Puede obtener una decisión de cobertura rápida *únicamente* si pide un *medicamento que todavía no recibió*. (No puede pedir una decisión de cobertura rápida si nos pide que le devolvamos el dinero de un medicamento que ya compró).
  - Puede obtener una decisión de cobertura rápida *únicamente* si usar las fechas límite estándares podría *ocasionar un perjuicio grave para su salud o afectar su capacidad de hacer uso de sus facultades*.
- **Si su médico u otro proveedor nos informa que su situación de salud requiere una “decisión de cobertura rápida”, automáticamente aceptaremos su pedido de una decisión de cobertura rápida.**
- Si pide una decisión de cobertura rápida por su cuenta (sin el respaldo de su médico u otro proveedor), nosotros determinaremos si su situación de salud requiere que tomemos una decisión de cobertura rápida.
  - Si determinamos que su afección médica no cumple con los requisitos para una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta para comunicárselo (y usaremos las fechas límite estándares).
  - En esta carta se le informará que, si su médico u otro proveedor pide la decisión de cobertura rápida, automáticamente tomaremos una decisión de cobertura rápida.
  - En la carta también se indicará cómo puede presentar una queja sobre nuestra determinación de tomar una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que usted solicitó. Allí se le indicará cómo presentar una “queja rápida”, lo que significa que recibiría nuestra respuesta a su queja dentro de las 24 horas de que la hayamos 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 nuestra respuesta.**

#### **Fechas límite para una decisión de cobertura “rápida”**

- Si estamos usando las fechas límite rápidas, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 24 horas**.
  - Generalmente, esto significa dentro de las 24 horas después de recibir su solicitud. Si pide una excepción, le daremos nuestra respuesta dentro de las 24 horas después de haber recibido la declaración de su médico que respalda la solicitud. Le daremos nuestra respuesta antes si su situación de salud lo requiere.
  - Si no cumplimos con esta fecha límite, tenemos la obligación de enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde la revisará una Organización de Revisión Independiente. Más adelante en esta sección, nos referimos a esta organización de revisión y explicamos qué sucede en el Nivel 2 de apelación.
- **Si aceptamos su pedido, en todo o en parte**, debemos brindar la cobertura que aceptamos dentro de las 24 horas después de haber recibido su solicitud o la declaración de su médico que respalda su solicitud.

- **Si no aceptamos su pedido, en todo o en parte**, le enviaremos una declaración escrita en la que se explique el motivo. También le indicaremos cómo puede apelar.

***Fechas límite para una “decisión de cobertura estándar” sobre un medicamento que todavía no recibió***

- Si estamos usando las fechas límite estándares, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas**.
  - Generalmente, esto significa dentro de las 72 horas después de recibir su solicitud. Si pide una excepción, le daremos nuestra respuesta dentro de las 72 horas después de haber recibido la declaración de su médico que respalda la solicitud. Le daremos nuestra respuesta antes si su situación de salud lo requiere.
  - Si no cumplimos con esta fecha límite, tenemos la obligación de enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde la revisará una Organización de Revisión Independiente. Más adelante en esta sección, nos referimos a esta organización de revisión y explicamos qué sucede en el Nivel 2 de apelación.
- **Si aceptamos su pedido, en todo o en parte**
  - Si aprobamos su solicitud de cobertura, debemos **brindar la cobertura** que aceptamos **dentro de las 72 horas** después de haber recibido su solicitud o la declaración de su médico que respalda su solicitud.
- **Si no aceptamos su pedido, en todo o en parte**, le enviaremos una declaración escrita en la que se explique el motivo. También le indicaremos cómo puede apelar.

***Fechas límite para una decisión de cobertura “estándar” sobre el pago de un medicamento que ya compró***

- Debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.
  - Si no cumplimos con esta fecha límite, tenemos la obligación de enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde la revisará una Organización de Revisión Independiente. Más adelante en esta sección, nos referimos a esta organización de revisión y explicamos qué sucede en el Nivel 2 de apelación.
- **Si aceptamos su pedido, en todo o en parte**, también tenemos la obligación de hacer el pago dentro de los 14 días calendario después de haber recibido su solicitud.
- **Si no aceptamos su pedido, en todo o en parte**, le enviaremos una declaración escrita en la que se explique el motivo. También le indicaremos cómo puede apelar.

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

- Si la rechazamos, usted tiene derecho a solicitar una apelación. Solicitar una apelación significa pedirnos que reconsideremos –y posiblemente cambiemos– la decisión que tomamos.

**Sección 5.5 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 (cómo pedir una revisión de una decisión de cobertura que tomó nuestro plan)**

**Términos legales**

Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de un medicamento de la Parte D se llama una **“nueva determinación”** del plan.

**Paso 1: Usted se comunica con nosotros y presenta su Apelación de Nivel 1.** Si su situación de salud requiere una respuesta rápida, debe pedir una **“apelación rápida”**.

***Qué debe hacer***

- **Para comenzar su apelación, usted (o su representante, su médico u otro proveedor) debe comunicarse con nosotros.**
  - Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros por teléfono, fax o correo, o a través de nuestro sitio web, por cualquier motivo relacionado con su apelación, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección llamada *Cómo comunicarse con nosotros cuando presente una apelación respecto de sus medicamentos con receta de la Parte D*.
- **Si pide una apelación estándar, preséntela enviando una solicitud escrita.** También puede pedir una apelación llamándonos al número de teléfono que se indica en la Sección 1 del Capítulo 2 (*Cómo comunicarse con nosotros cuando presente una apelación respecto de sus medicamentos con receta de la Parte D*).

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

- Si pide una apelación rápida, puede presentarla por escrito o puede llamarnos al número de teléfono que se indica en la Sección 1 del Capítulo 2 (*Cómo comunicarse con nosotros cuando presente una apelación respecto de sus medicamentos con receta de la Parte D*).
- Debemos aceptar cualquier solicitud escrita, incluso una presentada en el Formulario modelo para solicitud de determinación de cobertura de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, que está disponible en nuestro sitio web.
- Las solicitudes de cobertura que involucren medicamentos con receta también pueden presentarse electrónicamente en nuestro sitio web, [www.cigna.com/medicare/resources/customer-forms](http://www.cigna.com/medicare/resources/customer-forms).
- Debe presentar su solicitud de apelación dentro de los 60 días calendario desde la fecha que aparezca en la notificación escrita que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta a su solicitud de una decisión de cobertura. Si no apela antes de esta fecha límite y tiene un motivo válido que lo justifique, es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Algunos ejemplos de motivos válidos para no apelar antes de la fecha límite pueden ser, entre otros, una enfermedad grave que le haya impedido comunicarse con nosotros o que nosotros hayamos brindado información incorrecta o incompleta sobre la fecha límite para solicitar una apelación.
- Puede pedir una copia de la información de su apelación y agregar más información.
  - Usted tiene derecho a pedirnos una copia de la información sobre su apelación. Podemos cobrarle un cargo por hacer copias y enviarle esta información.
  - Si lo desea, usted y su médico u otro proveedor pueden brindarnos más información para respaldar su apelación.

**Si su salud lo requiere, pídanos una “apelación rápida”.**

Términos legales
Una “apelación rápida” también se llama “nueva determinación acelerada”.

- Si apelará una decisión que tomamos sobre un medicamento que todavía no recibió, usted y su médico u otro proveedor deberán determinar si necesita una “apelación rápida”.
- Los requisitos para que se acepte su solicitud de “apelación rápida” son los mismos que para recibir una “decisión de cobertura rápida” que se incluyen en la Sección 5.4 de este capítulo.

### **Paso 2: Consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.**

- Cuando revisemos su apelación, volveremos a analizar detenidamente toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificamos si seguimos todas las reglas cuando rechazamos su solicitud. Es posible que nos comuniquemos con usted o con su médico u otro proveedor para obtener más información.

### ***Fechas límite para una “apelación rápida”***

- Si estamos usando las fechas límite rápidas, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas después de haber recibido su apelación**. Le daremos nuestra respuesta antes si su situación de salud lo requiere.
  - Si no le damos una respuesta dentro de las 72 horas, tenemos la obligación de enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde la revisará una Organización de Revisión Independiente. (Más adelante en esta sección, nos referimos a esta organización de revisión y explicamos qué sucede en el Nivel 2 del proceso de apelación).
- Si aceptamos su pedido, en todo o en parte, debemos proporcionar la cobertura que aceptamos dentro de las 72 horas después de haber recibido su apelación.
- Si no aceptamos su pedido, en todo o en parte, le enviaremos una declaración escrita en la que se explique el motivo de nuestro rechazo y cómo puede apelar nuestra decisión.

### ***Fechas límite para una apelación “estándar”***

- Si estamos usando las fechas límite estándares, debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 7 días calendario** después de haber recibido su apelación por un medicamento que todavía no recibió. Le daremos nuestra decisión antes si todavía no recibió el medicamento y su situación de salud requiere que lo hagamos. Si usted cree que su situación de salud lo requiere, debe pedir una apelación “rápida”.
  - Si no le informamos nuestra decisión dentro de los 7 días calendario, tenemos la obligación de enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde la revisará una Organización de Revisión Independiente. Más adelante en esta sección, nos referimos a esta organización de revisión y explicamos qué sucede en el Nivel 2 del proceso de apelación.



- **Si aceptamos su pedido, en todo o en parte**
  - Si aprobamos una solicitud de cobertura, debemos **brindar la cobertura** que aceptamos con la mayor rapidez que requiera su situación de salud, pero **a más tardar 7 días calendario** después de haber recibido su apelación.
  - Si aprobamos una solicitud de devolverle el dinero por un medicamento que ya compró, tenemos la obligación de **enviarle el pago dentro de los 30 días calendario** después de haber recibido su solicitud de apelación.
- **Si no aceptamos su pedido, en todo o en parte**, le enviaremos una declaración escrita en la que se explique el motivo de nuestro rechazo y cómo puede apelar nuestra decisión.
- Si usted nos solicita una devolución de dinero por un medicamento que ya compró, debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.
  - Si no le informamos nuestra decisión dentro de los 14 días calendario, tenemos la obligación de enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde la revisará una Organización de Revisión Independiente. Más adelante en esta sección, nos referimos a esta organización de revisión y explicamos qué sucede en el Nivel 2 de apelación.
- **Si aceptamos su pedido, en todo o en parte**, también tenemos la obligación de hacer el pago dentro de los 30 días calendario después de haber recibido su solicitud.
- **Si no aceptamos su pedido, en todo o en parte**, le enviaremos una declaración escrita en la que se explique el motivo. También le indicaremos cómo puede apelar nuestra decisión.

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

- Si rechazamos su apelación, usted elige si aceptará esta decisión o continuará presentando otra apelación.
- Si decide presentar otra apelación, significa que su apelación pasará al Nivel 2 del proceso de apelación (obtenga más información a continuación).

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

Si rechazamos su apelación, usted elige si aceptará esta decisión o continuará presentando 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 se debe cambiar.

**Términos legales**

El nombre formal de la “Organización de Revisión Independiente” es “**Entidad de Revisión Independiente**”. A veces se la llama “**IRE**”, por sus siglas en inglés.

**Paso 1: Para presentar una Apelación de Nivel 2, usted (o su representante o su médico u otro proveedor) debe comunicarse con la Organización de Revisión Independiente y pedirle una revisión de su caso.**

- Si rechazamos su Apelación de Nivel 1, la notificación escrita que le enviaremos incluirá **instrucciones sobre cómo presentar una Apelación de Nivel 2** ante la Organización de Revisión Independiente. Estas instrucciones le indicarán quién puede presentar esta Apelación de Nivel 2, qué fechas límite debe tener en cuenta y cómo comunicarse con la organización de revisión.
- Cuando presente una apelación a la Organización de Revisión Independiente, enviaremos la información que tengamos sobre su apelación a esta organización. Esta información se llama “expediente del caso”. **Usted tiene derecho a pedirnos una copia del expediente de su caso.** Podemos cobrarle un cargo por hacer copias y enviarle esta información.
- Usted tiene derecho a brindarle a la Organización de Revisión Independiente más información que respalde su apelación.

**Paso 2: La Organización de Revisión Independiente revisa su apelación y le da una respuesta.**

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una empresa que eligió Medicare para revisar nuestras decisiones sobre los beneficios de la Parte D que nosotros le brindamos.
- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente analizarán atentamente toda la información relacionada con su apelación. La organización le informará su decisión por escrito y le explicará los motivos.

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

### ***Fechas límite para una “apelación rápida” de Nivel 2***

- Si su situación de salud lo requiere, pida una “apelación rápida” a la Organización de Revisión Independiente.
- Si la organización de revisión acepta su “apelación rápida”, esta organización debe responder su Apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** después de haber recibido su solicitud de apelación.
- **Si la Organización de Revisión Independiente responde en forma afirmativa a lo que usted solicitó, en todo o en parte**, nosotros debemos proporcionarle la cobertura de medicamentos que dicha organización aprobó **dentro de las 24 horas** después de haber recibido la decisión de la organización.

### ***Fechas límite para una “apelación estándar” de Nivel 2***

- Si tiene una apelación estándar de Nivel 2, la organización de revisión debe responder **dentro de los 7 días calendario** después de haberla recibido si corresponde a un medicamento que usted todavía no recibió. Si usted nos solicita una devolución de dinero por un medicamento que ya compró, la organización de revisión debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 dentro de los 14 días calendario después de haber recibido su solicitud.
- **Si la Organización de Revisión Independiente responde en forma afirmativa a lo que usted solicitó, en todo o en parte**
  - Si la Organización de Revisión Independiente aprueba una solicitud de cobertura, nosotros debemos **proporcionarle la cobertura de medicamentos** que dicha organización aprobó **dentro de las 72 horas** después de haber recibido la decisión de la organización.
  - Si la Organización de Revisión Independiente aprueba una solicitud de devolverle el dinero de un medicamento que usted ya compró, tenemos la obligación de **enviarle el pago dentro de los 30 días calendario** después de haber recibido la decisión de la organización.

### ***¿Qué sucede si la organización de revisión rechaza su apelación?***

Si esta organización rechaza su apelación, significa que está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. (Esto se llama “ratificar la decisión”. También se llama “denegar su apelación”).

Si la Organización de Revisión Independiente “ratifica 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 esté solicitando debe alcanzar una cantidad mínima. Si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que esté solicitando es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación, y la decisión del Nivel 2 es definitiva. La notificación que recibirá de la Organización de Revisión Independiente le indicará el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelación.

### ***Paso 3: Si el valor en dólares de la cobertura que usted solicita cumple con el requisito, usted elige si desea seguir adelante con su apelación.***

- Después del Nivel 2 hay otros tres niveles en el proceso de apelación (lo que suma un total de cinco niveles de apelación).
- Si su Apelación de Nivel 2 se deniega y usted cumple con los requisitos para continuar con el proceso de apelación, debe decidir si desea pasar al Nivel 3 y presentar una tercera apelación. Si decide presentar una tercera apelación, encontrará los detalles sobre cómo hacerlo en la notificación escrita que recibirá después de su segunda apelación.
- En la Apelación de Nivel 3 interviene un juez de derecho administrativo o un árbitro abogado. La Sección 6 de este capítulo incluye más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

## **SECCIÓN 6      Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y niveles superiores**

### **Sección 6.1      Niveles de Apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D**

Esta sección puede ser apropiada para usted si presentó una Apelación de Nivel 1 y una de Nivel 2, y las dos fueron denegadas. Si el valor del medicamento por el cual apeló alcanza una determinada cantidad en dólares, es posible que pueda pasar a otros niveles de apelación. Si la cantidad en dólares es menor, no puede continuar la apelación. En la respuesta escrita que recibirá para su Apelación de Nivel 2 se explicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer para pedir una Apelación de Nivel 3.

Para la mayoría de las situaciones que implican apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan de una forma muy similar. A continuación, se brinda información sobre quién gestiona la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.



**Apelación de Nivel 3** Un juez (llamado juez de derecho administrativo) o un árbitro abogado que trabaja para el Gobierno Federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- Si la respuesta es afirmativa, el proceso de apelación se termina. Lo que usted pedía en la apelación se aprobó. Debemos autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos que el juez de derecho administrativo o el árbitro abogado aprobó dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago, a más tardar, 30 días calendario después de haber recibido la decisión.
- Si el juez de derecho administrativo o el árbitro abogado rechaza su apelación, el proceso de apelación *puede haber terminado o no*.
  - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación se termina.
  - Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el juez de derecho administrativo o el árbitro abogado rechaza su apelación, en la notificación que recibirá se le informará lo que debe hacer si elige continuar 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 afirmativa, el proceso de apelación se termina. Lo que usted pedía en la apelación se aprobó. Debemos autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos que el Consejo aprobó dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago, a más tardar, 30 días calendario después de haber recibido la decisión.
- Si la respuesta es negativa, el proceso de apelación *puede haber terminado o no*.
  - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación se termina.
  - Si no quiere aceptar la decisión, podría tener la posibilidad de pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación o deniega su solicitud de revisar la apelación, en la notificación que recibirá se le informará si las reglas le permiten seguir con una Apelación de Nivel 5. Si las reglas le permiten seguir, en la notificación escrita también se le indicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer luego si elige continuar con su apelación.

**Apelación de Nivel 5** Un juez del Tribunal de distrito federal revisará su apelación.

- Este es el último paso del proceso de apelación.

## PRESENTACIÓN DE QUEJAS

**SECCIÓN 7** Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes

 Si su problema es sobre decisiones relacionadas con beneficios, cobertura o pagos, esta sección *no es para usted*. Debe usar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones. Consulte la Sección 4 de este capítulo.

### Sección 7.1 ¿Qué tipos de problemas se manejan a través del proceso de quejas?

Esta sección explica cómo usar el proceso para presentar quejas. El proceso de quejas se utiliza para determinados tipos de problemas *únicamente*. Estos incluyen problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que usted recibe. A continuación, se brindan ejemplos de los tipos de problemas que se manejan a través del proceso de quejas.

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

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica	• ¿No está satisfecho con la calidad de la atención que recibió?
Respeto de su privacidad	• ¿Cree que alguna persona no respetó su derecho a la privacidad o que compartió información sobre usted que considera que debería ser confidencial?

