



2023 Evidencia de Cobertura

Plan de Medicamentos Recetados

Arizona

Banner Medicare Classic Rx PDP



Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2023

Evidencia de cobertura:

La cobertura para medicamentos con receta de Medicare como miembro de Banner Medicare Classic Rx PDP

Este documento proporciona detalles acerca de la cobertura para medicamentos con receta de Medicare desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2023. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

Si tiene preguntas sobre este documento, comuníquese con nuestro Centro de Atención al Cliente al (844) 549-1859. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Puede llamarnos de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana.

Este plan, Banner Medicare Classic Rx, lo ofrece Banner Health Insurance Group. (Cuando esta *Evidencia de Cobertura* dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, hace referencia a Banner Health Insurance Group. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a Banner Medicare Classic Rx).

Este documento está disponible de forma gratuita en español.

Este documento puede estar disponible en otros formatos como braille, letra grande u otros formatos alternativos. Para obtener más información, llame a nuestro Centro de Atención al Cliente al número de teléfono indicado anteriormente.

Los beneficios, las primas, los deducibles y/o los copagos o el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2024.

El formulario y la red de farmacias pueden cambiar en cualquier momento. Usted recibirá un aviso cuando sea necesario. Notificaremos los cambios a las personas inscritas que han sido afectadas con al menos 30 días de antelación.

Este documento explica sus prestaciones y derechos. Utilice este documento para comprender acerca de:

- La prima y el costo compartido de su plan;
- Sus beneficios de medicamentos con receta;
- Cómo presentar una queja si no se encuentra satisfecho con un servicio o tratamiento;
- Cómo ponerse en contacto con nosotros si necesita ayuda adicional; y,
- Otras protecciones exigidas por la ley de Medicare.

S3147_EOC002CY23_C

Tabla de Contenido**Evidencia de cobertura de 2023****Tabla de Contenido**

CAPÍTULO 1: <i>Primeros pasos como miembro</i>	4
SECCIÓN 1 Introducción	5
SECCIÓN 2 ¿Qué requisitos son necesarios para ser miembro del plan?.....	6
SECCIÓN 3 Materiales importantes para la membresía que recibirá	7
SECCIÓN 4 Sus costos mensuales de Banner Medicare Classic Rx	8
SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual	12
SECCIÓN 6 Cómo mantener al día su registro de membresía del plan	13
SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan	14
CAPÍTULO 2: <i>Números de teléfono y recursos importantes</i>	16
SECCIÓN 1 Contactos de Banner Medicare Classic Rx (cómo ponerse en contacto con nosotros, incluido cómo comunicarse con nuestro Centro de Atención al Cliente)	17
SECCIÓN 2 Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal Medicare).....	21
SECCIÓN 3 Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare).....	22
SECCIÓN 4 Organización para la mejora de la calidad.....	23
SECCIÓN 5 Seguro Social	24
SECCIÓN 6 Medicaid	25
SECCIÓN 7 Información sobre programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos con receta	26
SECCIÓN 8 Cómo puede ponerse en contacto con la Junta de jubilación para ferroviarios.....	28
SECCIÓN 9 ¿Tiene un “seguro grupal” u otro seguro médico de un empleador?	29
CAPÍTULO 3: <i>Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D</i>	30
SECCIÓN 1 Introducción	31
SECCIÓN 2 Obtenga sus medicamentos con receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan	32
SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar en la “Lista de medicamentos” del plan.....	35
SECCIÓN 4 Hay restricciones respecto de la cobertura de algunos medicamentos	38
SECCIÓN 5 ¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera?	39

Tabla de Contenido

SECCIÓN 6	¿Qué sucede si cambia la cobertura para alguno de sus medicamentos?	43
SECCIÓN 7	¿Qué tipos de medicamentos <i>no</i> cubre el plan?	45
SECCIÓN 8	Cómo obtener un medicamento con receta	46
SECCIÓN 9	Cobertura para medicamentos de la Parte D en situaciones especiales	47
SECCIÓN 10	Programas sobre la seguridad y la administración de los medicamentos	49
CAPÍTULO 4: Lo que le corresponde pagar por los medicamentos recetados de la Parte D		53
SECCIÓN 1	Introducción	54
SECCIÓN 2	El precio que usted paga por un medicamento depende de la “etapa de pago de medicamentos” en la que esté al obtener el medicamento	57
SECCIÓN 3	Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y la etapa de pago en la que se encuentra	57
SECCIÓN 4	Durante la Etapa del deducible, usted paga el costo total de sus medicamentos de Niveles 3, 4 y 5	59
SECCIÓN 5	Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga su parte	60
SECCIÓN 6	Costos en la Etapa del período sin cobertura	65
SECCIÓN 7	Durante la Etapa de cobertura para catástrofes, el plan paga la mayor parte del costo de sus medicamentos	65
SECCIÓN 8	Vacunas de la Parte D. Lo que usted pague dependerá de cómo y dónde las obtenga.....	66
CAPÍTULO 5: Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de los costos de medicamentos cubiertos		68
SECCIÓN 1	Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de los medicamentos cubiertos	69
SECCIÓN 2	Cómo solicitarnos un reembolso.....	70
SECCIÓN 3	Analizaremos su solicitud de pago y decidiremos si le pagaremos o no	71
CAPÍTULO 6: Sus derechos y responsabilidades		72
SECCIÓN 1	Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales como miembro del plan	73
SECCIÓN 2	Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan.....	78
CAPÍTULO 7: Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)		80
SECCIÓN 1	Introducción	81
SECCIÓN 2	Dónde obtener más información y asistencia personalizada	81
SECCIÓN 3	¿Qué proceso debe utilizar para tratar su problema?	82

Tabla de Contenido

SECCIÓN 4	Guía sobre los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones	83
SECCIÓN 5	Medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.....	85
SECCIÓN 6	Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más allá.....	96
SECCIÓN 7	Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes	97
CAPÍTULO 8: <i>Cancelación de su membresía en el plan</i>		102
SECCIÓN 1	Introducción para cancelar su membresía en nuestro plan	103
SECCIÓN 2	¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan?	103
SECCIÓN 3	¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan?.....	106
SECCIÓN 4	Hasta que se cancele su membresía, debe seguir recibiendo sus medicamentos a través de nuestro plan.....	107
SECCIÓN 5	Banner Medicare Classic Rx debe cancelar su membresía en el plan en ciertas situaciones	107
CAPÍTULO 9: <i>Avisos legales</i>		109
SECCIÓN 1	Aviso sobre leyes vigentes.....	110
SECCIÓN 2	Aviso sobre no discriminación.....	110
SECCIÓN 3	Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare	110
CAPÍTULO 10: <i>Definiciones de palabras importantes</i>		111

CAPÍTULO 1:

Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Usted está inscrito en Banner Medicare Classic Rx, un Plan de Medicamentos con Receta de Medicare

Su atención médica está cubierta por Medicare Original u otro plan de salud, y ha elegido recibir su cobertura para medicamentos con receta de Medicare a través de nuestro plan, Banner Medicare Classic Rx.

Banner Medicare Classic Rx es un plan de medicamentos con receta (prescription drug plan, PDP) de Medicare. Al igual que todos los planes de Medicare, este plan de medicamentos con receta de Medicare está aprobado por Medicare y administrado por una compañía privada.

Sección 1.2 ¿De qué trata el documento <i>Evidencia de cobertura</i>?

Este documento de *Evidencia de cobertura* describe cómo puede obtener sus medicamentos con receta. Explica sus derechos y responsabilidades, lo que está cubierto, la parte que le corresponde pagar a usted como miembro del plan y cómo presentar una queja si no se encuentra satisfecho con una decisión o tratamiento.

Los términos “cobertura” y “medicamentos cubiertos” hacen referencia a la cobertura para medicamentos con receta a su disposición como miembro de Banner Medicare Classic Rx.

Es importante que sepa cuáles son las normas del plan y cuál es la cobertura que está a su disposición. Le recomendamos que dedique un tiempo a leer este documento de *Evidencia de cobertura*.

Si hay algún tema que lo confunde o le preocupa, o simplemente tiene una pregunta, comuníquese con nuestro Centro de Atención al Cliente.

Sección 1.3 Información legal sobre la <i>Evidencia de cobertura</i>
--

Esta *Evidencia de Cobertura* es parte de nuestro contrato con usted sobre cómo Banner Medicare Classic Rx cubre su atención. Las otras partes de este contrato incluyen el formulario de inscripción, la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* y cualquier aviso que reciba de nuestra parte sobre modificaciones en su cobertura o condiciones que puedan afectar su cobertura. En ocasiones, estos avisos se denominan “cláusulas adicionales” o “enmiendas”.

El contrato estará vigente durante los meses en los que esté inscrito en Banner Medicare Classic Rx desde el 1 de enero de 2023 hasta el 31 de diciembre de 2023.

Cada año calendario, Medicare nos permite realizar cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de Banner Medicare Classic Rx después

del 31 de diciembre de 2023. También podemos decidir dejar de ofrecer el plan en su área de servicio después del 31 de diciembre de 2023.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar Banner Medicare Classic Rx cada año. Puede seguir obteniendo la cobertura de Medicare cada año como miembro de nuestro plan solo si decidimos continuar ofreciendo el plan y si Medicare renueva la aprobación del plan.

SECCIÓN 2 ¿Qué requisitos son necesarios para ser miembro del plan?

Sección 2.1 Sus requisitos de elegibilidad
--

Usted es elegible para ser miembro de nuestro plan, siempre y cuando cumpla con estos requisitos:

- Tenga la Parte A o la Parte B de Medicare (o tanto la Parte A como la Parte B).
- Sea ciudadano estadounidense o esté legalmente presente en los Estados Unidos.
- -- y -- usted vive en nuestra área de servicio geográfica (en la Sección 2.2, a continuación, se describe nuestra área de servicio). No se considera que las personas encarceladas vivan en el área geográfica de servicio, aunque se encuentren físicamente en ella.

Sección 2.2 Esta es el área de servicio del plan para Banner Medicare Classic Rx
--

Banner Medicare Classic Rx se encuentra disponible solo para personas que residen en el área de servicio de nuestro plan. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, debe continuar viviendo en el área de servicio del plan. El área de servicio se describe a continuación.

Nuestra área de servicio incluye los siguientes estados: Arizona.

Si tiene pensado mudarse fuera del área de servicio, no podrá continuar siendo miembro de este plan. Comuníquese con nuestro Centro de Atención al Cliente para saber si contamos con un plan en su nueva área. Si se muda, tendrá un Período de inscripción especial que le permitirá cambiarse a Medicare Original o inscribirse en un plan de salud o de medicamentos de Medicare disponible en su nueva ubicación.

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


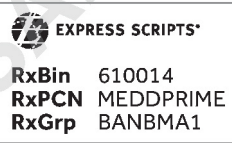
Sección 2.3 Ciudadanía estadounidense o presencia legal

Los miembros de los planes de salud de Medicare deben ser ciudadanos estadounidenses o estar legalmente presentes en los Estados Unidos. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificará a Banner Medicare Classic Rx si usted no es elegible para seguir siendo miembro según este requisito. Banner Medicare Classic Rx debe cancelar su inscripción si no cumple con este requisito.

SECCIÓN 3 Materiales importantes para la membresía que recibirá

Sección 3.1 Su tarjeta de membresía del plan

Mientras sea miembro de nuestro plan, deberá usar su tarjeta de membresía para los medicamentos con receta que obtenga en las farmacias de la red. También deberá mostrarle su tarjeta de Medicaid al proveedor, si corresponde. A continuación, encontrará un modelo de la tarjeta de membresía para que tenga una idea de cómo será la suya:

Banner Rx		Banner Rx	
		BannerHealth.com/Rx	
Plan ID: S3147 Issuer (80840)		Customer Care Center: (844) 549-1859, TTY 711 8 a.m. to 8 p.m., seven days a week	
Member ID#: <SMPLXXX>		Express Scripts: Pharmacy Help Desk Banner Medicare Simple Rx PDP (866) 662-0295 Banner Medicare Classic Rx PDP (800) 849-9080 Banner Medicare Premier Rx PDP (800) 455-5956 Express Scripts Attn: Medicare Part D P.O. Box 14718 Lexington, KY 40512-4718	
Subscriber: <First, Last>			
			
MedicareRx Prescription Drug Coverage			
Banner Medicare Rx PDP		Prior authorization may be required for certain drugs.	

Lleve su tarjeta en todo momento y recuerde mostrarla cuando reciba los medicamentos cubiertos. Si su tarjeta de membresía del plan está dañada, la pierde o se la roban, llame de inmediato a nuestro Centro de Atención al Cliente para que le enviemos una tarjeta nueva.

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

Sección 3.2 Directorio de Farmacias

En el directorio de farmacias figuran las farmacias de nuestra red. Las **farmacias de la red** son todas las farmacias que han aceptado surtir los medicamentos con receta cubiertos para los miembros de nuestro plan. Puede utilizar el *Directorio de Farmacias* para encontrar la farmacia de la red en la que desee comprar los medicamentos. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 3, para obtener información sobre cuándo puede recurrir a farmacias que no pertenecen a la red del plan.

Si no tiene el *Directorio de farmacias*, puede obtener una copia a través de nuestro Centro de Atención al Cliente. También puede encontrar esta información en nuestro sitio web www.BannerHealth.com/Rx.

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

El plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*. Nosotros la denominamos “Lista de medicamentos” para abreviarla. Esta lista indica qué medicamentos recetados de la Parte D están cubiertos por el beneficio de la Parte D incluido en Banner Medicare Classic Rx. El plan, con la colaboración de un equipo de doctores y farmacéuticos, selecciona los medicamentos de la lista. La lista debe cumplir con los requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la Lista de medicamentos de Banner Medicare Classic Rx.

La Lista de medicamentos también le indica si existen restricciones para la cobertura de sus medicamentos.

Le proporcionaremos una copia de la Lista de medicamentos. Para obtener la información más completa y vigente sobre los medicamentos cubiertos, puede visitar el sitio web del plan www.BannerHealth.com/Rx o llamar a nuestro Centro de Atención al Cliente.

SECCIÓN 4 Sus costos mensuales de Banner Medicare Classic Rx

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

- Prima del plan (Sección 4.1)
- Prima mensual de la Parte B de Medicare (Sección 4.2)
- Multa por inscripción tardía de la Parte D (Sección 4.3)
- Cantidad de ajuste mensual relacionada con el ingreso (Sección 4.4)

En algunos casos, la prima del plan podría ser menor

El programa de “Ayuda adicional” ayuda a las personas con recursos limitados a pagar los medicamentos. En la Sección 7 del Capítulo 2 encontrará más información sobre programa. Si reúne los requisitos, la inscripción en el programa podría reducir la prima mensual del plan.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

Si *ya está inscrito* y está recibiendo ayuda de uno de estos programas, **la información sobre las primas en esta Evidencia de Cobertura puede no aplicarse en su caso**. Hemos incluido un folleto separado, que se denomina “Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs” (Cláusula Adicional a la Evidencia de Cobertura para las Personas que Reciben Ayuda Adicional para Pagar los Medicamentos con Receta), también conocida como “Low Income Subsidy Rider” o “LIS Rider” (Cláusula Adicional para Subsidio por Bajos Ingresos, o Cláusula Adicional LIS), que le informa sobre la cobertura para sus medicamentos. Si no posee este folleto, comuníquese con nuestro Centro de Atención al Cliente y pida la “Cláusula Adicional LIS”.

Las primas de la Parte B y la Parte D de Medicare varían para las personas que tienen distintos ingresos. Si tiene alguna duda sobre estas primas, consulte en su copia del manual *Medicare & You 2023* (Medicare y Usted 2023) la sección titulada “2023 Medicare Costs” (Costos de Medicare de 2023). Si necesita una copia, puede descargarla del sitio web de Medicare (www.medicare.gov). O bien, puede solicitar una copia impresa por teléfono al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 4.1 Prima del plan

Como miembro de nuestro plan, usted paga una prima mensual del plan. Para el 2023, la prima mensual para Banner Medicare Classic Rx es de \$47.60.

Sección 4.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare**Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare**

Además de pagar la prima mensual del plan, **usted debe continuar pagando las primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan**. Esto incluye su prima de la Parte B. También puede incluir una prima de la Parte A que afecta a los miembros que no son elegibles para obtener la Parte A sin pagar la prima.

Sección 4.3 Multa por inscripción tardía de la Parte D

Algunos miembros deben pagar una **multa por inscripción tardía** de la Parte D. La multa por inscripción tardía de la Parte D es una prima adicional que debe pagarse por la cobertura de la Parte D si en algún momento después de que finaliza su período de inscripción inicial, hay un período de 63 días consecutivos o más en los que usted no tiene la Parte D u otra cobertura acreditada para medicamentos con receta. “Cobertura acreditada para medicamentos con receta” es la cobertura que cumple con los estándares mínimos de Medicare, ya que se espera que cubra, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura estándar para medicamentos con receta de Medicare. El costo de la multa por inscripción tardía depende de cuánto tiempo estuvo sin la Parte D u otra cobertura acreditada para medicamentos con receta. Tendrá que pagar esta multa mientras tenga la cobertura de la Parte D.

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

No tendrá que pagarla si:

- Recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos con receta.
- Estuvo sin una cobertura acreditada por menos de 63 días consecutivos.
- Ha obtenido una cobertura acreditada para medicamentos por medio de otra fuente, tal como un antiguo empleador, sindicato, TRICARE, o el Departamento de Asuntos de Veteranos. Su asegurador o el departamento de recursos humanos le informarán cada año si su cobertura para medicamentos es una cobertura acreditada. Esta información se le puede enviar por carta o se la puede incluir en un boletín informativo del plan. Conserve esta información, porque puede necesitarla si se une, en el futuro, a un plan de medicamentos de Medicare.
 - **Nota:** Todo aviso deberá indicar que contaba con una cobertura “acreditada” para medicamentos con receta que se preveía que pagaría la misma cantidad que la cobertura estándar para medicamentos con receta de Medicare.
 - **Nota:** Las siguientes *no* son una cobertura acreditada para medicamentos con receta: tarjetas de descuento para medicamentos con receta, clínicas gratis y sitios web de descuentos en medicamentos.

Medicare determina la cantidad de la multa. Esta es la manera en que funciona:

- Si estuvo 63 días o más sin cobertura de la Parte D u otra cobertura acreditada para medicamentos con receta después de haber sido elegible por primera vez para inscribirse en la Parte D, el plan tendrá en cuenta el número de meses completos en los que no tuvo cobertura. La multa es del 1% por cada mes en el que no tuvo cobertura acreditada. Por ejemplo, si pasa 14 meses sin cobertura, la multa será del 14%.
- Luego, Medicare determina la cantidad de la prima mensual promedio para los planes de medicamentos de Medicare en la nación desde el año anterior. Para 2023, la 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 el resultado a los 10 centavos más cercanos. En este ejemplo, sería 14% multiplicado por \$32.74, que es igual a \$4.5836. Esto se redondea a \$4.60. Esta cantidad se agregará **a la prima mensual de una persona que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D.**

Hay tres aspectos importantes a tener en cuenta con respecto a esta multa mensual por inscripción tardía de la Parte D:

- Primero, **la multa puede cambiar cada año**, ya que la prima mensual promedio puede cambiar cada año.

- Segundo, **usted seguirá pagando una multa** cada mes durante el tiempo que esté inscrito en un plan que incluya los beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare, incluso si cambia de plan.
- Tercero, si tiene menos de 65 años y actualmente recibe los beneficios de Medicare, la multa por inscripción tardía de la Parte D se reiniciará cuando cumpla 65. Después de los 65 años, la multa por inscripción tardía de la Parte D se basará solo en los meses en los que no tenga cobertura después del período de inscripción inicial en Medicare para las personas que cumplen 65 años.

Si está en desacuerdo con su multa por inscripción tardía de la Parte D, usted o su representante pueden solicitar una revisión. Por lo general, debe solicitar la revisión **dentro de los 60 días** a partir de la fecha de la primera carta que reciba en la que se le informe que debe pagar una multa por inscripción tardía. Sin embargo, si estaba pagando una multa antes de inscribirse en nuestro plan, quizás no tenga otra oportunidad de solicitar una revisión de esa multa por inscripción tardía.

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

Sección 4.4 Cantidad de ajuste mensual relacionada con el ingreso

Es posible que algunos miembros deban pagar un cargo adicional, conocido como la cantidad de ajuste mensual relacionada con el ingreso de la Parte D, también conocido como IRMAA (Income Related Monthly Adjustment Amount). El cargo adicional se calcula utilizando su ingreso bruto ajustado modificado, tal y como figura en su declaración de impuestos de hace 2 años. Si esta cantidad supera una determinada cantidad, pagará la cantidad estándar de la prima y el IRMAA adicional. Para obtener más información sobre la cantidad adicional que es posible que deba pagar según sus ingresos, visite <https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans>.

Si debe pagar una cantidad adicional, el Seguro Social, no su plan de Medicare, le enviará una carta en la que se le indicará cuál será esa cantidad adicional. La cantidad adicional será retenida de su cheque de beneficios del Seguro Social, de la Junta de jubilación para ferroviarios o de la Oficina de Administración de personal, independientemente de cómo pague su prima del plan, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir la cantidad adicional adeudada. Si la cantidad de su cheque de beneficios no cubre la cantidad adicional, recibirá una factura de Medicare. **Le debe pagar la cantidad adicional al gobierno. No se puede pagar con su prima mensual del plan. Si usted no paga la cantidad adicional, su inscripción en el plan se cancelará y perderá la cobertura para medicamentos con receta.**

Si está en desacuerdo con pagar una cantidad adicional, puede solicitar al Seguro Social que revea la decisión. Para obtener más información al respecto, comuníquese con el Seguro Social al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual

Sección 5.1 Existen diversas formas de pagar la prima del plan

Existen tres formas de pagar la prima del plan. Si necesita ayuda para elegir o cambiar su opción de pago, llame a nuestro Centro de Atención al Cliente para obtener asistencia.

Opción 1: Puede pagar con cheque

Le enviaremos facturas de pago cada mes. El pago debe recibirse antes del día 15 del mes. Puede pagar la prima con un cheque o con un giro postal. Incluya su cupón de pago y asegúrese de escribir su número de miembro de Banner Medicare Classic Rx en su cheque o giro postal para que su cuenta sea acreditada correctamente.

El pago debe hacerse a nombre de Banner Medicare Classic Rx y enviarse por correo a:

Banner Health Insurance Group
P. O. Box 741677
Los Angeles, CA 90074-1677

Usted será responsable de cualquier gasto bancario por cheques devueltos por falta de fondos.

Opción 2: Pago por Internet

Nuestro portal de pago en línea para miembros de Banner Medicare Rx es una opción segura, ahorra tiempo y no tiene gastos de envío para pagar su prima. Una vez que se haya inscrito como miembro, puede ir a www.BannerHealth.com/Rx y registrarse. Puede establecer pagos mensuales recurrentes automáticos o realizar un pago único.

Opción 3: Puede pedir que la prima se descunte de su cheque mensual del Seguro Social

Puede cambiar la forma en que paga su prima. Si decide cambiar la forma en que paga su prima, el nuevo método de pago puede tardar hasta tres meses en entrar en vigencia. Mientras procesamos su solicitud para un nuevo método de pago, usted es responsable de asegurarse de que la prima de su plan se pague a tiempo. Para cambiar su método de pago, por favor póngase en contacto con nuestro Centro de Atención al Cliente. Con gusto lo ayudaremos a establecer esta opción.

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

Nuestra oficina debe recibir el pago de su prima del plan antes del 15 del mes. Si no hemos recibido su prima antes del 16 del mes, le enviaremos un aviso en el que le informaremos que su membresía en el plan se cancelará si no recibimos su pago de la prima en un plazo de 60 días.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

Si tiene problemas para pagar su prima dentro del plazo establecido, comuníquese con nuestro Centro de Atención al Cliente para averiguar si podemos recomendarle programas que lo ayuden con su prima del plan.

Si cancelamos su membresía porque no pagó sus primas, Medicare Original le brindará su cobertura médica. Además, es posible que no pueda recibir la cobertura de la Parte D hasta el año siguiente si se inscribe en un nuevo plan durante el período de inscripción anual. (Si supera los 63 días sin cobertura “acreditada” para medicamentos, tal vez tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D mientras tenga la cobertura de la Parte D).

En el momento en que cancelemos su membresía, es posible que nos continúe debiendo las primas que no haya pagado. Tenemos derecho a solicitar el pago de la cantidad que usted adeuda. En el futuro, si desea volver a inscribirse en nuestro plan (o en otro de nuestros planes), deberá pagar la cantidad adeudada antes de poder inscribirse.

Si considera que su membresía fue cancelada por error, puede presentar una queja (también llamada reclamación). Consulte el Capítulo 7 para obtener información sobre cómo presentar una queja. Si experimentó una circunstancia de emergencia de fuerza mayor que le impidió pagar su prima del plan dentro de nuestro período de gracia, puede presentar una queja. En el caso de haber quejas, volveremos a considerar nuestra decisión. La Sección 7 del Capítulo 7 de este documento le indica cómo presentar una queja, o puede llamarnos al (844) 549-1859 de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Debe realizar la solicitud antes de los 60 días posteriores a la fecha en que se cancela su membresía.

Sección 5.2	¿Podemos modificar la prima mensual de su plan durante el año?
--------------------	---

No. No se nos permite modificar la cantidad que cobramos por la prima mensual del plan durante el año. Si la prima mensual del plan llegara a cambiar el próximo año, se lo informaremos en septiembre y la modificación entrará en vigencia el 1 de enero.

No obstante, en algunos casos, es posible que la parte que le corresponde pagar a usted de la prima sufra algunas modificaciones durante el año. Por ejemplo, si resulta ser elegible para el programa de “Ayuda adicional” o si pierde su elegibilidad para el programa de “Ayuda adicional” durante el año. Si un miembro es elegible para recibir “Ayuda adicional” para pagar los costos de sus medicamentos con receta, el programa de “Ayuda adicional” pagará parte de la prima mensual del plan del miembro. El miembro que pierda su elegibilidad durante el año deberá comenzar a pagar su prima mensual completa. En la Sección 7 del Capítulo 2, encontrará más información sobre el programa de “Ayuda adicional”.

SECCIÓN 6 **Cómo mantener al día su registro de membresía del plan**

Su registro de membresía contiene información del formulario de inscripción, incluso su dirección y número de teléfono. Detalla la cobertura específica de su plan.

Los farmacéuticos de la red del plan deben tener información correcta sobre usted. **Estos proveedores de la red utilizan su registro de membresía para saber cuáles son los medicamentos que están cubiertos y las cantidades de costo compartido.** Es por ello que es muy importante que nos ayude a mantener actualizada su información.

Infórmenos sobre las siguientes modificaciones:

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono.
- Cambios en cualquier otra cobertura médica o de medicamentos que tenga (p. ej., de su empleador, del empleador de su cónyuge, compensación laboral o Medicaid).
- Si existe alguna demanda de responsabilidad civil, por ejemplo, por un accidente automovilístico.
- Si fue ingresado en un centro de cuidados.
- Si cambia la parte responsable designada por usted (como un cuidador).

Si se produce algún cambio en esta información, comuníquese con nuestro Centro de Atención al Cliente.

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

SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Otros seguros

Medicare exige que le pidamos información sobre la cobertura de cualquier otro seguro médico o para medicamentos que tenga. Esto se debe a que tenemos que coordinar las demás coberturas que tenga con los beneficios que obtiene de nuestro plan. A esto se lo denomina **Coordinación de beneficios**.

Una vez por año, le enviaremos una carta con el detalle de las demás coberturas médicas o para medicamentos de las que tengamos conocimiento. Lea atentamente esta información. Si es correcta, no será necesario que haga nada. Si la información es incorrecta o si tiene alguna otra cobertura que no está incluida en la lista, llame a nuestro Centro de Atención al Cliente. Es posible que sus otros aseguradores le soliciten el número de identificación de miembro del plan (una vez que haya confirmado su identidad) para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

Cuando tiene otro seguro (como una cobertura de salud grupal del empleador), hay normas establecidas por Medicare que determinan si nuestro plan o su otro seguro paga en primer término. El seguro que paga primero se denomina “pagador principal” y paga hasta el máximo de su cobertura. El que paga en segundo término, denominado “pagador secundario”, solo paga si

quedaron costos sin cubrir por la cobertura principal. El pagador secundario puede no pagar todos los costos sin cubrir. Si usted tiene otro seguro, infórmele a su doctor, hospital y farmacia.

Estas normas se aplican para la cobertura del plan de salud de un sindicato o empleador:

- Si tiene una cobertura de jubilados, Medicare paga primero.
- Si la cobertura de su plan de salud grupal se basa en su empleo actual o el de un miembro de su familia, el pagador primario dependerá de su edad, la cantidad de trabajadores del empleador y si usted tiene Medicare debido a su edad, una discapacidad o enfermedad renal terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD):
 - Si es menor de 65 años y está discapacitado, y usted o un miembro de su familia todavía trabajan, su plan de salud grupal paga en primer lugar si el empleador tiene 100 empleados o más o si este es parte de un plan de empleadores múltiples en el cual, al menos, uno de ellos tiene más de 100 empleados.
 - Si es mayor de 65 años y usted o su cónyuge todavía trabajan, su plan de salud grupal paga en primer lugar si el empleador tiene 20 empleados o más o si este es parte de un plan de empleadores múltiples en el cual, al menos, uno de ellos tiene más de 20 empleados.
- Si usted tiene Medicare debido a una ESRD, su plan de salud grupal pagará primero durante los primeros 30 meses luego de haber sido elegible para Medicare.

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

- Seguro sin culpa (incluido el seguro automovilístico)
- Responsabilidad (incluido el seguro automovilístico)
- Beneficios por neumoconiosis
- Compensación laboral

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

CAPÍTULO 2:

Números de teléfono y recursos importantes

SECCIÓN 1 Contactos de Banner Medicare Classic Rx (cómo ponerse en contacto con nosotros, incluido cómo comunicarse con nuestro Centro de Atención al Cliente)

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

Para obtener ayuda con las reclamaciones o la facturación, o si tiene alguna pregunta sobre la tarjeta de miembro, llame o escriba al Centro de Atención al Cliente de Banner Medicare Classic Rx. Con gusto lo ayudaremos.

Método	Nuestro Centro de Atención al Cliente: información de contacto
LLAME AL	(844) 549-1859 Las llamadas a este número son gratuitas. Puede llamarnos de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. Nuestro Centro de Atención al Cliente también ofrece un servicio gratuito de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Puede llamarnos de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana.
ESCRIBA A	Banner Medicare Classic Rx Attn: Centro de Atención al Cliente 2701 E. Elvira Road Tucson, AZ 85756
SITIO WEB	www.BannerHealth.com/Rx

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

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y su cobertura o con relación a la cantidad que pagaremos por sus medicamentos recetados de la Parte D. Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos y modifiquemos una decisión de cobertura que hayamos tomado. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura o apelaciones para medicamentos recetados de la Parte D, consulte el Capítulo 7 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Método	Decisiones de cobertura sobre medicamentos recetados de la Parte D: información de contacto
LLAME AL	(844) 549-1859 Las llamadas a este número son gratuitas. Puede llamarnos de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Puede llamarnos de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana.
FAX	(866) 849-0338
ESCRIBA A	Banner Medicare Classic Rx Attn: Centro de Atención al Cliente 2701 E. Elvira Road Tucson, AZ 85756
SITIO WEB	www.BannerHealth.com/Rx

Método	Apelaciones sobre medicamentos recetados de la Parte D: información de contacto
LLAME AL	(844) 549-1859 Las llamadas a este número son gratuitas. Puede llamarnos de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Puede llamarnos de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana.
FAX	(866) 465-8340

Método	Apelaciones sobre medicamentos recetados de la Parte D: información de contacto
ESCRIBA A	Banner Medicare Classic Rx Attn: Grievances & Appeals 2701 E. Elvira Road Tucson, AZ 85756 BUHPGrievances&Appeals@bannerhealth.com
SITIO WEB	www.BannerHealth.com/Rx

Cómo comunicarse con nosotros para presentar una queja sobre los medicamentos recetados de la Parte D

Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre alguna de nuestras farmacias de la red, incluso respecto de la calidad de su atención. Este tipo de queja no está relacionado con disputas de cobertura ni de pago. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre los medicamentos recetados de la Parte D, consulte el Capítulo 7 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Método	Quejas sobre los medicamentos recetados de la Parte D: información de contacto
LLAME AL	(844) 549-1859 Las llamadas a este número son gratuitas. Puede llamarnos de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Puede llamarnos de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana.
FAX	(866) 465-8340
ESCRIBA A	Banner Medicare Classic Rx Attn: Grievances & Appeals 2701 E. Elvira Road Tucson, AZ 85756 BUHPGrievances&Appeals@bannerhealth.com
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja sobre Banner Medicare Classic Rx directamente ante Medicare. Para presentar una queja por Internet ante Medicare ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

Dónde enviar una solicitud en la que se nos pide que paguemos la parte que nos corresponde del costo de un medicamento que recibió

El proceso de determinación de cobertura incluye la determinación de solicitudes para pagar la parte que nos corresponde del costo del medicamento que recibió. Si ha recibido una factura o ha pagado por medicamentos (tal como una factura de farmacia) que usted considera que nosotros deberíamos pagar, es posible que tenga que solicitarle al plan el reembolso o el pago de la factura de la farmacia, consulte el Capítulo 5 (*Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de los costos de medicamentos cubiertos*).

Tenga en cuenta lo siguiente: si nos envía una solicitud de pago y le denegamos 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
LLAME AL	(844) 549-1859 Las llamadas a este número son gratuitas. Puede llamarnos de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Puede llamarnos de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana.
FAX	(608) 741-5483
ESCRIBA A	Express Scripts Attn: Medicare Parte D P.O. Box 14718 Lexington, KY 40512-4718
SITIO WEB	www.BannerHealth.com/Rx

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

Medicare es el programa federal de seguros médicos destinado a personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con discapacidades y personas que padecen 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 denominados “CMS”). Esta agencia tiene contratos con planes de medicamentos con receta de Medicare, incluido el nuestro.

Método	Medicare: información de contacto
LLAME AL	1-800-MEDICARE o al 1-800-633-4227 Las llamadas a este número son gratuitas. Durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.
SITIO WEB	<u>www.medicare.gov</u> Este es el sitio web gubernamental oficial de Medicare. Proporciona información actualizada sobre Medicare y cuestiones actuales relacionadas con Medicare. También contiene información sobre hospitales, centros de cuidados, doctores, agencias de atención médica a domicilio y centros de diálisis. Incluye documentos que puede imprimir directamente desde su computadora. También puede encontrar la información de contacto de Medicare en su estado. El sitio web de Medicare también tiene información detallada sobre las opciones de elegibilidad e inscripción con las siguientes herramientas: <ul style="list-style-type: none">• Herramienta de elegibilidad de Medicare (Medicare Eligibility Tool): brinda información sobre el estado de elegibilidad de Medicare.• Buscador de planes de Medicare (Medicare Plan Finder): brinda información personalizada sobre los planes de medicamentos con receta de Medicare, los planes de salud de Medicare y las pólizas Medigap (seguro complementario de Medicare) disponibles en su área. Estas herramientas brindan un <i>valor estimado</i> de los costos que podría pagar de su bolsillo en diferentes planes de Medicare.

Método	Medicare: información de contacto
SITIO WEB (continuación)	<p>También puede utilizar el sitio web para informar a Medicare sobre cualquier queja que tenga de Banner Medicare Classic Rx:</p> <ul style="list-style-type: none">• Informe a Medicare sobre su queja: Puede presentar una queja sobre Banner Medicare Classic Rx directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma sus quejas de manera seria y utilizará esta información para mejorar la calidad del programa de Medicare. <p>Si no tiene una computadora, la biblioteca o el centro para personas de edad avanzada locales pueden ayudarlo a ingresar al sitio web con sus computadoras. O bien, puede llamar a Medicare para pedirles la información que está buscando. Ellos buscarán la información en el sitio web y la revisarán junto a usted. (Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE [1-800-633-4227], durante 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 seguro médico (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)

El Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa del gobierno con asesores capacitados en todos los estados. En Arizona, el SHIP se llama Programa estatal de asistencia sobre seguro médico de Arizona.

El Programa estatal de asistencia sobre seguro médico de Arizona es un programa estatal independiente (no se relaciona con ninguna compañía aseguradora ni plan de salud) que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros médicos, a nivel local y de forma gratuita, a las personas que tienen Medicare.

Los asesores del Programa estatal de asistencia sobre seguro médico de Arizona pueden ayudarlo a que entienda sus derechos en relación con Medicare, a presentar quejas sobre la atención o el tratamiento médicos y a solucionar problemas con las facturas de Medicare. Los asesores del Programa estatal de asistencia sobre seguro médico de Arizona también pueden ayudarlo con sus preguntas o problemas relacionados con Medicare y ayudarlo a entender las opciones de planes que tiene con Medicare y responder preguntas sobre el cambio de planes.

MÉTODO PARA ACCEDER AL SHIP y A OTROS RECURSOS:

- Visite www.medicare.gov
- Haga clic en “**Hablar con alguien**” en el centro de la página de inicio
- Ahora cuenta con las siguientes opciones
 - Opción 1: Puede tener un **chat en vivo con un representante de 1-800-MEDICARE**
 - Opción 2: Puede seleccionar su **ESTADO** en el menú desplegable y hacer clic en IR. Esto lo llevará a una página con los números de teléfono y recursos específicos para su estado.

Método	Programa estatal de asistencia sobre seguro médico de Arizona (SHIP): información de contacto
LLAME AL	(800) 432-4040
TTY	711
ESCRIBA A	Arizona SHIP 1789 W. Jefferson Street, Código de sitio 950A Phoenix, AZ 85007
SITIO WEB	des.az.gov

SECCIÓN 4 Organización para la mejora de la calidad

En cada estado hay una Organización para la mejora de la calidad designada que trabaja para los beneficiarios de Medicare. Para Arizona, la Organización para la Mejora de la Calidad se denomina Livanta BFCC-QIO.

Livanta BFCC-QIO está integrada por un grupo de doctores y otros profesionales de la salud a los que les paga Medicare para que controlen y ayuden a mejorar la calidad de la atención que se les brinda a las personas que tienen Medicare. Livanta BFCC-QIO es una organización independiente. No tiene ninguna relación con nuestro plan.

Si tiene una queja sobre la calidad de la atención que recibió, debe ponerse en contacto con Livanta BFCC-QIO. Por ejemplo, puede ponerse en contacto con Livanta BFCC-QIO si le dieron mal los medicamentos o si se le dieron medicamentos que interactúan de manera negativa.

Método	Livanta BFCC-QIO (Organización para la mejora de la calidad de Arizona): información de contacto
LLAME AL	(877) 588-1123
TTY	(855) 887-6668 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBA A	Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
SITIO WEB	www.livantaqio.com

SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social es responsable de determinar la elegibilidad y manejar las inscripciones en Medicare. Los ciudadanos estadounidenses y los residentes legales permanentes de 65 años o más, o que tienen una discapacidad o padecen enfermedad renal terminal y cumplen con determinadas condiciones, son elegibles para recibir Medicare. Si ya está recibiendo cheques del Seguro Social, la inscripción en Medicare es automática. Si no está recibiendo cheques del Seguro Social, debe inscribirse en Medicare. Para solicitar la cobertura de Medicare, puede llamar al Seguro Social o dirigirse a su oficina local.

El Seguro Social también es responsable de determinar quién debe pagar una cantidad adicional por la cobertura de medicamentos de la Parte D debido a que tiene un ingreso mayor. Si recibió una carta de parte del Seguro Social en la que se indica que debe pagar la cantidad adicional y tiene preguntas sobre la cantidad, o si sus ingresos disminuyeron a causa de un evento que le cambió la vida, puede llamar al Seguro Social para solicitar una reconsideración.

Si se muda o cambia su dirección postal, es importante que se comuniquen con el Seguro Social para informar dichos cambios.

Método	Seguro Social: información de contacto
LLAME AL	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m. Puede utilizar los servicios telefónicos automáticos del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunas gestiones durante las 24 horas del día.
TTY	1-800-325-0778 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m.
SITIO WEB	www.ssa.gov/

SECCIÓN 6 Medicaid

Medicaid es un programa conjunto del estado y del gobierno federal que brinda ayuda con los costos médicos a determinadas personas con ingresos y recursos limitados. Algunos beneficiarios de Medicare también son elegibles para ser beneficiarios de Medicaid. Los programas que se ofrecen a través de Medicaid ayudan a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare, tales como las primas de Medicare. Estos “Programas de ahorros de Medicare” incluyen:

- **Beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare, y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos). (Algunos beneficiarios de QMB también son elegibles para ser beneficiarios totales de Medicaid [QMB+]).
- **Beneficiario de Medicare con ingresos bajos específicos (Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunos beneficiarios de SLMB también son elegibles para ser beneficiarios totales de Medicaid [SLMB+]).
- **Persona calificada (Qualifying Individual, QI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Trabajador discapacitado calificado (Qualified Disabled & Working Individual, QDWI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Para obtener más información sobre Medicaid y sus programas, comuníquese con el Sistema de Contención de Costos de Atención Médica de Arizona (AHCCCS).

Método	Sistema de Contención de Costos de Atención Médica de Arizona (AHCCCS) (programa de Medicaid): información de contacto
LLAME AL	(855) 432-7587 Lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
TTY	(800) 842-6520 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBA A	AHCCCS 801 E. Jefferson Street Phoenix, AZ 85034
SITIO WEB	www.azahcccs.gov

SECCIÓN 7 Información sobre programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos con receta

El sitio web Medicare.gov (<https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/costs-in-the-coverage-gap/5-ways-to-get-help-with-prescription-costs>) ofrece información sobre cómo reducir los costos de sus medicamentos con receta. Para las personas con ingresos limitados, existen también otros programas de asistencia que se describen a continuación.

Programa de “Ayuda adicional” de Medicare

Medicare ofrece “Ayuda adicional” para pagar los costos de los medicamentos con receta a personas que tienen ingresos y recursos limitados. Los recursos incluyen sus ahorros y acciones, pero no su casa ni su auto. Si reúne los requisitos, obtendrá ayuda para pagar la prima mensual del plan de medicamentos de Medicare, el deducible anual y los copagos y coseguros de medicamentos con receta. Esta “Ayuda adicional” también cuenta para los costos que paga de su bolsillo.

Si usted reúne los requisitos para la “Ayuda adicional” de Medicare en forma automática, le enviaremos una carta por correo. No tendrá que aplicar. Si usted no reúne los requisitos de forma automática, puede obtener “Ayuda adicional” para pagar sus primas y los costos de sus medicamentos con receta. Para saber si reúne los requisitos para recibir “Ayuda adicional”, llame a:

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

- La oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, entre las 8:00 a. m. y las 7:00 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes); o bien a
- La oficina de Medicaid de su estado (solicitudes). (Para obtener la información de contacto, consulte la Sección 6 de este capítulo).

Si cree que reúne los requisitos para recibir “Ayuda adicional” y que cuando va a la farmacia a comprar un medicamento con receta está pagando una cantidad incorrecta correspondiente al costo compartido, nuestro plan cuenta con un proceso para obtener evidencia de su nivel de copago adecuado o, si ya tiene la evidencia, proporcionárnosla.

- Para solicitar ayuda a fin de obtener las mejores pruebas disponibles, usted o un representante puede ponerse en contacto con nuestro Centro de Atención al Cliente. O, si tiene la mejor documentación probatoria disponible, puede enviárnosla por correo o por fax a:

Banner Medicare Classic Rx
Attn: Pharmacy
2701 E. Elvira Road
Tucson, AZ 85756
Fax: (866) 349-0338 (Attn: Pharmacy)

- Cuando se ponga en contacto con nosotros, verificaremos si hay una discrepancia y/o si podemos resolver la discrepancia con respecto a su “Ayuda adicional” basándonos en la información a la que tenemos acceso. En algunos casos, es posible que tengamos que pedirle que aporte documentación si la tiene disponible. Si no dispone de documentación, intentaremos verificar el estado de su “Ayuda adicional” a través de los canales de comunicación y de acuerdo con las directrices establecidas por los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).
- Cuando recibamos las pruebas que demuestren su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que pueda abonar el copago correcto cuando obtenga su próximo medicamento con receta en la farmacia. Si el copago que abona es superior a lo que le correspondería pagar, le reembolsaremos la diferencia. Para ello, le enviaremos un cheque por la cantidad de su sobrepago o haremos una compensación en los futuros copagos. Si la farmacia no le ha cobrado el copago y lo tiene registrado como una cantidad que usted le adeuda, es posible que efectuemos el pago directamente a la farmacia. Si el estado pagó en su nombre, tal vez le paguemos directamente al estado. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con nuestro Centro de Atención al Cliente.

¿Qué ocurre si tiene cobertura del Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP)?

¿Qué es el Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP)?

El Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a que las personas elegibles para el ADAP que tienen VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH que salvan vidas. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare, que también se encuentran incluidos en el formulario del ADAP, reúnen los requisitos para la asistencia con los costos compartidos con medicamentos recetados a través de Arizona ADAP. **Nota:** Para ser elegibles para el ADAP que funciona en su estado, las personas deben cumplir con ciertos criterios que incluyen comprobante de residencia en el estado y su estado del VIH, un comprobante de bajos ingresos según lo establece el Estado, y el estado de no asegurado/con seguro insuficiente.

Banner Medicare Classic Rx ofrece cobertura adicional durante el período sin cobertura para insulinas selectas. Durante la Etapa del período sin cobertura, los costos que paga de su bolsillo para insulinas selectas constituirán un copago de \$35 por receta para un suministro de un mes. Para obtener más información sobre su cobertura durante la Etapa del período sin cobertura, consulte la Sección 6 del Capítulo 6. Nota: Este costo compartido solo se aplica a los beneficiarios que no cumplen los requisitos para acogerse a un programa de ayuda con el pago de sus medicamentos (“Ayuda adicional”). Para averiguar qué tipo de medicamentos son las insulinas selectas, consulte la Lista de medicamentos más reciente que le enviamos por correo electrónico. Puede identificar las insulinas selectas por las letras “SSM” en la Lista de medicamentos. Si tiene preguntas sobre la Lista de medicamentos, también puede comunicarse con nuestro Centro de Atención al Cliente. (Los números de teléfono de nuestro Centro de Atención al Cliente figuran en la contraportada de este folleto).

SECCIÓN 8 Cómo puede ponerse en contacto con la Junta de jubilación para ferroviarios

La Junta de jubilación para ferroviarios es una agencia federal independiente que administra los programas integrales de beneficios destinados a los trabajadores ferroviarios del país y a sus familias.

Si recibe sus beneficios de Medicare a través de la Junta de jubilación para ferroviarios, es importante que les comunique si se muda o cambia su dirección postal. Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios de la Junta de jubilación para ferroviarios, comuníquese con la agencia.

Método	Junta de jubilación para ferroviarios: información de contacto
LLAME AL	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Si presiona “0”, podrá hablar con un representante de la Junta de jubilación para ferroviarios (Railroad Retirement Board, RRB), de 9:00 a. m. a 3:30 p. m., los lunes, martes, jueves y viernes, y de 9:00 a. m. a 12:00 p. m., los miércoles. Si presiona “1”, podrá acceder a la Línea de ayuda automatizada e información grabada de la RRB durante las 24 horas del día, incluidos los fines de semana y días feriados.
TTY	1-312-751-4701 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número <i>no</i> son gratuitas.
SITIO WEB	rrb.gov/

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

Si usted (o su cónyuge) recibe beneficios de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge) como parte de este plan, puede llamar al administrador de beneficios de su empleador o sindicato o a nuestro Centro de Atención al Cliente si tiene alguna pregunta. Puede preguntar acerca de los beneficios de salud, las primas o el período de inscripción de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge). (Los números de teléfono de nuestro Centro de Atención al Cliente figuran en la contraportada de este documento). 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 conforme a este plan.