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

Queja	Ejemplo
Falta de respeto, servicio al cliente deficiente u otras conductas negativas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Alguien fue grosero o irrespetuoso con usted?</li> <li>• ¿No está satisfecho con el trato que recibió por parte de nuestro Servicio al Cliente?</li> <li>• ¿Siente que le están alentando a dejar el plan?</li> </ul>
Tiempos de espera	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Hubo farmacéuticos que le hicieron esperar demasiado? ¿O nuestro Servicio al Cliente u otro personal del plan?</li> <li>○ Por ejemplo, tuvo que esperar demasiado tiempo por teléfono o para recibir un medicamento recetado.</li> </ul>
Limpieza	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Está insatisfecho con la limpieza o las condiciones de una farmacia?</li> </ul>
Información que nosotros le brindamos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cree que no le enviamos una notificación que tenemos la obligación de enviarle?</li> <li>• ¿Piensa que la información escrita que le proporcionamos es difícil de entender?</li> </ul>
<b>Puntualidad</b> (Estos tipos de quejas están relacionados con la <i>puntualidad</i> de nuestras acciones en relación con las decisiones de cobertura y las apelaciones).	<p>El proceso para pedir una decisión de cobertura y presentar apelaciones se explica en las Secciones 4 a 6 de este capítulo. Para pedir una decisión de cobertura o presentar una apelación, debe usar ese proceso, no el proceso de quejas.</p> <p>Sin embargo, si ya nos pidió una decisión de cobertura o presentó una apelación, y piensa que no estamos respondiendo con la suficiente rapidez, también puede presentar una queja sobre nuestra lentitud. A continuación, se brindan ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si nos pidió una “decisión de cobertura rápida” o una “apelación rápida”, y nosotros nos negamos, puede presentar una queja.</li> <li>• Si cree que no estamos cumpliendo con las fechas límite para informarle una decisión de cobertura o responder a una apelación, puede presentar una queja.</li> <li>• Cuando una decisión de cobertura que tomamos se revisa y se nos comunica que debemos cubrir o reembolsarle determinados medicamentos, se aplican fechas límite. Si piensa que no estamos cumpliendo con estas fechas límite, puede presentar una queja.</li> <li>• Cuando no le informamos una decisión a tiempo, tenemos la obligación de remitir su caso a la Organización de Revisión Independiente. Si no lo hacemos antes de la fecha límite requerida, puede presentar una queja.</li> </ul>

## Sección 7.2 El nombre formal para “presentar una queja” es “iniciar un procedimiento de queja formal”

## Términos legales

- Lo que en esta sección se llama “**queja**”, también se llama “**queja formal**”.
- Otro término para “**presentar una queja**” es “**iniciar un procedimiento de queja formal**”.

Otra forma de decir “**usar el proceso para quejas**” es “**usar el proceso para iniciar un procedimiento de queja formal**”.

## Sección 7.3 Paso a paso: Presentación de quejas

**Paso 1: Comuníquese con nosotros de inmediato: llámenos o escribanos.**

- **Habitualmente, llamar a Servicio al Cliente es el primer paso.** Si hay algún otro requisito, Servicio al Cliente se lo informará. Llame a Servicio al Cliente al 1-800-222-6700 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Atendemos de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los 7 días de la semana. Es posible que nuestro sistema telefónico automático responda su llamada durante los fines de semana del 1 de abril al 30 de septiembre.
- **Si no desea llamar (o llamó y no está satisfecho), puede escribir su queja y enviarla.** Si presenta su queja por escrito, también se la responderemos por escrito.
- Puede enviar sus quejas escritas por correo postal o por fax a:

Cigna  
Attn: Member Grievances  
P.O. Box 269005  
Weston, FL 33326-9927  
Fax: 1-800-735-1469

En el caso de las quejas estándares recibidas por escrito, le responderemos por escrito dentro de los 30 días calendario de haber recibido su queja por escrito. Para las quejas aceleradas, debemos decidir y notificarle nuestra decisión dentro de las 24 horas.

- **Ya sea que presente su queja por teléfono o por escrito, debe comunicarse con Servicio al Cliente de inmediato.** La queja se debe presentar dentro de los 60 días calendario a partir de la fecha en que tuvo el problema por el que desea quejarse.
- **Si presenta una queja porque rechazamos su solicitud de una “decisión de cobertura rápida” o una “apelación rápida”, seguiremos automáticamente el proceso de queja “rápida”.** Si tiene una queja “rápida”, significa que le daremos una respuesta dentro de las 24 horas.

#### Términos legales

Lo que en esta sección se llama “queja rápida”, también se llama “queja acelerada”.

#### **Paso 2: Analizamos su queja y le damos nuestra respuesta.**

- **Si es posible, le responderemos de inmediato.** Si nos llama por una queja, es posible que le demos una respuesta en la misma llamada. Si su situación de salud requiere que le respondamos rápidamente, lo haremos.
- **La mayoría de las quejas se responden dentro de los 30 días calendario.** Si necesitamos más información, y la demora es para su beneficio, o si pide más tiempo, podemos tardar hasta 14 días calendario más (44 días calendario en total) en responder su queja. Si decidimos demorar más días, se lo informaremos por escrito.
- **Si no estamos de acuerdo con su queja,** en todo o en parte, o no nos hacemos responsables del problema por el cual se queja, se lo informaremos. En nuestra contestación, incluiremos los motivos para esta respuesta. Debemos responder si estamos de acuerdo con la queja o no.

#### **Sección 7.4 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención a la Organización de Mejora de la Calidad**

Puede presentarnos su queja sobre la calidad de la atención que recibió mediante el proceso paso a paso que se describió anteriormente.

Cuando su queja es sobre la *calidad de la atención*, también tiene otras dos opciones:

- **Puede presentar su queja a la Organización de Mejora de la Calidad.** Si lo prefiere, puede presentar su queja sobre la calidad de la atención que recibió directamente a esta organización (*sin* presentarnos la queja a nosotros).
  - La Organización de Mejora de la Calidad es un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en cuidado de la salud a los que el Gobierno Federal paga para verificar y mejorar el cuidado brindado a pacientes de Medicare.
  - Para averiguar el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización de Mejora de la Calidad de su estado, consulte la Sección 4 del Capítulo 2 de este cuadernillo. Si presenta una queja ante esta organización, trabajaremos con ella para resolver su queja.
- **También puede presentar su queja a los dos al mismo tiempo.** Si lo desea, puede presentarnos su queja sobre la calidad de la atención a nosotros y también a la Organización de Mejora de la Calidad.

#### **Sección 7.5 También puede informar a Medicare acerca de su queja**

Puede enviar una queja sobre Cigna Secure-Extra Rx (PDP) directamente a Medicare. Para enviar una queja a Medicare, visite [www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx](http://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx). Medicare toma muy en serio sus quejas y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad de su programa.

Si tiene otros comentarios o inquietudes, o si considera que el plan no se está ocupando de 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**

<b>SECCIÓN 1</b>	<b>Introducción .....</b>	<b>121</b>
Sección 1.1	Este capítulo se centra en cómo finalizar su membresía en nuestro plan.....	121
<b>SECCIÓN 2</b>	<b>¿Cuándo puede finalizar su membresía en nuestro plan? .....</b>	<b>121</b>
Sección 2.1	Usted puede finalizar su membresía durante el Período de inscripción anual .....	121
Sección 2.2	En determinadas 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
<b>SECCIÓN 3</b>	<b>¿Cómo puede finalizar su membresía en nuestro plan? .....</b>	<b>123</b>
Sección 3.1	Habitualmente, usted finaliza su membresía inscribiéndose en otro plan .....	123
<b>SECCIÓN 4</b>	<b>Hasta que finalice su membresía, debe seguir obteniendo sus medicamentos a través de nuestro plan .....</b>	<b>124</b>
Sección 4.1	Hasta que finalice su membresía, usted sigue siendo miembro de nuestro plan.....	124
<b>SECCIÓN 5</b>	<b>Cigna Secure-Extra Rx (PDP) debe finalizar su membresía en el plan en determinadas situaciones ....</b>	<b>124</b>
Sección 5.1	¿Cuándo debemos finalizar su membresía en el plan?.....	124
Sección 5.2	<u>No podemos</u> pedirle que abandone nuestro plan por motivos relacionados con su salud .....	125
Sección 5.3	Tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan.....	125

## SECCIÓN 1 Introducción

### Sección 1.1 Este capítulo se centra en cómo finalizar su membresía en nuestro plan

La finalización de su membresía en Cigna Secure-Extra Rx (PDP) puede ser **voluntaria** (por su propia elección) o **involuntaria** (no es su propia elección):

- Podría dejar nuestro plan porque decidió que *quiere* dejarlo.
  - Hay determinados momentos durante el año, o determinadas situaciones, en que puede finalizar su membresía en el plan voluntariamente. En la Sección 2, se indica *cuándo* puede finalizar su membresía en el plan.
  - El proceso para finalizar voluntariamente su membresía varía según el tipo de cobertura nueva que esté eligiendo. En la Sección 3, se indica *cómo* finalizar su membresía en cada situación.
- También hay situaciones limitadas en las que usted no elige irse, pero nosotros tenemos la obligación de poner fin a su membresía. En la Sección 5, se explican las situaciones en las que debemos finalizar su membresía.

Si dejará nuestro plan, deberá seguir recibiendo sus medicamentos con receta de la Parte D a través de nuestro plan hasta que finalice su membresía.

## SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede finalizar su membresía en nuestro plan?

Puede finalizar su membresía en nuestro plan únicamente durante determinados momentos del año, conocidos como períodos de inscripción. Todos los miembros tienen la oportunidad de dejar el plan durante el Período de inscripción anual. En determinadas situaciones, es posible que también pueda dejar el plan en otros momentos del año.

### Sección 2.1 Usted puede finalizar su membresía durante el Período de inscripción anual

Puede finalizar su membresía durante el **Período de inscripción anual** (también conocido como “Período de inscripción abierta anual”). Este es el momento en que debe revisar su cobertura de salud y de medicamentos, y tomar una decisión sobre su cobertura para el año siguiente.

- **¿Cuándo es el Período de inscripción anual?** Este período se extiende del 15 de octubre al 7 de diciembre.
- **¿A qué tipo de plan puede cambiar durante el Período de inscripción anual?** Puede elegir mantener su cobertura actual o hacer cambios en su cobertura para el año siguiente. Si decide cambiarse a un plan nuevo, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
  - Otro plan de medicamentos con receta de Medicare.
  - Original Medicare *sin* un plan de medicamentos con receta de Medicare separado.
    - **Si recibe “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos con receta:** Si no se inscribe en un plan de medicamentos con receta de Medicare separado, es posible que Medicare le inscriba en un plan de medicamentos, a menos que usted se haya excluido de la inscripción automática.
  - —○— Un plan de salud de Medicare. Un plan de salud de Medicare es un plan ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindar todos los beneficios de la Parte A (seguro hospitalario) y de la Parte B (seguro médico) de Medicare. Algunos planes de salud de Medicare también incluyen cobertura de medicamentos con receta de la Parte D.
    - Con la mayoría de los planes de salud de Medicare, si usted se inscribe, se cancelará su inscripción en Cigna Secure-Extra Rx (PDP) cuando comience la cobertura del plan nuevo. No obstante, si elige un plan de tarifa por servicio privado 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 y conservar Cigna Secure-Extra Rx (PDP) para su cobertura de medicamentos. Si no desea conservar nuestro plan, puede elegir inscribirse en otro plan de medicamentos con receta de Medicare o abandonar la cobertura de medicamentos con receta de Medicare.

**Nota:** Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos con receta de Medicare y queda sin una cobertura de medicamentos con receta acreditable durante 63 días consecutivos o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía si luego se afilia a un plan de medicamentos de Medicare. (Cobertura “acreditable” significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura de medicamentos con receta estándar de Medicare). Consulte la Sección 5 del Capítulo 1 para obtener más información sobre la multa por inscripción tardía.

- **¿Cuándo finalizará su membresía?** Su membresía finalizará cuando comience la cobertura de su plan nuevo el 1 de enero.



**Sección 2.2 En determinadas situaciones, puede finalizar su membresía durante un Período de inscripción especial**

En determinadas situaciones, es posible que los miembros de Cigna Secure-Extra Rx (PDP) reúnan los requisitos para finalizar su membresía en otros momentos del año. Esto se conoce como **Período de inscripción especial**.

- **¿Quién reúne los requisitos para un Período de inscripción especial?** Si alguna de las siguientes situaciones se aplica en su caso, usted podría reunir los requisitos para finalizar su membresía durante un Período de inscripción especial. Estos son solo ejemplos. Para consultar la lista completa, puede comunicarse con el plan, llamar a Medicare o visitar el sitio web de Medicare ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)):
    - Si se muda fuera del área de servicio del plan.
    - Si tiene Medicaid.
    - Si reúne los requisitos para recibir “Ayuda Adicional” para pagar sus medicamentos con receta de Medicare.
    - Si violamos nuestro contrato con usted.
    - Si se atiende en una institución, como un hogar de ancianos o un hospital de cuidados a largo plazo (LTC).
    - Si se inscribe en el Programa de Cuidado Integral para Personas Mayores (PACE, por sus siglas en inglés). El PACE no está disponible en todos los estados. Si desea saber si el PACE está disponible en su estado, comuníquese con Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este cuadernillo).
    - Nota: Si está participando en un programa de gestión de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de plan. La Sección 10 del Capítulo 3 brinda más información acerca de los programas de gestión de medicamentos.
  - **¿Cuándo son los Períodos de inscripción especial?** Los períodos de inscripción varían según su situación.
  - **¿Qué puede hacer?** Para averiguar si reúne los requisitos para un Período de inscripción especial, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si usted reúne los requisitos para finalizar su membresía debido a una situación especial, puede elegir cambiar tanto su cobertura de salud como su cobertura de medicamentos con receta de Medicare. Esto significa que puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
    - Otro plan de medicamentos con receta de Medicare.
    - Original Medicare *sin* un plan de medicamentos con receta de Medicare separado.
      - **Si recibe “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos con receta:** Si se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos con receta de Medicare separado, es posible que Medicare le inscriba en un plan de medicamentos, a menos que usted se haya excluido de la inscripción automática.
    - –o– Un plan de salud de Medicare. Un plan de salud de Medicare es un plan ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindar todos los beneficios de la Parte A (seguro hospitalario) y de la Parte B (seguro médico) de Medicare. Algunos planes de salud de Medicare también incluyen cobertura de medicamentos con receta de la Parte D.
      - Con la mayoría de los planes de salud de Medicare, si usted se inscribe, se cancelará automáticamente su inscripción en Cigna Secure-Extra Rx (PDP) cuando comience la cobertura del plan nuevo. No obstante, si elige un plan de tarifa por servicio privado 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 y conservar Cigna Secure-Extra Rx (PDP) para su cobertura de medicamentos. Si no desea conservar nuestro plan, puede elegir inscribirse en otro plan de medicamentos con receta de Medicare o abandonar la cobertura de medicamentos con receta de Medicare.
- Nota:** Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos con receta de Medicare y queda sin una cobertura de medicamentos con receta acreditable por un período continuo de 63 días o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía para la Parte D si luego se afilia a un plan de medicamentos de Medicare. (Cobertura “acreditable” significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura de medicamentos con receta estándar de Medicare). Consulte la Sección 5 del Capítulo 1 para obtener más información sobre la multa por inscripción tardía.
- **¿Cuándo finalizará su membresía?** Habitualmente, su membresía finalizará el primer día del mes posterior al mes en que recibamos su solicitud de cambio de plan.

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

Si tiene alguna pregunta o desea obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía:

- Puede **llamar a Servicio al Cliente** (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este cuadernillo).
- Puede encontrar información en el manual **Medicare y usted 2021**.
  - Todas las personas inscritas en Medicare reciben una copia de *Medicare y usted* cada otoño. Las personas que se han inscrito recientemente en Medicare la reciben en el plazo de un mes a partir de su inscripción.
  - También puede descargar una copia a través del sitio web de Medicare ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)). O puede pedir una copia impresa llamando a Medicare al número consignado debajo.
- Puede comunicarse con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

**SECCIÓN 3 ¿Cómo puede finalizar su membresía en nuestro plan?****Sección 3.1 Habitualmente, usted finaliza su membresía inscribiéndose en otro plan**

Habitualmente, para finalizar su membresía en nuestro plan, basta con inscribirse en otro plan de Medicare durante uno de los períodos de inscripción (consulte la Sección 2 de este capítulo para obtener información sobre los períodos de inscripción). Sin embargo, hay dos situaciones en las que necesitará finalizar su membresía de un modo diferente:

- Si desea cambiar nuestro plan por Original Medicare *sin* un plan de medicamentos con receta de Medicare, debe pedir que cancelemos su inscripción en nuestro plan.
- Si se afilia a un Plan de tarifa por servicio privado sin cobertura de medicamentos con receta, un Plan de cuenta de ahorros médicos de Medicare o un Plan de costos de Medicare, la inscripción en el nuevo plan no pondrá fin a su membresía en nuestro plan. En este caso, puede inscribirse en ese plan y conservar Cigna Secure-Extra Rx (PDP) para su cobertura de medicamentos. Si no desea conservar nuestro plan, puede elegir inscribirse en otro plan de medicamentos con receta de Medicare o pedir que se cancele su inscripción en nuestro plan.

Si se encuentra en una de estas dos situaciones y desea abandonar nuestro plan, hay dos formas de pedir la cancelación de su inscripción:

- Puede presentarnos una solicitud por escrito. Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este cuadernillo).
- –O bien– Puede comunicarse con Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

**Nota:** Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos con receta de Medicare y queda sin una cobertura de medicamentos con receta acreditable durante 63 días consecutivos o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía para la Parte D si luego se afilia a un plan de medicamentos de Medicare. (Cobertura “acreditable” significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura de medicamentos con receta estándar de Medicare). Consulte la Sección 5 del Capítulo 1 para obtener más información sobre la multa por inscripción tardía.

La siguiente tabla explica cómo debe finalizar su membresía en nuestro plan.

Si desea cambiar nuestro plan por:	Esto es lo que debe hacer:
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Otro plan de medicamentos con receta de Medicare.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inscribáse en el nuevo plan de medicamentos con receta de Medicare entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Su inscripción en Cigna Secure-Extra Rx (PDP) se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su plan nuevo.</li> </ul>

Si desea cambiar nuestro plan por:	Esto es lo que debe hacer:
<ul style="list-style-type: none"> <li>Un plan de salud de Medicare.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Inscríbase en un plan de salud de Medicare antes del 7 de diciembre. Con la mayoría de los planes de salud de Medicare, se cancelará automáticamente su inscripción en Cigna Secure-Extra Rx (PDP) cuando comience la cobertura del plan nuevo.</li> </ul> <p>No obstante, si elige un plan de tarifa por servicio privado 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 conservar Cigna Secure-Extra Rx (PDP) para su cobertura de medicamentos. Si desea abandonar nuestro plan, debe inscribirse en otro plan de medicamentos con receta de Medicare o pedir que se cancele su inscripción. Para pedir la cancelación de su inscripción, debe enviarnos una solicitud por escrito (comuníquese con Servicio al Cliente [los números de teléfono están impresos en la contratapa de este cuadernillo] si necesita más información sobre cómo hacerlo) o debe 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).</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Original Medicare <i>sin</i> un plan de medicamentos con receta de Medicare separado.</li> </ul> <p><b>Nota:</b> Si cancela su inscripción en un plan de medicamentos con receta de Medicare y se queda sin una cobertura de medicamentos con receta acreditable durante 63 días consecutivos o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía si luego se afilia a un plan de medicamentos de Medicare. Consulte la Sección 5 del Capítulo 1 para obtener más información sobre la multa por inscripción tardía.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Enviarnos una solicitud escrita para cancelar su inscripción.</b> Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este cuadernillo).</li> <li>También puede comunicarse con <b>Medicare</b> al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y pedir la cancelación de su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</li> </ul>

## SECCIÓN 4 Hasta que finalice su membresía, debe seguir obteniendo sus medicamentos a través de nuestro plan

### Sección 4.1 Hasta que finalice su membresía, usted sigue siendo miembro de nuestro plan

Si deja Cigna Secure-Extra Rx (PDP), es posible que pase un tiempo hasta que su membresía finalice y su nueva cobertura de Medicare entre en vigor. (Consulte la Sección 2 para obtener información sobre cuándo comienza su nueva cobertura). Durante este tiempo, debe seguir obteniendo sus medicamentos con receta a través de nuestro plan.

- Debe seguir usando las farmacias de nuestra red para que le despachen sus medicamentos con receta hasta que finalice su membresía en nuestro plan.** Habitualmente, sus medicamentos con receta únicamente están cubiertos si se despachan en una farmacia de la red, que incluye los servicios de nuestra farmacia de pedido por correo.

## SECCIÓN 5 Cigna Secure-Extra Rx (PDP) debe finalizar su membresía en el plan en determinadas situaciones

### Sección 5.1 ¿Cuándo debemos finalizar su membresía en el plan?

**Cigna Secure-Extra Rx (PDP) debe finalizar su membresía en el plan si se produce alguna de las siguientes situaciones:**

- Si ya no tiene la Parte A o la Parte B de Medicare (o ambas).
- Si se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio durante más de 12 meses.

- Si se muda o hace un viaje largo, debe llamar a Servicio al Cliente para averiguar si el lugar adonde se muda o viaja está dentro del área de servicio de nuestro plan. (Los números de teléfono de Servicio al Cliente están impresos en la contratapa de este cuadernillo).
- Si lo encarcelan (va a prisión).
- Si usted no es ciudadano de los Estados Unidos o no se encuentra presente legalmente en el país.
- Si miente u oculta información sobre otro seguro que usted tiene, que proporciona cobertura de medicamentos con receta.
- Si, intencionadamente, nos facilita información incorrecta en el momento de la inscripción en nuestro plan, y dicha información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos obligarle a abandonar el plan por este motivo, a menos que obtengamos previamente la autorización de Medicare).
- Si se comporta continuamente de una forma que causa problemas y nos hace difícil brindarles servicios de cuidado de la salud a usted y a otros miembros de nuestro plan. (No podemos obligarle a abandonar el plan por este motivo, a menos que obtengamos previamente la autorización de Medicare).
- Si deja que otra persona use su tarjeta de membresía para comprar medicamentos con receta. (No podemos obligarle a abandonar el plan por este motivo, a menos que obtengamos previamente la autorización de Medicare).
  - Si cancelamos su membresía por este motivo, Medicare podría solicitar que el Fiscal General investigue su caso.
- Si no paga las primas del plan dentro de los 2 meses posteriores a la fecha de vencimiento de la prima. (Se le permitirá un solo pago tardío por año. El segundo pago tardío dentro del mismo año calendario hará que usted ingrese en un incumplimiento del pago).
  - Si está recibiendo “Ayuda Adicional” para su prima a través de Medicare (Subsidio por bajos ingresos), su saldo pendiente debe ser superior a \$84 antes de que consideremos que su prima está vencida y sujeta a un incumplimiento del pago.
  - Si no recibe “Ayuda Adicional” para su prima a través de Medicare, su saldo pendiente debe ser superior a \$42 antes de que consideremos que su prima está vencida y sujeta a un incumplimiento del pago.
  - Debemos notificarle por escrito que tiene 2 meses a partir de la fecha de vencimiento de la prima del plan para pagarla antes de que pongamos fin a su membresía.
- Si debe pagar la cantidad adicional por la Parte D debido a sus ingresos y no la paga, Medicare cancelará su inscripción en nuestro plan, y usted perderá la cobertura de medicamentos con receta.

### ¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene alguna pregunta o desea obtener más información sobre cuándo podemos finalizar su membresía:

- Puede llamar a **Servicio al Cliente** para obtener más información (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este cuadernillo).

#### Sección 5.2 **No podemos pedirle que abandone nuestro plan por motivos relacionados con su salud**

Cigna Secure-Extra Rx (PDP) no puede pedirle que abandone nuestro plan por motivos relacionados con su salud.

### ¿Qué debe hacer si esto sucede?

Si cree que se le está pidiendo que abandone nuestro plan debido a motivos relacionados 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 del día, los 7 días de la semana.

#### Sección 5.3 **Tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan**

Si finalizamos su membresía en nuestro plan, debemos informarle los motivos por escrito. También debemos explicarle cómo iniciar un procedimiento de queja formal o presentar una queja sobre nuestra decisión de finalizar su membresía. También puede obtener información sobre cómo presentar una queja en la Sección 7 del Capítulo 7.

# CAPÍTULO 9

## *Avisos legales*



**Capítulo 9. Avisos legales**

<b>SECCIÓN 1</b>	<b>Aviso sobre derecho aplicable .....</b>	<b>128</b>
<b>SECCIÓN 2</b>	<b>Aviso sobre no discriminación.....</b>	<b>128</b>
<b>SECCIÓN 3</b>	<b>Aviso sobre derechos de subrogación de pagador secundario de Medicare .....</b>	<b>128</b>
<b>SECCIÓN 4</b>	<b>Aviso sobre subrogación y repetición de terceros .....</b>	<b>128</b>
<b>SECCIÓN 5</b>	<b>Denuncie situaciones de fraude, uso indebido o abuso.....</b>	<b>129</b>



---

**SECCIÓN 1 Aviso sobre derecho aplicable**

---

Muchas leyes se aplican a esta *Evidencia de cobertura*, y algunas otras disposiciones pueden aplicarse porque lo exige la ley. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades, incluso si las leyes no están incluidas o explicadas en este documento. La norma principal que se aplica a este documento es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social (Social Security Act) y otras reglamentaciones creadas en virtud de esta ley por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, o CMS. Además, es posible que se apliquen otras leyes federales y, en determinadas circunstancias, las leyes del estado en que usted vive.

---

**SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación**

---

Nuestro plan debe cumplir las leyes que le protegen contra la discriminación o el trato injusto. **No discriminamos** por motivos de raza, origen étnico, nacionalidad, color, religión, sexo, género, edad, discapacidad mental o física, estado de salud, antecedentes de reclamos, historial médico, información genética, constancias de asegurabilidad ni ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que brindan planes de medicamentos con receta de Medicare, como nuestro plan, deben cumplir las leyes federales contra la discriminación, que incluyen el Título VI de la Ley de Derechos Civiles (Civil Rights Act) de 1964, la Ley de Rehabilitación (Rehabilitation Act) de 1973, la Ley de Discriminación por Edad (Age Discrimination Act) de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (Americans with Disabilities Act), el Artículo 1557 de la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio (Affordable Care Act), todas las demás leyes que se aplican a organizaciones que reciben financiamiento federal, y cualquier otra ley y norma que se aplique por cualquier otro motivo.

Si desea obtener más información o tiene alguna inquietud 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 servicios de cuidado de la salud, comuníquese con nosotros llamando a Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este cuadernillo). Si tiene una queja, como un problema con el acceso de sillas de ruedas, el Servicio al Cliente podrá ayudarle.

---

**SECCIÓN 3 Aviso sobre derechos de subrogación de pagador secundario de Medicare**

---

Tenemos el derecho y la responsabilidad de recibir el pago de medicamentos con receta de Medicare cubiertos por los cuales Medicare no sea el pagador primario. Según las reglamentaciones de los CMS establecidas en las Secciones 422.108 y 423.462 del Título 42 del Código de Reglamentos Federales (CFR, por sus siglas en inglés), Cigna Secure-Extra Rx (PDP), como patrocinadora de un plan de medicamentos con receta de Medicare, ejercerá los mismos derechos de repetición que ejerce la Secretaría en virtud de las reglamentaciones de los CMS incluidas en las subpartes B a D de la Parte 411 del Título 42 del CFR, y las reglas establecidas en esta sección prevalecen por sobre cualquier ley estatal.

---

**SECCIÓN 4 Aviso sobre subrogación y repetición de terceros**

---

Si realizamos algún pago a usted o en su nombre por servicios cubiertos, tenemos permitido subrogarnos plenamente (un principio legal que permite que el plan reciba un reembolso por determinados pagos que hayamos realizando en su nombre, en determinadas circunstancias) en cualquier derecho que usted tenga contra cualquier persona, entidad o aseguradora que pueda ser responsable del pago de gastos y/o beneficios médicos relacionados con su lesión, enfermedad o afección. Nosotros tenemos los mismos derechos de subrogación y repetición que se otorgan al Programa de Medicare en virtud de las reglas de pagador secundario de Medicare. Podremos usar cualquier derecho de repetición disponible para el programa Medicare en virtud de la Sección 1395mm(e)(4) del Título 42 del Código de los Estados Unidos (U.S.C., por sus siglas en inglés), la Sección 1395w-22(a)(4) del Título 42 del U.S.C., la Parte 411 del Título 42 del CFR y la Parte 422 del Título 42 del CFR.

Una vez que hayamos realizado un pago por servicios cubiertos, tendremos un derecho de preferencia respecto de los fondos obtenidos de cualquier sentencia, conciliación u otra indemnización o resarcimiento que usted reciba o tenga derecho a recibir, lo cual incluye, a modo de ejemplo, lo siguiente:

1. cualquier indemnización, conciliación, beneficio u otras cantidades pagadas en virtud de cualquier indemnización o ley de seguro de accidentes de trabajo;
2. cualquier pago realizado directamente por un tercero culpable de un acto ilícito civil extracontractual o una persona, entidad o aseguradora externa responsable de indemnizar al tercero culpable, o en su nombre;

3. cualquier laudo arbitral, pago, conciliación, indemnización estructurada u otros beneficios o cantidades pagadas en virtud de una póliza de cobertura para conductores de automóviles que no tienen seguro o que tienen un seguro insuficiente; o cualquier otro pago designado, asignado o que de otra forma esté destinado como pago a usted como compensación, restitución o remuneración por su lesión, enfermedad o afección sufrida como resultado de la negligencia o responsabilidad de un tercero.

Usted acepta colaborar con nosotros y con cualquiera de nuestros representantes designados, así como tomar las medidas o dar los pasos que sean necesarios para garantizar nuestro derecho de preferencia/nuestros intereses, que incluyen, entre otros:

1. responder plenamente a solicitudes de información respecto de cualquier accidente o lesión;
2. responder plenamente a nuestras solicitudes de información y brindar cualquier información pertinente que hayamos solicitado; y
3. participar plenamente en todas las etapas de cualquier acción legal que necesitemos a fin de proteger nuestros derechos, lo cual incluye, a modo de ejemplo, participar en la etapa de presentación de pruebas, asistir cuando se presten declaraciones y comparecer y testificar en un juicio.

Además, usted acepta no hacer nada que afecte nuestros derechos, lo cual incluye, a modo de ejemplo, ceder los derechos o pretensiones que pudiera tener contra una persona o entidad en relación con su lesión, enfermedad o afección sin contar previamente con nuestro consentimiento previo autorizado por escrito. Si usted no colabora, esto se considerará una violación o un incumplimiento de sus obligaciones, y nosotros podremos iniciar una acción legal en su contra para proteger nuestros derechos.

También tenemos derecho a que se nos reembolse por completo cualquier pago de beneficios que hagamos a usted o un tercero en su nombre que sea responsabilidad de cualquier persona, organización o aseguradora. Nuestro derecho de reembolso no está relacionado con nuestro derecho de subrogación y está limitado únicamente a la cantidad de los beneficios reales pagados en virtud del plan. Usted debe pagarnos de inmediato cualquier cantidad que reciba como resultado de una sentencia, una conciliación, una indemnización, un resarcimiento o de otra forma, de cualquier tercero responsable o de su aseguradora, en la medida en que nosotros hayamos pagado o brindado beneficios por su lesión, enfermedad o afección durante su inscripción en este plan.

Nuestros derechos de subrogación y reembolso serán preferentes, y deberán pagarse antes de que se paguen sus demás reclamos. Nuestros derechos de subrogación y reembolso no se verán afectados, reducidos, impactados ni eliminados por la doctrina que establece que se debe compensar satisfactoriamente a la parte perjudicada antes de que la aseguradora pueda hacer valer sus derechos de subrogación, ni por ninguna otra doctrina que pueda aplicarse.

No tenemos la obligación de procurar obtener un reembolso o una subrogación para nuestro propio beneficio ni en su nombre. Nuestros derechos en virtud de esta *Evidencia de cobertura* no se verán afectados, reducidos ni eliminados si no intervenimos en cualquier acción legal que usted inicie en relación con su lesión, enfermedad o afección.

Si usted no está de acuerdo con alguna decisión o acción que tomemos en relación con las disposiciones sobre subrogación y repetición de terceros detalladas previamente, debe seguir los procedimientos explicados en el Capítulo 7 de este cuadernillo: *Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*.

---

## **SECCIÓN 5 Denuncie situaciones de fraude, uso indebido o abuso**

---

El fraude en el cuidado de la salud es una violación de la ley federal o estatal. Si sabe o sospecha de la existencia de fraude de seguros de salud, haga la denuncia llamando a nuestra Línea Directa de Cumplimiento y Ética al 1-800-472-8348. No tiene obligación de identificarse al realizar su denuncia. La línea directa es anónima.

# CAPÍTULO 10

*Definiciones de términos importantes*

## Capítulo 10. Definiciones de términos importantes

**Apelación:** una apelación es una medida que puede tomar si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar una solicitud de cobertura de medicamentos con receta o de pago de medicamentos que ya recibió. Por ejemplo, puede pedir una apelación si no pagamos un medicamento que usted piensa que debería poder recibir. En el Capítulo 7, se explican las apelaciones, incluso el proceso para presentarlas.

**Período de inscripción anual:** un período determinado, en el otoño de cada año, en que los miembros pueden cambiar sus planes de salud o de medicamentos, o cambiar a Original Medicare. El Período de inscripción anual se extiende del 15 de octubre al 7 de diciembre.

**Medicamento de marca:** un medicamento con receta fabricado y vendido por la compañía farmacéutica que originalmente investigó y desarrolló el medicamento. La fórmula de los medicamentos de marca tiene los mismos principios activos que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otros fabricantes de medicamentos y, por lo general, solo están disponibles después del vencimiento de la patente del medicamento de marca.

**Etapas de cobertura de gastos excedentes:** la etapa en el beneficio de medicamentos de la Parte D en la que usted paga un copago o un coseguro bajo por sus medicamentos una vez que usted u otras partes calificadas en su nombre hayan gastado \$6,550 en medicamentos cubiertos durante el año cubierto.

**Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS):** la agencia federal que administra Medicare. En el Capítulo 2, se explica cómo puede comunicarse con los CMS.

**Coseguro:** una cantidad que es posible que usted deba pagar como su parte del costo por los medicamentos con receta después de pagar cualquier deducible. Habitualmente, el coseguro es un porcentaje (por ejemplo, 20%).

**Queja:** el nombre formal para “presentar una queja” es “iniciar un procedimiento de queja formal”. El proceso de quejas se utiliza para determinados tipos de problemas *únicamente*. Estos incluyen problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que usted recibe. Vea también “Queja formal” en esta lista de definiciones.

**Copago:** una cantidad que es posible que usted deba pagar como su parte del costo por un medicamento con receta. Los copagos son cantidades fijas en lugar de porcentajes. Por ejemplo, podría pagar \$10 o \$20 por un medicamento con receta.

**Costo compartido:** el costo compartido se refiere a cantidades que un miembro debe pagar cuando recibe medicamentos. (además de la prima mensual del plan) e incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) cualquier cantidad de deducible que un plan pueda exigir antes de cubrir medicamentos; (2) cualquier cantidad fija de “copago” que un plan requiere cuando se recibe un medicamento específico; o (3) cualquier cantidad de “coseguro”, un porcentaje de la cantidad total pagada por un medicamento, que un plan requiere cuando se recibe un medicamento específico. Es posible que se aplique una “tasa de costo compartido diario” cuando su médico le recete un suministro para menos de un mes de determinados medicamentos y usted deba pagar un copago.

**Nivel de costo compartido:** cada medicamento incluido en la lista de medicamentos cubiertos se encuentra en uno de los seis niveles de costo compartido. En general, cuanto más alto sea el nivel de costo compartido, mayor será el costo de su medicamento.

**Determinación de cobertura:** una decisión sobre si el plan cubre un medicamento que se le recetó y la cantidad que usted debe pagar por el medicamento con receta, si corresponde. En general, si usted lleva su receta a una farmacia, y la farmacia le indica que el medicamento con receta no está cubierto en virtud de su plan, eso no es una determinación de cobertura. Usted debe comunicarse con su plan por teléfono o por escrito para pedir una decisión formal sobre la cobertura. En este cuadernillo, las determinaciones de cobertura se llaman “decisiones de cobertura”. En el Capítulo 7, se explica cómo pedirnos una decisión de cobertura.

**Medicamentos cubiertos:** el término que usamos para referirnos a todos los medicamentos con receta que cubre nuestro plan.

**Cobertura de medicamentos con receta acreditable:** una cobertura de medicamentos con receta (por ejemplo, de un empleador o un sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura de medicamentos con receta estándar de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura cuando comienzan a reunir los requisitos para Medicare, generalmente, pueden mantener esa cobertura sin pagar una multa si luego deciden inscribirse en una cobertura de medicamentos con receta de Medicare.

**Servicio al Cliente:** un departamento, dentro de nuestro plan, que es responsable de responder sus preguntas sobre su membresía, beneficios, quejas y apelaciones. Consulte el Capítulo 2 para obtener información sobre cómo comunicarse con Servicio al Cliente.

**Tasa de costo compartido diario:** es posible que se aplique una “tasa de costo compartido diario” cuando su médico le recete un suministro para menos de un mes completo de determinados medicamentos y usted deba pagar un copago. La tasa de costo compartido diario es el copago dividido por la cantidad de días de un suministro para un mes. Por ejemplo: Si su copago por un suministro para un mes de un medicamento es de \$30, y un suministro para un mes en su plan es de 30 días, entonces, su “tasa de costo compartido diario” es de \$1 por día. Esto significa que usted paga \$1 por cada día de suministro cuando se le despacha su medicamento con receta.