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

CAPÍTULO 3:

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

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

SECCIÓN 1 Introducción

En este capítulo, se explican las normas para utilizar la cobertura para los medicamentos de la Parte D.

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

- La Parte A de Medicare cubre los medicamentos que le dan durante las estadias cubiertas por Medicare en el hospital o en un centro de enfermería especializada.
- La Parte B de Medicare también brinda beneficios para algunos medicamentos. Los medicamentos de la Parte B incluyen determinados medicamentos para quimioterapia, ciertos medicamentos inyectables que se aplican en el consultorio y medicamentos que se administran en un centro de diálisis.

Los dos ejemplos de medicamentos que se describieron anteriormente están cubiertos por Medicare Original. (Para obtener más información sobre esta cobertura, consulte su manual *Medicare & You 2023* [Medicare y Usted 2023]) Nuestro plan cubre sus medicamentos recetados de la Parte D.

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

Generalmente, el plan cubrirá los medicamentos, siempre y cuando siga estas normas básicas:

- Debe pedirle a un proveedor (doctor, odontólogo u otra persona autorizada a dar recetas) que le escriba una receta que sea válida según la legislación estatal aplicable.
- La persona autorizada a dar recetas no debe figurar en las Listas de exclusión o preclusión de Medicare.
- Por lo general, debe utilizar una farmacia de la red para obtener sus medicamentos con receta. (Consulte la Sección 2, *Obtenga sus medicamentos con receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan*).
- Su medicamento debe estar en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan (nosotros la denominamos “Lista de medicamentos” para abreviarla). (Consulte la Sección 3, *Sus medicamentos deben estar 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 está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) o avalado por ciertos libros de referencia. (Para obtener más información sobre cómo obtener una indicación médicamente aceptada, consulte la Sección 3).

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

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

Sección 2.1 Utilice una farmacia de la red

En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta están cubiertos *solo* si se obtienen en una de nuestras farmacias de la red. (Para obtener más información sobre cuándo cubriríamos los medicamentos con receta que obtenga en farmacias fuera de la red, consulte la Sección 2.5).

Una farmacia de la red es aquella que ha celebrado un contrato con el plan para proporcionar los medicamentos con receta cubiertos. El término “medicamentos cubiertos” hace referencia a todos los medicamentos recetados de la Parte D que figuren en la Lista de medicamentos del plan.

Sección 2.2 Farmacias de la red**¿Cómo encuentra una farmacia de la red en su área?**

Para encontrar una farmacia de la red, puede buscar en el *Directorio de farmacias*, visitar nuestro sitio web www.BannerHealth.com/Rx y/o llamar a nuestro Centro de Atención al Cliente.

Puede ir a cualquiera de las farmacias de la red.

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

Si la farmacia que estaba usando deja de formar parte de la red del plan, deberá buscar una nueva farmacia de la red. Para encontrar otra farmacia de la red en su área, puede obtener ayuda a través de nuestro Centro de Atención al Cliente o usar el *Directorio de farmacias*. También puede encontrar información en nuestro sitio web www.BannerHealth.com/Rx.

¿Y si necesita una farmacia especializada?

Algunos medicamentos con receta deben obtenerse en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen:

- Farmacias que proveen medicamentos para tratamientos de infusión en el hogar.
- Farmacias que proveen medicamentos para las personas que residen en un centro de atención a largo plazo (Long-Term Care, LTC). Generalmente, un centro (como un centro de cuidados) tiene su propia farmacia. Si tiene dificultades para acceder a sus

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

beneficios de la Parte D en un centro de LTC, comuníquese con nuestro Centro de Atención al Cliente.

- Farmacias que brinden servicios al Programa de salud para la población indígena estadounidense urbana o tribal del Servicio de Salud para la Población Indígena Estadounidense (no está disponible en Puerto Rico). Salvo en caso de emergencia, solo los indígenas estadounidenses o los nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias dentro de la red.
- Farmacias que proveen medicamentos que están limitados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) para ciertos lugares o que requieren un manejo especial, la coordinación del proveedor o el aprendizaje sobre su uso. (**Nota:** Es muy poco frecuente que se presente esta situación).

Para encontrar una farmacia especializada, busque en el *Directorio de farmacias* o llame a nuestro Centro de Atención al Cliente.

Sección 2.3 Cómo utilizar el servicio de pedido por correo del plan

Para determinados tipos de medicamentos, puede utilizar el servicio de pedido por correo de la red del plan. Por lo general, los medicamentos proporcionados a través del servicio de pedido por correo son medicamentos que toma con regularidad para una afección crónica o a largo plazo. Estos medicamentos están marcados como **medicamentos de “pedido por correo”** en nuestra Lista de medicamentos.

El servicio de pedido por correo de nuestro plan requiere que pida **un suministro para 90 días**.

Para obtener información sobre cómo obtener sus medicamentos con receta por correo, llame al equipo de la farmacia de pedido por correo de Banner al (844) 747-6441 (TTY 711), de lunes a viernes de 8:30 a. m. a 5:30 p. m. (hora de Arizona). O para preguntas generales, visite BannerHealth.com/services/pharmacy/expert.

Por lo general, el pedido a la farmacia que presta el servicio de pedido por correo le será entregado en 10 días como máximo. Si su pedido se retrasa por algún motivo, comuníquese con nuestro Centro de Atención al Cliente.

Nuevas recetas que la farmacia recibe directamente del consultorio de su doctor.

La farmacia surtirá y entregará automáticamente las recetas nuevas de los medicamentos que reciba de los proveedores de atención médica, sin verificar con usted primero, si:

- Utilizó los servicios de pedido por correo con este plan en el pasado, o bien
- Se inscribió para la entrega automática de todas las recetas nuevas recibidas directamente de los proveedores de atención médica. Puede solicitar la entrega automática de todas las recetas nuevas en cualquier momento llamando al equipo de la farmacia de pedido por correo de Banner al (844) 747-6441 (TTY 711), de lunes a viernes de 8:30 a. m. a 5:30 p. m. (hora de Arizona).

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

Si recibe un medicamento con receta automáticamente por correo que no desea, y no se comunicaron con usted para saber si la quería antes de enviarla, puede ser elegible para un reembolso.

Si utilizó el pedido por correo en el pasado y no desea que la farmacia surta y envíe automáticamente cada medicamento con receta nuevo, comuníquese con nosotros llamando al equipo de la farmacia de pedido por correo de Banner al (844) 747-6441 (TTY 711), de lunes a viernes de 8:30 a. m. a 5:30 p. m. (hora de Arizona).

Si usted nunca ha utilizado nuestro servicio de entrega de pedido por correo o si decide interrumpir el surtido automático de nuevas recetas, la farmacia se pondrá en contacto con usted cada vez que reciba una nueva receta de un proveedor de atención médica para ver si desea que le surta y envíe el medicamento inmediatamente. Es importante que responda cada vez que la farmacia lo contacte, para informarles si enviar, retrasar o cancelar la nueva receta.

Resurtidos de medicamentos con receta de pedido por correo. Para resurtidos, comuníquese con su farmacia 10 días antes de que sus medicamentos con receta vigentes se agoten para asegurarse de que su próximo pedido se le envíe a tiempo.

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

Cuando obtiene un suministro de medicamentos a largo plazo, su costo compartido puede ser menor. El plan ofrece dos formas de obtener un suministro a largo plazo (también denominado “suministro extendido”) de medicamentos de “mantenimiento” en la Lista de medicamentos del plan. (Los medicamentos de mantenimiento son aquellos que usted toma con regularidad para una afección crónica o a largo plazo).

1. Algunas farmacias minoristas de la red le permitirán obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. En el *Directorio de farmacias*, se detallan las farmacias de la red que proporcionan suministros a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede ponerse en contacto con nuestro Centro de Atención al Cliente para obtener más información.
2. También puede recibir medicamentos de mantenimiento a través de nuestro programa de pedido por correo. Para obtener más información, consulte la Sección 2.3.

Sección 2.5 **Cuándo puede utilizar una farmacia que no está dentro de la red del plan**

En determinadas circunstancias, su medicamento con receta puede estar cubierto

Por lo general, cubrimos los medicamentos que se obtienen en una farmacia fuera de la red *solamente* si usted no puede utilizar una farmacia de la red. Para ayudarlo, contamos con farmacias de la red fuera del área de servicio, en las que puede obtener los medicamentos con

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

receta como miembro de nuestro plan. **Primero consulte con nuestro Centro de Atención al Cliente** para averiguar si hay alguna farmacia de la red cerca. Es posible que deba pagar la diferencia entre lo que paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia de la red.

A continuación, se detallan las circunstancias en las que cubriríamos los medicamentos con receta que obtenga en una farmacia fuera de la red:

- Cubriremos las recetas que se surtan en una farmacia fuera de la red si las recetas están relacionadas con la atención de una emergencia médica o con la atención necesaria de urgencia.
- Si viaja dentro de Estados Unidos pero fuera de nuestra área de cobertura, puede enfermarse o perder o quedarse sin medicamentos con receta. Cubriremos las recetas que se surtan en una farmacia fuera de la red si no dispone de una farmacia de la red.
- Si el gobernador de su estado, la Secretaría de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos o el presidente de los Estados Unidos declara estado de desastre o emergencia en su área geográfica, cubriremos las recetas surtidas en una farmacia fuera de la red si no dispone de una farmacia de la red.

¿Cómo solicitar un reembolso al plan?

Si debe usar una farmacia fuera de la red, generalmente deberá pagar el costo total (y no la parte del costo que normalmente le corresponde) en el momento en que surta la receta. Puede solicitarnos que le reembolsemos la parte que nos corresponde pagar del costo del medicamento. (En la Sección 2 del Capítulo 5, se explica cómo puede solicitar un reembolso al plan).

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

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

El plan tiene una “*Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*”. En esta *Evidencia de cobertura*, la denominamos la “**Lista de medicamentos**” para abreviarla.

El plan, con la colaboración de un equipo de doctores y farmacéuticos, selecciona los medicamentos de la lista. La lista cumple con los requisitos de Medicare y ha sido aprobada por este.

Los medicamentos que se encuentran en la Lista de medicamentos son solo los que están cubiertos por la Parte D de Medicare.

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

Por lo general, cubriremos los medicamentos de la Lista de medicamentos del plan siempre y cuando usted siga las otras normas de cobertura explicadas en este capítulo, y el medicamento se use para una indicación médicamente aceptada. Una “indicación médicamente aceptada” es el uso del medicamento *que esté en una de estas condiciones*:

- Aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos para el diagnóstico o la afección para la cual ha sido recetado.
- *O bien*, avalado por ciertas referencias, como American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de Información DRUGDEX.

La Lista de medicamentos incluye medicamentos de marca, medicamentos genéricos y biosimilares.

Un medicamento de marca es un medicamento con receta que se vende bajo un nombre de marca registrada propiedad del fabricante del medicamento. Los medicamentos de marca que son más complejos que los medicamentos típicos (por ejemplo, los medicamentos que están basados en una proteína) se denominan productos biológicos. En la lista de medicamentos, cuando nos referimos a “medicamentos”, puede tratarse de un medicamento o de un producto biológico.

Un medicamento genérico es un medicamento con receta que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Como los productos biológicos son más complejos que los medicamentos típicos, en lugar de tener una forma genérica, poseen alternativas que se denominan biosimilares. Generalmente, los genéricos y los biosimilares funcionan tan bien como el medicamento de marca o el producto biológico, y suelen costar menos. Hay medicamentos genéricos sustitutos o alternativas biosimilares disponibles para muchos medicamentos de marca y algunos productos biológicos.

¿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 ciertos tipos de medicamentos (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 7.1 de este capítulo).
- En otros casos, hemos decidido no incluir en la Lista de medicamentos un medicamento en particular. En algunos casos, puede que sea capaz de obtener un medicamento que no se encuentre en la lista de medicamentos. Para obtener más información, consulte el Capítulo 7.

Capítulo 3 Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D**Sección 3.2 Hay 5 “niveles de costo compartido” para los medicamentos incluidos en la Lista de medicamentos**

Todos los medicamentos de la Lista de medicamentos del plan se encuentran en uno de los 5 niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el nivel de costo compartido, mayor será el costo que usted deberá pagar por el medicamento:

- Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos (nivel de costo compartido más bajo)
- Nivel 2: medicamentos genéricos
- Nivel 3: medicamentos de marca preferidos
 - Medicamentos de insulinas selectas: copago máximo de \$35 por insulinas selectas por cada suministro de 1 mes hasta la etapa catastrófica.*
- Nivel 4: medicamentos no preferidos
- Nivel 5: medicamentos de especialidad (nivel de costo compartido más alto)

Para saber en qué nivel de costo compartido está su medicamento, consulte la Lista de medicamentos del plan.

En el Capítulo 4 (*Lo que le corresponde pagar por los medicamentos recetados de la Parte D*), se incluye la cantidad que usted debe pagar por los medicamentos en cada nivel de costo compartido.

* Para 2023, este plan participa en el Modelo de ahorro para adultos mayores de la Parte D, que ofrece costos de bolsillo más bajos, estables y predecibles para la insulina cubierta a través de las diferentes etapas de cobertura de beneficios de la Parte D. Pagará un máximo de \$35 por un suministro de 1 mes de medicamentos de insulinas selectas de la Parte D durante las etapas de deducible, cobertura inicial y período sin cobertura. Este costo compartido solo se aplica a los miembros que no cumplen los requisitos para acogerse a un programa de ayuda con el pago de sus medicamentos (“Ayuda adicional”).

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

Hay dos formas de averiguarlo:

1. Visite el sitio web del plan www.BannerHealth.com/Rx. La Lista de medicamentos en el sitio web siempre es la más actualizada.
2. Llame a nuestro Centro de Atención al Cliente para saber si un medicamento en particular está incluido en la Lista de medicamentos del plan o para pedir una copia de la lista.

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

SECCIÓN 4 Hay restricciones respecto de la cobertura de algunos medicamentos

Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?

Para ciertos medicamentos con receta, existen normas especiales que restringen cómo y cuándo el plan los cubre. Un equipo de doctores y farmacéuticos creó estas normas para alentarlos a usted y a su proveedor a utilizar los medicamentos de la forma más eficaz. Para averiguar si alguna de estas restricciones se aplica a un medicamento que usted esté tomando o desee tomar, consulte la Lista de medicamentos.

Tenga en cuenta que, a veces, un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra lista de medicamentos. Esto se debe a que los mismos medicamentos pueden diferir en función de la concentración, la cantidad o la presentación del medicamento recetado por su proveedor de atención médica, y se pueden aplicar diferentes restricciones o costos compartidos a las distintas versiones del medicamento (por ejemplo, 10 mg en comparación con 100 mg, uno por día en comparación con dos por día, comprimidos en comparación con líquido).

Sección 4.2 ¿Qué tipos de restricciones hay?

Las secciones siguientes le brindan más información acerca de los tipos de restricciones que usamos para ciertos medicamentos.

Si hay una restricción para su medicamento, por lo general significa que usted o su proveedor deberán seguir pasos adicionales para que cubramos el medicamento.

Comuníquese con nuestro Centro de Atención al Cliente para obtener información sobre qué debe hacer usted o su proveedor para obtener cobertura para el medicamento. Si desea pedirnos que eliminemos la restricción, tendrá que usar el proceso de decisiones de cobertura para solicitarnos una excepción. Podemos estar o no de acuerdo en eliminar la restricción. (Consulte el Capítulo 7).

Restricción de medicamentos de marca cuando hay una versión genérica disponible

Un medicamento “genérico” suele tener el mismo efecto que un medicamento de marca pero, por lo general, es más económico. **En la mayoría de los casos, cuando está disponible la versión genérica de un medicamento de marca, las farmacias de la red le proporcionarán el medicamento genérico en lugar del medicamento de marca.** Sin embargo, si su proveedor nos ha informado el motivo médico por el cual a usted no le serviría el medicamento genérico o ha escrito “sin sustitución” en la receta para un medicamento de marca o nos ha informado el motivo por el cual ni el medicamento genérico ni otros medicamentos cubiertos que tratan la misma afección le hacen efecto, entonces sí cubriremos el medicamento de marca. (La parte del

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

costo que le corresponda pagar puede ser mayor para el medicamento de marca que para el genérico).

Obtener la autorización del plan por adelantado

Para determinados medicamentos, usted o su proveedor deberán obtener la autorización del plan antes de que aceptemos cubrir el medicamento. Esto se denomina “**autorización previa**”. Y se hace para garantizar la seguridad de la medicación y orientar el uso adecuado de ciertos medicamentos. Si no obtiene esta autorización, es posible que el plan no cubra el medicamento.

Probar un medicamento diferente primero

Este requisito hace que usted trate de utilizar medicamentos menos costosos, pero generalmente igual de eficaces, antes de que el plan le brinde cobertura para otro medicamento. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma afección, el plan puede requerir que pruebe el medicamento A primero. Si el medicamento A no le da ningún resultado, el plan cubrirá el medicamento B. Este requisito de probar primero con otro medicamento se denomina “**tratamiento escalonado**”.

Límites de cantidad

Para ciertos medicamentos, establecemos un límite en la cantidad de medicamento que puede obtener cada vez que surta su receta. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro tomar solo una píldora al día de un medicamento determinado, podemos limitar la cobertura de su medicamento con receta a no más de una píldora por día.

SECCIÓN 5 ¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera?

Sección 5.1	Hay algunas cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera
--------------------	--

Hay situaciones en las que un medicamento con receta que está tomando, o uno que usted y su proveedor consideran que debería estar tomando, no se encuentra en nuestro formulario o está en el formulario pero con ciertas restricciones. Por ejemplo:

- El medicamento puede no estar cubierto en absoluto. O tal vez una versión genérica del medicamento tenga cobertura, pero la versión de marca que desea tomar no esté cubierta.
- El medicamento está cubierto, pero se aplican normas o restricciones adicionales respecto de la cobertura de ese medicamento, tal como se indica en la Sección 4.

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

- El medicamento está cubierto, pero se encuentra en un nivel de costo compartido que hace que su parte de los costos sea más alta de lo que cree que debería ser.
- Hay algunas cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera. Si el medicamento no está en la Lista de medicamentos o está restringido, consulte la Sección 5.2 para obtener información sobre lo que puede hacer.
- Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que hace que sus costos sean más altos de lo que cree que deberían ser, consulte la Sección 5.3 para obtener información sobre lo que puede hacer.

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

Si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o está restringido, estas son algunas opciones:

- Puede obtener un suministro temporal del medicamento.
- Puede cambiar a otro medicamento.
- Puede solicitar una excepción y pedirle al plan que cubra el medicamento o que retire las restricciones del medicamento.

Puede obtener un suministro temporal

En determinadas circunstancias, el plan deberá proporcionar un suministro temporal de un medicamento que usted ya se encuentra tomando. Este suministro temporal le da tiempo para consultar con su proveedor acerca del cambio en la cobertura y decidir qué hacer.

Para ser elegible para un suministro temporario, el medicamento que ha estado tomando **ya no debe estar en la Lista de medicamentos del plan O tiene actualmente algún tipo de restricción.**

- **Si es miembro nuevo**, cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros **90 días** de su membresía en el plan.
- **Si estuvo en el plan el año pasado**, cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros **90 días** del año calendario.
- Este suministro temporal será para un máximo de 31 días. Si su receta está indicada para menos días, permitiremos que realice múltiples resurtidos por un máximo de 31 días del medicamento. El medicamento con receta debe obtenerse en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo puede proporcionarle el medicamento en menores cantidades por vez para evitar el uso indebido).

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

- **Para los que hayan sido miembros del plan por más de 90 días y residan en un centro de atención a largo plazo, y necesiten un suministro de inmediato:**

Cubriremos un suministro de emergencia de 31 días de un medicamento particular, o menos si su receta está indicada para menos días. Esto es complementario al suministro temporal mencionado anteriormente.

- **Para miembros cuyo nivel de atención cambia:**

Si reside en un centro de atención a largo plazo, le permitiremos reponer su receta hasta que le hayamos proporcionado un suministro de transición para 31 días, de acuerdo con el incremento de la dispensación (a menos que tenga una receta para menos días). Si necesita un medicamento que no está en nuestro vademécum o si su capacidad para obtenerlo es limitada, pero ya ha pasado los primeros 90 días de membresía a nuestro plan, cubriremos un suministro de emergencia para 31 días de ese medicamento (a menos que tenga una receta para menos días) mientras busca una excepción al vademécum.

Es posible que tenga que surtir nuevas recetas para los medicamentos que estaba tomando si tiene un cambio de nivel de atención como:

- Miembros que reciben el alta hospitalaria
- Miembros que terminan su estancia en un centro de enfermería especializada de la Parte A de Medicare (donde los pagos incluyen todos los gastos de farmacia) y que necesitan volver a su formulario del plan de la Parte D
- Miembros que renuncian a la condición de hospicio para volver a los beneficios estándar de la Parte A y B de Medicare
- Miembros que terminan una estancia en un centro de cuidados de larga duración y vuelven a la comunidad
- Miembros que son dados de alta de hospitales psiquiátricos con regímenes posológicos muy individualizados

Si tiene preguntas sobre un suministro temporal, comuníquese con nuestro Centro de Atención al Cliente.

En el período durante el cual esté utilizando el suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se agote este suministro temporal. Tiene dos opciones:

1) Puede cambiar a otro medicamento

Hable con su proveedor para determinar si existe otro medicamento cubierto por el plan que podría funcionar igual de bien para usted. Puede llamar a nuestro Centro de Atención al Cliente y pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que funcione para usted.

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

2) Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitarle al plan que haga una excepción y cubra el medicamento en la forma en que usted desearía que estuviera cubierto. Si su proveedor dice que usted tiene razones médicas que justifican que nos pida una excepción, su proveedor puede ayudarlo a solicitarla. Por ejemplo, usted 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 cubra el medicamento sin restricciones.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, en la Sección 5.4 del Capítulo 7 se le explica qué hacer. También se indican los procedimientos y plazos que ha establecido Medicare para asegurarse de que su solicitud se maneje de forma inmediata y justa.

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

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

Puede cambiar a otro medicamento

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera demasiado alto, hable con su proveedor. Es posible que exista otro medicamento en un nivel de costo compartido inferior que podría funcionar igual de bien para usted. Puede llamar a nuestro Centro de Atención al Cliente y pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que funcione para usted.

Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitarle al plan que haga una excepción en el nivel de costo compartido para que pague menos por el medicamento. Si su proveedor dice que usted tiene razones médicas que justifican que nos pida una excepción, su proveedor puede ayudarlo a solicitar una excepción a la norma.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, en la Sección 5.4 del Capítulo 7 se explica qué hacer. También se indican los procedimientos y plazos que ha establecido Medicare para asegurarse de que su solicitud se maneje de forma inmediata y justa.

Nuestros medicamentos de especialidad del Nivel 5 no pueden acogerse a este tipo de excepción. No disminuimos la cantidad de costo compartido para los medicamentos en este nivel.

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

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

Sección 6.1 La Lista de medicamentos se puede modificar durante el año

La mayoría de los cambios en la cobertura para medicamentos tienen lugar al comienzo de cada año (1 de enero). Sin embargo, durante el año, el plan puede realizar algunos cambios en la Lista de medicamentos. Por ejemplo, el plan podría hacer lo siguiente:

- **Agregar o retirar medicamentos de la Lista de medicamentos.**
- **Pasar un medicamento a un nivel de costo compartido más alto o más bajo.**
- **Agregar o quitar una restricción respecto de la cobertura de un medicamento.**
- **Sustituir un medicamento de marca por uno genérico.**

Debemos cumplir con los requisitos de Medicare antes de modificar la Lista de medicamentos del plan.

Sección 6.2 ¿Qué sucede si hay cambios en la cobertura para un medicamento que usted esté tomando?**Información sobre los cambios en la cobertura de medicamentos**

Cuando se realizan cambios en la Lista de medicamentos, publicamos información en nuestro sitio web sobre esos cambios. También actualizamos nuestra Lista de medicamentos en línea con regularidad. A continuación, señalamos los momentos en que recibirá un aviso directo si se realizan cambios sobre un medicamento que usted esté tomando.

Cambios en su cobertura para medicamentos que lo afectan durante el año del plan actual

- **Un medicamento genérico nuevo reemplaza un medicamento de marca en la Lista de medicamentos (o cambiamos el nivel de costo compartido o agregamos nuevas restricciones al medicamento de marca, o ambas)**
 - Podemos eliminar inmediatamente un medicamento de marca de nuestra Lista de medicamentos si lo reemplazamos con una versión genérica recientemente aprobada del mismo medicamento. El medicamento genérico aparecerá en el mismo nivel de costo compartido o en un nivel de costo compartido más bajo y con las mismas restricciones o menos. Podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos, pero moverlo de inmediato a un nivel de costo compartido más alto, agregar nuevas restricciones o ambas cuando se agregue el nuevo medicamento genérico.

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

- Quizás no le avisemos antes de que realicemos ese cambio, incluso si actualmente usted está tomando el medicamento de marca. Si está tomando el medicamento de marca en el momento en que realicemos el cambio, le proporcionaremos información sobre los cambios específicos. Esto también incluirá información sobre los pasos que puede seguir para solicitar una excepción para que cubramos el medicamento de marca. Quizás no reciba este aviso antes de que realicemos el cambio.
- Usted o la persona autorizada a dar recetas pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento de marca para usted. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 7.
- **Medicamentos no seguros y otros medicamentos de la Lista de medicamentos que se retiran del mercado**
 - A veces, un medicamento puede ser considerado inseguro o retirado del mercado por otra razón. Si esto ocurre, eliminaremos inmediatamente el medicamento de la Lista de medicamentos. Si usted está tomando ese medicamento, le informaremos de inmediato.
 - La persona autorizada a dar recetas también estará enterada de este cambio y puede ayudarlo a encontrar otro medicamento para su afección.
- **Otros cambios sobre los medicamentos de la Lista de medicamentos**
 - Podemos hacer otros cambios que afecten los medicamentos que usted esté tomando una vez que el año haya comenzado. Por ejemplo, podemos agregar un medicamento genérico que no sea nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca en la Lista de medicamentos, o cambiar el nivel de costo compartido o agregar nuevas restricciones al medicamento de marca, o ambas. También podemos realizar cambios en función de advertencias de la FDA en los envases o de nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare.
 - Para estos cambios, debemos avisarle con, al menos, 30 días de anticipación, o darle un aviso del cambio y un resurtido para 31 días del medicamento que esté tomando en una farmacia de la red.
 - Después de recibir el aviso del cambio, usted deberá trabajar junto a la persona autorizada a dar recetas para cambiar a un medicamento diferente que esté cubierto por nosotros o para satisfacer cualquier nueva restricción del medicamento que esté tomando.
 - Usted o la persona autorizada a dar recetas puede solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento para usted. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 7.

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

Cambios en la Lista de medicamentos que no lo afectarán durante este año del plan

Podemos realizar algunos cambios en la Lista de medicamentos que no se encuentran descritos con anterioridad. En estos casos, el cambio no se aplicará a usted si se encuentra tomando el medicamento cuando se realiza el cambio; sin embargo, estos cambios probablemente le afectarán a partir del 1 de enero del siguiente año del plan si permanece en el mismo.

En general, los cambios que no lo afectarán durante el año del plan actual son:

- Pasamos su medicamento a un nivel de costo compartido más alto.
- Imponemos una nueva restricción respecto del uso de su medicamento.
- Retiramos su medicamento de la Lista de medicamentos.

Si cualquiera de estos cambios ocurre con un medicamento que usted esté tomando (con excepción de un retiro del mercado, el reemplazo de un medicamento de marca por un medicamento genérico u otros cambios mencionados en las secciones anteriores), entonces el cambio no afectará su uso ni lo que pague como su parte del costo compartido hasta el 1 de enero del año siguiente. Hasta esa fecha, probablemente no verá ningún aumento en sus pagos ni ninguna otra restricción agregada a su uso del medicamento.

No le informaremos de este tipo de cambios de forma directa durante el año del plan actual. Tendrá que consultar la Lista de medicamentos para el próximo año del plan (cuando la lista se encuentre disponible durante el período de inscripción abierta) para ver si existe algún cambio en los medicamentos que está tomando que lo afectará durante el próximo año del plan.

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

Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos

En esta sección, se describen los tipos de medicamentos con receta que se “excluyen”. Esto significa que Medicare no paga estos medicamentos.

Si recibe algún medicamento que esté excluido, deberá pagarlo usted mismo. Si presenta una apelación y se determina que el medicamento solicitado no se encuentra excluido bajo la Parte D, lo pagaremos o lo cubriremos. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión, consulte el Capítulo 7).

A continuación, se presentan tres normas generales sobre los medicamentos que el plan de medicamentos con receta de Medicare no cubre según la Parte D:

- La cobertura para medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto por la Parte A o la Parte B de Medicare.

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

- Nuestro plan no puede cubrir un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos o sus territorios.
- Nuestro plan, por lo general, no puede cubrir el uso para una indicación no autorizada. “Uso para una indicación no autorizada” es cualquier uso distinto al indicado en la etiqueta de un medicamento aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos.
 - La cobertura para un “uso para una indicación no autorizada” solo se permite cuando el uso está respaldado por ciertas referencias, como American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de Información DRUGDEX.

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

- Medicamentos sin receta (también denominados medicamentos de venta libre).
- Medicamentos utilizados para estimular la fertilidad.
- Medicamentos utilizados para el alivio de la tos o los síntomas del resfriado.
- Medicamentos para fines estéticos o para promover el crecimiento del cabello.
- Vitaminas y productos minerales con receta, salvo las vitaminas prenatales y las preparaciones de flúor.
- Medicamentos para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil.
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la anorexia, la pérdida de peso o el aumento de peso.
- Medicamentos para pacientes externos cuyo fabricante pretenda exigir como condición de venta que los exámenes o los servicios de supervisión asociados se compren exclusivamente al fabricante.

SECCIÓN 8 Cómo obtener un medicamento con receta

Sección 8.1 Proporcione información sobre su membresía
--

Para obtener su medicamento con receta, proporcione la información de su membresía en el plan que figura en su tarjeta de membresía, en la farmacia de la red que usted elija. La farmacia de la red automáticamente le facturará al plan *nuestra* parte del costo de su medicamento. Usted deberá pagarle a la farmacia *su* parte del costo en el momento de retirar su medicamento con receta.

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

Sección 8.2 ¿Qué sucede si no tiene la información de membresía con usted?

Si no tiene la información de su membresía en el plan en el momento de obtener su medicamento con receta, usted o la farmacia pueden llamar al plan para obtener la información necesaria.

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

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

Sección 9.1 ¿Qué sucede si usted está en un hospital o centro de enfermería especializada?

Si usted ingresa en un hospital o en un centro de enfermería especializada, Medicare Original (o su plan de salud de Medicare con cobertura de Parte A y B, si corresponde) generalmente cubrirá el costo de los medicamentos con receta durante la estadía. Una vez que salga del hospital o centro de enfermería especializada, nuestro plan cubrirá sus medicamentos con receta, siempre y cuando estos cumplan con todas nuestras normas para la cobertura descritas en este capítulo.

Sección 9.2 ¿Qué sucede si reside en un centro de atención a largo plazo (LTC)?

Generalmente, un centro de atención a largo plazo (LTC) (como un centro de cuidados) tiene su propia farmacia o utiliza una farmacia que suministra medicamentos para todos sus residentes. Si usted reside en un centro de atención a largo plazo, puede obtener sus medicamentos con receta a través de la farmacia del centro, o la que sea que este utilice, siempre y cuando sea parte de nuestra red.

Consulte el *Directorio de Farmacias* para averiguar si la farmacia del centro de atención a largo plazo, o la que sea que este utilice, forma parte de nuestra red. Si no forma parte, o si necesita más información o asistencia, comuníquese con nuestro Centro de Atención al Cliente. Si usted está en un centro de LTC, debemos asegurarnos de que pueda recibir de manera rutinaria sus beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias de LTC.

¿Qué sucede si reside en un centro de atención a largo plazo (LTC) y necesita un medicamento que no se encuentra en nuestra Lista de medicamentos o tiene algún tipo de restricción?

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

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

Sección 9.3 ¿Qué sucede si está tomando medicamentos que cubre Medicare Original?

Su inscripción en Banner Medicare Classic Rx no afecta su cobertura para medicamentos de la Parte A o Parte B de Medicare. Si usted reúne los requisitos para la cobertura de Medicare, sus medicamentos continuarán estando cubiertos por la Parte A o 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 puede cubrirlo, incluso si decide no inscribirse en la Parte A ni en la Parte B.

La Parte B de Medicare puede cubrir algunos medicamentos en algunas situaciones y mediante Banner Medicare Classic Rx en otras. Pero los medicamentos nunca están cubiertos por la Parte B y nuestro plan al mismo tiempo. En general, su farmacéutico o proveedor determinarán si deben facturarle el medicamento a la Parte B de Medicare o a Banner Medicare Classic Rx.

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

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

Cada año, su compañía de seguros de Medigap le debe enviar un aviso en el que se le informe si su cobertura para medicamentos con receta es “acreditada”, y las opciones que tiene para la cobertura para medicamentos. (Si la cobertura de la póliza Medigap es “acreditada”, quiere decir que, en promedio paga, al menos, lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare). El aviso también le explicará cuánto se reducirá su prima si elimina la parte de la cobertura para medicamentos con receta de su póliza Medigap. Si no recibió este aviso o si no puede encontrarlo, póngase en contacto con la compañía de seguros de Medigap y pida otra copia.

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

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

En general, si tiene una cobertura de grupo de empleados o jubilados, la cobertura para medicamentos con receta que le brindemos será *complementaria* a la cobertura de su grupo. Eso significa que la cobertura de su grupo pagaría primero.

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

Nota especial sobre la “cobertura acreditada”:

Cada año, su empleador o grupo de jubilados le debe enviar un aviso en el que se le informe si su cobertura para medicamentos con receta para el año calendario siguiente es “acreditada”.

Si la cobertura del plan del grupo es “acreditada”, quiere decir que incluye una cobertura para medicamentos que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare.

Guarde este aviso sobre la cobertura acreditada porque es posible que lo necesite más adelante. Si se inscribe en un plan de Medicare que incluye cobertura para medicamentos de la Parte D, es posible que necesite estos avisos para demostrar que usted ha mantenido la cobertura acreditada. Si no recibió el aviso sobre la cobertura acreditada, solicite una copia al administrador de beneficios de su empleador o grupo de jubilados, o al empleador o sindicato.

Sección 9.6	¿Qué sucede si se encuentra en un hospicio certificado por Medicare?
--------------------	---

El hospicio y nuestro plan no cubren el mismo medicamento simultáneamente. Si está inscrito en un hospicio de Medicare y necesita determinados medicamentos (p. ej., medicamentos contra las náuseas, laxantes, analgésicos o ansiolíticos que no estén cubiertos por el hospicio porque no están relacionados con su enfermedad terminal o sus afecciones relacionadas, la persona autorizada a dar recetas o su proveedor del hospicio debe informar a nuestro plan que los medicamentos no están relacionados antes de que el plan pueda cubrirlos. Para evitar demoras en la recepción de estos medicamentos que debería cubrir nuestro plan, puede pedirle al proveedor del hospicio o a la persona autorizada que proporcione un aviso antes de surtir su medicamento con receta.

En caso de que usted revoque su elección de hospicio o que reciba el alta del hospicio, nuestro plan deberá cubrir sus medicamentos, tal como se explica en este documento. Para evitar demoras en la farmacia cuando finalice un beneficio de hospicio de Medicare, presente la documentación en la farmacia para verificar su revocación o alta.

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

Sección 10.1	Programas que ayudan a los miembros a utilizar los medicamentos en forma segura
---------------------	--

Llevamos a cabo revisiones sobre el uso de los medicamentos para nuestros miembros para ayudarlos a asegurarse de que estén recibiendo una atención segura y adecuada.

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

Hacemos una revisión cada vez que usted obtiene un medicamento con receta. También revisamos nuestros registros regularmente. Durante estas revisiones, buscamos posibles problemas, como estos:

- Posibles errores en los medicamentos
- Medicamentos que pueden no ser necesarios porque usted está tomando otro medicamento para tratar la misma afección
- Medicamentos que pueden no ser seguros o apropiados debido a su edad o sexo
- Ciertas combinaciones de medicamentos que podrían hacerle daño si los toma al mismo tiempo
- Recetas para medicamentos que tienen ingredientes a los que usted es alérgico
- Posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que esté tomando
- Cantidades inseguras de analgésicos opioides

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

Sección 10.2	Programa de administración de medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar de manera segura los medicamentos opioides
---------------------	--

Tenemos un programa que ayuda a garantizar que los miembros usen de manera segura sus opioides con receta y otros medicamentos frecuentemente utilizados de manera indebida. Este programa se llama Programa de administración de medicamentos (Drug Management Program, DMP). Si usa medicamentos opioides que obtiene de diferentes doctores o farmacias, o si recientemente tuvo una sobredosis de opioides, podemos hablar con sus doctores para asegurarnos de que el uso que usted haga de estos medicamentos sea apropiado y médicamente necesario. Trabajaremos junto con sus doctores y, si decidimos que su consumo de los medicamentos opioides o benzodiazepina con receta no es seguro, podemos limitar la manera en que obtiene esos medicamentos. Si lo ubicamos en nuestro DMP, las limitaciones pueden incluir lo siguiente:

- Solicitarle que obtenga todos sus medicamentos opioides o benzodiazepina con receta en determinada(s) farmacia(s).
- Solicitarle que obtenga todos sus medicamentos opioides o benzodiazepina con receta de determinado(s) doctor(es).
- Limitar la cantidad de medicamentos opioides o benzodiazepina que cubriremos para usted.

Si tenemos previsto limitar la forma en que puede recibir estos medicamentos o su cantidad, le enviaremos una carta con antelación. La carta explicará las limitaciones que consideramos que debemos aplicar a su caso. Usted tendrá la oportunidad de informarnos qué doctores o farmacias

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

prefiere usar y de brindarnos cualquier otra información que considere de nuestra importancia. Después de que haya tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos, le enviaremos otra carta en la que se confirme la limitación. Si considera que nos hemos equivocado o no está de acuerdo con nuestra determinación o con la limitación impuesta, usted y la persona autorizada a dar recetas tienen derecho a presentar una apelación. Si presenta una apelación, revisaremos su caso y le comunicaremos una decisión. Si seguimos denegando cualquier parte de su solicitud relacionada con las limitaciones que se aplican a su acceso a los medicamentos, transferiremos automáticamente su caso a un revisor independiente fuera de nuestro plan. Para obtener información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 7.

No podremos ubicarlo en nuestro DMP si tiene determinadas afecciones médicas, como dolor relacionado con un cáncer activo o la enfermedad de células falciformes, si recibe atención en un hospicio, atención paliativa o atención de final de vida o si vive en un centro de atención a largo plazo.

Sección 10.3	Programa de manejo del tratamiento farmacológico (MTM) para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos
---------------------	---

Tenemos un programa que puede ayudar a nuestros miembros con necesidades de salud complejas. Nuestro programa se denomina Programa de Manejo del Tratamiento Farmacológico (Medication Therapy Management, MTM). Este programa es voluntario y gratuito. Un equipo de farmacéuticos y doctores creó el programa para nosotros con el fin de ayudar a garantizar que nuestros miembros se beneficien al máximo de los medicamentos que tomen.

Algunos miembros que toman medicamentos para diferentes afecciones y tienen altos costos de medicamentos, o que están en un DMP que ayuda a los miembros a usar sus opioides de manera segura, pueden obtener los servicios de un Programa de MTM. Un farmacéutico u otro profesional de la salud llevará a cabo una revisión integral de sus medicamentos. Durante la revisión, usted puede hablar sobre sus medicamentos, los costos, o cualquier problema o pregunta que tenga sobre sus medicamentos con receta y de venta libre. Recibirá un resumen por escrito con una lista de tareas recomendadas que incluye los pasos que debería seguir para obtener los mejores resultados de sus medicamentos. Usted también obtendrá una lista de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que esté tomando, la cantidad, cuándo los toma y la razón por la que lo hace. Además, los miembros que están en el Programa de MTM recibirán información sobre la eliminación segura de los medicamentos con receta que sean sustancias controladas.

Es aconsejable hablar con su doctor sobre su lista de tareas recomendadas y su lista de medicamentos. Lleve el resumen a la consulta o en cualquier momento que hable con sus doctores, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. También mantenga su lista de medicamentos al día y llévela con usted (por ejemplo, con su identificación) si acude al hospital o a la sala de emergencias.

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

Si tenemos un programa que se adapte a sus necesidades, lo inscribiremos automáticamente en él y le enviaremos la información. Si usted decide no participar, notifíquenos, y retiraremos su participación. Si tiene alguna pregunta sobre este programa, comuníquese con nuestro Centro de Atención al Cliente.

CAPÍTULO 4:

Lo que le corresponde pagar por los medicamentos recetados de la Parte D

Capítulo 4 Lo que le corresponde pagar por los medicamentos recetados de la Parte D

¿Recibe actualmente ayuda para pagar sus medicamentos?

Si participa en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos, **parte de la información de esta Evidencia de Cobertura sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D puede no aplicarse en su caso.** Hemos incluido un folleto separado, que se denomina “Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs” (Cláusula Adicional a la Evidencia de Cobertura para las Personas que Reciben Ayuda Adicional para Pagar los Medicamentos con Receta), también conocida como “Low Income Subsidy Rider” o “LIS Rider” (Cláusula Adicional para Subsidio por Bajos Ingresos, o Cláusula Adicional LIS), que le informa sobre la cobertura para sus medicamentos. Si no posee este folleto, comuníquese con nuestro Centro de Atención al Cliente y pida la “Cláusula Adicional LIS”.

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1	Utilice este capítulo junto con la otra documentación que explica la cobertura para medicamentos
--------------------	---

Este capítulo se centra en lo que le corresponde pagar por los medicamentos recetados de la Parte D. Para simplificar las cosas, en este capítulo, usamos el término “medicamento” en el sentido de un medicamento con receta de la Parte D. Como se explica en el Capítulo 3, no todos los medicamentos son medicamentos de la Parte D; algunos medicamentos están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y otros medicamentos están excluidos de la cobertura de Medicare por ley.

Para comprender la información de pago, debe saber qué medicamentos están cubiertos, dónde obtener sus medicamentos con receta y cuáles son las normas que debe seguir cuando recibe sus medicamentos cubiertos. Las Secciones 1 a 4 del Capítulo 3 explican estas normas.

Sección 1.2	Tipos de costos que es posible que deba pagar de su bolsillo por los medicamentos cubiertos
--------------------	--

Existen diferentes tipos de costos que paga de su bolsillo para los medicamentos de la Parte D. La cantidad que usted paga por un medicamento se denomina “costo compartido” y hay tres maneras en las que se le puede solicitar que pague.

- El “**deducible**” es la cantidad que usted paga por los medicamentos antes de que el plan comience a pagar la parte que le corresponde.
- El “**copago**” es una cantidad fija que usted paga cada vez que obtiene un medicamento con receta.
- El “**coseguro**” es un porcentaje del costo total del medicamento que usted paga cada vez que obtiene un medicamento con receta.

Capítulo 4 Lo que le corresponde pagar por los medicamentos recetados de la Parte D

Sección 1.3 Cómo calcula Medicare los costos que paga de su bolsillo

Medicare tiene normas acerca de lo que se tiene en cuenta y lo que *no* se tiene en cuenta para los costos que paga de su bolsillo. Estas son las normas que debemos cumplir para hacer un seguimiento de los costos que paga de su bolsillo.

Estos pagos se incluyen en los costos que paga de su bolsillo

Los costos que paga de su bolsillo incluyen los pagos detallados a continuación (siempre y cuando correspondan a medicamentos cubiertos de la Parte D y usted haya cumplido con las normas relativas a la cobertura para medicamentos que se explican en el Capítulo 3):

- La cantidad que paga por los medicamentos cuando está en cualquiera de las siguientes etapas de pago de medicamentos:
 - La Etapa del deducible
 - La Etapa de cobertura inicial
 - La Etapa del período sin cobertura
- Cualquier pago que efectuó durante este año calendario como miembro de otro plan de medicamentos con receta de Medicare diferente antes de inscribirse en nuestro plan.

Es importante quién paga:

- Si **usted** hace estos pagos, se incluyen en los costos que paga de su bolsillo.
- Estos pagos *también se incluyen* si los efectúa **otra persona u organización** en su nombre. Esto incluye los pagos por sus medicamentos realizados por un amigo o familiar, por la mayoría de las organizaciones benéficas, por programas de asistencia de medicamentos para el SIDA o por el Servicio de Salud para la Población Indígena Estadounidense. También se incluyen los pagos hechos por el programa de “Ayuda adicional” de Medicare.
- Se incluyen algunos de los pagos realizados por el Programa de Descuento de Medicare para el Período sin Cobertura de Medicare. Se incluye la cantidad que el fabricante paga por los medicamentos de marca. Sin embargo, no se incluye la cantidad que el plan paga por sus medicamentos genéricos.

Paso a la Etapa de cobertura para catástrofes:

Cuando usted (o los que pagan en su nombre) haya pagado de su bolsillo un total de \$7,400 en el año calendario, pasará de la Etapa del período sin cobertura a la Etapa de cobertura para catástrofes.

Capítulo 4 Lo que le corresponde pagar por los medicamentos recetados de la Parte D

Estos pagos no se incluyen en los costos que paga de su bolsillo

Los costos que paga de su bolsillo **no incluyen** ninguno de estos tipos de pagos:

- Su prima mensual.
- Medicamentos que compre fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Medicamentos que nuestro plan no cubra.
- Medicamentos que obtenga 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 pertenezcan a la Parte D, incluidos los medicamentos con receta cubiertos por la Parte A o la Parte B y otros medicamentos excluidos de la cobertura por Medicare.
- Pagos que realice el plan por sus medicamentos genéricos o de marca mientras se encuentre en la Etapa del período sin cobertura.
- Pagos de sus medicamentos que realicen planes de salud grupal, incluidos los planes de salud del empleador.
- Pagos de sus medicamentos que realicen ciertos planes de seguro y programas de salud financiados por el gobierno, como TRICARE y Asuntos de veteranos.
- Pagos de sus medicamentos que realice un tercero con la obligación legal de pagar los costos de los medicamentos con receta (por ejemplo, compensación laboral).

Recordatorio: Si cualquier otra organización, como las que mencionamos más arriba, paga parte o la totalidad de los costos que paga de su bolsillo por los medicamentos, usted debe informarlo a nuestro plan comunicándose con nuestro Centro de Atención al Cliente.

¿Cómo puede llevar un registro del total de los costos que paga de su bolsillo?

- **Nosotros lo ayudaremos.** El informe de la EOB de la Parte D que usted recibe incluye la cantidad actual de los costos que paga de su bolsillo. Cuando esta cantidad alcance \$7,400, en este informe se le indicará que ha dejado la Etapa del período sin cobertura y ha pasado a la Etapa de cobertura para catástrofes.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** En la Sección 3.2 se describe lo que usted puede hacer para asegurarse de que los registros que tengamos de lo que ha gastado estén completos y actualizados.