**Deducible:** la cantidad que debe pagar por medicamentos con receta antes de que nuestro plan comience a pagar.

**Cancelación de la inscripción:** el proceso de finalizar su membresía en nuestro plan. La cancelación de la inscripción puede ser voluntaria (por su propia elección) o involuntaria (no es su propia elección).

**Cargo por despacho:** un cargo que se cobra cada vez que se despacha un medicamento cubierto para pagar el costo del despacho de un medicamento con receta. El cargo por despacho cubre costos como el tiempo que le lleva al farmacéutico preparar y empaquetar el medicamento con receta.

**Emergencia:** existe una emergencia médica cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de salud y medicina, cree que usted tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida, de una extremidad o de la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, dolor intenso o una afección médica que empeora rápidamente.

**Evidencia de cobertura (EOC, por sus siglas en inglés) e información de divulgación:** este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro documento adjunto, cláusula adicional u otra cobertura opcional seleccionada, que explica su cobertura, lo que nosotros debemos hacer, sus derechos y lo que usted debe hacer como miembro de nuestro plan.

**Excepción:** un tipo de decisión de cobertura que, si se aprueba, le permite obtener un medicamento que no está en el formulario del patrocinador de su plan (una excepción al formulario), u obtener un medicamento no preferido a un nivel de costo compartido menor (una excepción a la asignación de nivel). También puede solicitar una excepción si el patrocinador de su plan requiere que pruebe otro medicamento antes de recibir el medicamento que usted solicita o si el plan limita la cantidad o la dosis del medicamento que usted solicita (una excepción al formulario).

**Ayuda Adicional:** un programa de Medicare para ayudar a las personas con recursos e ingresos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos con receta de Medicare, como primas, deducibles y coseguros.

**Medicamento genérico:** un medicamento con receta que, según lo avala la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), tiene el/los mismo(s) principio(s) activo(s) que el medicamento de marca. Por lo general, un medicamento “genérico” tiene la misma eficacia que un medicamento de marca y, habitualmente, cuesta menos.

**Queja formal:** un tipo de queja que usted presenta sobre nosotros o sobre las farmacias de nuestra red, lo cual incluye una queja sobre la calidad de su atención. Este tipo de queja no incluye disputas respecto de pagos ni de la cobertura.

**Ajuste mensual relacionado con los ingresos (IRMAA):** Si sus ingresos brutos ajustados modificados, según se informan en su declaración de impuestos del Servicio de Impuestos Internos (IRS) de hace 2 años superan determinada cantidad, usted pagará la cantidad de la prima estándar y un ajuste mensual relacionado con los ingresos (también conocido como IRMAA, por sus siglas en inglés). El IRMAA es un cargo adicional que se agrega a su prima. Menos del 5% de las personas que tienen Medicare se ven afectadas por esta cantidad, de manera que la mayoría de las personas no pagará una prima más elevada.

**Límite de cobertura inicial:** el límite máximo de cobertura en la Etapa de cobertura inicial.

**Etapa de cobertura inicial:** esta es la etapa antes de que los costos totales de sus medicamentos, que incluyen lo que usted pagó y lo que su plan pagó en su nombre para el año, alcancen los \$4,130.

**Período de inscripción inicial:** cuando usted comienza a reunir los requisitos para Medicare, el período durante el cual puede inscribirse en la Parte A y la Parte B de Medicare. Por ejemplo, si reúne los requisitos para Medicare al cumplir los 65 años, su Período de inscripción inicial es el período de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que cumpla los 65 años, que incluye el mes en el que cumpla años y termina 3 meses después del mes de su cumpleaños.

**Lista de medicamentos cubiertos (Formulario o “Lista de medicamentos”):** una lista de medicamentos con receta que cubre el plan. El plan selecciona los medicamentos de esta lista con ayuda de médicos y farmacéuticos. La lista incluye medicamentos genéricos y de marca.

**Subsidio por bajos ingresos (LIS):** consulte “Ayuda Adicional”.



**Medicaid (o asistencia médica):** un programa federal y estatal conjunto que ayuda a algunas personas con recursos limitados e ingresos bajos a pagar sus costos médicos. Los programas de Medicaid varían en los distintos estados, pero la mayoría de los costos del cuidado de la salud están cubiertos si usted reúne los requisitos tanto para Medicare como para Medicaid. Consulte la Sección 6 del Capítulo 2 para obtener información sobre cómo comunicarse con Medicaid en su estado.

**Indicación médicamente aceptada:** un uso de un medicamento que cuenta con la aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos, o con el respaldo de determinados libros de referencia. Consulte la Sección 3 del Capítulo 3 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada.

**Medicare:** el programa federal de seguro de salud para personas de 65 años en adelante, algunas personas menores de 65 años con determinadas discapacidades y personas con enfermedad renal terminal (generalmente, aquellas que tienen insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante de riñón). Las personas que tienen Medicare pueden obtener su cobertura de salud de Medicare a través de Original Medicare, un Plan de costos de Medicare, un plan del PACE o un Plan Medicare Advantage.

**Plan Medicare Advantage (MA):** a veces llamado Parte C de Medicare. Es un plan ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindarle todos los beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare. Un Plan Medicare Advantage puede ser una Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO, por sus siglas en inglés), una Organización de Proveedores Preferidos (PPO, por sus siglas en inglés), un Plan de tarifa por servicio privado (PFFS, por sus siglas en inglés) o un Plan de cuenta de ahorros médicos (MSA, por sus siglas en inglés) de Medicare. Si usted está inscrito en un Plan Medicare Advantage, los servicios de Medicare están cubiertos a través del plan y no se pagan en virtud de Original Medicare. En la mayoría de los casos, los Planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D de Medicare (cobertura de medicamentos con receta). Estos planes se llaman **Planes Medicare Advantage con cobertura de medicamentos con receta**. Todas las personas que tienen la Parte A y la Parte B de Medicare reúnen los requisitos para afiliarse a cualquier plan de salud de Medicare Advantage que se ofrezca en su área.

**Plan de costos de Medicare:** un Plan de costos de Medicare es un plan operado por una Organización de Mantenimiento de la Salud (HMO, por sus siglas en inglés) o un Plan médico competitivo (CMP, por sus siglas en inglés) de acuerdo con un contrato de reembolso de costos en virtud del Artículo 1876(h) de la Ley.

**Programa de descuentos para interrupción de cobertura de Medicare:** un programa que brinda descuentos sobre la mayoría de los medicamentos de marca de la Parte D cubiertos a miembros de la Parte D que hayan alcanzado la Etapa de interrupción de cobertura y no estén recibiendo “Ayuda Adicional”. Los descuentos se brindan en función de acuerdos celebrados entre el Gobierno Federal y determinados fabricantes de medicamentos. Por este motivo, la mayoría de los medicamentos de marca –pero no todos– tienen descuentos.

**Servicios cubiertos por Medicare:** servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare.

**Plan de salud de Medicare:** un plan de salud de Medicare es un plan ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindar beneficios de la Parte A y de la Parte B a personas que tienen Medicare y que se inscriben en el plan. Este término incluye todos los Planes Medicare Advantage, Planes de costos de Medicare, programas piloto/de demostración y Programas de Cuidado Integral para Personas Mayores (PACE).

**Cobertura de medicamentos con receta de Medicare (Parte D de Medicare):** un seguro que ayuda a pagar medicamentos con receta, vacunas, productos biológicos y algunos suministros que la Parte A y la Parte B de Medicare no cubren, para pacientes ambulatorios.

**Póliza de “Medigap” (Seguro complementario de Medicare):** seguro complementario de Medicare que venden compañías aseguradoras privadas para cubrir “vacíos” de Original Medicare. Las pólizas de Medigap solo se pueden usar con Original Medicare. (Los Planes Medicare Advantage no son pólizas de Medigap).

**Miembro (Miembro de nuestro plan o “Miembro del plan”):** una persona que tiene Medicare y que reúne los requisitos para recibir servicios cubiertos que se inscribió en nuestro plan y cuya inscripción fue confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

**Farmacia de la red:** una farmacia de la red es una farmacia en la que los miembros de nuestro plan pueden obtener los beneficios de medicamentos con receta que les corresponden. Las llamamos “farmacias de la red” porque celebraron un contrato con nuestro plan. En la mayoría de los casos, sus medicamentos con receta se cubren únicamente si se le despachan en una de las farmacias de nuestra red.

**Original Medicare** (“Traditional Medicare” o Medicare de “tarifa por servicio”): Original Medicare es ofrecido por el gobierno; no es un plan de salud privado, como los Planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos con receta. En virtud de Original Medicare, los servicios de Medicare se cubren pagando a médicos, hospitales y otros proveedores de cuidado de la



salud las cantidades de pago que establece el Congreso. Puede consultar a cualquier médico, hospital u otro proveedor de cuidado de la salud que acepte Medicare. Debe pagar el deducible. Medicare paga su parte de la cantidad aprobada para Medicare, y usted paga su parte. Original Medicare tiene dos partes: la Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico), y está disponible en todos los Estados Unidos.

**Farmacia fuera de la red:** una farmacia que no celebró un contrato con nuestro plan para coordinar o brindar medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. Según se explicó en esta Evidencia de cobertura, la mayoría de los medicamentos que usted obtiene en farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que se cumplan determinadas condiciones.

**Costos de desembolso:** consulte la definición de “costo compartido” incluida anteriormente. El requisito de costo compartido de un miembro, por el cual debe pagar una parte de los medicamentos recibidos, también se denomina requisito de costo “de desembolso” de dicho miembro.

**Plan del PACE:** un plan del Programa de Cuidado Integral para Personas Mayores (PACE) combina servicios médicos, sociales y de cuidado a largo plazo (LTC) para personas frágiles con el fin de ayudarlas a mantener su independencia y vivir en su comunidad (en lugar de mudarse a un hogar de ancianos) durante el mayor tiempo posible, y al mismo tiempo recibir la atención de alta calidad que necesitan. Las personas inscritas en planes del PACE reciben los beneficios de Medicare y Medicaid a través del plan. El PACE no está disponible en todos los estados. Si desea saber si el PACE está disponible en su estado, comuníquese con Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este cuadernillo).

**Parte C: consulte la definición de “Plan Medicare Advantage (MA)”.**

**Parte D:** el Programa de beneficios de medicamentos con receta voluntario de Medicare. (Para facilitar, nos referiremos al programa de beneficios de medicamentos con receta como “Parte D”).

**Medicamentos de la Parte D:** medicamentos que pueden estar cubiertos en virtud de la Parte D. Nuestro plan no necesariamente ofrecerá todos los medicamentos de la Parte D. (Consulte su formulario para obtener una lista específica de medicamentos cubiertos). El Congreso excluyó específicamente la cobertura de determinadas categorías de medicamentos como medicamentos de la Parte D.

**Multa por inscripción tardía para la Parte D:** una cantidad que se suma a su prima mensual por la cobertura de medicamentos de Medicare si pasa un período continuo de 63 días o más sin cobertura acreditable (cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura de medicamentos con receta estándar de Medicare) después de comenzar a reunir los requisitos para afiliarse a un plan de la Parte D. Usted pagará esta cantidad más elevada mientras tenga un plan de medicamentos de Medicare. Hay algunas excepciones. Por ejemplo, si recibe “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos con receta, no pagará una multa por inscripción tardía. Si recibe “Ayuda Adicional”, no deberá pagar una multa por inscripción tardía.

**Opción preferida de costo compartido:** opción preferida de costo compartido significa un costo compartido menor por determinados medicamentos cubiertos de la Parte D en determinadas farmacias de la red.

**Prima:** el pago periódico a Medicare, una compañía de seguros o un plan de cuidado de la salud a cambio de cobertura de salud o de medicamentos con receta.

**Autorización previa:** aprobación por anticipado para recibir determinados medicamentos que pueden estar en nuestro formulario o no. Algunos medicamentos se cubren únicamente si su médico u otro proveedor de la red obtienen nuestra “autorización previa”. Los medicamentos cubiertos que requieren autorización previa están marcados en el formulario.

**Organización de Mejora de la Calidad (QIO):** un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos del cuidado de la salud a los que el Gobierno Federal paga para verificar y mejorar la atención brindada a pacientes de Medicare. Consulte la Sección 4 del Capítulo 2 para obtener información sobre cómo comunicarse con la QIO de su estado.

**Límites a la cantidad:** una herramienta de administración diseñada para limitar el uso de medicamentos seleccionados por motivos de calidad, seguridad o uso. Los límites pueden aplicarse sobre la cantidad del medicamento que cubrimos por receta o durante un período definido.

**Área de servicio:** un área geográfica en la que un plan de salud acepta miembros si limita la membresía en función del lugar donde viven las personas. El plan puede cancelar su inscripción si usted se muda, de manera permanente, a un lugar fuera del área de servicio del plan.

**Período de inscripción especial:** un período determinado durante el cual los miembros pueden cambiar sus planes de salud o de medicamentos, o regresar a Original Medicare. Las situaciones en las que usted puede reunir los requisitos para un Período de inscripción especial incluyen las siguientes: si se muda fuera del área de servicio, si recibe “Ayuda Adicional” para los costos de sus medicamentos con receta, si se muda a un hogar de ancianos o si violamos nuestro contrato con usted.

**Opción estándar de costo compartido:** la opción estándar de costo compartido es aquella que no es la opción preferida de costo compartido que se ofrece en las farmacias de la red.

**Tratamiento escalonado:** una herramienta de uso que requiere que usted pruebe, en primer lugar, otro medicamento para tratar su afección médica antes de que cubramos el medicamento que su médico puede haber recetado inicialmente.

**Seguro de Ingreso Complementario (SSI):** un beneficio mensual pagado por el Seguro Social a personas con recursos e ingresos limitados que son discapacitadas o ciegas, o que tienen 65 años o más. Los beneficios del SSI no son iguales a los beneficios del Seguro Social.

**Anexo A: Información de contacto de Programas Estatales de Asistencia sobre el Seguro Médico (SHIP)****Alabama**

*Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico de Alabama*

TELÉFONO 1-800-243-5463  
 CORREO POSTAL Alabama State Health Insurance Assistance Program, Alabama Department of Senior Services, 201 Monroe Street, Suite 350, Montgomery, AL 36104  
 SITIO WEB [www.alabamaageline.gov](http://www.alabamaageline.gov)

**Alaska**

*Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico*

TELÉFONO 1-907-269-3680 o 1-800-478-6065  
 TTY 1-800-770-8973  
 CORREO POSTAL State Health Insurance Assistance Program, Alaska Dept. of Health and Social Services, Senior & Disabilities Services, 550 W. 7th Avenue, Suite 1230, Anchorage, AK 99501  
 SITIO WEB <http://medicare.alaska.gov>

**Arizona**

*Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico*

TELÉFONO 1-602-542-6439 o 1-800-432-4040  
 TTY 711  
 CORREO POSTAL 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/older-adults/medicare-assistance>

**Arkansas**

*Programa de Información sobre Seguros de Salud para Personas Mayores (SHIIP, por sus siglas en inglés)*

TELÉFONO 1-501-371-2782 o 1-800-224-6330  
 CORREO POSTAL 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**

*Programa de Defensa y Asesoramiento sobre Seguros de Salud (HICAP, por sus siglas en inglés)*

TELÉFONO 1-916-419-7500 o 1-800-434-0222  
 TTY 1-800-735-2929  
 CORREO POSTAL 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/](http://www.aging.ca.gov/hicap/)

**Colorado**

*Programa de Asistencia sobre Seguros de Salud para Personas de la Tercera Edad*

TELÉFONO 1-303-894-7855 o 1-888-696-7213  
 TTY 1-303-894-7880  
 CORREO POSTAL 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](http://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 POSTAL CHOICES, Department of Social Services, Aging Services Division, 25 Sigourney Street, 10th Floor, Hartford, CT 06106  
 SITIO WEB [www.ct.gov/aging/services/cwp/view.asp?a=2511&q=313032](http://www.ct.gov/aging/services/cwp/view.asp?a=2511&q=313032)

**Delaware**

*Oficina de Asistencia con Medicare de Delaware (DMAB, por sus siglas en inglés)*

TELÉFONO 1-302-674-7364 o 1-800-336-9500  
 CORREO POSTAL Delaware Medicare Assistance Bureau (DMAB), 841 Silver Lake Boulevard, Dover, DE 19904  
 SITIO WEB <http://insurance.delaware.gov/divisions/dmab/>

**Anexo A. Información de contacto de Programas Estatales de Asistencia sobre el Seguro Médico (SHIP)****Distrito de Columbia**

*Proyecto de Asesoramiento sobre Seguros de Salud (HICP, por sus siglas en inglés)*

TELÉFONO 1-202-727-8370

TTY 711

CORREO POSTAL Health Insurance Counseling Project (HICP), 500 K Street NE, Washington, DC 20002

SITIO WEB <https://dcoa.dc.gov/service/dc-state-health-insurance-assistance-program-ship>

**Florida**

*SHINE (Servicios para las Necesidades de Seguros de Salud de las Personas Mayores)*

TELÉFONO 1-800-963-5337

TTY 1-800-955-8771

CORREO POSTAL SHINE, Department of Elder Affairs, 4040 Esplanade Way, Suite 270, Tallahassee, FL 32399-7000

SITIO WEB [www.floridashine.org](http://www.floridashine.org)

**Georgia**

*GeorgiaCares*

TELÉFONO 1-866-552-4464 (opción 4)

TTY 1-404-657-1929

CORREO POSTAL GeorgiaCares, 2 Peachtree Street NW, 33rd Floor, Atlanta, GA 30303

SITIO WEB [www.mygeorgiacares.org/](http://www.mygeorgiacares.org/)

**Hawaii**

*SHIP de Hawaii*

TELÉFONO 1-808-586-7299 o 1-888-875-9229

TTY 1-866-810-4379

CORREO POSTAL 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.hawaiiiship.org/](http://www.hawaiiiship.org/)

**Idaho**

*Asesores de Beneficios de Seguros de Salud para Personas Mayores (SHIBA, por sus siglas en inglés)*

TELÉFONO 1-800-247-4422

CORREO POSTAL 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 <https://doi.idaho.gov/SHIBA/>

**Illinois**

*Programa de Seguros de Salud para Personas Mayores (SHIP, por sus siglas en inglés)*

TELÉFONO 1-800-252-8966

TTY 1-888-206-1327

CORREO POSTAL 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**

*Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (SHIP)*

TELÉFONO 1-800-452-4800

TTY 1-866-846-0139

CORREO POSTAL 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](http://www.medicare.in.gov)

**Iowa**

*Programa de Información sobre Seguros de Salud para Personas Mayores (SHIIP)*

TELÉFONO 1-800-351-4664

TTY 1-800-735-2942

CORREO POSTAL Senior Health Insurance Information Program (SHIIP), 601 Locust St., 4th Floor, Des Moines, IA 50309-3738

SITIO WEB <https://shiip.iowa.gov/>

**Kansas**

*Asesoramiento sobre Seguros de Salud para Personas Mayores de Kansas (SHICK, por sus siglas en inglés)*

TELÉFONO 1-800-860-5260  
 TTY 1-785-291-3167  
 CORREO POSTAL 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](http://www.kdads.ks.gov/SHICK/shick_index.html)

**Kentucky**

*Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico*

TELÉFONO 1-877-293-7447 (opción 2)  
 TTY 1-800-648-6056  
 CORREO POSTAL State Health Insurance Assistance Program, Cabinet for Health and Family Services, Office of the Secretary, 275 East Main Street, Frankfort, KY 40621  
 SITIO WEB <https://chfs.ky.gov/agencies/dail/Pages/ship.aspx>

**Louisiana**

*Programa de Información sobre Seguros de Salud para Personas Mayores (SHIIP)*

TELÉFONO 1-225-342-5301 o 1-800-259-5300  
 CORREO POSTAL 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.lidi.la.gov/SHIIP/](http://www.lidi.la.gov/SHIIP/)

**Maine**

*Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (SHIP) de Maine*

TELÉFONO 1-800-262-2232  
 TTY 711  
 CORREO POSTAL 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](http://www.maine.gov/dhhs/oads/community-support/ship.html)

**Maryland**

*Programa de Asistencia sobre Seguros de Salud para Personas de la Tercera Edad*

TELÉFONO 1-410-767-1100 o 1-800-243-3425  
 TTY 711  
 CORREO POSTAL Senior Health Insurance Assistance Program, Maryland Department of Aging, 301 West Preston Street, Suite 1007, Baltimore, MD 21201  
 SITIO WEB <https://aging.maryland.gov/Pages/state-health-insurance-program.aspx>

**Massachusetts**

*Servicios para las Necesidades de Seguros de Salud de las Personas Mayores (SHINE, por sus siglas en inglés)*

TELÉFONO 1-800-243-4636  
 TTY 711  
 CORREO POSTAL Serving the Health Insurance Needs of Everyone (SHINE), Executive Office of Elder Affairs, One Ashburton Place, Fifth Floor, Boston, MA 02108  
 SITIO WEB [www.mass.gov/elders/healthcare/shine/](http://www.mass.gov/elders/healthcare/shine/)

**Michigan**

*Programa de Asistencia con Medicare/Medicaid de Michigan (MMAPI, Inc.)*

TELÉFONO 1-800-803-7174  
 CORREO POSTAL Michigan Medicare/Medicaid Assistance Program (MMAPI, Inc.), 6105 West St. Joseph, Suite 204, Lansing, MI 48917-4850  
 SITIO WEB [www.mmapinc.org/](http://www.mmapinc.org/)

**Minnesota**

*Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico de Minnesota*

TELÉFONO 1-800-333-2433  
 TTY 1-800-627-3529  
 CORREO POSTAL 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](http://www.mnaging.org/Advisor/SLL/SLL_SHIP.aspx)



**Anexo A. Información de contacto de Programas Estatales de Asistencia sobre el Seguro Médico (SHIP)****Mississippi***Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (SHIP)*

TELÉFONO 1-601-359-4500  
 CORREO POSTAL 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 - Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico*

TELÉFONO 1-800-390-3330  
 CORREO POSTAL CLAIM - State Health Insurance Assistance Program, c/o Primaris, 200 N. Keene Street, Suite 101, Columbia, MO 65201  
 SITIO WEB [www.missouricclaim.org](http://www.missouricclaim.org)

**Montana***Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (SHIP) de Montana*

TELÉFONO 1-800-551-3191  
 CORREO POSTAL 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***Programa de Información sobre Seguros de Salud para Personas Mayores (SHIP) de Nebraska*

TELÉFONO 1-402-471-2201 o 1-800-234-7119  
 TTY 1-800-833-7352  
 CORREO POSTAL 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 el Seguro Médico*

TELÉFONO 1-702-486-3478 o 1-800-307-4444  
 CORREO POSTAL 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/](http://adsd.nv.gov/Programs/Seniors/SHIP/SHIP_Prog/)

**New Hampshire***Centro de Recursos para Personas Mayores y Discapacitadas ServiceLink*

TELÉFONO 1-866-634-9412  
 TTY 1-800-735-2964  
 CORREO POSTAL 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/](http://www.nh.gov/servicelink/)

**New Jersey***Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (SHIP)*

TELÉFONO 1-800-792-8820  
 CORREO POSTAL 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](http://www.state.nj.us/humanservices/doas/services/ship/index.html)

**New Mexico***Centro de Recursos para Personas Mayores y Discapacitados (ADRC, por sus siglas en inglés)*

TELÉFONO 1-800-432-2080  
 TTY 1-505-476-4937  
 CORREO POSTAL 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](http://www.nmaging.state.nm.us)



**New York**

*Programa de Asistencia y Asesoramiento de Información sobre Seguros de Salud (HIICAP, por sus siglas en inglés)*

TELÉFONO 1-800-701-0501

CORREO POSTAL 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 <https://aging.ny.gov/health-insurance-information-counseling-and-assistance-program-hiicap>

**North Carolina**

*Programa de Información sobre Seguros de Salud para Personas Mayores (SHIP)*

TELÉFONO 1-855-408-1212

CORREO POSTAL Seniors' Health Insurance Information Program (SHIIP), 1201 Mail Service Center, Raleigh, NC 27699-1201

SITIO WEB [www.ncdoi.com/SHIIP/Default.aspx](http://www.ncdoi.com/SHIIP/Default.aspx)

**North Dakota**

*Programa Estatal de Asesoramiento sobre Seguros de Salud (SHIC, por sus siglas en inglés)*

TELÉFONO 1-701-328-2440 o 1-888-575-6611

TTY 1-800-366-6888

CORREO POSTAL 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/](http://www.nd.gov/ndins/shic/)

**Ohio**

*Programa de Información sobre Seguros de Salud para Personas Mayores de Ohio (OSHIIP, por sus siglas en inglés)*

TELÉFONO 1-800-686-1578

TTY 1-614-644-3745

CORREO POSTAL 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 <https://insurance.ohio.gov/wps/portal/gov/odi/about-us/divisions/ohio-senior-health-insurance-information-program/>

**Oklahoma**

*Programa de Asesoramiento sobre Seguros de Salud para Personas Mayores (SHIP, por sus siglas en inglés)*

TELÉFONO 1-405-521-6628 o 1-800-763-2828

CORREO POSTAL Senior Health Insurance Counseling Program (SHIP), Five Corporate Plaza, 3625 NW 56th Street, Suite 100, Oklahoma City, OK 73112

SITIO WEB <http://www.okdrs.org/guide/senior-health-insurance-counseling-program-ship>

**Oregon**

*Programa de Asistencia con Beneficios de Seguros de Salud para Personas Mayores (SHIBA, por sus siglas en inglés)*

TELÉFONO 1-800-722-4134

TTY 1-800-735-2900

CORREO POSTAL Senior Health Insurance Benefits Assistance Program (SHIBA), P.O. Box 14480, Salem, OR 97309

SITIO WEB [www.oregonshiba.org](http://www.oregonshiba.org)

**Pennsylvania**

*APPRISE*

TELÉFONO 1-800-783-7067

CORREO POSTAL APPRISE, Commonwealth of Pennsylvania Department of Aging, 555 Walnut Street, 5th Floor, Harrisburg, PA 17101-1919

SITIO WEB [www.aging.pa.gov](http://www.aging.pa.gov)

**Rhode Island**

*Programa de Seguros de Salud para Personas Mayores (SHIP)*

TELÉFONO 1-401-462-3000 o 1-401-462-0510

TTY 1-401-462-0740

CORREO POSTAL 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 <http://oha.ri.gov/what-we-do/access/health-insurance-coaching/ship/>

**Anexo A. Información de contacto de Programas Estatales de Asistencia sobre el Seguro Médico (SHIP)****South Carolina**

*Programa de Asistencia con Asesoramiento sobre Seguros y Referencias para Personas Mayores (I-CARE, por sus siglas en inglés)*

TELÉFONO 1-803-734-9900 o 1-800-868-9095  
 CORREO POSTAL 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**

*Educación sobre Seguros e Información sobre la Salud de las Personas Mayores (SHIINE, por sus siglas en inglés)*

TELÉFONO 1-800-536-8197  
 CORREO POSTAL Senior Health Information & Insurance Education (SHIINE), South Dakota Department of Social Services, 700 Governors Drive, Pierre, SD 57501  
 SITIO WEB [www.shiine.net/](http://www.shiine.net/)

**Tennessee**

*Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (SHIP) de Tennessee*

TELÉFONO 1-877-801-0044  
 CORREO POSTAL 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**

*Programa de Defensa y Asesoramiento de Información sobre la Salud (HICAP) de Texas*

TELÉFONO 1-800-252-9240  
 TTY 711  
 CORREO POSTAL 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**

*Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (SHIP)*

TELÉFONO 1-800-541-7735  
 CORREO POSTAL 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 <https://daas.utah.gov/seniors/#shiip>

**Vermont**

*Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (SHIP) de Vermont*

TELÉFONO 1-800-642-5119  
 CORREO POSTAL 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**

*Programa de Asistencia y Asesoramiento sobre Seguros de Virginia (VICAP, por sus siglas en inglés)*

TELÉFONO 1-804-662-9333 o 1-800-552-3402  
 TTY 711  
 CORREO POSTAL 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**

*Asesores Estatales de Beneficios de Seguros de Salud (SHIBA)*

TELÉFONO 1-800-562-6900  
 TTY 1-360-586-0241  
 CORREO POSTAL 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](http://www.insurance.wa.gov/shiba)

### West Virginia

*Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (SHIP) de West Virginia*  
TELÉFONO 1-304-558-3317 o 1-877-987-4463  
CORREO POSTAL West Virginia SHIP, 1900 Kanawha Boulevard East, Charleston, WV 25305  
SITIO WEB [www.wvship.org/](http://www.wvship.org/)

### Wisconsin

*Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (SHIP)*  
TELÉFONO 1-800-242-1060  
TTY 1-262-347-3045  
CORREO POSTAL 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

*Programa Estatal de Información sobre Seguros de Salud de Wyoming (WSHIIP, por sus siglas en inglés)*  
TELÉFONO 1-800-856-4398  
CORREO POSTAL 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](http://www.wyomingseniors.com/services/wyoming-state-health-insurance-information-program)

**Anexo B: Información de contacto de Organizaciones de Mejora de la Calidad (QIO)**

**Alabama**

*KEPRO*  
 TELÉFONO 1-888-317-0751  
 HORARIO Lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 5:00 p.m.; fines de semana y días festivos, de 11:00 a.m. a 3:00 p.m.  
 TTY 1-855-843-4776  
 CORREO POSTAL KEPRO, 5201 W. Kennedy Blvd., Suite 900, Tampa, FL 33609  
 SITIO WEB [www.keproqio.com](http://www.keproqio.com)

**Alaska**

*KEPRO*  
 TELÉFONO 1-888-305-6759  
 HORARIO Lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 5:00 p.m.; fines de semana y días festivos, de 11:00 a.m. a 3:00 p.m.  
 TTY 1-855-843-4776  
 CORREO POSTAL KEPRO, 5700 Lombardo Center Dr., Suite 100, Seven Hills, OH 44131  
 SITIO WEB [www.keproqio.com](http://www.keproqio.com)

**Arizona**

*Livanta*  
 TELÉFONO 1-877-588-1123  
 HORARIO Lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 5:00 p.m.; hay un servicio de correo de voz disponible las 24 horas  
 TTY 1-855-887-6668  
 CORREO POSTAL Livanta, BFCC-QIO Program, 10820 Guilford Rd., Suite 202, Annapolis Junction, MD 20701  
 SITIO WEB [www.livantaqio.com](http://www.livantaqio.com)

**Arkansas**

*KEPRO*  
 TELÉFONO 1-888-315-0636  
 HORARIO Lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 5:00 p.m.; fines de semana y días festivos, de 11:00 a.m. a 3:00 p.m.  
 TTY 1-855-843-4776  
 CORREO POSTAL KEPRO, 5201 W. Kennedy Blvd., Suite 900, Tampa, FL 33609  
 SITIO WEB [www.keproqio.com](http://www.keproqio.com)

**California**

*Livanta*  
 TELÉFONO 1-877-588-1123  
 HORARIO Lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 5:00 p.m.; hay un servicio de correo de voz disponible las 24 horas  
 TTY 1-855-887-6668  
 CORREO POSTAL Livanta, BFCC-QIO Program, 10820 Guilford Rd., Suite 202, Annapolis Junction, MD 20701  
 SITIO WEB [www.livantaqio.com](http://www.livantaqio.com)

**Colorado**

*KEPRO*  
 TELÉFONO 1-888-317-0891  
 HORARIO Lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 5:00 p.m.; fines de semana y días festivos, de 11:00 a.m. a 3:00 p.m.  
 TTY 1-855-843-4776  
 CORREO POSTAL KEPRO, 5700 Lombardo Center Dr., Suite 100, Seven Hills, OH 44131  
 SITIO WEB [www.keproqio.com](http://www.keproqio.com)

**Connecticut**

*KEPRO*  
 TELÉFONO 1-888-319-8452  
 HORARIO Lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 5:00 p.m.; fines de semana y días festivos, de 11:00 a.m. a 3:00 p.m.  
 TTY 1-855-843-4776  
 CORREO POSTAL KEPRO, 5700 Lombardo Center Dr., Suite 100, Seven Hills, OH 44131  
 SITIO WEB [www.keproqio.com](http://www.keproqio.com)

**Delaware**

*Livanta*  
 TELÉFONO 1-888-396-4646  
 HORARIO Lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 5:00 p.m.; hay un servicio de correo de voz disponible las 24 horas  
 TTY 1-888-985-2660  
 CORREO POSTAL Livanta, BFCC-QIO Program, 10820 Guilford Rd., Suite 202, Annapolis Junction, MD 20701  
 SITIO WEB [www.livantaqio.com](http://www.livantaqio.com)

**Distrito de Columbia**

*Livanta*  
**TELÉFONO** 1-888-396-4646  
**HORARIO** Lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 5:00 p.m.; hay un servicio de correo de voz disponible las 24 horas  
**TTY** 1-888-985-2660  
**CORREO POSTAL** Livanta, BFCC-QIO Program, 10820 Guilford Rd., Suite 202, Annapolis Junction, MD 20701  
**SITIO WEB** www.livantaqio.com

**Florida**

*KEPRO*  
**TELÉFONO** 1-888-317-0751  
**HORARIO** Lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 5:00 p.m.; fines de semana y días festivos, de 11:00 a.m. a 3:00 p.m.  
**TTY** 1-855-843-4776  
**CORREO POSTAL** KEPRO, 5201 W. Kennedy Blvd., Suite 900, Tampa, FL 33609  
**SITIO WEB** www.keproqio.com

**Georgia**

*KEPRO*  
**TELÉFONO** 1-888-317-0751  
**HORARIO** Lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 5:00 p.m.; fines de semana y días festivos, de 11:00 a.m. a 3:00 p.m.  
**TTY** 1-855-843-4776  
**CORREO POSTAL** KEPRO, 5201 W. Kennedy Blvd., Suite 900, Tampa, FL 33609  
**SITIO WEB** www.keproqio.com

**Hawaii**

*Livanta*  
**TELÉFONO** 1-877-588-1123  
**HORARIO** Lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 5:00 p.m.; hay un servicio de correo de voz disponible las 24 horas  
**TTY** 1-855-887-6668  
**CORREO POSTAL** Livanta, BFCC-QIO Program, 10820 Guilford Rd., Suite 202, Annapolis Junction, MD 20701  
**SITIO WEB** www.livantaqio.com

**Idaho**

*KEPRO*  
**TELÉFONO** 1-888-305-6759  
**HORARIO** Lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 5:00 p.m.; fines de semana y días festivos, de 11:00 a.m. a 3:00 p.m.  
**TTY** 1-855-843-4776  
**CORREO POSTAL** KEPRO, 5700 Lombardo Center Dr., Suite 100, Seven Hills, OH 44131  
**SITIO WEB** www.keproqio.com

**Illinois**

*Livanta*  
**TELÉFONO** 1-888-524-9900  
**HORARIO** Lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 5:00 p.m.; hay un servicio de correo de voz disponible las 24 horas  
**TTY** 1-888-985-8775  
**CORREO POSTAL** Livanta, BFCC-QIO Program, 10820 Guilford Rd., Suite 202, Annapolis Junction, MD 20701  
**SITIO WEB** www.livantaqio.com

**Indiana**

*Livanta*  
**TELÉFONO** 1-888-524-9900  
**HORARIO** Lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 5:00 p.m.; hay un servicio de correo de voz disponible las 24 horas  
**TTY** 1-888-985-8775  
**CORREO POSTAL** Livanta, BFCC-QIO Program, 10820 Guilford Rd., Suite 202, Annapolis Junction, MD 20701  
**SITIO WEB** www.livantaqio.com

**Iowa**

*Livanta*  
**TELÉFONO** 1-888-755-5580  
**HORARIO** Lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 5:00 p.m.; hay un servicio de correo de voz disponible las 24 horas  
**TTY** 1-888-985-9295  
**CORREO POSTAL** Livanta, BFCC-QIO Program, 10820 Guilford Rd., Suite 202, Annapolis Junction, MD 20701  
**SITIO WEB** www.livantaqio.com