Capítulo 4 Lo que le corresponde pagar por los medicamentos recetados de la Parte D

SECCIÓN 2 El precio que usted paga por un medicamento depende de la “etapa de pago de medicamentos” en la que esté al obtener el medicamento

Sección 2.1	¿Cuáles son las etapas de pago de medicamentos para los miembros de Banner Medicare Classic Rx?
--------------------	--

Hay cuatro “etapas de pago de medicamentos” para su cobertura para medicamentos con receta según Banner Medicare Classic Rx. La cantidad que paga depende de la etapa en que se encuentre en el momento que obtenga un medicamento con receta o un resurtido. Tenga en cuenta que usted siempre debe pagar la prima mensual del plan, independientemente de la etapa de pago de medicamentos. Los detalles de cada etapa se encuentran en la Sección 4 a 7 de este capítulo. Las etapas son:

Etapas 1: Etapa del deducible anual

Etapas 2: Etapa de cobertura inicial

Etapas 3: Etapa del período sin cobertura

Etapas 4: Etapa de cobertura para catástrofes

Mensaje importante acerca de lo que usted paga por la insulina - No pagará más de \$35 por un suministro de un mes para cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, independientemente del nivel de costo compartido en que se encuentre, incluso si no ha pagado su deducible.

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 resumen mensual llamado “Explicación de beneficios de la Parte D” (“EOB de la Parte D”)
--------------------	---

Nuestro plan hace un seguimiento de los costos de sus medicamentos con receta y de los pagos que ha efectuado cuando obtiene sus medicamentos con receta o un resurtido en la farmacia. De esta manera, podemos decirle cuándo ha pasado de una etapa de pago de medicamentos a la siguiente etapa. En particular, hay dos tipos de costos de los que hacemos un seguimiento:

- Llevamos un registro de cuánto ha pagado. A este se lo denomina costo “**que paga de su bolsillo**”.

Capítulo 4 Lo que le corresponde pagar por los medicamentos recetados de la Parte D

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

Si ha obtenido uno o más medicamentos con receta a través del plan durante el mes anterior, le enviaremos una *Explicación de beneficios de la Parte D* (“EOB de la Parte D”). La EOB de la Parte D incluye:

- **Información para ese mes.** Este informe proporciona los detalles de pago de los medicamentos con receta que obtuvo el mes anterior. Muestra el total de costos de los medicamentos, lo que el plan pagó y lo que usted y otros han pagado en su nombre.
- **Los totales para el año desde el 1 de enero.** A esto se lo denomina información “del año hasta la fecha”. Muestra los costos totales de los medicamentos y los pagos totales por sus medicamentos desde el inicio del año.
- **Información sobre los precios de los medicamentos.** Esta información mostrará el precio total del medicamento e información sobre aumentos en su precio desde la primera vez que lo obtenga para cada reclamación de medicamento con receta de la misma cantidad.
- **Medicamentos con receta alternativos disponibles a un costo más bajo.** Esto incluirá información sobre otros medicamentos disponibles con menor costo compartido para cada reclamación de medicamento.

Sección 3.2	Ayúdenos a mantener al día nuestra información sobre sus pagos de los medicamentos
--------------------	---

Para hacer un seguimiento de los costos de sus medicamentos y de los pagos que efectúa por estos, utilizamos los registros que recibimos de las farmacias. Usted puede ayudarnos a mantener su información correcta y actualizada de la siguiente manera:

- **Muestre su tarjeta de membresía cada vez obtenga un medicamento con receta.** Esto nos ayuda a asegurarnos que sepamos acerca de los medicamentos con receta que está obteniendo y lo que está pagando.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** Hay ocasiones en las que podría tener que pagar el costo total de un medicamento con receta. En estos casos, no recibiremos automáticamente la información que necesitamos para mantener el seguimiento de los costos que paga de su bolsillo. Para ayudarnos a mantener un registro de los costos que paga de su bolsillo, bríndenos las copias de sus recibos. Estos son algunos ejemplos de aquellos casos en los que debería entregarnos copias de sus recibos de medicamentos:
 - Cuando compre un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuento que no sea parte del beneficio de nuestro plan.

Capítulo 4 Lo que le corresponde pagar por los medicamentos recetados de la Parte D

- Cuando realice un copago por medicamentos que se proporcionan en virtud de un programa de asistencia al paciente del fabricante del medicamento.
 - Cada vez que compre medicamentos cubiertos en una farmacia fuera de la red o cuando pague el precio total de un medicamento cubierto en circunstancias especiales.
 - Si se le factura por un medicamento cubierto, puede pedirle a nuestro plan que pague la parte que nos corresponde del costo. Para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo, vaya a la Sección 2 del Capítulo 5.
- **Envíenos información sobre los pagos que otros hayan realizado por usted.** Los pagos realizados por otras personas u organizaciones también se tienen en cuenta en los costos que paga de su bolsillo. Por ejemplo, para los costos que paga de su bolsillo, se tienen en cuenta los pagos realizados por un Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP), el Servicio de Salud para la Población Indígena Estadounidense y la mayoría de las organizaciones benéficas. Lleve un registro de estos pagos y nos lo envíe para que podamos hacer un seguimiento de sus costos.
 - **Revise el informe que le enviemos por escrito.** Cuando reciba una “EOB de la Parte D”, revísela para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si considera que faltan datos o tiene alguna pregunta, comuníquese con nuestro Centro de Atención al Cliente. Asegúrese de guardar estos informes.

SECCIÓN 4 Durante la Etapa del deducible, usted paga el costo total de sus medicamentos de Niveles 3, 4 y 5

La Etapa del deducible es la primera etapa de pago de la cobertura para medicamentos. Usted pagará un deducible anual de \$505 por medicamentos de Niveles 3, 4 y 5. **Debe pagar el costo total de sus medicamentos de Niveles 3, 4 y 5** hasta que alcance la cantidad del deducible del plan. Para todos los demás medicamentos, no deberá pagar ningún deducible. El “**costo total**” suele ser inferior al precio total habitual del medicamento, puesto que el plan ha negociado costos más bajos para la mayoría de los medicamentos en las farmacias de la red.

Una vez que haya pagado \$505 por sus medicamentos de Niveles 3, 4 y 5, sale de la Etapa del deducible y pasa a la Etapa de cobertura inicial.

Capítulo 4 Lo que le corresponde pagar por los medicamentos recetados de la Parte D

No hay deducible para Banner Medicare Classic Rx para insulinas selectas. Durante la Etapa del deducible, los costos que paga de su bolsillo para estas insulinas selectas constituirán un copago de \$35 por receta para un suministro de un mes. Para averiguar qué tipo de medicamentos son las insulinas selectas, consulte la Lista de medicamentos más reciente que le enviamos por correo electrónico. Puede identificar las insulinas selectas por las letras “SSM” en la Lista de medicamentos. Si tiene preguntas sobre la Lista de medicamentos, también puede comunicarse con nuestro Centro de Atención al Cliente. (Los números de teléfono de nuestro Centro de Atención al Cliente figuran en la contraportada de este folleto).

SECCIÓN 5 Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga su parte

Sección 5.1 Lo que pague por un medicamento depende del medicamento en sí y de dónde lo obtiene
--

Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos con receta cubiertos, y usted paga su parte (la cantidad de copago o coseguro). La parte que le corresponde del costo varía según el medicamento y dónde obtiene los medicamentos con receta.

El plan tiene 5 niveles de costo compartido

Todos los medicamentos de la Lista de medicamentos del plan se encuentran en uno de los 5 niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el nivel de costo compartido, mayor será el costo que usted deberá pagar por el medicamento:

- Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos (nivel de costo compartido más bajo)
- Nivel 2: medicamentos genéricos
- Nivel 3: medicamentos de marca preferidos
- Nivel 4: medicamentos no preferidos
- Nivel 5: medicamentos de especialidad (nivel de costo compartido más alto)

Para saber en qué nivel de costo compartido está su medicamento, consulte la *Lista de medicamentos* del plan.

Sus opciones de farmacia

La cantidad que usted pague por un medicamento se determina según el lugar donde obtenga el medicamento:

- Una farmacia minorista de la red.

Capítulo 4 Lo que le corresponde pagar por los medicamentos recetados de la Parte D

- Una farmacia que no es de la red de nuestro plan. Cubrimos medicamentos con receta obtenidos en farmacias fuera de la red solamente en situaciones limitadas. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 3 para averiguar cuándo cubriremos un medicamento con receta obtenido en una farmacia fuera de la red.
- La farmacia de pedido por correo del plan.

Para obtener más información sobre las opciones de farmacias y la obtención de los medicamentos con receta, consulte el Capítulo 3 y el *Directorio de Farmacias* del plan.

Sección 5.2	Una tabla que muestra sus costos por un suministro para <i>un mes</i> de un medicamento
--------------------	--

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

Como se muestra en la tabla siguiente, la cantidad del copago o coseguro depende del nivel de costo compartido. A veces, el costo del medicamento puede ser inferior a su copago. En estos casos, usted paga el precio más bajo del medicamento en lugar del copago.

Capítulo 4 Lo que le corresponde pagar por los medicamentos recetados de la Parte D

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

Nivel	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (un suministro para hasta 31 días)	Costo compartido de atención a largo plazo (LTC) (un suministro para hasta 31 días)	Costo compartido fuera de la red (La cobertura se limita a ciertas situaciones. Consulte el Capítulo 3 para obtener más detalles). (un suministro para hasta 31 días)
Nivel 1 de costo compartido (medicamentos genéricos preferidos)	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0
Nivel 2 de costo compartido (medicamentos genéricos)	Copago de \$6	Copago de \$6	Copago de \$6
Nivel 3 de costo compartido (medicamentos de marca preferidos)	Copago de \$40	Copago de \$40	Copago de \$40
Nivel 4 de costo compartido (medicamentos no preferidos)	Coseguro del 37%	Coseguro del 37%	Coseguro del 37%
Nivel 5 de costo compartido (medicamentos de especialidad)	Coseguro del 25%	Coseguro del 25%	Coseguro del 25%
Insulinas selectas	Copago de \$35	Copago de \$35	Copago de \$35

Capítulo 4 Lo que le corresponde pagar por los medicamentos recetados de la Parte D

Sección 5.3 Si su doctor le receta un suministro para menos de un mes completo, es posible que usted no deba pagar el costo del mes completo

Por lo general, la cantidad que paga por un medicamento con receta cubre el suministro para un mes completo. Es posible que, en algunos casos, usted o su doctor deseen obtener el suministro de un medicamento para menos de un mes (por ejemplo, cuando prueba por primera vez). También puede pedirle a su doctor que le recete, y a su farmacéutico que le entregue, un suministro para menos de un mes completo de sus medicamentos, si esto lo ayuda a planificar mejor las fechas de resurtido de diferentes medicamentos con receta.

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

- Si debe pagar un coseguro, pagará un porcentaje del costo total del medicamento. Dado que el coseguro se basa en el costo total del medicamento, su costo será menor ya que el costo total del medicamento será menor.
- Si usted debe realizar un copago por el medicamento, solo deberá pagar por la cantidad de días del medicamento que reciba en lugar de pagar por el mes completo. Calcularemos la cantidad que paga por día por su medicamento (el “costo compartido diario”) y lo multiplicaremos por la cantidad de días del medicamento que reciba.

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

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

La siguiente tabla muestra lo que usted paga cuando recibe un suministro de un medicamento a largo plazo.

- A veces, el costo del medicamento puede ser inferior a su copago. En estos casos, usted paga el precio más bajo del medicamento en lugar del copago.

Capítulo 4 Lo que le corresponde pagar por los medicamentos recetados de la Parte D

La parte que le corresponde pagar del costo al obtener un suministro a largo plazo de un medicamento con receta cubierto de la Parte D:

Nivel	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (suministro de 90 días)	Costo compartido de pedido por correo (suministro de 90 días)
Nivel 1 de costo compartido (medicamentos genéricos preferidos)	Copago de \$0	Copago de \$0
Nivel 2 de costo compartido (medicamentos genéricos)	Copago de \$18	Copago de \$12
Nivel 3 de costo compartido (medicamentos de marca preferidos)	Copago de \$120	Copago de \$80
Nivel 4 de costo compartido (medicamentos no preferidos)	Coseguro del 37%	Coseguro del 37%
Nivel 5 de costo compartido (medicamentos de especialidad)	No hay suministro a largo plazo para medicamentos en el Nivel 5.	No hay venta por correo para medicamentos de Nivel 5.
Insulinas selectas	Copago de \$105	Copago de \$70

Sección 5.5 Permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que los costos totales anuales de sus medicamentos alcancen los \$4,660

Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que la cantidad total correspondiente a los medicamentos con receta que ha obtenido llegue al **límite de \$4,660 para la Etapa de cobertura inicial**.

La EOB de la Parte D que reciba lo ayudará a llevar un registro de lo que usted, el plan y cualquier otro tercero, han gastado en usted durante el año. Muchas personas no llegan al límite de \$4,660 en un año.

Le informaremos cuando alcance esta cantidad. Si llega a esta cantidad, saldrá de la Etapa de cobertura inicial y pasará a la Etapa del período sin cobertura. Consulte la Sección 1.3 para obtener información sobre cómo calcula Medicare los costos que paga de su bolsillo.

Capítulo 4 Lo que le corresponde pagar por los medicamentos recetados de la Parte D

SECCIÓN 6 Costos en la Etapa del período sin cobertura

Cuando usted está en la Etapa del período sin cobertura, el Programa de Descuento de Medicare para el Período sin cobertura de Medicare ofrece descuentos del fabricante en medicamentos de marca. Paga el 25% del precio negociado y una parte del costo de suministro de los medicamentos de marca. Tanto la cantidad que usted paga como la cantidad descontada por el fabricante se tienen en cuenta para los costos que paga de su bolsillo como si usted hubiera pagado esa cantidad y la desplaza a lo largo del período sin cobertura.

También recibe cierto grado de cobertura para los medicamentos genéricos. No paga más del 25% del costo de los medicamentos genéricos y el plan paga el resto del costo. Solo la cantidad que usted paga es considerada y la desplaza a lo largo del período sin cobertura.

Usted sigue pagando estos costos hasta que el total de lo que paga de su bolsillo llegue a la cantidad máxima que ha fijado Medicare. Una vez que alcance esta cantidad de \$7,400, sale de la Etapa del período sin cobertura y pasa a la Etapa de cobertura para catástrofes.

Medicare tiene normas acerca de lo que se tiene en cuenta y lo que *no* se tiene en cuenta como costos que paga de su bolsillo (Sección 1.3).

Banner Medicare Classic Rx ofrece cobertura adicional durante el período sin cobertura para insulinas selectas. Durante la Etapa del período sin cobertura, los costos que paga de su bolsillo para insulinas selectas constituirán un copago de \$35 por receta para un suministro de un mes. Para averiguar qué tipo de medicamentos son las insulinas selectas, consulte la Lista de medicamentos más reciente que le enviamos por correo electrónico. Puede identificar las insulinas selectas por las letras “SSM” en la Lista de medicamentos. Si tiene preguntas sobre la Lista de medicamentos, también puede comunicarse con nuestro Centro de Atención al Cliente. (Los números de teléfono de nuestro Centro de Atención al Cliente figuran en la contraportada de este folleto).

SECCIÓN 7 Durante la Etapa de cobertura para catástrofes, el plan paga la mayor parte del costo de sus medicamentos

Usted ingresa en la Etapa de cobertura para catástrofes cuando los costos que paga de su bolsillo hayan alcanzado el límite de \$7,400 del año calendario. Una vez que esté en la Etapa de cobertura para catástrofes, se quedará 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. Usted pagará:

- **Su parte** del costo de un medicamento cubierto será el coseguro o el copago, la cantidad que sea *mayor*:
 - – o – coseguro del 5% del costo del medicamento.

Capítulo 4 Lo que le corresponde pagar por los medicamentos recetados de la Parte D

- – o – \$4.15 para un medicamento genérico o un medicamento que es tratado como genérico y \$10.35 para todos los demás medicamentos.

SECCIÓN 8 Vacunas de la Parte D. Lo que usted pague dependerá de cómo y dónde las obtenga

Mensaje importante acerca de lo que usted paga por las vacunas - Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted, incluso si no ha pagado su deducible. Llame a nuestro Centro de Atención al Cliente para obtener más información.

Hay dos partes de nuestra cobertura de vacunas de la Parte D:

- La primera parte de la cobertura es el costo **de la vacuna en sí**.
- La segunda parte de la cobertura es para el costo de la **administración de la vacuna**. (A veces se la denomina “colocación” de la vacuna).

Sus costos por una vacuna de la Parte D dependerán de tres elementos:

- 1. El tipo de vacuna** (para qué se la administran).
 - Algunas vacunas se consideran beneficios médicos.
 - Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan.
- 2. Dónde obtiene la vacuna.**
 - La vacuna en sí puede ser dispensada por una farmacia o proporcionada por el consultorio del doctor.
- 3. Quién le administra la vacuna.**
 - Un farmacéutico puede administrarle la vacuna en la farmacia u otro proveedor puede administrársela en el consultorio del doctor.

Lo que pague en el momento en que le administren la vacuna de la Parte D puede variar según las circunstancias y en qué Etapa del medicamento se encuentre.

- A veces, cuando obtenga una vacuna, deberá pagar por el costo total de la misma y por el del proveedor que se la administró. Puede solicitarle al plan que le devuelva la parte del costo que nos corresponde pagar.
- Otras veces, cuando obtenga una vacuna, solo tendrá que pagar su parte del costo según su beneficio de la Parte D.

A continuación, se incluyen tres ejemplos de formas en las que podría obtener una vacuna de la Parte D.

Capítulo 4 Lo que le corresponde pagar por los medicamentos recetados de la Parte D

Situación 1: Obtiene su vacuna en la farmacia de la red. (Tener esta opción o no depende de dónde viva usted. En algunos estados no se permite que las farmacias administren vacunas).

- Usted le pagará a la farmacia su coseguro o copago por la vacuna en sí, lo que incluye el costo de su administración.
- Nuestro plan pagará el resto de los costos.

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

- Cuando reciba la vacuna, pagará por el costo total de la misma y por el del proveedor que se la administró.
- Entonces, puede solicitarle a nuestro plan que le pague la parte que nos corresponde del costo a través de los procedimientos que se encuentran descritos en el Capítulo 5.
- Se le reembolsará la cantidad que usted haya pagado, menos el coseguro o copago normal por la vacuna (incluida la administración).

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

- Usted deberá pagarle a la farmacia su coseguro o copago por la vacuna en sí.
- Cuando su doctor le administre la vacuna, deberá pagar el costo total de este servicio. Entonces, puede solicitarle a nuestro plan que le pague la parte que nos corresponde del costo a través de los procedimientos descritos en el Capítulo 5.
- Se le reembolsará la cantidad que le haya cobrado el doctor por la administración de la vacuna.

CAPÍTULO 5:

Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de los costos de medicamentos cubiertos

Capítulo 5 Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de los costos de medicamentos cubiertos

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de los medicamentos cubiertos

A veces, cuando reciba un medicamento con receta, es posible que deba pagar el costo total. Otras veces, se dará cuenta de que ha pagado más de lo que pensaba que debía pagar según las normas de cobertura del plan o puede recibir una factura de un proveedor. En estos casos, puede pedirle a nuestro plan que le devuelva el dinero (a la acción de devolver el dinero a menudo se la llama “reembolsar”). Es posible que haya plazos que deba cumplir para que le devuelvan el dinero. Consulte la Sección 2 de este capítulo.

Estos son ejemplos de situaciones en las que puede tener que solicitarle al plan que le haga un reembolso. Todos estos ejemplos son tipos de decisiones de cobertura (para obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte el Capítulo 7).

1. Cuando utilice una farmacia fuera de la red para obtener medicamentos con receta

Si acude a una farmacia fuera de la red, es posible que la farmacia no pueda presentarnos la reclamación directamente. Si esto sucede, usted deberá pagar el costo total de sus medicamentos con receta.

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso de la parte que nos corresponde del costo. Recuerde que solo cubrimos farmacias fuera de la red en circunstancias limitadas. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 3 para acceder a un análisis de estas circunstancias.

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

Si no lleva consigo su tarjeta de membresía del plan, puede pedirle a la farmacia que llame al plan o que busque su información de inscripción. Sin embargo, si la farmacia no puede obtener de inmediato la información que necesita sobre la inscripción, es posible que usted deba pagar el costo total del medicamento con receta.

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso de la parte que nos corresponde del costo.

3. Cuando usted pague el costo total de un medicamento con receta en otras situaciones

Usted puede pagar el costo total del medicamento con receta porque se da cuenta de que el medicamento no tiene cobertura por alguna razón.

- Por ejemplo, el medicamento puede no estar en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan, o podría tener un requisito o una restricción que usted no

Capítulo 5 Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de los costos de medicamentos cubiertos

conocía o que no cree que debería aplicarse en su caso. Si decide obtener el medicamento de inmediato, es posible que deba pagar el costo total.

- Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso. En algunas situaciones, es posible que debamos obtener más información de su doctor para reembolsarle la parte que nos corresponde del costo.

4. Si se inscribe retroactivamente en nuestro plan

Algunas veces, la inscripción de una persona en el plan es retroactiva. (Esto significa que el primer día de la inscripción ya había pasado. La fecha de inscripción pudo incluso haber sido el año pasado).

Si se inscribió retroactivamente en nuestro plan y pagó de su bolsillo por los medicamentos después de la fecha de inscripción, puede solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde. Deberá enviarnos cierta documentación para que coordinemos su reembolso.

Todos los ejemplos anteriores corresponden a tipos de decisiones de cobertura. Esto significa que, si rechazamos su solicitud de pago, usted puede apelar nuestra decisión. El Capítulo 7 de este documento posee información sobre cómo presentar una apelación.

SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos un reembolso

Usted puede pedirnos un reembolso llamándonos o enviándonos una solicitud por escrito. Si envía una solicitud por escrito, incluya el recibo que documente el pago que haya realizado. Es aconsejable hacer una copia de sus recibos para sus registros. **Debe presentarnos la reclamación dentro de los 365 días** a partir de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.

Envíenos por correo o fax su solicitud de pago junto con cualquier factura o recibo de pago a esta dirección:

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

Fax: (608) 741-5483

Capítulo 5 Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de los costos de medicamentos cubiertos

SECCIÓN 3 Analizaremos su solicitud de pago y decidiremos si le pagaremos o no

Sección 3.1 Comprobamos si debemos cubrir el medicamento y cuánto debemos

Cuando recibamos su solicitud de pago, le haremos saber 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 ha cumplido con todas las normas, pagaremos la parte que nos corresponde del costo. Le enviaremos por correo su reembolso de la parte que nos corresponde del costo. Le enviaremos el pago en un plazo de 30 días después de que recibamos su solicitud.
- Si tomamos la decisión de *no* cubrir el medicamento, o si usted *no* cumplió con todas las normas, no pagaremos la parte que nos corresponde del costo. Le enviaremos una carta explicando las razones por las que no le enviaremos el pago y su derecho a apelar esa decisión.

Sección 3.2 Si le comunicamos que no pagaremos la totalidad o parte del medicamento, usted puede presentar una apelación
--

Si piensa que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago o con la cantidad que le pagaremos, puede presentar una apelación. Si presenta una apelación, significa que nos está pidiendo que cambiemos la decisión que tomamos al rechazar su solicitud de pago. El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Para obtener detalles sobre cómo presentar esta apelación, consulte el Capítulo 7 de este documento.

CAPÍTULO 6:

Sus derechos y responsabilidades

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

Sección 1.1	Debemos proporcionarle información de una manera que sea conveniente para usted y conforme a sus sensibilidades culturales (en otros idiomas que no sean el inglés, en braille, en tamaño de letra grande, en otros formatos alternativos, etc.)
--------------------	---

Su plan tiene la obligación de garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se presten de forma culturalmente competente y sean accesibles para todos los miembros, incluidos los que tienen un dominio limitado del inglés, una capacidad limitada de lectura, una incapacidad auditiva o un origen cultural y étnico diverso. Algunos ejemplos de cómo un plan puede cumplir estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros, la prestación de servicios de traducción, servicios de intérprete, teletipos o conexión TTY (teléfono de texto o teletipo).