<b>Kansas</b>		<b>Maryland</b>	
<i>Livanta</i>		<i>Livanta</i>	
TELÉFONO	1-888-755-5580	TELÉFONO	1-888-396-4646
HORARIO	Lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 5:00 p.m.; hay un servicio de correo de voz disponible las 24 horas	HORARIO	Lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 5:00 p.m.; hay un servicio de correo de voz disponible las 24 horas
TTY	1-888-985-9295	TTY	1-888-985-2660
CORREO POSTAL	Livanta, BFCC-QIO Program, 10820 Guilford Rd., Suite 202, Annapolis Junction, MD 20701	CORREO POSTAL	Livanta, BFCC-QIO Program, 10820 Guilford Rd., Suite 202, Annapolis Junction, MD 20701
SITIO WEB	www.livantaqio.com	SITIO WEB	www.livantaqio.com
<b>Kentucky</b>		<b>Massachusetts</b>	
<i>KEPRO</i>		<i>KEPRO</i>	
TELÉFONO	1-888-317-0751	TELÉFONO	1-888-319-8452
HORARIO	Lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 5:00 p.m.; fines de semana y días festivos, de 11:00 a.m. a 3:00 p.m.	HORARIO	Lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 5:00 p.m.; fines de semana y días festivos, de 11:00 a.m. a 3:00 p.m.
TTY	1-855-843-4776	TTY	1-855-843-4776
CORREO POSTAL	KEPRO, 5201 W. Kennedy Blvd., Suite 900, Tampa, FL 33609	CORREO POSTAL	KEPRO, 5700 Lombardo Center Dr., Suite 100, Seven Hills, OH 44131
SITIO WEB	www.keproqio.com	SITIO WEB	www.keproqio.com
<b>Louisiana</b>		<b>Michigan</b>	
<i>KEPRO</i>		<i>Livanta</i>	
TELÉFONO	1-888-315-0636	TELÉFONO	1-888-524-9900
HORARIO	Lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 5:00 p.m.; fines de semana y días festivos, de 11:00 a.m. a 3:00 p.m.	HORARIO	Lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 5:00 p.m.; hay un servicio de correo de voz disponible las 24 horas
TTY	1-855-843-4776	TTY	1-888-985-8775
CORREO POSTAL	KEPRO, 5201 W. Kennedy Blvd., Suite 900, Tampa, FL 33609	CORREO POSTAL	Livanta, BFCC-QIO Program, 10820 Guilford Rd., Suite 202, Annapolis Junction, MD 20701
SITIO WEB	www.keproqio.com	SITIO WEB	www.livantaqio.com
<b>Maine</b>		<b>Minnesota</b>	
<i>KEPRO</i>		<i>Livanta</i>	
TELÉFONO	1-888-319-8452	TELÉFONO	1-888-524-9900
HORARIO	Lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 5:00 p.m.; fines de semana y días festivos, de 11:00 a.m. a 3:00 p.m.	HORARIO	Lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 5:00 p.m.; hay un servicio de correo de voz disponible las 24 horas
TTY	1-855-843-4776	TTY	1-888-985-8775
CORREO POSTAL	KEPRO, 5700 Lombardo Center Dr., Suite 100, Seven Hills, OH 44131	CORREO POSTAL	Livanta, BFCC-QIO Program, 10820 Guilford Rd., Suite 202, Annapolis Junction, MD 20701
SITIO WEB	www.keproqio.com	SITIO WEB	www.livantaqio.com



**Mississippi**

*KEPRO*  
**TELÉFONO** 1-888-317-0751  
**HORARIO** Lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 5:00 p.m.; fines de semana y días festivos, de 11:00 a.m. a 3:00 p.m.  
**TTY** 1-855-843-4776  
**CORREO POSTAL** KEPRO, 5201 W. Kennedy Blvd., Suite 900, Tampa, FL 33609  
**SITIO WEB** www.keproqio.com

**Missouri**

*Livanta*  
**TELÉFONO** 1-888-755-5580  
**HORARIO** Lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 5:00 p.m.; hay un servicio de correo de voz disponible las 24 horas  
**TTY** 1-888-985-9295  
**CORREO POSTAL** Livanta, BFCC-QIO Program, 10820 Guilford Rd., Suite 202, Annapolis Junction, MD 20701  
**SITIO WEB** www.livantaqio.com

**Montana**

*KEPRO*  
**TELÉFONO** 1-888-317-0891  
**HORARIO** Lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 5:00 p.m.; fines de semana y días festivos, de 11:00 a.m. a 3:00 p.m.  
**TTY** 1-855-843-4776  
**CORREO POSTAL** KEPRO, 5700 Lombardo Center Dr., Suite 100, Seven Hills, OH 44131  
**SITIO WEB** www.keproqio.com

**Nebraska**

*Livanta*  
**TELÉFONO** 1-888-755-5580  
**HORARIO** Lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 5:00 p.m.; hay un servicio de correo de voz disponible las 24 horas  
**TTY** 1-888-985-9295  
**CORREO POSTAL** Livanta, BFCC-QIO Program, 10820 Guilford Rd., Suite 202, Annapolis Junction, MD 20701  
**SITIO WEB** www.livantaqio.com

**Nevada**

*Livanta*  
**TELÉFONO** 1-877-588-1123  
**HORARIO** Lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 5:00 p.m.; hay un servicio de correo de voz disponible las 24 horas  
**TTY** 1-855-887-6668  
**CORREO POSTAL** Livanta, BFCC-QIO Program, 10820 Guilford Rd., Suite 202, Annapolis Junction, MD 20701  
**SITIO WEB** www.livantaqio.com

**New Hampshire**

*KEPRO*  
**TELÉFONO** 1-888-319-8452  
**HORARIO** Lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 5:00 p.m.; fines de semana y días festivos, de 11:00 a.m. a 3:00 p.m.  
**TTY** 1-855-843-4776  
**CORREO POSTAL** KEPRO, 5700 Lombardo Center Dr., Suite 100, Seven Hills, OH 44131  
**SITIO WEB** www.keproqio.com

**New Jersey**

*Livanta*  
**TELÉFONO** 1-866-815-5440  
**HORARIO** Lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 5:00 p.m.; hay un servicio de correo de voz disponible las 24 horas  
**TTY** 1-866-868-2289  
**CORREO POSTAL** Livanta, BFCC-QIO Program, 10820 Guilford Rd., Suite 202, Annapolis Junction, MD 20701  
**SITIO WEB** www.livantaqio.com

**New Mexico**

*KEPRO*  
**TELÉFONO** 1-888-315-0636  
**HORARIO** Lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 5:00 p.m.; fines de semana y días festivos, de 11:00 a.m. a 3:00 p.m.  
**TTY** 1-855-843-4776  
**CORREO POSTAL** KEPRO, 5201 W. Kennedy Blvd., Suite 900, Tampa, FL 33609  
**SITIO WEB** www.keproqio.com

## New York

*Livanta*  
**TELÉFONO** 1-866-815-5440  
**HORARIO** Lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 5:00 p.m.; hay un servicio de correo de voz disponible las 24 horas  
**TTY** 1-866-868-2289  
**CORREO POSTAL** Livanta, BFCC-QIO Program, 10820 Guilford Rd., Suite 202, Annapolis Junction, MD 20701  
**SITIO WEB** www.livantaqio.com

## North Carolina

*KEPRO*  
**TELÉFONO** 1-888-317-0751  
**HORARIO** Lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 5:00 p.m.; fines de semana y días festivos, de 11:00 a.m. a 3:00 p.m.  
**TTY** 1-855-843-4776  
**CORREO POSTAL** KEPRO, 5201 W. Kennedy Blvd., Suite 900, Tampa, FL 33609  
**SITIO WEB** www.keproqio.com

## North Dakota

*KEPRO*  
**TELÉFONO** 1-888-317-0891  
**HORARIO** Lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 5:00 p.m.; fines de semana y días festivos, de 11:00 a.m. a 3:00 p.m.  
**TTY** 1-855-843-4776  
**CORREO POSTAL** KEPRO, 5700 Lombardo Center Dr., Suite 100, Seven Hills, OH 44131  
**SITIO WEB** www.keproqio.com

## Ohio

*Livanta*  
**TELÉFONO** 1-888-524-9900  
**HORARIO** Lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 5:00 p.m.; hay un servicio de correo de voz disponible las 24 horas  
**TTY** 1-888-985-8775  
**CORREO POSTAL** Livanta, BFCC-QIO Program, 10820 Guilford Rd., Suite 202, Annapolis Junction, MD 20701  
**SITIO WEB** www.livantaqio.com

## Oklahoma

*KEPRO*  
**TELÉFONO** 1-888-315-0636  
**HORARIO** Lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 5:00 p.m.; fines de semana y días festivos, de 11:00 a.m. a 3:00 p.m.  
**TTY** 1-855-843-4776  
**CORREO POSTAL** KEPRO, 5201 W. Kennedy Blvd., Suite 900, Tampa, FL 33609  
**SITIO WEB** www.keproqio.com

## Oregon

*KEPRO*  
**TELÉFONO** 1-888-305-6759  
**HORARIO** Lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 5:00 p.m.; fines de semana y días festivos, de 11:00 a.m. a 3:00 p.m.  
**TTY** 1-855-843-4776  
**CORREO POSTAL** KEPRO, 5700 Lombardo Center Dr., Suite 100, Seven Hills, OH 44131  
**SITIO WEB** www.keproqio.com

## Pennsylvania

*Livanta*  
**TELÉFONO** 1-888-396-4646  
**HORARIO** Lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 5:00 p.m.; hay un servicio de correo de voz disponible las 24 horas  
**TTY** 1-888-985-2660  
**CORREO POSTAL** Livanta, BFCC-QIO Program, 10820 Guilford Rd., Suite 202, Annapolis Junction, MD 20701  
**SITIO WEB** www.livantaqio.com

## Rhode Island

*KEPRO*  
**TELÉFONO** 1-888-319-8452  
**HORARIO** Lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 5:00 p.m.; fines de semana y días festivos, de 11:00 a.m. a 3:00 p.m.  
**TTY** 1-855-843-4776  
**CORREO POSTAL** KEPRO, 5700 Lombardo Center Dr., Suite 100, Seven Hills, OH 44131  
**SITIO WEB** www.keproqio.com

**South Carolina**

*KEPRO*  
**TELÉFONO** 1-888-317-0751  
**HORARIO** Lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 5:00 p.m.; fines de semana y días festivos, de 11:00 a.m. a 3:00 p.m.  
**TTY** 1-855-843-4776  
**CORREO POSTAL** KEPRO, 5201 W. Kennedy Blvd., Suite 900, Tampa, FL 33609  
**SITIO WEB** www.keproqio.com

**South Dakota**

*KEPRO*  
**TELÉFONO** 1-888-317-0891  
**HORARIO** Lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 5:00 p.m.; fines de semana y días festivos, de 11:00 a.m. a 3:00 p.m.  
**TTY** 1-855-843-4776  
**CORREO POSTAL** KEPRO, 5700 Lombardo Center Dr., Suite 100, Seven Hills, OH 44131  
**SITIO WEB** www.keproqio.com

**Tennessee**

*KEPRO*  
**TELÉFONO** 1-888-317-0751  
**HORARIO** Lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 5:00 p.m.; fines de semana y días festivos, de 11:00 a.m. a 3:00 p.m.  
**TTY** 1-855-843-4776  
**CORREO POSTAL** KEPRO, 5201 W. Kennedy Blvd., Suite 900, Tampa, FL 33609  
**SITIO WEB** www.keproqio.com

**Texas**

*KEPRO*  
**TELÉFONO** 1-888-315-0636  
**HORARIO** Lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 5:00 p.m.; fines de semana y días festivos, de 11:00 a.m. a 3:00 p.m.  
**TTY** 1-855-843-4776  
**CORREO POSTAL** KEPRO, 5201 W. Kennedy Blvd., Suite 900, Tampa, FL 33609  
**SITIO WEB** www.keproqio.com

**Utah**

*KEPRO*  
**TELÉFONO** 1-888-317-0891  
**HORARIO** Lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 5:00 p.m.; fines de semana y días festivos, de 11:00 a.m. a 3:00 p.m.  
**TTY** 1-855-843-4776  
**CORREO POSTAL** KEPRO, 5700 Lombardo Center Dr., Suite 100, Seven Hills, OH 44131  
**SITIO WEB** www.keproqio.com

**Vermont**

*KEPRO*  
**TELÉFONO** 1-888-319-8452  
**HORARIO** Lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 5:00 p.m.; fines de semana y días festivos, de 11:00 a.m. a 3:00 p.m.  
**TTY** 1-855-843-4776  
**CORREO POSTAL** KEPRO, 5700 Lombardo Center Dr., Suite 100, Seven Hills, OH 44131  
**SITIO WEB** www.keproqio.com

**Virginia**

*Livanta*  
**TELÉFONO** 1-888-396-4646  
**HORARIO** Lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 5:00 p.m.; hay un servicio de correo de voz disponible las 24 horas  
**TTY** 1-888-985-2660  
**CORREO POSTAL** Livanta, BFCC-QIO Program, 10820 Guilford Rd., Suite 202, Annapolis Junction, MD 20701  
**SITIO WEB** www.livantaqio.com

**Washington**

*KEPRO*  
**TELÉFONO** 1-888-305-6759  
**HORARIO** Lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 5:00 p.m.; fines de semana y días festivos, de 11:00 a.m. a 3:00 p.m.  
**TTY** 1-855-843-4776  
**CORREO POSTAL** KEPRO, 5700 Lombardo Center Dr., Suite 100, Seven Hills, OH 44131  
**SITIO WEB** www.keproqio.com

## West Virginia

*Livanta*  
 TELÉFONO 1-888-396-4646  
 HORARIO Lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 5:00 p.m.; hay un servicio de correo de voz disponible las 24 horas  
 TTY 1-888-985-2660  
 CORREO POSTAL Livanta, BFCC-QIO Program, 10820 Guilford Rd., Suite 202, Annapolis Junction, MD 20701  
 SITIO WEB [www.livantaqio.com](http://www.livantaqio.com)

## Wisconsin

*Livanta*  
 TELÉFONO 1-888-524-9900  
 HORARIO Lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 5:00 p.m.; hay un servicio de correo de voz disponible las 24 horas  
 TTY 1-888-985-8775  
 CORREO POSTAL Livanta, BFCC-QIO Program, 10820 Guilford Rd., Suite 202, Annapolis Junction, MD 20701  
 SITIO WEB [www.livantaqio.com](http://www.livantaqio.com)

## Wyoming

*KEPRO*  
 TELÉFONO 1-888-317-0891  
 HORARIO Lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 5:00 p.m.; fines de semana y días festivos, de 11:00 a.m. a 3:00 p.m.  
 TTY 1-855-843-4776  
 CORREO POSTAL KEPRO, 5700 Lombardo Center Dr., Suite 100, Seven Hills, OH 44131  
 SITIO WEB [www.keproqio.com](http://www.keproqio.com)

**Anexo C: Información de contacto de Agencias Estatales de Medicaid**

**Alabama**

*Agencia de Medicaid de Alabama*

TELÉFONO 1-334-242-5000 o 1-800-362-1504  
 HORARIO Lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.  
 CORREO POSTAL Alabama Medicaid Agency, P.O. Box 5624, Montgomery, AL 36103-5624  
 SITIO WEB [www.medicaid.alabama.gov](http://www.medicaid.alabama.gov)

**Alaska**

*Departamento de Salud y Servicios Sociales del estado de Alaska*

TELÉFONO 1-800-770-5650, opción 2  
 HORARIO Lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.  
 CORREO POSTAL State of Alaska Department of Health & Social Services, Division of Health Care Services, 4501 Business Park Blvd., Bldg. L, Anchorage, AK 99503-2400  
 SITIO WEB <http://dhss.alaska.gov>

**Arizona**

*Sistema de Contención de Costos de Cuidado de la Salud de Arizona (AHCCCS, por sus siglas en inglés)*

TELÉFONO 1-602-417-4000 o 1-800-523-0231  
 HORARIO Lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 9:00 p.m., sábados de 8:00 a.m. a 6:00 p.m.  
 CORREO POSTAL Arizona Health Care Cost Containment System (AHCCCS), 801 E. Jefferson Street, Phoenix, AZ 85034  
 SITIO WEB <https://www.azahcccs.gov>

**Arkansas**

*Medicaid de Arkansas*

TELÉFONO 1-800-482-8988  
 HORARIO Lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 4:30 p.m.  
 TTY 711  
 CORREO POSTAL 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 <https://medicaid.mmis.arkansas.gov/>

**California**

*Medi-Cal*

TELÉFONO 1-916-552-9200 o 1-800-541-5555  
 HORARIO Lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.  
 CORREO POSTAL Medi-Cal, P.O. Box 997417, MS 4607, Sacramento, CA 95899-7417  
 SITIO WEB [www.dhcs.ca.gov](http://www.dhcs.ca.gov)

**Colorado**

*Health First Colorado*

TELÉFONO 1-303-866-2993 o 1-800-221-3943  
 HORARIO Lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.  
 TTY 711  
 CORREO POSTAL Health First Colorado, Department of Health Care Policy & Financing, 1570 Grant Street, Denver, CO 80203  
 SITIO WEB <https://www.healthfirstcolorado.com/>

**Connecticut**

*Departamento de Servicios Sociales de Connecticut*

TELÉFONO 1-855-626-6632  
 HORARIO Lunes a viernes, de 7:30 a.m. a 4:00 p.m.  
 TTY 1-800-842-4524  
 CORREO POSTAL Connecticut Department of Social Services, 25 Sigourney Street, Hartford, CT 06106-5033  
 SITIO WEB [www.ct.gov/dss](http://www.ct.gov/dss)

**Delaware**

*Servicios de Salud y Sociales de Delaware*

TELÉFONO 1-302-255-9500 o 1-800-372-2022  
 HORARIO Lunes a viernes, de 7:30 a.m. a 4:30 p.m.  
 CORREO POSTAL 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/](http://www.dhss.delaware.gov/dhss/dmma/)

## **Distrito de Columbia**

*Departamento de Finanzas del Cuidado de la Salud*  
**TELÉFONO** 1-202-442-5988  
**HORARIO** Lunes a viernes, de 8:15 a.m. a 4:45 p.m.  
**TTY** 711  
**CORREO POSTAL** Department of Health Care Finance, 441 4th Street NW, 900S, Washington, DC 20001  
**SITIO WEB** <http://dhcf.dc.gov/>

## **Florida**

*Agencia para la Administración del Cuidado de la Salud*  
**TELÉFONO** 1-877-711-3662  
**HORARIO** Lunes a jueves, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., viernes de 8:00 a.m. a 7:00 p.m.  
**TTY** 1-866-467-4970  
**CORREO POSTAL** Agency for Health Care Administration, P.O. Box 5197, Tallahassee, FL 32314  
**SITIO WEB** <http://www.flmedicaidmanagedcare.com/>

## **Georgia**

*Departamento de Salud Comunitaria de Georgia*  
**TELÉFONO** 1-404-657-5468  
**HORARIO** Lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.  
**TTY** 711  
**CORREO POSTAL** Georgia Department of Community Health, 2 Peachtree Street NW, Atlanta, GA 30303  
**SITIO WEB** <https://medicaid.georgia.gov>

## **Hawaii**

*Departamento de Servicios Humanos*  
**TELÉFONO** 1-800-316-8005  
**HORARIO** Lunes a viernes, de 7:45 a.m. a 4:30 p.m.  
**TTY** 1-800-603-1201  
**CORREO POSTAL** Department of Human Services, Med-QUEST Division, P.O. Box 700190, Kapolei, HI 96709-0190  
**SITIO WEB** <http://humanservices.hawaii.gov/>

## **Idaho**

*Departamento de Salud y Bienestar de Idaho*  
**TELÉFONO** 1-877-456-1233 o 1-800-926-2588  
**HORARIO** Lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.  
**CORREO POSTAL** 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**

*Departamento de Cuidado de la Salud y Servicios Familiares de Illinois*  
**TELÉFONO** 1-800-843-6154  
**HORARIO** Lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 4:45 p.m.  
**TTY** 1-800-447-6404  
**CORREO POSTAL** Illinois Department of Healthcare and Family Services, 401 South Clinton, Chicago, IL 60607  
**SITIO WEB** [www.illinois.gov/hfs/Pages/default.aspx](http://www.illinois.gov/hfs/Pages/default.aspx)

## **Indiana**

*Medicaid de Indiana*  
**TELÉFONO** 1-317-713-9627 o 1-800-457-4584  
**HORARIO** Lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 4:30 p.m.  
**TTY** 711  
**CORREO POSTAL** 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** Lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.  
**TTY** 1-800-735-2942  
**CORREO POSTAL** 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 Lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.  
 TTY 1-800-792-4292  
 CORREO POSTAL KanCare, P.O. Box 3599, Topeka, KS 66601-9738  
 SITIO WEB [www.kancare.ks.gov/](http://www.kancare.ks.gov/)

## Kentucky

*Gabinete de Servicios de Salud y Familiares*  
 TELÉFONO 1-855-306-8959  
 HORARIO Lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.  
 CORREO POSTAL Cabinet for Health and Family Services, Department for Medicaid Services, 275 East Main Street, Frankfort, KY 40621  
 SITIO WEB <https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/default.aspx>

## Louisiana

*Medicaid de Louisiana*  
 TELÉFONO 1-888-342-6207  
 HORARIO Lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.  
 CORREO POSTAL Louisiana Medicaid, Department of Health and Hospitals, P.O. Box 629, Baton Rouge, LA 70821-0629  
 SITIO WEB [www.dhh.louisiana.gov](http://www.dhh.louisiana.gov)

## Maine

*Oficina de Servicios de MaineCare*  
 TELÉFONO 1-855-797-4357  
 HORARIO Lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.  
 TTY 711  
 CORREO POSTAL Office of MaineCare Services, 11 State House Station, Augusta, ME 04333-0011  
 SITIO WEB <http://www.maine.gov/dhhs/oms/>

## Maryland

*Departamento de Salud e Higiene Mental de Maryland*  
 TELÉFONO 1-410-767-6500 o 1-800-492-5231  
 HORARIO Lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.  
 CORREO POSTAL Medicaid/Medical Assistance, Maryland Department of Health & Mental Hygiene, 201 West Preston Street, Baltimore, MD 21201  
 SITIO WEB <http://mmcp.dhmm.maryland.gov>

## Massachusetts

*Oficina de Medicaid*  
 TELÉFONO 1-617-573-1770 o 1-800-841-2900  
 HORARIO Lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.  
 TTY 1-800-497-4648  
 CORREO POSTAL Office of Medicaid, One Ashburton Place, 11th Floor, Boston, MA 02108  
 SITIO WEB [www.mass.gov/masshealth](http://www.mass.gov/masshealth)

## Michigan

*Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan*  
 TELÉFONO 1-517-373-3740 o 1-800-642-3195  
 HORARIO Lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.  
 TTY 1-800-649-3777  
 CORREO POSTAL Michigan Department of Health & Human Services, 333 S. Grand Avenue, P.O. Box 30195, Lansing, MI 48909  
 SITIO WEB [www.michigan.gov/mdhhs](http://www.michigan.gov/mdhhs)

## Minnesota

*Departamento de Servicios Humanos de Minnesota*  
 TELÉFONO 1-651-431-2670 o 1-800-657-3739  
 HORARIO Lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 4:30 p.m.  
 TTY 711  
 CORREO POSTAL Medical Assistance (MA), Minnesota Department of Human Services, P.O. Box 64989, St. Paul, MN 55164  
 SITIO WEB <http://mn.gov/dhs/>

## Mississippi

### *División de Medicaid de Mississippi*

TELÉFONO 1-601-359-6050 o 1-800-421-2408  
 HORARIO Lunes a viernes, de 7:30 a.m. a 5:00 p.m.  
 CORREO POSTAL Mississippi Division of Medicaid, Sillers Building, 550 High Street, Suite 1000, Jackson, MS 39201-1399  
 SITIO WEB [www.medicaid.ms.gov](http://www.medicaid.ms.gov)

## Missouri

### *División de MO HealthNet*

TELÉFONO 1-573-751-3425 o 1-800-392-2161  
 HORARIO Lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.  
 TTY 1-800-735-2966  
 CORREO POSTAL 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

### *Departamento de Salud Pública y Servicios Humanos*

TELÉFONO 1-406-444-4455 o 1-800-362-8312  
 HORARIO Lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.  
 CORREO POSTAL Department of Public Health & Human Services, Health Resources Division, P.O. Box 202951, Helena, MT 59620-2951  
 SITIO WEB [www.dphhs.mt.gov/](http://www.dphhs.mt.gov/)

## Nebraska

### *Departamento de Salud y Servicios Humanos de Nebraska*

TELÉFONO 1-855-632-7633  
 HORARIO Lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.  
 TTY 1-402-471-7256  
 CORREO POSTAL 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

### *Departamento de Salud y Servicios Humanos de Nevada*

TELÉFONO 1-877-638-3472  
 HORARIO Lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 5:00 p.m.  
 CORREO POSTAL 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

### *Departamento de Salud y Servicios Humanos de NH*

TELÉFONO 1-603-271-4344 o 1-844-275-3447  
 HORARIO Lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 4:30 p.m.  
 TTY 1-800-735-2964  
 CORREO POSTAL Office of Medicaid Business & Policy, NH Department of Health and Human Services, 129 Pleasant Street, Concord, NH 03301  
 SITIO WEB <https://www.dhhs.nh.gov/>

## New Jersey

### *Departamento de Servicios Humanos de NJ*

TELÉFONO 1-800-356-1561  
 HORARIO Lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.  
 CORREO POSTAL 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](http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs)

## New Mexico

### *División de Asistencia Médica del Departamento de Servicios Humanos de NM*

TELÉFONO 1-505-827-3100 o 1-888-997-2583  
 HORARIO Lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.  
 CORREO POSTAL 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/](http://www.hsd.state.nm.us/mad/)

## New York

*Departamento de Salud del estado de Nueva York*  
**TELÉFONO** 1-800-541-2831  
**HORARIO** Lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 4:45 p.m.  
**CORREO POSTAL** New York State Department of Health, Corning Tower, Empire State Plaza, Albany, NY 12237  
**SITIO WEB** [www.health.ny.gov/health\\_care/medicaid/](http://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/)

## North Carolina

*División de Asistencia Médica de NC*  
**TELÉFONO** 1-919-855-4100 o 1-800-662-7030  
**HORARIO** Lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.  
**CORREO POSTAL** NC Division of Medical Assistance, 2501 Mail Service Center, Raleigh, NC 27699-2501  
**SITIO WEB** [www.ncdhhs.gov/dma/](http://www.ncdhhs.gov/dma/)

## North Dakota

*Departamento de Servicios Humanos de North Dakota*  
**TELÉFONO** 1-701-328-7068 o 1-800-755-2604  
**HORARIO** Lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.  
**TTY** 711  
**CORREO POSTAL** 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/](http://www.nd.gov/dhs/)

## Ohio

*Departamento de Medicaid de Ohio*  
**TELÉFONO** 1-800-324-8680  
**HORARIO** Lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 8:00 p.m., sábados y domingos, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.  
**TTY** 1-800-292-3572  
**CORREO POSTAL** Ohio Department of Medicaid, 50 West Town Street, Suite 400, Columbus, OH 43215  
**SITIO WEB** <http://medicaid.ohio.gov/>

## Oklahoma

*Autoridad del Cuidado de la Salud de Oklahoma*  
**TELÉFONO** 1-405-522-7300 o 1-800-987-7767  
**HORARIO** Lunes a viernes, de 7:30 a.m. a 5:30 p.m.  
**TTY** 711  
**CORREO POSTAL** Oklahoma Health Care Authority, 4345 N. Lincoln Blvd., Oklahoma City, OK 73105  
**SITIO WEB** <http://okhca.org>

## Oregon

*Plan de Salud de Oregon*  
**TELÉFONO** 1-800-699-9075 o 1-800-273-0557  
**HORARIO** Lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.  
**TTY** 711  
**CORREO POSTAL** Oregon Health Plan, Health Systems Division, 500 Summer Street NE, Salem, OR 97301-1079  
**SITIO WEB** [www.oregon.gov/OHA/healthplan/](http://www.oregon.gov/OHA/healthplan/)

## Pennsylvania

*Departamento de Servicios Humanos de Pennsylvania*  
**TELÉFONO** 1-800-692-7462  
**HORARIO** Lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 4:45 p.m.  
**TTY** 711  
**CORREO POSTAL** 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

*Departamento de Servicios Humanos de Rhode Island*  
**TELÉFONO** 1-855-697-4347  
**HORARIO** Lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 4:00 p.m.  
**TTY** 711  
**CORREO POSTAL** Rhode Island Department of Human Services, Louis Pasteur Building, 600 New London Avenue, Cranston, RI 02921  
**SITIO WEB** [www.dhs.ri.gov](http://www.dhs.ri.gov)

## South Carolina

*South Carolina Health Connections Medicaid*  
**TELÉFONO** 1-888-549-0820  
**HORARIO** Lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 6:00 p.m., sábados de 9:00 a.m. a 12:00 p.m.  
**TTY** 1-888-842-3620  
**CORREO POSTAL** Department of Health and Human Services, South Carolina Health Connections Medicaid, P.O. Box 8206, Columbia, SC 29202  
**SITIO WEB** [www.scdhhs.gov](http://www.scdhhs.gov)

## South Dakota

*Departamento de Servicios Sociales de South Dakota*  
**TELÉFONO** 1-605-773-4678 o 1-800-597-1603  
**HORARIO** Lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.  
**CORREO POSTAL** South Dakota Department of Social Services, Division of Medical Services, 700 Governors Drive, Pierre, SD 57501  
**SITIO WEB** <http://dss.sd.gov/mcicaid>

## Tennessee

*TennCare*  
**TELÉFONO** 1-800-342-3145  
**HORARIO** Lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 6:00 p.m.  
**TTY** 1-877-779-3103  
**CORREO POSTAL** TennCare, 310 Great Circle Road, Nashville, TN 37243  
**SITIO WEB** [www.tn.gov/tenncare/](http://www.tn.gov/tenncare/)

## Texas

*Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas*  
**TELÉFONO** 1-512-424-6500 o 1-800-252-8263  
**HORARIO** Lunes a viernes, de 7:30 a.m. a 5:30 p.m.  
**TTY** 1-800-735-2989  
**CORREO POSTAL** 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

*Departamento de Salud de Utah*  
**TELÉFONO** 1-801-538-6155 o 1-800-662-9651  
**HORARIO** Lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.  
**CORREO POSTAL** 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** Lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.  
**TTY** 711  
**CORREO POSTAL** Green Mountain Care, Department of Vermont Health Access, 280 State Dr., Waterbury, VT 05671  
**SITIO WEB** [www.greenmountaincare.org/](http://www.greenmountaincare.org/)

## Virginia

*Departamento de Servicios de Asistencia Médica*  
**TELÉFONO** 1-804-786-7933  
**HORARIO** Lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.  
**TTY** 1-800-343-0634  
**CORREO POSTAL** 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** Lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 5:00 p.m.  
**TTY** 711  
**CORREO POSTAL** Washington Apple Health (Medicaid), P.O. Box 45531, Olympia, WA 98504  
**SITIO WEB** <http://www.hca.wa.gov/mcicaid/Pages/index.aspx>

## **West Virginia**

*Oficina de Servicios Médicos de West Virginia*

TELÉFONO 1-304-558-1700 o 1-888-483-0797

HORARIO Lunes a viernes, de 8:00 a.m. a  
5:00 p.m.

CORREO POSTAL West Virginia Bureau for Medical  
Services, 350 Capitol Street, Room 251,  
Charleston, WV 25301

SITIO WEB [www.dhhr.wv.gov/bms/Pages/default.aspx](http://www.dhhr.wv.gov/bms/Pages/default.aspx)

## **Wisconsin**

*Departamento de Servicios de Salud*

TELÉFONO 1-608-266-1865 o 1-800-362-3002

HORARIO Lunes a viernes, de 7:45 a.m. a  
4:30 p.m.

TTY 711

CORREO POSTAL Department of Health Services, 1 West  
Wilson Street, Madison, WI 53703

SITIO WEB [www.dhs.wisconsin.gov/](http://www.dhs.wisconsin.gov/)

## **Wyoming**

*Medicaid de Wyoming*

TELÉFONO 1-307-777-7531 o 1-855-294-2127

HORARIO Lunes a viernes, de 8:00 a.m. a  
5:00 p.m.

TTY 1-307-777-5648

CORREO POSTAL Wyoming Medicaid, 6101 Yellowstone  
Road, Suite 210, Cheyenne, WY 82009

SITIO WEB [www.health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/](http://www.health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/)

## **Anexo D: Información de contacto de Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica (SPAP)**

### **Delaware**

*Programa para Enfermedades Renales Crónicas (CRDP)*  
**TELÉFONO** 1-302-424-7180 o 1-800-464-4357  
**HORARIO** Lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 4:30 p.m.  
**CORREO POSTAL** 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](http://www.dhss.delaware.gov/dhss/dmma/crdprog.html)

### **Indiana**

*HoosierRx*  
**TELÉFONO** 1-866-267-4679  
**HORARIO** Lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 3:00 p.m.  
**CORREO POSTAL** HoosierRx, P.O. Box 6224, Indianapolis, IN 46206  
**SITIO WEB** <https://www.in.gov/medicaid/members/194.htm>

### **Maryland**

*SPDAP de Maryland*  
**TELÉFONO** 1-800-551-5995  
**HORARIO** Lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.  
**TTY** 1-800-877-5156  
**CORREO POSTAL** Maryland - SPDAP, c/o Pool Administrators, 628 Hebron Avenue, Suite 100, Glastonbury, CT 06033  
**SITIO WEB** <http://marylandspdap.com>

*Programa para Enfermedades Renales de Maryland*  
**TELÉFONO** 1-410-767-5000 o 1-800-226-2142  
**HORARIO** Lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 4:30 p.m.  
**CORREO POSTAL** Maryland Kidney Disease Program, 201 W. Preston Street, Room SS-3, Baltimore, MD 21201  
**SITIO WEB** [www.mdrxprograms.com/kdp.html](http://www.mdrxprograms.com/kdp.html)

### **Massachusetts**

*Prescription Advantage*  
**TELÉFONO** 1-800-243-4636  
**HORARIO** Lunes a viernes, de 8:45 a.m. a 5:00 p.m.  
**TTY** 1-877-610-0241  
**CORREO POSTAL** Prescription Advantage, P.O. Box 15153, Worcester, MA 01615-0153  
**SITIO WEB** <https://www.mass.gov/prescription-drug-assistance>

### **Montana**

*Programa Big Sky Rx*  
**TELÉFONO** 1-866-369-1233  
**HORARIO** Lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.  
**TTY** 711  
**CORREO POSTAL** Big Sky Rx Program, P.O. Box 202915, Helena, MT 59620-2915  
**SITIO WEB** <http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/BigSky.aspx>

*Plan de Servicios de Salud Mental (MHSP, por sus siglas en inglés) de Montana*  
**TELÉFONO** 1-406-443-7871  
**HORARIO** Lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.  
**CORREO POSTAL** 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](http://www.dphhs.mt.gov/amdd/services/mhsp.shtml)

### **Nevada**

*Nevada Senior Rx*  
**TELÉFONO** 1-866-303-6323 (opción 2)  
**HORARIO** Lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.  
**CORREO POSTAL** Nevada Senior Rx, 1860 E. Sahara Avenue, Las Vegas, NV 89104  
**SITIO WEB** <http://adsd.nv.gov/Programs/Seniors/SeniorRx/SrRxProg/>



**Anexo D. Información de contacto de Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica (SPAP)****New Jersey***Asistencia Farmacéutica para Ancianos y Discapacitados (PAAD, por sus siglas en inglés)*

TELÉFONO 1-800-792-9745  
 HORARIO Las 24 horas del día/los 7 días de la semana, sistema automatizado  
 CORREO POSTAL 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/>

*Nivel de Mejora de Necesidades de PACE (PACENET, por sus siglas en inglés)*

TELÉFONO 1-717-651-3600 o 1-800-225-7223  
 HORARIO Lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5:00 p.m.  
 TTY 711  
 CORREO POSTAL 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>

**New York***Programa de Cobertura de Seguro Farmacéutico para Personas de Edad Avanzada (EPIC, por sus siglas en inglés)*

TELÉFONO 1-800-332-3742  
 HORARIO Lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.  
 TTY 1-800-290-9138  
 CORREO POSTAL EPIC, P.O. Box 15018, Albany, NY 12212-5018  
 SITIO WEB [www.health.ny.gov/health\\_care/epic/](http://www.health.ny.gov/health_care/epic/)

*Contrato de Asistencia Farmacéutica para Personas de la Tercera Edad (PACE, por sus siglas en inglés)*

TELÉFONO 1-717-651-3600 o 1-800-225-7223  
 HORARIO Lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5:00 p.m.  
 TTY 711  
 CORREO POSTAL 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>

**Oklahoma***Programa de Asistencia para Medicamentos con Receta Rx for Oklahoma*

TELÉFONO 1-877-794-6552  
 HORARIO Lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.  
 TTY 711  
 CORREO POSTAL Rx for Oklahoma Prescription Assistance, Oklahoma Department of Commerce, 900 N. Stiles Ave., Oklahoma City, OK 73104  
 SITIO WEB <https://www.okcommerce.gov/rx-for-oklahoma-prescription-assistance/>

*Programa de Beneficios Farmacéuticos Especiales-Salud Mental*

TELÉFONO 1-800-433-4459  
 HORARIO Lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5:00 p.m.  
 TTY 711  
 CORREO POSTAL Special Pharmaceutical Benefits Program-Mental Health, Department of Human Services OMHSAS, Commonwealth Tower, 12th Floor, P.O. Box 2675, Harrisburg, PA 17105-2675  
 SITIO WEB <https://www.dhs.pa.gov/about/Pages/DHS-Sites.aspx>

**Pennsylvania***Programa para Enfermedades Renales Crónicas (CRDP)*

TELÉFONO 1-800-225-7223  
 HORARIO Lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5:00 p.m.  
 TTY 711  
 CORREO POSTAL 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/>

**Anexo D. Información de contacto de Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica (SPAP)****Rhode Island**

*Asistencia Farmacéutica de Rhode Island para Personas de la Tercera Edad (RIPAE, por sus siglas en inglés)*

TELÉFONO 1-401-462-3000  
 HORARIO Lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 4:00 p.m.  
 TTY 1-401-462-0740  
 CORREO POSTAL Rhode Island Pharmaceutical Assistance to the Elderly (RIPAE), 57 Howard Avenue, Louis Pasteur Building, Cranston, RI 02920  
 SITIO WEB <http://oha.ri.gov/>