Nuestro plan cuenta con servicios de interpretación gratuitos disponibles para responder a las preguntas de los miembros que no hablan inglés. También podemos proporcionarle información en español, en braille, en tamaño de letra grande o en otros formatos alternativos, sin costo alguno, si lo necesita. Debemos proporcionarle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para obtener información sobre nosotros de una manera que sea conveniente para usted, llame a nuestro Centro de Atención al Cliente.

Si tiene alguna dificultad para obtener información sobre nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, llámenos para presentar una queja ante nuestro Centro de Atención al Cliente al (844) 549-1859, TTY 711. También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights) al 1-800-368-1019 o al TTY 1-800-537-7697.

Your plan is required to ensure that all services, both clinical and non-clinical, are provided in a culturally competent manner and are accessible to all enrollees, including those with limited English proficiency, limited reading skills, hearing incapacity, or those with diverse cultural and ethnic backgrounds. Examples of how a plan may meet these accessibility requirements include, but are not limited to provision of translator services, interpreter services, teletypewriters, or TTY (text telephone or teletypewriter phone) connection.

Our plan has free interpreter services available to answer questions from non-English speaking members. We can also give you information in Spanish, braille, 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 our Customer Care Center.

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 Customer Care Center at (844) 549-1859, TTY 711. 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 at 1-800-368-1019 or TTY 1-800-537-7697.

Sección 1.2	Debemos asegurarnos de que usted tenga acceso oportuno a los medicamentos cubiertos
--------------------	--

Tiene derecho a obtener sus medicamentos con receta o a resurtirlos en cualquiera de las farmacias de nuestra red, sin demoras prolongadas. Si usted considera que no está recibiendo los medicamentos de la Parte D dentro de un plazo razonable, el Capítulo 7 de este documento le explica lo que puede hacer.

Sección 1.3	Debemos proteger la privacidad de su información de salud personal
--------------------	---

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

- Su “información de salud personal” incluye la información personal que nos suministró cuando se inscribió en este plan, así como sus registros médicos y otra información médica y de salud.
- Usted tiene derechos relacionados con su información y el control de cómo se utiliza su información de salud. Le enviamos un aviso por escrito, que se denomina “Notice of Privacy Practice” (Aviso sobre prácticas de privacidad), en el que se le informa sobre estos derechos y se le explica cómo protegemos la privacidad de la información de salud.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información de salud?

- Nos aseguramos de que personas no autorizadas no vean ni cambien sus registros.
- Salvo por las circunstancias enumeradas a continuación, si tenemos la intención de suministrar su información de salud a otra persona que no le brinde atención ni pague por ella, *tenemos la obligación de pedir por escrito su autorización, o de quien haya dado poder legal para tomar decisiones en su nombre, antes de hacerlo.*
- Hay ciertas excepciones que no nos obligan a obtener antes su permiso por escrito. Estas excepciones están permitidas o son exigidas por la ley.
 - Se nos exige dar a conocer información de salud a agencias del gobierno que controlan la calidad de la atención.
 - Dado que usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, se nos exige proporcionarle a Medicare su información de salud, incluida la información acerca de sus medicamentos recetados de la Parte D. Si Medicare da a conocer su información para una investigación u otros usos, lo hará de acuerdo con las leyes

y reglamentaciones federales. Generalmente esto requiere que la información que lo identifica de manera exclusiva no se comparta.

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

Usted tiene derecho a ver sus registros médicos conservados en el plan y a obtener una copia de ellos. Estamos autorizados a cobrarle un cargo por hacer las copias. Usted también tiene derecho a pedirnos que agreguemos información o que corrijamos sus registros médicos. Si nos pide que hagamos esto, trabajaremos junto su proveedor de atención médica para decidir si los cambios deben realizarse o no.

Usted tiene derecho a saber cómo se ha compartido su información de salud con otras personas para fines que no son de rutina.

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su información de salud personal, llame a nuestro Centro de Atención al Cliente.

Sección 1.4	Debemos proporcionarle información acerca del plan, su red de farmacias y sus medicamentos cubiertos
--------------------	---

Como miembro de Banner Medicare Classic Rx, usted tiene derecho a obtener de nosotros varios tipos de información.

Si desea obtener cualquiera de los siguientes tipos de información, llame a nuestro Centro de Atención al Cliente:

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera del plan.
- **Información acerca de nuestras farmacias de la red.** Usted tiene derecho a obtener información sobre las calificaciones de las farmacias de nuestra red y cómo les pagamos a las farmacias de nuestra red.
- **Información acerca de su cobertura y de las normas que debe cumplir para usarla.** Los Capítulos 3 y 4 proporcionan información sobre la cobertura de los medicamentos con receta de la Parte D.
- **Información sobre los motivos por los que algo no se cubre y lo que puede hacer al respecto.** El Capítulo 7 proporciona información sobre cómo solicitar una explicación por escrito de por qué un medicamento de la Parte D no se encuentra cubierto o su cobertura está restringida. El Capítulo 7 también ofrece información sobre cómo pedirnos que modifiquemos una decisión, lo que también se denomina “apelación”.

Sección 1.5	Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su atención
--------------------	---

Usted tiene derecho a dar instrucciones sobre lo que debe hacerse si no puede tomar decisiones médicas por sí mismo

A veces, las personas no pueden tomar decisiones sobre su atención médica por sí solas a causa de algún accidente o enfermedad grave. Usted tiene derecho a decir lo que desea que suceda si está en esta situación. Esto significa que, *si así lo desea*, puede hacer lo siguiente:

- Llenar un formulario por escrito para otorgarle a **alguien la autoridad legal para tomar decisiones médicas por usted** en caso de que alguna vez usted no pueda tomar decisiones por sí mismo.
- **Darles a sus doctores instrucciones por escrito** acerca de cómo desea que manejen su atención médica en caso de que usted no pueda tomar decisiones por sí mismo.

Los documentos legales que puede utilizar para dar sus instrucciones con anticipación en estos casos se denominan “**instrucciones anticipadas**”. Existen diferentes tipos de instrucciones anticipadas y nombres diferentes para ellas. Los documentos como el “**testamento vital**” y el “**poder de representación para la atención médica**” son ejemplos de instrucciones anticipadas.

Si desea utilizar una “instrucción anticipada” para dar a conocer sus instrucciones, esto es lo que debe hacer:

- **Obtener el formulario.** Puede obtener un formulario de instrucciones anticipadas de su abogado, de un asistente social o de algunas tiendas de artículos para oficina. A veces, se pueden obtener formularios de instrucciones anticipadas de organizaciones que ofrecen información sobre Medicare. También puede comunicarse con nuestro Centro de Atención al Cliente para solicitar los formularios.
- **Completarlo y firmarlo.** Independientemente del lugar donde obtenga este formulario, tenga en cuenta que se trata de un documento legal. Debería considerar solicitarle a un abogado que lo ayude a prepararlo.
- **Entregarles copias a las personas pertinentes.** Debe entregarles una copia del formulario a su doctor y a la persona que nombre en el formulario capaz de tomar las decisiones por usted si usted no puede. Quizás desee darles copias a algunos amigos cercanos o a miembros de la familia. Guarde una copia en casa.

Si sabe con anticipación que deberá hospitalizarse y ha firmado instrucciones anticipadas, **lleve una copia cuando vaya al hospital.**

- En el hospital se le preguntará si ha firmado un formulario de instrucciones anticipadas y si lo lleva con usted.

Capítulo 6 Sus derechos y responsabilidades

- Si no ha firmado un formulario de instrucciones anticipadas, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntarán si desea firmar uno.

Recuerde que usted decide si desea llenar un formulario de instrucciones anticipadas (inclusive si desea firmar uno estando en el hospital). Según la ley, nadie puede negarse a brindarle atención ni puede discriminarlo por haber firmado o no instrucciones anticipadas.

¿Qué sucede si no se siguen sus instrucciones?

Si ha firmado instrucciones anticipadas y cree que un doctor o el hospital no han respetado las instrucciones que allí se indican, puede presentar una queja ante Arizona Medical Board en 1740 W. Adams Street, Suite 4000, Phoenix, AZ 85007; o llamar al (877) 255-2212, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

Sección 1.6	Usted tiene derecho a presentar quejas y pedirnos que reconsideremos decisiones que hayamos tomado
--------------------	---

Si tiene algún problema, inquietud o queja y necesita realizar una solicitud de cobertura o presentar una apelación, el Capítulo 7 de este documento le indica lo que puede hacer. Independientemente de lo que haga, ya sea solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación o una queja, **estamos obligados a tratarlo con imparcialidad.**

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

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

Si siente que no se le ha tratado con imparcialidad o que no se han respetado sus derechos debido a su raza, discapacidad, religión, sexo, salud, origen étnico, credo (creencias), edad, orientación sexual 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 a la Oficina de Derechos Civiles de su localidad.

¿Se trata de algo diferente?

Si siente que no lo han tratado con imparcialidad o que no se han respetado sus derechos, *y no se trata de discriminación*, puede obtener ayuda para tratar el problema que esté enfrentando:

- Puede **llamar a nuestro Centro de Atención al Cliente.**
- Puede **llamar al Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP).** Para obtener más detalles, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- O bien, **puede llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos

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

- **Puede llamar a nuestro Centro de Atención al Cliente.**
- **Puede llamar al Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP).** Para obtener más detalles, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- **Puede comunicarse con Medicare.**
 - Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación “Medicare Rights & Protections” (Derechos y protecciones de Medicare). (La publicación está disponible en www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf).
 - O bien, puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan

Lo que tiene que hacer como miembro del plan se enumera a continuación. Si tiene preguntas, llame a nuestro Centro de Atención al Cliente.

- **Familiarícese con sus medicamentos cubiertos y con las normas que debe cumplir para obtenerlos.** Utilice esta Evidencia de cobertura para obtener información sobre lo que se cubre y las normas que debe cumplir para obtener sus medicamentos cubiertos.
 - Los Capítulos 3 y 4 dan más detalles sobre su cobertura para medicamentos recetados de la Parte D.
- **Si, además de nuestro plan, tiene otra cobertura para medicamentos con receta, debe comunicárnoslo.** El Capítulo 1 le brinda información sobre la coordinación de estos beneficios.
- **Dígales a su doctor y a su farmacéutico que está inscrito en nuestro plan.** Muestre la tarjeta de membresía del plan cada vez que obtenga medicamentos recetados de la Parte D.
- **Permita que sus doctores y otros proveedores lo ayuden dándoles información, haciendo preguntas y realizando un seguimiento de su atención médica.**
 - Para ayudar a obtener la mejor atención, informe a sus doctores y otros proveedores de atención médica sobre sus problemas de salud. Siga las instrucciones y los planes de tratamiento que usted y sus doctores hayan acordado.

Capítulo 6 Sus derechos y responsabilidades

- Asegúrese de que los doctores conozcan todos los medicamentos que esté tomando, incluidos los medicamentos de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
- Si tiene preguntas, no dude en hacerlas y obtener una respuesta que sea capaz de comprender.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:
 - Debe pagar sus primas del plan.
 - Para la mayoría de sus medicamentos cubiertos por el plan, usted debe pagar la parte que le corresponde del costo al recibir el medicamento.
 - Si debe pagar una multa por inscripción tardía, tiene que pagar la multa para seguir siendo miembro del plan.
 - Si debe pagar la cantidad adicional por la Parte D debido a sus ingresos anuales, tiene que continuar pagando esta cantidad directamente al gobierno para seguir siendo miembro del plan.
- **Si se muda *dentro* de nuestra área de servicio, debemos estar al tanto de esto** para mantener actualizado su registro de membresía y para saber cómo podemos comunicarnos con usted.
- Si se muda *fuera* del área de servicio de nuestro plan, no puede seguir siendo miembro del plan.
- Si se muda, también es importante que se lo comunique al Seguro Social (o a la Junta de jubilación para ferroviarios).

CAPÍTULO 7:

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

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Lo que debe hacer si tiene un problema o una inquietud
--

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

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

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

La guía de la Sección 3 lo ayudará a identificar el proceso correcto a seguir y lo que debería hacer.

Sección 1.2 Acerca de los términos legales
--

Existe terminología legal para algunas de las normas, procedimientos y tipos de plazos que se explican en este capítulo. Muchos de estos términos son desconocidos para la mayoría de las personas y pueden ser difíciles de entender. Para facilitar las cosas, este capítulo:

- Utiliza palabras más simples, en vez de utilizar ciertos términos legales. Por ejemplo, en este capítulo, aparece “presentar una queja” en lugar de “interponer un reclamo”, “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 evita al máximo el uso de abreviaturas.

No obstante, puede resultarle útil, y a veces es bastante importante, conocer los términos legales correctos. Saber qué términos emplear le permitirá comunicarse con mayor precisión y obtener la ayuda o información adecuadas para usted. Para ayudarlo a saber qué términos utilizar, incluimos términos legales cuando damos los detalles para el manejo de determinados tipos de situaciones.

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada

Siempre estamos a su disposición para ayudarlo. Incluso si tiene una queja sobre el trato que le brindamos, tenemos la obligación de respetar su derecho a reclamar. Por lo tanto, siempre debe dirigirse al servicio al cliente para obtener ayuda. Sin embargo, en algunas situaciones, es posible

que también quiera la ayuda o la orientación de alguien que no tenga relación con nosotros. A continuación, se incluyen dos entidades que pueden ayudarlo.

Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (SHIP)

Cada estado cuenta con un programa gubernamental conformado por asesores capacitados. El programa no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los asesores de este programa pueden ayudarlo a comprender el proceso que debe utilizar para tratar el problema que tenga. Además, ellos también pueden responder sus preguntas, darle más información y orientarlo sobre lo que debe hacer.

Los servicios ofrecidos por los asesores del SHIP son gratuitos. Encontrará teléfonos y URL de sitios web en la Sección 3 del Capítulo 2 de este documento.

Medicare

También puede comunicarse con Medicare para obtener ayuda. Para comunicarse con Medicare:

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

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

Si tiene un problema o una inquietud, solo necesita leer las partes del capítulo que se aplican a su situación. La guía siguiente le será útil.

¿Su problema o inquietud tiene que ver con sus beneficios o su cobertura?

(Esto incluye los problemas sobre si los medicamentos con receta se cubren o no, la forma en que se cubren y los problemas relacionados con el pago de los medicamentos con receta).

Sí.

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

No.

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

DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES

SECCIÓN 4 Guía sobre los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones

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

Las decisiones de cobertura y las apelaciones tratan los problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura de medicamentos con receta, incluidos los pagos. Este es el proceso que usted debe usar para asuntos tales como determinar si un medicamento tiene cobertura o no y la forma en que se cubre.

Cómo solicitar decisiones de cobertura antes de recibir los servicios

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

Tomamos una decisión de cobertura por usted cada vez que decidimos qué está cubierto para usted y cuánto pagamos. En algunos casos, podríamos decidir que un medicamento no está cubierto o que ya no está cubierto por Medicare 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, ya sea antes o después de recibir un servicio, y usted no se siente satisfecho, puede “apelar” la decisión. Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos y modifiquemos una decisión de cobertura que hayamos tomado. En ciertas circunstancias, que analizaremos más adelante, puede solicitar una “apelación rápida” o acelerada de una decisión de cobertura. Su apelación es analizada por revisores distintos a los que tomaron la decisión original.

Cuando apela una decisión por primera vez, se denomina apelación de Nivel 1. En este tipo de apelación, revisamos la decisión de cobertura que tomamos para comprobar si cumplimos con las normas de forma correcta. Cuando hayamos completado la revisión, le comunicaremos nuestra decisión.

En circunstancias limitadas la solicitud de apelación de Nivel 1 será rechazada, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de casos en los que se rechazará una solicitud son: si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo o si usted pide que se retire su solicitud. Si rechazamos una solicitud de apelación de Nivel 1, le enviaremos un aviso explicando por qué se ha rechazado la solicitud y cómo solicitar una revisión del rechazo.

Si no desestimamos su caso, pero rechazamos la totalidad o parte de su apelación de Nivel 1, puede solicitar una apelación de Nivel 2. La apelación de Nivel 2 es evaluada por una organización de revisión independiente que no está relacionada con nuestro plan. (Las apelaciones para servicios médicos y medicamentos de la Parte B se enviarán automáticamente a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2; no es necesario que haga nada. Para las apelaciones de medicamentos de la Parte D, si rechazamos la totalidad o parte de su apelación, deberá solicitar una apelación de Nivel 2. Las apelaciones de la Parte D se analizan con más detalle en la Sección 5 de este capítulo). Si no está satisfecho con la decisión de la apelación de Nivel 2, es posible que pueda avanzar a niveles adicionales de apelación (la Sección 6 de ese capítulo explica los procesos de apelación de Nivel 3, 4 y 5).

Sección 4.2	Cómo obtener ayuda para pedir una decisión de cobertura o presentar una apelación
--------------------	--

A continuación, se incluyen algunos recursos si decide solicitar algún tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- Puede **comunicarse con nosotros llamando a nuestro Centro de Atención al Cliente**.
- Puede **obtener ayuda gratuita** de su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP).
- **Su doctor o la persona autorizada a dar recetas pueden realizar la solicitud por usted**. Para los medicamentos recetados de la Parte D, su doctor u otra persona autorizada a dar recetas puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si su apelación de Nivel 1 es rechazada, su doctor o la persona autorizada a dar recetas puede solicitar una apelación de Nivel 2.
- **Puede solicitar que alguien actúe en su nombre**. Si así lo desea, puede designar a otra persona para que actúe en su nombre como su “representante” para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
 - Si quiere que un amigo, un familiar, u otra persona sea su representante, llame a nuestro Centro de Atención al Cliente y pida el formulario “Appointment of Representative” (Nombramiento de un representante). (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web www.BannerHealth.com/Rx). El formulario le otorga a esa persona la autorización de actuar en su nombre. Debe estar firmado por usted y por la persona que usted desea que actúe en su nombre. Usted debe darle al plan una copia del formulario firmado.
 - Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos comenzar ni terminar nuestra revisión si no lo recibimos. Si no recibimos el formulario dentro de los 44 días calendario después de recibir la solicitud de apelación (nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación), se rechazará su solicitud de apelación. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito en el

que se explicará su derecho de pedirle a la organización de revisión independiente que revise nuestra decisión de rechazar su apelación.

- **También tiene derecho a contratar a un abogado.** Puede comunicarse con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado del colegio de abogados local u otro servicio de derivación. También existen grupos que le proporcionarán servicios legales gratuitos si usted reúne los requisitos. Sin embargo, **no es obligatorio que contrate a un abogado** para pedir algún tipo de decisión de cobertura o la apelación de una decisión.

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

Sección 5.1	Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para recibir un medicamento de la Parte D o si quiere que le reembolsemos un medicamento de la Parte D
--------------------	---

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

- **En esta sección, se tratan solamente sus medicamentos de la Parte D.** Para simplificar las cosas, en general, hablaremos de “medicamento” en el resto de esta sección, en lugar de repetir cada vez las expresiones “medicamento con receta cubierto para pacientes externos” o “medicamento de la Parte D”. También utilizamos el término “lista de medicamentos” en lugar de “Lista de medicamentos cubiertos” o “Formulario”.
- Si no sabe si un medicamento está cubierto o si cumple con las normas, puede consultarnos. Algunos medicamentos requieren que obtenga nuestra aprobación antes de que los cubramos.
- Si su farmacia le dice que su receta no se puede surtir de la manera como está hecha, la farmacia le dará un aviso por escrito en el que se explica cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.

Decisiones y apelaciones de cobertura de la Parte D

Término legal

Una decisión de cobertura inicial sobre los medicamentos de la Parte D se denomina una “determinación de cobertura” .
--

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y su cobertura o con relación a la cantidad que pagaremos por sus medicamentos. Esta sección le indica lo que puede hacer si se encuentra en cualquiera de las siguientes situaciones:

- Pidiendo que cubramos un medicamento de la Parte D que no figura en la *Lista de medicamentos cubiertos* del plan. **Solicite una excepción. Sección 5.2**
- Pidiendo que no apliquemos una restricción a la cobertura del plan para un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede obtener). **Solicite una excepción. Sección 5.2**
- Pidiendo pagar una cantidad de costo compartido menor por un medicamento cubierto en un nivel de costo compartido mayor. **Solicite una excepción. Sección 5.2**
- Pidiendo la aprobación previa de un medicamento. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 5.4**
- Pagando por un medicamento con receta que ya compró. **Pídanos un reembolso. Sección 5.4**

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

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

Sección 5.2 ¿Qué es una excepción?

Términos legales

Pedir cobertura para un medicamento que no está en la Lista de medicamentos se denomina, en ocasiones, “**excepción al formulario**”.

Pedir la eliminación de una restricción de cobertura para un medicamento se denomina, en ocasiones, “**excepción al formulario**”.

Pedir pagar un precio inferior por un medicamento no preferido cubierto se denomina, en ocasiones, pedir una “**excepción de nivel**”.

Si un medicamento no está cubierto de la forma que a usted le gustaría que estuviese cubierto, puede pedirnos que hagamos una “excepción”. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura.

Para que consideremos su solicitud de excepción, su doctor o la persona autorizada a dar recetas tendrá que explicar las razones médicas por las que usted necesita que se apruebe la excepción. Estos son tres ejemplos de excepciones que usted, su doctor o la persona autorizada a dar recetas pueden pedirnos que hagamos:

- 1. Cubrir un medicamento de la Parte D que no figure en nuestra Lista de medicamentos.**
Si aceptamos cubrir un medicamento que no figura en la Lista de medicamentos, deberá pagar el costo compartido que se aplique a los medicamentos del Nivel 4. No puede solicitar que hagamos una excepción a la cantidad de costo compartido que usted debe pagar por el medicamento.
- 2. Eliminar una restricción para un medicamento cubierto.** El Capítulo 3 describe las normas o restricciones adicionales que aplican a determinados medicamentos que figuran en nuestra Lista de medicamentos. Si aceptamos hacer una excepción y no aplicar una restricción en su caso, puede pedirnos una excepción en la cantidad de copago o coseguro que le pedimos que pague por el medicamento.
- 3. Cambiar la cobertura de un medicamento a un nivel de costo compartido inferior.**
Todos los medicamentos de nuestra Lista de medicamentos se encuentran en uno de los 5 niveles de costo compartido. En general, cuanto menor sea el nivel de costo compartido, menor será la cantidad que le corresponderá pagar del costo del medicamento.
 - Si nuestra Lista de medicamentos tiene medicamentos alternativos para tratar su afección que se encuentran en un nivel de costo compartido inferior al de su medicamento, puede pedirnos que cubramos su medicamento a la cantidad de costo compartido que corresponda a los medicamentos alternativos.
 - Si el medicamento que está tomando es un medicamento de marca, puede pedirnos que cubramos su medicamento a la cantidad de costo compartido que corresponda 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 a la cantidad de costo compartido que corresponda al nivel más bajo que contenga alternativas genéricas o de marca para tratar su afección.
 - No puede pedirnos que cambiemos el nivel de costo compartido de ningún medicamento de Nivel 5: medicamentos de especialidad.
 - Si aprobamos su solicitud de excepción de nivel y hay más de un nivel de costo compartido más bajo con medicamentos alternativos que usted no puede tomar, generalmente pagará la cantidad más baja.

Sección 5.3	Aspectos importantes que debe saber acerca de pedir excepciones
--------------------	--

Su doctor debe explicarnos las razones médicas

Su doctor o la persona autorizada a dar recetas deben darnos una declaración que explique las razones médicas para solicitar una excepción. Para que tomemos la decisión más rápido, incluya esta información médica de su doctor o de la persona autorizada a dar recetas cuando pida la excepción.

Generalmente, la Lista de medicamentos incluye más de un medicamento para tratar una afección en particular. Estas posibilidades diferentes se denominan medicamentos “alternativos”.

Si un medicamento alternativo da el mismo resultado que el medicamento que usted solicita y no produce más efectos secundarios ni otros problemas de salud, en general, *no* aprobaremos su solicitud de excepción. Si nos solicita una excepción de nivel, en general, *no* aprobaremos su solicitud de excepción, a menos que todos los medicamentos alternativos del nivel de costo compartido más bajo no funcionen igual para usted o que sea probable que provoquen una reacción adversa u otro daño.

Podemos aceptar o rechazar su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de excepción, nuestra aprobación suele ser válida hasta el final del año del plan. Será válida mientras su doctor siga recetándole el medicamento y mientras ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su afección.
- Si rechazamos su solicitud, puede pedir otra revisión mediante una apelación.

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

Término legal

Una “decisión de cobertura rápida” se denomina una “ determinación de cobertura acelerada ”.

Paso 1: Decida si necesita una “decisión de cobertura estándar” o una “decisión de cobertura rápida”.

“**Las decisiones de cobertura estándar**” se realizan en un plazo de **72 horas** después de que recibamos la declaración de su doctor. “**Las decisiones de cobertura rápida**” se realizan en un plazo de **24 horas** después de que recibamos la declaración de su doctor.

Si su salud lo exige, pídanos que tomemos una “decisión de cobertura rápida”. Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir con dos requisitos:

- Estar solicitando *un medicamento que aún no recibió*. (No puede solicitar una decisión de cobertura rápida para que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró).
- Utilizar los plazos estándares podrían poner su salud en grave peligro o dañar su capacidad funcional.
- **Si su doctor o la persona autorizada a dar recetas nos dice que su salud exige una “decisión de cobertura rápida”, le proporcionaremos automáticamente una decisión de cobertura rápida.**
- **Si nos pide la decisión de cobertura rápida usted mismo sin el apoyo de su doctor ni de la persona autorizada a dar recetas, decidiremos si su salud exige que tomemos una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos la decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que:

- Explique que utilizaremos los plazos estándar.
- Explique que, si su doctor u otra persona autorizada a dar recetas pide la decisión de cobertura rápida, se la proporcionaremos automáticamente.
- Le indique cómo presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó. Responderemos a su queja en un plazo de 24 horas desde su recepción.

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

Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o brindemos la cobertura para prescripción que usted desea. También puede acceder al proceso de decisiones de cobertura a través de nuestro sitio web. Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito, incluida una solicitud enviada en el formulario de solicitud de determinación de cobertura modelo de CMS, el cual está disponible en nuestro sitio web. El Capítulo 2 contiene información de contacto. Para ayudarnos a procesar su solicitud, asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información que identifique la reclamación denegada que está apelando.

Usted, su doctor (u otra persona autorizada a dar recetas) o su representante pueden hacer esto. También puede contratar a un abogado para que actúe en su nombre. La Sección 4 de este capítulo le indica cómo puede darle permiso por escrito a alguien para que actúe como su representante.

- **Si solicita que se haga una excepción, proporcione la “declaración de respaldo”**, que constituye las razones médicas para la excepción. Su doctor o la persona autorizada a dar recetas puede enviarnos la declaración por fax o por correo. O su doctor o la persona autorizada a dar recetas puede llamarnos por teléfono y, después, enviar una declaración escrita por fax o por correo, si fuera necesario.

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

Plazos para una “decisión de cobertura rápida”

- Generalmente, deberemos darle una respuesta en un plazo de **24 horas** después de que recibamos su solicitud.
 - En el caso de las excepciones, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas después de que recibamos la declaración de respaldo de su doctor. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
 - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que la revisará una organización de revisión independiente.

- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 24 horas después de que recibamos su solicitud o la declaración del doctor que respalde su solicitud.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

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

- Generalmente, deberemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas** después de que recibamos su solicitud.
 - En el caso de las excepciones, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de que recibamos la declaración de respaldo de su doctor. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
 - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos **brindar la cobertura** que aceptamos proporcionar **en un plazo de 72 horas** después de que recibamos su solicitud o la declaración del doctor que respalde su solicitud.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

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

- Debemos darle una respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.
 - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, también debemos pagarle en un plazo de 14 días calendario después de haber recibido su solicitud.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

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

- Si rechazamos su solicitud, usted tiene derecho a pedirnos reconsiderar la decisión mediante la presentación de una apelación. Esto significa solicitar nuevamente la cobertura de medicamento que usted quiere. Si presenta una apelación, significa que está avanzando al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

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

Término legal

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

Una “apelación rápida” también se denomina **“redeterminación acelerada”**.

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

Una “apelación estándar” generalmente se realiza en un plazo de 7 días. Una “apelación rápida” generalmente se realiza en un plazo de 72 horas. Si su salud lo exige, solicite una “apelación rápida”

- Si apelará una decisión que tomamos acerca de un medicamento que todavía no ha recibido, usted y su doctor o la persona autorizada a dar recetas deberán decidir si necesita una “apelación rápida”.
- Los requisitos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que para obtener una “decisión de cobertura rápida”, que aparecen en la Sección 5.4 de este capítulo.

Paso 2: Usted, su representante, su doctor u otra persona autorizada a dar recetas deben comunicarse con nosotros y presentar una apelación de Nivel 1. Si su salud exige una respuesta rápida, debe solicitar una “apelación rápida”.

- **En el caso de las apelaciones estándar, presente una solicitud por escrito o comuníquese con nosotros.** El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **En el caso de las apelaciones rápidas, presente su apelación por escrito o comuníquese con nosotros al (844) 549-1859.** El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito,** incluida una solicitud enviada en el formulario de solicitud de determinación de cobertura modelo de CMS, el cual está disponible en nuestro sitio web. Asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información sobre su reclamación para ayudarnos a procesar su solicitud.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en el plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso por escrito que le enviamos para comunicarle nuestra

respuesta sobre la decisión de cobertura. Si se vence este plazo, y usted tiene una buena razón para haberlo dejado vencer, explique la razón por la cual se demoró su apelación cuando la presente. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Algunos ejemplos de una causa justificada pueden ser una enfermedad muy grave que le impidió contactarnos, o que le hayamos brindado información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.

- **Puede pedir una copia de la información de su apelación y añadir más información.** Usted y su doctor pueden añadir más información para sustentar su apelación. Es posible que cobremos un cargo por copiar y enviarle este formulario.

Paso 3: Evaluamos su apelación y le damos una respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, hacemos otra revisión cuidadosa de toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificamos si cumplimos con todas las normas cuando rechazamos su solicitud.
- Es posible que nos comuniquemos con su doctor o la persona autorizada a dar recetas para obtener más información.

Plazos para una “apelación rápida”

- En el caso de las apelaciones rápidas, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas después de que recibamos su apelación**. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
 - Si no le damos una respuesta en el plazo de 72 horas, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que la revisará una organización de revisión independiente. La Sección 5.6 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 72 horas después de que recibamos su apelación.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

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

- En el caso de las apelaciones estándar, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de haber recibido su apelación. Le daremos la respuesta antes si aún no ha recibido el medicamento y su salud así lo exige.
 - Si no le comunicamos nuestra decisión en el plazo de 7 días calendario, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que la revisará una organización de revisión independiente. La Sección 5.6 explica el proceso de apelación de Nivel 2.

- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos brindar la cobertura tan pronto como su salud lo requiera, pero no más tarde de **7 días calendario** después de que recibamos su apelación.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una “apelación estándar” sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Debemos darle una respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.
 - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, también debemos pagarle en un plazo de 30 días calendario después de haber recibido su solicitud.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Paso 4: Si rechazamos su apelación, usted decidirá si quiere continuar con el proceso de apelaciones y presentar *otra* apelación.

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

Sección 5.6 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2

Término legal

El nombre formal para la “organización de revisión independiente” es “**Entidad de revisión independiente**”. A veces se la denomina “**IRE**” (del inglés “Independent Review Entity”).

La **organización de revisión independiente** es una **organización independiente contratada por Medicare**. No tiene ninguna relación con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización determina si la decisión que tomamos es la correcta o si se debería cambiar. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Usted (o su representante, doctor u otra persona autorizada a dar recetas) debe comunicarse con la organización de revisión independiente y pedir una revisión de su caso.

- Si rechazamos su apelación de Nivel 1, el aviso por escrito que le enviaremos incluirá **instrucciones para 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 plazos deberá respetar y cómo comunicarse con la organización de revisión. Sin embargo, si no completamos nuestra revisión dentro del plazo aplicable, o tomamos una decisión desfavorable con respecto a la determinación de “riesgo” bajo nuestro programa de administración de medicamentos, remitiremos automáticamente su reclamación a la IRE.

- Le enviaremos a esta organización la información que tenemos sobre su apelación. A esta información se la denomina su “archivo de caso”. **Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de su archivo de caso.** Es posible que le cobremos un cargo por copiar y enviarle este formulario.
- Usted tiene derecho a proporcionarle a la organización de revisión independiente más información para sustentar su apelación.

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

- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente la información relacionada con su apelación.

Plazos para una “apelación rápida”

- Si su salud lo exige, pida una “apelación rápida” a la organización de revisión independiente.
- Si la organización acepta darle una “apelación rápida”, dicha organización debe comunicarle su respuesta a la apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud de apelación.

Plazos para una “apelación estándar”

- En el caso de las apelaciones estándar, la organización de revisión debe comunicarle su respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación si es por un medicamento que aún no ha recibido. Si usted solicita que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.

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

En el caso de las “apelaciones rápidas”:

- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos brindar la cobertura para medicamentos que aprobó la

organización de revisión **en un plazo de 24 horas** después de que recibamos la decisión de dicha organización.

En el caso de las “apelaciones estándar”:

- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de su solicitud de cobertura, debemos brindar la cobertura para medicamentos** que aprobó la organización de revisión **en un plazo de 72 horas** después de que recibamos la decisión de dicha organización.
- Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de su solicitud de reembolso **del costo de un medicamento que ya compró, debemos enviarle el pago** en un plazo de 30 días calendario **después de que recibamos la decisión de dicha organización.**

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

Si esta organización rechaza una parte o la totalidad de su apelación, significa que están de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud (o parte de ella). (Esto se llama “confirmar la decisión”. También se denomina “rechazar su apelación”). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta:

- Explicando su decisión.
- Notificándole su derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura para medicamentos que solicita alcanza un determinado mínimo. Si el valor en dólares de la cobertura para medicamentos que usted solicita es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación, y la decisión de Nivel 2 es definitiva.
- Informándole el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelaciones.

Paso 4: Si su caso reúne los requisitos, puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay otros tres niveles en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (el total es de cinco niveles de apelación).
- Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibirá después de su decisión de apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez administrativo o un mediador. La Sección 6 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 6 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más allá

Sección 6.1 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D
--

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

Si el valor del medicamento por el que ha apelado alcanza una cantidad en dólares determinada, es posible que pueda avanzar hacia otros niveles de apelación. Si la cantidad en dólares es menor, no puede seguir apelando. La respuesta escrita que usted reciba para su apelación de Nivel 2 explicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los tres últimos niveles de apelación funcionan más o menos de la misma manera. La revisión de su apelación la manejan estas personas en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3 Un juez administrativo o un mediador que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si su apelación se acepta, el proceso de apelaciones habrá terminado.** Debemos **autorizar o brindar la cobertura para medicamentos** que aprobó el juez administrativo o mediador **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago, a más tardar, dentro de los 30 días calendario** después de que recibamos la decisión.
- **Si el juez administrativo o mediador rechaza su apelación, el proceso de apelaciones puede concluir o no.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión de rechazar su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
 - Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le indicará qué hacer en el caso de una apelación de Nivel 4.

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 su apelación se acepta, el proceso de apelaciones habrá terminado.** Debemos **autorizar o brindar la cobertura para medicamentos** que aprobó el Consejo **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago, a más tardar, dentro de los 30 días calendario** después de que recibamos la decisión.

- **Si su apelación se rechaza, el proceso de apelaciones *puede concluir o no.***
 - Si usted decide aceptar esta decisión de rechazar su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
 - Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación o rechaza su solicitud para revisar la apelación, en el aviso se le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5. También indicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer a continuación si decide seguir con su apelación.

Apelación de Nivel 5 Un juez del **Tribunal federal de distrito** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si aceptar o rechazar su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación después del Tribunal de Distrito Federal.

PRESENTAR QUEJAS

SECCIÓN 7 **Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes**

Sección 7.1 **¿Qué tipos de problemas se tratan en el proceso de quejas?**

El proceso de quejas *solo* se aplica a determinados tipos de problemas. Entre ellos se incluyen los problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente. A continuación, encontrará algunos ejemplos de los tipos de problemas que pueden tratarse a través del proceso de quejas.

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención	<ul style="list-style-type: none">• ¿Está insatisfecho con la calidad de la atención que ha recibido?
Respeto de su privacidad	<ul style="list-style-type: none">• ¿Alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial?
Falta de respeto, mal servicio al cliente u otro comportamiento negativo	<ul style="list-style-type: none">• ¿Alguien ha sido descortés o le ha faltado el respeto?• ¿Está insatisfecho con nuestro Centro de Atención al Cliente?• ¿Le parece que lo están alentando a dejar nuestro plan?

Queja	Ejemplo
Tiempos de espera	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Ha tenido que esperar demasiado a farmacéuticos? ¿O a nuestro Centro de Atención al Cliente u otro personal de nuestro plan? <ul style="list-style-type: none"> ○ Entre los ejemplos, se incluye esperar demasiado en el teléfono, en la sala de espera o para recibir una receta.
Limpieza	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Está insatisfecho con la limpieza o el estado de una farmacia?
Información que obtiene de nosotros	<ul style="list-style-type: none"> • ¿No le hemos dado un aviso con la debida antelación? • ¿Nuestra información escrita es difícil de comprender?
Puntualidad (Estos tipos de quejas se relacionan con la <i>puntualidad</i> de nuestras medidas respecto de las decisiones de cobertura y las apelaciones).	<p>Si ha pedido una decisión de cobertura o ha presentado una apelación, y le parece que no estamos respondiendo lo suficientemente rápido puede presentar una queja por nuestra lentitud. Estos son algunos ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nos ha pedido una “decisión de cobertura rápida” o ha solicitado una “apelación rápida”, y rechazamos su pedido; puede presentar una queja. • Considera que no estamos cumpliendo con los plazos para las decisiones de cobertura o apelaciones; puede presentar una queja. • Considera que no estamos cumpliendo con los plazos para reembolsarle o cubrir determinados medicamentos que fueron aprobados; puede presentar una queja. • Considera que no hemos cumplido los plazos exigidos para remitir su caso a la organización de revisión independiente; puede presentar una queja.

Sección 7.2 Cómo presentar una queja

Términos legales

- Una “**queja**” también se denomina “**reclamo**”.
- “**Presentar una queja**” también se denomina “**interponer un reclamo**”.
- “**Utilizar el proceso de quejas**” también se denomina “**usar el proceso para interponer un reclamo**”.
- Una “**queja rápida**” también se denomina “**reclamo acelerado**”.

Sección 7.3 Paso a paso: Presentación de una queja

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

- **Habitualmente, el primer paso consiste en llamar a nuestro Centro de Atención al Cliente.** Si debe hacer algo más, nuestro Centro de Atención al Cliente se lo indicará.
- **Si no desea llamar (o si llamó y no quedó satisfecho), puede presentar su queja por escrito y enviárnosla.** Si presentó su queja por escrito, le responderemos por escrito.
- Tiene derecho a presentar una queja si tiene un problema o una preocupación que no tenga que ver con una determinación desfavorable sobre el pago o la autorización de servicios o suministros (que no sea una determinación de cobertura o de organización). Si tiene preguntas sobre este proceso o desea presentar una queja, póngase en contacto con nosotros. Puede hacerlo en persona, por teléfono o por escrito. Nuestra información de contacto:

Banner Medicare Classic Rx
Attn: Grievances & Appeals
2701 E. Elvira Road
Tucson, AZ 85756

Centro de Atención al Cliente: (844) 549-1859 (TTY 711)
Horas de Oficina: 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana.
Fax: (866) 465-8340
Correo electrónico: BUHPGrievances&Appeals@bannerhealth.com

Nos esforzamos por responder rápidamente a todas las quejas. Si nos llama y no podemos resolver su queja por teléfono, le responderemos en un plazo de 30 días calendario a partir de la fecha de presentación de la queja. El tiempo máximo que Banner Medicare Classic Rx puede tardar en responder a una queja es de 30 días.

Si necesitamos más información o el retraso es para su beneficio, podemos tomarnos hasta 14 días adicionales. Le notificaremos la necesidad de la prórroga de 14 días, el motivo de la prórroga, por qué le conviene y las instrucciones sobre cómo presentar una queja “rápida” o acelerada si no está de acuerdo con nuestra decisión de aceptar la prórroga.

Si presenta una queja por escrito, tiene una reclamación relacionada con la calidad de la atención o pide una respuesta por escrito, le responderemos por escrito.

Tiene dos opciones para presentar una queja por la calidad de la atención: Puede presentar su queja sobre la calidad de la atención con nosotros y/o directamente con la Organización para la Mejora de la Calidad (QIO). En Arizona, la QIO es Livanta, y su información de contacto es:

Livanta BFCC-QIO Program
10820 Guilford Road, Suite 202
Annapolis Junction, MD 20701
1-877-588-1123
TTY: 1-855-887-6668
Fax: 1-855-694-2929

Si nos ha pedido una decisión de cobertura “rápida” o acelerada para una cobertura o apelación, y rechazamos su pedido, puede presentar una queja “rápida” o acelerada. Si no está de acuerdo con nuestra decisión de ampliar el plazo para que tomemos una determinación en cuanto a su cobertura, debemos tratar este desacuerdo como una queja “rápida” o acelerada. En el caso de las quejas “rápidas” o aceleradas, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas.

- El **plazo** para presentar una queja es de **60 días calendario** a partir del momento en que tuvo el problema sobre el que se quiere quejar.

Paso 2: Analizaremos su queja y le daremos una respuesta.

- **De ser posible, le daremos una respuesta de inmediato.** Si nos llama por una queja, tal vez podamos darle una respuesta en esa misma llamada telefónica.
- **La mayoría de las quejas se responden dentro de los 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora es para su conveniencia, o si usted pide más tiempo, podemos demorar hasta 14 días calendario más (44 días calendario en total) para responder a su queja. Si decidimos tomar días adicionales, se lo notificaremos por escrito.
- **Si presenta una queja porque se rechazó su solicitud de una “decisión de cobertura rápida” o una “apelación rápida”, le concederemos automáticamente una “queja rápida”.** Si se le ha concedido una “queja rápida”, quiere decir que le daremos una respuesta **en un plazo de 24 horas.**
- **Si no estamos de acuerdo** con la totalidad o una parte de la queja o si no nos hacemos responsables del problema por el que se está quejando, incluiremos nuestras razones en la respuesta que le brindemos.

Sección 7.4	También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención a la Organización para la mejora de la calidad
--------------------	--

Cuando su queja es sobre la *calidad de la atención*, también tiene otras dos opciones:

- **Puede presentar su queja directamente a la Organización para la mejora de la calidad.** La Organización para la mejora de la calidad es un grupo de doctores en ejercicio y otros expertos de la salud a quienes el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes con Medicare. El Capítulo 2 contiene información de contacto.

O

- **Puede presentar su queja ante nosotros y la Organización para la mejora de la calidad al mismo tiempo.**

Sección 7.5	También puede informarle a Medicare acerca de su queja
--------------------	---

Puede presentar una queja sobre Banner Medicare Classic Rx directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 8:

*Cancelación de su membresía en el
plan*

SECCIÓN 1 Introducción para cancelar su membresía en nuestro plan

La cancelación de su membresía en Banner Medicare Classic Rx puede ser **voluntaria** (cuando lo decide usted) o **involuntaria** (cuando no es usted quien lo decide):

- Es posible que deje nuestro plan porque usted ha decidido que *quiere* dejarlo. Las Secciones 2 y 3 proporcionan información sobre la cancelación voluntaria de su membresía.
- También existen situaciones limitadas en las que nos vemos obligados a cancelar su membresía. La Sección 5 describe situaciones en las que debemos cancelar su membresía.

Si usted deja nuestro plan, este debe seguir proporcionándole los medicamentos con receta, y usted seguirá pagando su costo compartido hasta que finalice su membresía.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan?

Sección 2.1 Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción anual

Usted puede cancelar su membresía en nuestro plan durante el **Período de inscripción anual** (también conocido como “Período de inscripción abierta anual”). Durante este tiempo, revise su cobertura de salud y medicamentos y decida sobre la cobertura para el próximo año.

- El Período de inscripción anual es desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre.
- Elija si desea mantener su cobertura actual o hacer cambios en su cobertura para el próximo año. Si decide cambiarse a un nuevo plan, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
 - Otro plan de medicamentos con receta de Medicare.
 - Medicare Original *con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
 - Medicare Original *sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
 - Si escoge esta opción, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted haya optado por no participar en la inscripción automática.
 - *O bien*, 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 brindarle todos los beneficios de la Parte A (hospital) y la Parte B (médicos) de

Medicare. Algunos planes de salud de Medicare también incluyen la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.

Si se inscribe en un plan de salud de Medicare, se cancelará su inscripción en Banner Medicare Classic Rx cuando comience la cobertura de su nuevo plan. No obstante, si elige un plan privado de pago por servicio sin la cobertura para medicamentos de la Parte D, un plan de cuenta de ahorro para gastos médicos de Medicare, o un plan Medicare Cost, puede inscribirse en ese nuevo plan y mantener Banner Medicare Classic Rx para la cobertura de medicamentos. Si usted no desea mantener nuestro plan, puede elegir inscribirse en otro plan de medicamentos con receta de Medicare o dejar la cobertura para medicamentos con receta de Medicare

- **Su membresía en nuestro plan se cancelará** cuando comience la cobertura de su nuevo plan el 1 de enero.

Nota: Si cancela su inscripción en la cobertura para medicamentos con receta de Medicare y no tiene otra cobertura acreditada para medicamentos con receta durante 63 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Sección 2.2	En ciertas situaciones, puede cancelar su membresía durante un Período de inscripción especial
--------------------	---

En determinadas situaciones, los miembros de Banner Medicare Classic Rx pueden ser elegibles para cancelar su membresía en otros momentos del año. Esto se conoce como **Período de inscripción especial**.

- **Usted puede ser elegible para cancelar su membresía durante un Período de inscripción especial** si alguna de las siguientes situaciones aplica a su caso. Estos son solo ejemplos, para obtener la lista completa, puede comunicarse con el plan, llamar a Medicare o visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov):
 - Si se mudó fuera del área de servicio del plan.
 - Si tiene AHCCCS Medicaid.
 - Si es elegible para recibir “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos con receta de Medicare.
 - Si rompemos nuestro contrato con usted.
 - Si está recibiendo atención en una institución, como un centro de cuidados o un hospital de atención a largo plazo (Long Term Care, LTC).
 - **Nota:** Si está inscrito en un programa de administración de medicamentos, quizás no pueda cambiar de plan. La Sección 10 del Capítulo 3 le proporciona más detalles sobre los programas de administración de medicamentos.
- **Los períodos de inscripción varían** según cada caso.

Capítulo 8 Cancelación de su membresía en el plan

- **Para saber si es elegible para un Período de inscripción especial**, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si es elegible para cancelar su membresía debido a una situación especial, puede elegir cambiar tanto su cobertura de salud como su cobertura para medicamentos con receta de Medicare. Puede elegir:

- Otro plan de medicamentos con receta de Medicare.
- Medicare Original *sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.

Nota: Si cancela su inscripción en la cobertura para medicamentos con receta de Medicare y no tiene otra cobertura acreditada para medicamentos con receta durante 63 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

- **Si recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos con receta:** Si se cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted haya optado por no participar en la inscripción automática.
 - *O bien*, 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 brindarle todos los beneficios de la Parte A (hospital) y la Parte B (médicos) de Medicare. Algunos planes de salud de Medicare también incluyen la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.
 - Si se inscribe en un plan de salud de Medicare, se cancelará su inscripción en Banner Medicare Classic Rx automáticamente cuando comience la cobertura de su nuevo plan. No obstante, si elige un plan privado de pago por servicio sin la cobertura para medicamentos de la Parte D, un plan de cuenta de ahorro para gastos médicos de Medicare, o un plan Medicare Cost, puede inscribirse en ese nuevo plan y mantener Banner Medicare Classic Rx para la cobertura de medicamentos. Si usted no desea mantener nuestro plan, puede elegir inscribirse en otro plan de medicamentos con receta de Medicare o dejar la cobertura para medicamentos con receta de Medicare
- **Generalmente, su membresía se cancelará** el primer día del mes después de que recibamos su solicitud para cambiar de plan.