**Texas**

*Programa de Cuidado de la Salud Renal*

TELÉFONO 1-512-776-7150 o 1-800-222-3986  
 HORARIO Lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.  
 CORREO POSTAL Kidney Health Care Program, Specialty Health Care Services, MC 1938, P.O. Box 149347, Austin, TX 78714  
 SITIO WEB <https://hhs.texas.gov/services/health/kidney-health-care>

**Vermont**

*Green Mountain Care, VPharm*

TELÉFONO 1-800-250-8427  
 HORARIO Lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.  
 TTY 711  
 CORREO POSTAL 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/prescription>

**Wisconsin**

*SeniorCare*

TELÉFONO 1-800-657-2038  
 HORARIO Lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 6:00 p.m.  
 CORREO POSTAL SeniorCare, P.O. Box 6710, Madison, WI 53716-0710  
 SITIO WEB [www.dhs.wisconsin.gov/seniorcare/](http://www.dhs.wisconsin.gov/seniorcare/)

*Programa de Fibrosis Quística en Adultos de Wisconsin*

TELÉFONO 1-800-362-3002  
 HORARIO Lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 4:30 p.m.  
 CORREO POSTAL 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>

*Programa de Enfermedades Renales Crónicas de Wisconsin*

TELÉFONO 1-800-362-3002  
 HORARIO Lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 4:30 p.m.  
 CORREO POSTAL 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>

*Programa de Cuidados en el Hogar para la Hemofilia de Wisconsin*

TELÉFONO 1-800-362-3002  
 HORARIO Lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 4:30 p.m.  
 CORREO POSTAL 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>

**Anexo E: Información de contacto de Programas de Asistencia para Medicamentos para el SIDA (ADAP)****Alabama***Programa de Asistencia para Medicamentos para el SIDA de Alabama*

TELÉFONO 1-866-574-9964  
 HORARIO Lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.  
 CORREO POSTAL 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***Asociación de Asistencia para el SIDA de Alaska*

TELÉFONO 1-907-263-2050 o 1-800-478-2437  
 HORARIO Lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 5:00 p.m.  
 CORREO POSTAL Alaskan AIDS Assistance Program, 1057 W. Fireweed Lane, Anchorage, AK 99503  
 SITIO WEB <http://www.alaskanids.org/index.php/client-services/adap>

**Arizona***Programa de Asistencia para Medicamentos para el SIDA de Arizona*

TELÉFONO 1-602-364-3610 o 1-800-334-1540  
 HORARIO Lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5:00 p.m.  
 CORREO POSTAL Arizona AIDS Drug Assistance Program, Arizona Department of Health, 150 North 18th Avenue, Suite 130, Phoenix, AZ 85007  
 SITIO WEB <http://www.azdhs.gov/phs/hiv/adap/>

**Arkansas***Programa de Asistencia para Medicamentos para el SIDA de Arkansas*

TELÉFONO 1-501-661-2408 o 1-888-499-6544  
 HORARIO Lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 4:30 p.m.  
 CORREO POSTAL 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***Programa de Asistencia para Medicamentos para el SIDA de California*

TELÉFONO 1-844-421-7050  
 HORARIO Lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.  
 CORREO POSTAL 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***Programa de Asistencia para Medicamentos para el SIDA de Colorado*

TELÉFONO 1-303-692-2716  
 HORARIO Lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.  
 CORREO POSTAL 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***Programa de Asistencia para Medicamentos para el SIDA de Connecticut*

TELÉFONO 1-860-509-7806 o 1-800-233-2503  
 HORARIO Lunes a viernes, de 7:30 a.m. a 4:00 p.m.  
 CORREO POSTAL 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>

**Anexo E. Información de contacto de Programas de Asistencia para Medicamentos para el SIDA (ADAP)****Delaware**

*Programa de Asistencia para Medicamentos para el SIDA de Delaware*

TELÉFONO 1-302-744-1050  
 HORARIO Lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 4:30 p.m.  
 CORREO POSTAL 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>

**Hawaii**

*Programa de Asistencia para Medicamentos para el SIDA de Hawaii*

TELÉFONO 1-808-733-9360  
 HORARIO Lunes a viernes, de 7:45 a.m. a 4:30 p.m.  
 CORREO POSTAL 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/>

**Distrito de Columbia**

*Programa de Asistencia para Medicamentos para el SIDA de DC*

TELÉFONO 1-202-671-4900  
 HORARIO Lunes a viernes, de 8:15 a.m. a 4:45 p.m.  
 TTY 711  
 CORREO POSTAL 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>

**Idaho**

*Programa de Asistencia para Medicamentos para el SIDA de Idaho*

TELÉFONO 1-208-334-5612 o 1-800-926-2588  
 HORARIO Lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.  
 CORREO POSTAL 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>

**Florida**

*Programa de Asistencia para Medicamentos para el SIDA de Florida*

TELÉFONO 1-850-245-4422 o 1-800-352-2437  
 HORARIO Lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.  
 TTY 1-888-503-7118  
 CORREO POSTAL 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>

**Illinois**

*Programa de Asistencia para Medicamentos para el SIDA de Illinois*

TELÉFONO 1-217-782-4977 o 1-800-825-3518  
 HORARIO Lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5:00 p.m.  
 TTY 1-800-547-0466  
 CORREO POSTAL Illinois AIDS Drug Assistance Program, Illinois Department of Public Health, Illinois ADAP Office, 525 West Jefferson Street, Springfield, IL 62761  
 SITIO WEB [https://iladap.providecm.net/\(S\(d3jeharpg2smvubkanitx4fn\)\)](https://iladap.providecm.net/(S(d3jeharpg2smvubkanitx4fn))/)

**Georgia**

*Programa de Asistencia para el SIDA de Georgia*

TELÉFONO 1-404-463-0416  
 HORARIO Lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 5:00 p.m.  
 CORREO POSTAL Georgia AIDS 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>

**Indiana**

*Programa de Asistencia para Medicamentos para el SIDA de Indiana*

TELÉFONO 1-866-588-4948  
 HORARIO Lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 4:30 p.m.  
 CORREO POSTAL 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>

**Louisiana**

*Programa de Asistencia para Medicamentos de Louisiana (L-DAP, por sus siglas en inglés)*

TELÉFONO 1-504-568-7474  
 HORARIO Lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.  
 CORREO POSTAL 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/>

**Iowa**

*Programa de Asistencia para Medicamentos para el SIDA de Iowa*

TELÉFONO 1-515-242-5150 o 1-866-227-9878  
 HORARIO Lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 4:30 p.m.  
 TTY 711 o 1-800-735-2942  
 CORREO POSTAL 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>

**Maine**

*Programa de Asistencia para Medicamentos para el SIDA de Maine*

TELÉFONO 1-207-287-3747  
 HORARIO Lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.  
 CORREO POSTAL 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>

**Kansas**

*Programa de Asistencia para Medicamentos para el SIDA de Kansas*

TELÉFONO 1-785-296-6174  
 HORARIO Lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.  
 CORREO POSTAL 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](http://www.kdheks.gov/sti_hiv/ryan_white_care.htm)

**Maryland**

*Programa de Asistencia para Medicamentos para el SIDA de Maryland*

TELÉFONO 1-410-767-6535 o 1-800-205-6308  
 HORARIO Lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 4:30 p.m.  
 CORREO POSTAL 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.dhmm.maryland.gov/OIDPCS/CHCS/pages/madap.aspx>

**Kentucky**

*Programa de Asistencia para Medicamentos para el SIDA de Kentucky*

TELÉFONO 1-502-564-6539 o 1-800-420-7431  
 HORARIO Lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 4:30 p.m.  
 CORREO POSTAL 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 <https://chfs.ky.gov/agencies/dph/dehp/hab/Pages/services.aspx>



**Anexo E. Información de contacto de Programas de Asistencia para Medicamentos para el SIDA (ADAP)****Massachusetts**

*Programa de Asistencia para Medicamentos para el VIH (HDAP, por sus siglas en inglés) de Massachusetts*

TELÉFONO 1-617-502-1700 o 1-800-228-2714  
 HORARIO Lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 5:00 p.m.  
 CORREO POSTAL 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/>

**Mississippi**

*Programa de Asistencia para Medicamentos para el SIDA de Mississippi*

TELÉFONO 1-601-576-7400 o 1-866-458-4948  
 HORARIO Lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.  
 CORREO POSTAL 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](http://msdh.ms.gov/msdhsite/_static/14,13047,150.html)

**Michigan**

*Programa de Asistencia para Medicamentos de Michigan*

TELÉFONO 1-888-826-6565  
 HORARIO Lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.  
 CORREO POSTAL Michigan Drug Assistance Program, HIV Care Section, Division of Health, Wellness and Disease Control, Michigan Department of Health and Human Services, 109 Michigan Avenue, 9<sup>th</sup> Floor, Lansing, MI 48913  
 SITIO WEB [https://www.michigan.gov/mdhhs/0,5885,7-339-71550\\_2955\\_2982-44913--,00.html](https://www.michigan.gov/mdhhs/0,5885,7-339-71550_2955_2982-44913--,00.html)

**Missouri**

*Programa de Asistencia para Medicamentos para el SIDA de Missouri*

TELÉFONO 1-573-751-6113 o 1-866-628-9891  
 HORARIO Lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.  
 CORREO POSTAL 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/hiv aids/casemgmt.php>

**Minnesota**

*Programa de Asistencia para Medicamentos para el SIDA de Minnesota*

TELÉFONO 1-651-431-2414 o 1-800-657-3761  
 HORARIO Lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 4:30 p.m.  
 TTY 711  
 CORREO POSTAL 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>

**Montana**

*Programa de Asistencia para Medicamentos para el SIDA de Montana*

TELÉFONO 1-406-444-4744  
 HORARIO Lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.  
 CORREO POSTAL 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**

*Programa de Asistencia para Medicamentos para el SIDA de Nebraska*

TELÉFONO 1-402-471-2101  
 HORARIO Lunes a jueves, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.,  
 viernes de 9:00 a.m. a 3:30 p.m.  
 CORREO POSTAL Nebraska AIDS Drug Assistance Program,  
 Ryan White Program, P.O. Box 95206,  
 Lincoln, NE 68509-5026  
 SITIO WEB <http://dhhs.ne.gov/Pages/Ryan-White.aspx>

**Nevada**

*Programa de Asistencia para Medicamentos para el SIDA de Nevada*

TELÉFONO 1-775-684-4056  
 HORARIO Lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.  
 CORREO POSTAL 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/](http://dpbh.nv.gov/Programs/HIV-Ryan/Ryan_White_Part_B_-_Home/)

**New Hampshire**

*Programa de Asistencia para Medicamentos para el SIDA de New Hampshire*

TELÉFONO 1-603-271-9700 o 1-800-852-3345  
 HORARIO Lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.  
 CORREO POSTAL 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**

*Programa de Distribución de Medicamentos para el SIDA (ADDP, por sus siglas en inglés) de New Jersey*

TELÉFONO 1-877-613-4533 o 1-800-624-2377  
 HORARIO Lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.  
 CORREO POSTAL 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**

*Programa de Asistencia para Medicamentos para el SIDA de New Mexico*

TELÉFONO 1-505-476-3628  
 HORARIO Lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.  
 CORREO POSTAL 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**

*Programa de Asistencia para Medicamentos para el SIDA de Nueva York*

TELÉFONO 1-518-459-1641 o 1-800-542-2437  
 HORARIO Lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.  
 TTY 1-518-459-0121  
 CORREO POSTAL 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**

*Programa de Asistencia para Medicamentos para el VIH (HMAP, por sus siglas en inglés) de North Carolina*

TELÉFONO 1-919-733-9161 o 1-877-466-2232  
 HORARIO Lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.  
 CORREO POSTAL 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**

*Programa para el VIH/SIDA del Departamento de Salud de North Dakota*

TELÉFONO 1-701-328-2378 o 1-800-472-2180  
 HORARIO Lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.  
 CORREO POSTAL North Dakota Department of Health,  
 HIV/AIDS Program, 2635 East Main Ave.,  
 Bismarck, ND 58506-5520  
 SITIO WEB <https://www.ndhealth.gov/hiv/>

**Anexo E. Información de contacto de Programas de Asistencia para Medicamentos para el SIDA (ADAP)****Ohio**

*Programa de Asistencia para Medicamentos para el VIH de Ohio*  
**TELÉFONO** 1-800-777-4775  
**HORARIO** Lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.  
**CORREO POSTAL** Ohio HIV Drug Assistance Program,  
 Ohio Department of Health, HIV Care  
 Services Section, 246 North High Street,  
 Columbus, OH 43215  
**SITIO WEB** <https://odh.ohio.gov/wps/portal/gov/odh/know-our-programs/Ryan-White-Part-B-HIV-Client-Services/resources/resources>

**Oklahoma**

*Departamento de Salud del estado de Oklahoma*  
**TELÉFONO** 1-405-271-4636 o 1-800-522-0203  
**HORARIO** Lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.  
**CORREO POSTAL** Oklahoma State Department of Health,  
 1000 NE 10th, Room 614, Oklahoma City,  
 OK 73117  
**SITIO WEB** [https://www.ok.gov/health/Prevention\\_and\\_Preparedness/HIV\\_STD\\_Service/](https://www.ok.gov/health/Prevention_and_Preparedness/HIV_STD_Service/)

**Oregon**

*CAREAssist*  
**TELÉFONO** 1-971-673-0144 o 1-800-805-2313  
**HORARIO** Lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.  
**TTY** 711  
**CORREO POSTAL** 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**

*Programa de Beneficios Farmacéuticos Especiales*  
**TELÉFONO** 1-800-922-9384  
**HORARIO** Lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 4:30 p.m.  
**CORREO POSTAL** 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**

*Programa de Asistencia para Medicamentos para el SIDA de Rhode Island*  
**TELÉFONO** 1-401-462-3294  
**HORARIO** Lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 4:30 p.m.  
**CORREO POSTAL** 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/hiv/aids/about/stayinghealthy/>

**South Carolina**

*Programa de Asistencia para Medicamentos para el SIDA de South Carolina*  
**TELÉFONO** 1-800-856-9954  
**HORARIO** Lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5:00 p.m.  
**CORREO POSTAL** 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**

*Programa Ryan White Part B CARE*  
**TELÉFONO** 1-605-773-3737 o 1-800-592-1861  
**HORARIO** Lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5:00 p.m.  
**CORREO POSTAL** 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**

*Programa de Asistencia para Medicamentos para el VIH (HDAP) de Tennessee*  
**TELÉFONO** 1-615-532-2392  
**HORARIO** Lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.  
**CORREO POSTAL** 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/std/std/ryanwhite.html>

**Texas***Programa de Medicamentos para el VIH de Texas*

TELÉFONO 1-800-255-1090  
 HORARIO Lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.  
 CORREO POSTAL 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***Programa de Asistencia para Medicamentos para el SIDA de Utah*

TELÉFONO 1-801-538-6397  
 HORARIO Lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.  
 CORREO POSTAL 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***Programa de Asistencia para Medicamentos de Vermont (VMAP)*

TELÉFONO 1-802-951-4005  
 HORARIO Lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 4:30 p.m.  
 CORREO POSTAL 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](http://healthvermont.gov/prevent/aids/aids_index.aspx)

**Virginia***Programa de Asistencia para Medicamentos de Virginia (VA MAP)*

TELÉFONO 1-855-362-0658  
 HORARIO Lunes y miércoles, de 8:00 a.m. a  
 6:00 p.m.; martes, jueves y viernes, de  
 8:00 a.m. a 5:00 p.m.  
 CORREO POSTAL Virginia Medication Assistance Program  
 (VA MAP), 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***Programa de Intervención Temprana (EIP)*

TELÉFONO 1-360-236-3426 o 1-877-376-9316  
 HORARIO Lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.  
 CORREO POSTAL 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***Programa de Asistencia para Medicamentos para el SIDA de West Virginia*

TELÉFONO 1-304-558-2195 o 1-800-642-8244  
 HORARIO Lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 4:30 p.m.  
 CORREO POSTAL West Virginia AIDS Drug Assistance  
 Program, West Virginia Department  
 of Health and Human Resources,  
 350 Capitol Street, Room 125, Charleston,  
 WV 25301  
 SITIO WEB [http://www.dhhr.wv.gov/oeps/std-hiv-hep/HIV\\_AIDS/caresupport/Pages/ADAP.aspx](http://www.dhhr.wv.gov/oeps/std-hiv-hep/HIV_AIDS/caresupport/Pages/ADAP.aspx)

**Wisconsin***Programa de Asistencia para Medicamentos para el VIH/SIDA de Wisconsin*

TELÉFONO 1-608-267-6875 o 1-800-991-5532  
 HORARIO Lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 4:30 p.m.  
 CORREO POSTAL 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](http://www.dhs.wisconsin.gov/aids-hiv/Resources/Overviews/AIDS_HIV_drug_reim.htm)

**Wyoming***Programa de Asistencia para Medicamentos para el SIDA de Wyoming*

TELÉFONO 1-307-777-5856  
 HORARIO Lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.  
 CORREO POSTAL 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 al Cliente de Cigna Secure-Extra Rx (PDP)

Método	Servicio al Cliente – Información de contacto
TELÉFONO	1-800-222-6700  Las llamadas a este número son gratuitas. Atendemos de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los 7 días de la semana. Es posible que nuestro sistema telefónico automático responda su llamada durante los fines de semana del 1 de abril al 30 de septiembre.  Servicio al Cliente también ofrece servicios gratuitos de intérpretes de idiomas para quienes no hablan inglés.
TTY	711  Este número requiere un equipo telefónico especial y es únicamente para personas que tienen dificultades de la audición o del habla.  Las llamadas a este número son gratuitas. Atendemos de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los 7 días de la semana. Es posible que nuestro sistema telefónico automático responda su llamada durante los fines de semana del 1 de abril al 30 de septiembre.
FAX	1-800-735-1469
CORREO POSTAL	Cigna Medicare Prescription Drug Plans, P.O. Box 269005, Weston, FL 33326-9927
SITIO WEB	<a href="http://cigna.com/member-resources">cigna.com/member-resources</a>

## Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico

El Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (SHIP) es un programa estatal que recibe dinero del Gobierno Federal para brindar asesoramiento local gratuito sobre seguros de salud a personas que tienen Medicare.

Puede encontrar la información de contacto del Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (SHIP) de su estado en el Anexo A en la parte de atrás de este cuadernillo.

**Declaración sobre divulgación en virtud de la PRA.** De acuerdo con la Ley de Simplificación de Trámites Administrativos (PRA, por sus siglas en inglés) de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una solicitud de recopilación de información, a menos que exhiba un número de control válido de la Oficina de Gestión y Presupuesto (OMB, por sus siglas en inglés). El número de control válido de la OMB para este pedido de información es 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

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