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

Si tiene alguna pregunta sobre la cancelación de su membresía, puede:

- Llame a nuestro Centro de Atención al Cliente.

- Encontrar la información en el manual *Medicare & You 2023* (Medicare y Usted 2023).
- Comunicarse con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (TTY 1-877-486-2048).

SECCIÓN 3 ¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan?

La siguiente tabla explica cómo debe cancelar su membresía en nuestro plan.

Si desea cambiarse de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
<ul style="list-style-type: none">• Otro plan de medicamentos con receta de Medicare.	<ul style="list-style-type: none">• Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos con receta de Medicare entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Su inscripción en Banner Medicare Classic Rx se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
<ul style="list-style-type: none">• Un plan de salud de Medicare.	<ul style="list-style-type: none">• Inscribirse en el plan de salud de Medicare antes del 7 de diciembre. Como es el caso con la mayoría de los planes de salud de Medicare, se cancelará su inscripción en Banner Medicare Classic Rx automáticamente cuando comience la cobertura de su nuevo plan. No obstante, si elige un plan privado de pago por servicio sin la cobertura para medicamentos de la Parte D, un plan de cuenta de ahorro para gastos médicos de Medicare, o un plan Medicare Cost, puede inscribirse en ese nuevo plan y mantener Banner Medicare Classic Rx para la cobertura de medicamentos. Si desea dejar nuestro plan, debe inscribirse en otro plan de medicamentos con receta de Medicare o solicitar la cancelación de su inscripción. Para solicitar la cancelación de su inscripción, debe enviarnos una solicitud por escrito (comuníquese con nuestro Centro de Atención al Cliente si necesita más información sobre cómo hacer esto) o ponerse en contacto con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

Si desea cambiarse de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
<ul style="list-style-type: none">• Medicare Original <i>sin</i> un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.	<ul style="list-style-type: none">• Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Comuníquese con nuestro Centro de Atención al Cliente si necesita más información sobre cómo hacerlo.• También puede comunicarse con Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana y solicitar que le cancelen su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 4 Hasta que se cancele su membresía, debe seguir recibiendo sus medicamentos a través de nuestro plan

Hasta que finalice su membresía, y comience su nueva cobertura de Medicare, debe continuar recibiendo sus medicamentos con receta a través de nuestro plan.

- **Continúe utilizando las farmacias de nuestra red o de pedido por correo para obtener sus medicamentos con receta.**

SECCIÓN 5 Banner Medicare Classic Rx debe cancelar su membresía en el plan en ciertas situaciones

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

Banner Medicare Classic Rx debe cancelar su membresía en el plan en cualquiera de los siguientes casos:

- Si ya no tiene la Parte A ni la Parte B de Medicare (o ambas).
- Si se muda fuera del área de servicio.
- Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio durante más de 12 meses.
 - Si se muda o realiza un viaje largo, comuníquese con nuestro Centro de Atención al Cliente para averiguar si el lugar al que se mude o al que viaje está en el área de nuestro plan.
- Si lo encarcelan (va a prisión).
- Si ya no es ciudadano de los Estados Unidos o no está legalmente presente en los Estados Unidos.

- Si miente o encubre información sobre otro seguro que tenga que le ofrezca cobertura para medicamentos con receta.
- Si intencionalmente nos brinda información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para ser miembro de nuestro plan. (No podemos hacer que deje nuestro plan por esta razón, a menos que primero recibamos permiso de Medicare)
- Si permanentemente se comporta de una forma que sea perturbadora y nos dificulta brindarles atención a usted y a otros miembros de nuestro plan. (No podemos hacer que deje nuestro plan por esta razón, a menos que primero recibamos permiso de Medicare)
- Si deja que otra persona use su tarjeta de membresía para obtener medicamentos con receta. (No podemos hacer que deje nuestro plan por esta razón, a menos que primero recibamos permiso de Medicare)
 - Si cancelamos su membresía por esta razón, es posible que Medicare haga que el Inspector general investigue su caso.
- Si usted debe pagar una cantidad adicional de la Parte D por sus ingresos y no lo hace, Medicare cancelará su inscripción en nuestro plan y usted perderá la cobertura para medicamentos con receta.

¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene alguna pregunta o desea recibir más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía, comuníquese con nuestro Centro de Atención al Cliente.

Sección 5.2	<u>No podemos pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud</u>
--------------------	---

Banner Medicare Classic Rx no está autorizado a pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud.

¿Qué debe hacer si sucede esto?

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

Sección 5.3	Tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan
--------------------	---

Si cancelamos su membresía en nuestro plan, tenemos la obligación de darle por escrito nuestros motivos para dicha cancelación. Además, debemos explicarle cómo puede presentar un reclamo o una queja sobre nuestra decisión de cancelar su membresía.

CAPÍTULO 9:

Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes vigentes

La ley principal que se aplica a este documento de *Evidencia de cobertura* es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social (Social Security Act) y las normas creadas bajo esta ley por parte de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS). Además, es posible que se apliquen otras leyes federales y, en determinadas circunstancias, las leyes del estado en el que vive. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades, incluso si las leyes no están incluidas ni explicadas en este documento.

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación

No discriminamos por cuestiones de raza, origen étnico, nacionalidad, color, religión, sexo, género, edad, orientación sexual, discapacidad física o mental, estado de salud, antecedentes de reclamos, historia médica, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que ofrecen planes de medicamentos con receta de Medicare, como nuestro plan, deben cumplir con las leyes federales contra la discriminación, incluido el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación por Edad de 1975, la Ley para Estadounidenses con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley del Cuidado de Salud de Bajo Costo, todas las demás leyes que se aplican a las organizaciones que reciben fondos federales y cualquier otra ley o norma que se aplique por cualquier otra razón.

Si desea obtener más información o tiene alguna inquietud en cuanto a discriminación o un trato que no ha sido imparcial, 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 la Oficina de Derechos Civiles de su localidad.

Si usted tiene una discapacidad y necesita ayuda con el acceso a la atención, llámenos a través de nuestro Centro de Atención al Cliente. Si tiene una queja, como un problema de acceso para sillas de ruedas, nuestro Centro de Atención al Cliente puede ayudarlo.

SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los medicamentos con receta cubiertos por Medicare en los que Medicare no es el pagador principal. Según las regulaciones de los CMS en el Título 42, Secciones 422.108 y 423.462 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR), Banner Medicare Classic Rx, como patrocinador del plan de medicamentos de Medicare, ejercerá los mismos derechos de recuperación que los que la Secretaría ejerce conforme a las regulaciones de los CMS en las subpartes B a D de la parte 411 del Título 42 del CFR, y las normas establecidas en esta sección sustituyen cualquier legislación estatal.

CAPÍTULO 10:

Definiciones de palabras importantes

Capítulo 10 Definiciones de palabras importantes

Apelación: una apelación es un recurso que usted presenta si no está de acuerdo con nuestra decisión de denegarle una solicitud de cobertura para medicamentos con receta, o pagos por medicamentos que ya recibió.

Área de servicio: zona geográfica en la que debe vivir para inscribirse en un determinado plan de medicamentos con receta. El plan puede cancelar su inscripción si usted se muda fuera del área de servicio del plan de manera permanente.

Autorización previa: aprobación por adelantado para obtener ciertos medicamentos. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa se indican en el formulario.

Ayuda adicional: un programa de Medicare o del Estado que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos con receta de Medicare, como las primas, los deducibles y el coseguro.

Cancelar la inscripción o cancelación de la inscripción: el proceso de cancelación de su membresía en nuestro plan.

Cantidad de ajuste mensual relacionada con el ingreso (IRMAA): si su ingreso bruto ajustado modificado, según se informó en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años, está por encima de cierta cantidad, pagará la cantidad estándar de la prima y una cantidad de ajuste mensual relacionada con el ingreso, también conocida como IRMAA. El IRMAA es un cargo adicional que se agrega a su prima. Menos del 5% de las personas con Medicare se ven afectadas, por lo que la mayoría de las personas no pagarán una prima más alta.

Centro de Atención al Cliente: un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder sus preguntas sobre su membresía, sus beneficios, sus reclamos y sus apelaciones.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS): es la agencia federal que administra Medicare.

Cobertura acreditada para medicamentos con receta: cobertura para 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 para medicamentos con receta estándar de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura cuando pasan a ser elegibles para Medicare, por lo general, pueden mantener esa cobertura sin pagar una multa si deciden inscribirse en un plan de cobertura para medicamentos con receta de Medicare más adelante.

Cobertura para medicamentos con receta de Medicare (Parte D de Medicare): seguro que lo ayuda a pagar los medicamentos con receta para pacientes externos, las vacunas, los productos biológicos y algunos suministros que no cubren la Parte A ni la Parte B de Medicare.

Copago: una cantidad que pueden pedirle que pague como la parte que le corresponde del costo de un medicamento con receta. Un copago es una cantidad fija (por ejemplo, \$10), más que un porcentaje.

Capítulo 10 Definiciones de palabras importantes

Coseguro: una cantidad que pueden pedirle que pague, expresada en forma de porcentaje (por ejemplo, 20%), como la parte que le corresponde de los costos de los medicamentos con receta después de que pague los deducibles.

Costo compartido diario: es posible que se aplique un “costo compartido diario” cuando su doctor le receta un suministro de determinados medicamentos para menos de un mes completo y usted debe realizar un copago. El costo compartido diario es el copago dividido por la cantidad de días de un suministro para un mes. A continuación, le presentamos un ejemplo: Si su copago para un suministro de un mes de un medicamento es de \$31, y un suministro de un mes en su plan es de 31 días, su “costo compartido diario” es de \$1 por día.

Costo compartido: se refiere a las cantidades que un miembro tiene que pagar cuando recibe medicamentos. (Esto es complementario a la prima mensual del plan). El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) un deducible que el plan puede imponer antes de cubrir los medicamentos; (2) un “copago” fijo que un plan exige cuando se recibe un medicamento específico; o (3) un “coseguro”, un porcentaje de la cantidad total pagada por un medicamento, que un plan exige cuando se recibe un medicamento específico.

Costo de suministro: un honorario que se cobra cada vez que se entrega un medicamento cubierto para pagar el costo de surtir un medicamento con receta, como el tiempo que le lleva al farmacéutico preparar y envolver el medicamento con receta.

Costos que paga de su bolsillo: consulte la definición de “costo compartido” más arriba. El requisito de costo compartido de un miembro de pagar una parte de los medicamentos recibidos también se conoce como el requisito de costo que un miembro “paga de su bolsillo”.

Deducible: la cantidad que usted debe pagar por los medicamentos con receta antes de que nuestro plan pague.

Determinación de cobertura: una decisión para determinar si un medicamento que le recetaron está cubierto por el plan y la cantidad, si la hubiera, que deberá pagar por el medicamento con receta. En general, si usted lleva su receta a la farmacia y allí le indican que el medicamento con receta no está cubierto por su plan, eso no es una determinación de cobertura. Deberá llamar o escribir a su plan para pedir una decisión de cobertura formal. Las determinaciones de cobertura se denominan “decisiones de cobertura” en este documento.

Emergencia: una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento normal sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar que pierda la vida (y si es una mujer embarazada, al hijo por nacer), un miembro o la función de un miembro o que sufra la pérdida o deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección que se agrava rápidamente.

Etapas de cobertura inicial: esta es la etapa antes de que sus costos totales por sus medicamentos, incluidas las cantidades que ha pagado y lo que su plan ha pagado en su nombre para el año alcancen \$4,660.

Etapa de cobertura para catástrofes: es la etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D en la que paga un copago o coseguro bajo por sus medicamentos después de que usted o alguna persona calificada en su nombre haya gastado \$7,400 en medicamentos cubiertos durante el año de cobertura.

Evidencia de cobertura (Evidence of Coverage, EOC) y Divulgación de información: en este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro documento adjunto, cláusula adicional u otra cobertura opcional seleccionada, se explica su cobertura, lo que debemos hacer nosotros, sus derechos y lo que debe hacer usted como miembro de nuestro plan.

Excepción: un tipo de decisión de cobertura que, si se aprueba, le permite recibir un medicamento que no está en nuestro formulario (una excepción al formulario) o un medicamento no preferido a un nivel más bajo de costo compartido (una excepción de nivel). También puede solicitar una excepción si nuestro plan lo obliga a probar otro medicamento antes de recibir el medicamento que solicita o si nuestro plan limita la cantidad o la dosis del medicamento que solicita (una excepción al formulario).

Farmacia de la red: una farmacia que tiene un contrato con nuestro plan en la que los miembros de nuestro plan pueden recibir los beneficios de medicamentos con receta. En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta están cubiertos solo si se obtienen en una de nuestras farmacias de la red.

Farmacia fuera de la red: una farmacia que no ha celebrado un contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a los miembros del plan. La mayoría de los medicamentos que obtenga en farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que se apliquen ciertas condiciones.

Indicación medicamento aceptada: un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o avalado por ciertos libros de referencia.

Ingreso complementario administrado por el Seguro Social (Supplemental Security Income, SSI): un beneficio mensual que paga el Seguro Social a personas con ingresos y recursos limitados que son discapacitadas, están ciegas o tienen 65 años o más. Los beneficios del SSI no son iguales a los beneficios del Seguro Social.

Límite de cobertura inicial: el límite máximo de cobertura en la Etapa de cobertura inicial.

Límites de cantidad: una herramienta de gestión diseñada para limitar el uso de determinados medicamentos por motivos de calidad, seguridad o utilización. Los límites se pueden aplicar a la cantidad de medicamento que cubrimos por receta o durante un período definido.

Lista de medicamentos cubiertos (Formulario o “Lista de medicamentos”): una lista de medicamentos con receta cubiertos por el plan.

Medicaid (o asistencia médica): un programa conjunto estatal y federal que ayuda a solventar los costos médicos de ciertas personas con bajos ingresos y recursos limitados. Los programas estatales de Medicaid pueden variar, pero cubren la mayoría de los costos de atención médica si usted califica para Medicare y Medicaid.

Medicamento de marca: medicamento con receta que fabrica y vende la compañía farmacéutica que originariamente investigó y desarrolló dicho medicamento. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de ingrediente activo que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos los fabrican y venden otros fabricantes de medicamentos y, normalmente, no están disponibles hasta que haya vencido la patente del medicamento de marca.

Medicamento genérico: un medicamento con receta que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA), dado que se considera que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Un medicamento “genérico” suele tener el mismo efecto que un medicamento de marca pero, por lo general, es más económico.

Medicamentos cubiertos: el término que utilizamos para referirnos a todos los medicamentos con receta que cubre el plan.

Medicamentos de la Parte D: medicamentos que pueden tener cobertura de la Parte D. Podemos ofrecer todos los medicamentos de la Parte D o no. Algunos grupos de medicamentos han sido excluidos por el Congreso como medicamentos cubiertos de la Parte D.

Medicare Original (“Medicare tradicional” o plan de Medicare con “pago por servicio”): Medicare Original es ofrecido por el gobierno y no por planes de salud privados, como los planes de Medicare Advantage y los planes de medicamentos con receta. En Medicare Original, los servicios de Medicare se cubren pagándoles a los doctores, hospitales y otros proveedores de atención médica las cantidades de pago establecidas por el Congreso. Puede consultar con cualquier doctor, hospital o proveedor de atención médica que acepte Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga la parte que le corresponde de la cantidad aprobada por Medicare, y usted paga la parte que le corresponde a usted. Medicare Original tiene dos partes: la Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico), y está disponible en todas partes de los Estados Unidos.

Medicare: es el programa federal de seguros médicos destinado a personas mayores de 65 años, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas que padecen enfermedad renal terminal (por lo general, las que tienen insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante de riñón).

Miembro (miembro de nuestro plan o “miembro del plan”): una persona con Medicare elegible para recibir servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan y cuya inscripción han confirmado los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS).

Capítulo 10 Definiciones de palabras importantes

Multa por inscripción tardía de la Parte D: una cantidad que se suma a su prima mensual de la cobertura para medicamentos de Medicare si usted no tiene una cobertura acreditada (una cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare) durante un período continuo de 63 días o más después de ser elegible por primera vez para inscribirse en un plan de la Parte D.

Nivel de costo compartido: cada medicamento de la lista de medicamentos cubiertos está en uno de los 5 niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el nivel de costo compartido, mayor será el costo que usted deberá pagar por el medicamento.

Organización para la mejora de la calidad (Quality Improvement Organization, QIO): un grupo de doctores en ejercicio y otros expertos en atención médica a los que el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes con Medicare.

Parte C: consulte “Plan Medicare Advantage (MA)”.

Parte D: el Programa voluntario de beneficios de medicamentos con receta de Medicare.

Período de inscripción anual: período comprendido entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año, en el que los miembros pueden cambiar sus planes de salud o de medicamentos o cambiarse a Medicare Original.

Período de inscripción especial: un tiempo establecido para que los miembros puedan cambiar sus planes de salud y de medicamentos o volver a Medicare Original. Las situaciones en las que usted puede ser elegible para un Período de inscripción especial son las siguientes: si se muda fuera del área de servicio, si recibe “Ayuda adicional” con los costos de sus medicamentos con receta, si se muda a un centro de cuidados o si no cumplimos nuestro contrato con usted.

Período de inscripción inicial: el tiempo en el que puede inscribirse en la Parte A y la Parte B de Medicare, cuando es elegible por primera vez para recibir Medicare. Si es elegible para Medicare cuando cumpla 65 años, el Período de inscripción inicial es el período de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que cumpla 65 años, incluye el mes en que cumpla 65 años y termina 3 meses después del mes en que cumpla 65 años.

Plan de necesidades especiales para afecciones crónicas (Chronic-Care Special Needs Plan, C-SNP): los C-SNP son Planes para necesidades especiales (Special Needs Plans, SNP) que restringen la inscripción a personas con necesidades especiales que sufren afecciones crónicas específicas severas o incapacitantes, definidas en 42 CFR 422.2. Un C-SNP debe tener atributos específicos que vayan más allá de la coordinación de la atención y la prestación de servicios básicos de las Partes A y B de Medicare que se exige a todos los Planes de atención coordinada de Medicare Advantage para recibir la designación especial y las facilidades de comercialización e inscripción que se ofrecen a los C-SNP.

Capítulo 10 Definiciones de palabras importantes

Plan de salud de Medicare: un plan de salud de Medicare ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindar los beneficios de la Parte A y la Parte B a personas con Medicare que se inscriban en el plan. Incluye todos los planes de Medicare Advantage, los planes de Medicare Cost, los planes de necesidades especiales, los Programas piloto/de demostración y los Programas de atención integral para personas de edad avanzada (Programs of All-inclusive Care for the Elderly, PACE).

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 sus beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare. Un plan Medicare Advantage puede ser i) una Organización para el Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization, HMO), ii) una Organización de Proveedores Preferidos (Preferred Provider Organization, PPO), iii) un Plan Privado de Pago por Servicio (Private Fee for Service, PFFS) o iv) un plan de Cuenta de Ahorro para Gastos Médicos (Medical Savings Account, MSA) de Medicare. Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan Medicare Advantage HMO o PPO también puede ser un Plan de necesidades especiales (SNP). En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D (cobertura para medicamentos con receta) de Medicare. Estos planes se llaman planes de **Medicare Advantage con cobertura para medicamentos con receta**.

Planes de necesidades especiales de elegibilidad doble (Dual Eligible Special Needs Plans, D-SNP): los D-SNP inscriben a personas que tienen derecho tanto a Medicare (título XVIII de la Ley de Seguridad Social) como a la asistencia médica de un plan estatal de Medicaid (título XIX). Los estados cubren algunos costos de Medicare, dependiendo del estado y de la elegibilidad del individuo.

Póliza “Medigap” (seguro complementario de Medicare): seguro complementario de Medicare que venden compañías de seguros privadas para cubrir los “períodos sin cobertura” de Medicare Original. Las pólizas Medigap solo funcionan con Medicare Original. (Un plan de Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

Prima: el pago periódico a Medicare, a una compañía de seguros o a un plan de salud por cobertura de salud o de medicamentos con receta.

Programa de descuento de Medicare para el período sin cobertura de Medicare: un programa que ofrece descuentos en la mayoría de los medicamentos de marca cubiertos de la Parte D para los miembros de la Parte D que hayan alcanzado la Etapa del período sin cobertura y que aún no estén recibiendo la “Ayuda adicional”. Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y ciertos fabricantes de medicamentos.

Queja: el nombre formal para “presentar una queja” es “interponer un reclamo”. El proceso de quejas se aplica *solo* a determinados tipos de problemas. Entre ellos se incluyen los problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. También incluye las quejas si su plan no respeta los plazos en el proceso de apelación.

Capítulo 10 Definiciones de palabras importantes

Reclamo: tipo de queja que usted presenta sobre nuestro plan, proveedores o farmacias, por ejemplo, una queja relacionada con la calidad de su atención. No involucra disputas de cobertura ni de pago.

Servicios cubiertos por Medicare: son los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. El término Servicios cubiertos por Medicare no incluye los beneficios adicionales como visión, cuidado dental o audición, que puede ofrecer un plan de Medicare Advantage.

Subsidio por bajos ingresos (LIS): consulte “Ayuda adicional”.

Tratamiento escalonado: herramienta de utilización que exige que usted pruebe otro medicamento para tratar su afección antes de que cubramos el medicamento que le recetó el doctor en primer lugar.

Centro de atención al cliente de Banner Medicare Classic Rx

Método	Centro de Atención al Cliente: información de contacto
LLAME AL	(844) 549-1859 Las llamadas a este número son gratuitas. Puede llamarnos de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. Nuestro Centro de Atención al Cliente también ofrece un servicio gratuito de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Puede llamarnos de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana.
ESCRIBA A	Banner Medicare Classic Rx Attn: Centro de Atención al Cliente 2701 E. Elvira Road Tucson, AZ 85756
SITIO WEB	www.BannerHealth.com/Rx

Programa estatal de asistencia sobre seguro médico de Arizona (SHIP)

El SHIP de Arizona es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros médicos, a nivel local y de forma gratuita, a las personas que tienen Medicare.

Método	Información de contacto
LLAME AL	(800) 432-4040
TTY	711
ESCRIBA A	Arizona SHIP 1789 W. Jefferson Street, Código de sitio 950A Phoenix, AZ 85007
SITIO WEB	des.az.gov

Declaración sobre la divulgación de la Ley de Reducción de Papel (PRA). De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites (Paperwork Reduction Act, PRA) de 1995, ninguna persona tiene la obligación de responder a una recopilación de información, a menos que esta tenga un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (Office of Management and Budget, OMB). El número de control válido de la OMB para esta recopilación 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.

Banner Medicare Rx PDP

Multi-language Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-844-549-1859, TTY 711. Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-844-549-1859, TTY 711. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-844-549-1859, TTY 711。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-844-549-1859, TTY 711。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-844-549-1859, TTY 711. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-844-549-1859, TTY 711. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-844-549-1859, TTY 711 sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-844-549-1859, TTY 711. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-844-549-1859, TTY 711 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-844-549-1859, TTY 711. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-844-549-1859, TTY 711. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं। एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-844-549-1859, TTY 711 पर फोन करें। कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है। यह एक मुफ्त सेवा है।

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-844-549-1859, TTY 711. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-844-549-1859, TTY 711. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-844-549-1859, TTY 711. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-844-549-1859, TTY 711. Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-844-549-1859, TTY 711 にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。

Banner Medicare Rx PDP
(844) 549-1859, TTY 711
de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana.

www.BannerHealth.com/Rx