

1 de enero – 31 de diciembre, 2025

Evidencia de cobertura:

Su cobertura de medicamentos recetados de Medicare como miembro de Triple-S Óptimo PSHB

Este documento le da información de su cobertura de medicamentos con receta de Medicare del 1.º de enero al 31 de diciembre de 2025. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

Si tiene preguntas sobre este documento, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente al 1-833-201-9256. Los usuarios de TTY deben llamar gratis al 1-866-215-1999. Abrimos de lunes a viernes de 7:30 a. m. a 8:00 p. m. (hora estándar del Atlántico [AST]), sábados de 9:00 a. m. a 6:00 p. m. (AST) y domingos de 11:00 a. m. a 5:00 p. m. (AST). Esta llamada es gratuita.

Triple-S Salud ofrece este plan, Triple-S Óptimo PSHB. (Cuando esta *Evidencia de cobertura* dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, significa Triple-S Salud. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, significa Triple-S Óptimo PSHB.

Este documento está disponible gratis en español. Este documento también está disponible en formatos alternativos, como braille, letra grande y audio. Llame al Servicios para Miembros si necesita información sobre el plan en otro formato o idioma.

Los beneficios, primas, deducibles o copagos/coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2026.

El formulario o la red de farmacias pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando sea necesario. Avisaremos sobre los cambios a los miembros afectados con un mínimo de 30 días de antelación.

En este documento se explican sus beneficios y derechos. Úselo para entender:

- Su prima y costos compartidos del plan
- Sus beneficios de medicamentos con receta
- Cómo presentar una queja si no está satisfecho con un servicio o tratamiento
- Cómo comunicarse con nosotros si necesita más ayuda
- Otras protecciones que exige la ley de Medicare

S2135 TS PSHBEOC Los beneficios de medicamentos recetados de Medicare según el plan Triple-S Óptimo PSHB están auspiciados por Blue Cross Blue Shield Association según su contrato de Medicare S2135.

Índice**Evidencia de cobertura para 2025****Índice**

CAPÍTULO 1: <i>Primeros pasos como miembro</i>	5
SECCIÓN 1 Introducción	6
SECCIÓN 2 ¿Qué requisitos son necesarios para ser miembro del plan?.....	7
SECCIÓN 3 Material importante de la membresía que recibirá	8
SECCIÓN 4 Sus costos mensuales de Triple-S Óptimo PSHB.....	9
SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual	12
SECCIÓN 6 Cómo mantener actualizado su registro de membresía del plan.....	13
SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan	14
CAPÍTULO 2: <i>Teléfonos y recursos importantes</i>	16
SECCIÓN 1 Contactos de Triple-S Óptimo PSHB (cómo ponerse en contacto con nosotros, incluido cómo comunicarse con el Servicio de Atención al Cliente).....	17
SECCIÓN 2 Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal de Medicare).....	19
SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)	21
SECCIÓN 4 Organización para la mejora de la calidad.....	22
SECCIÓN 5 Seguro Social	23
SECCIÓN 6 Medicaid	23
SECCIÓN 7 Información sobre programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos con receta	24
SECCIÓN 8 Cómo comunicarse con la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios	27
SECCIÓN 9 ¿Tiene usted un seguro colectivo u otro seguro médico de un empleador?	28
CAPÍTULO 3: <i>Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D</i>	29
SECCIÓN 1 Introducción	30
SECCIÓN 2 Surta sus recetas en una farmacia dentro de la red o mediante el servicio de pedidos por correo del plan	31
SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar en la Lista de medicamentos del plan	34
SECCIÓN 4 Hay restricciones en la cobertura de algunos medicamentos.....	36

Índice

SECCIÓN 5	¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto como le gustaría que estuviera cubierto?.....	37
SECCIÓN 6	¿Qué sucede si cambia la cobertura de uno de sus medicamentos?	40
SECCIÓN 7	¿Qué tipos de medicamentos <i>no</i> están cubiertos por el plan?.....	43
SECCIÓN 8	Cómo surtir una receta	44
SECCIÓN 9	Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales	45
SECCIÓN 10	Programas sobre seguridad de los medicamentos y manejo de medicamentos	47
CAPÍTULO 4: <i>Lo que usted paga por sus medicamentos con receta de la Parte D</i>.....		50
SECCIÓN 1	Introducción	51
SECCIÓN 2	Lo que paga por un medicamento depende de la etapa de pago de medicamentos en que está cuando obtiene el medicamento	54
SECCIÓN 3	Le enviamos reportes en los que se explican los pagos de sus medicamentos y en qué etapa de pago está.....	54
SECCIÓN 4	No hay deducible para Triple-S Óptimo PSHB.....	56
SECCIÓN 5	Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga su parte de sus costos de medicamentos y usted paga su parte	56
SECCIÓN 6	Durante la Etapa de cobertura catastrófica, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D	61
SECCIÓN 7	Vacunas de la Parte D. Lo que usted paga depende de cómo y dónde las obtiene	61
CAPÍTULO 5: <i>Solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de los medicamentos cubiertos</i>		64
SECCIÓN 1	Situaciones en las que usted debería solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo por sus medicamentos cubiertos	65
SECCIÓN 2	Cómo pedirnos que le devolvamos el pago	66
SECCIÓN 3	Consideraremos su solicitud de pago y le responderemos sí o no	67
CAPÍTULO 6: <i>Sus derechos y responsabilidades</i>		68
SECCIÓN 1	Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales como miembro del plan	69
SECCIÓN 2	Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan.....	73
CAPÍTULO 7: <i>Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)</i>		75
SECCIÓN 1	Introducción	76
SECCIÓN 2	Dónde obtener más información y asistencia personalizada	76

Índice

SECCIÓN 3	Para solucionar su problema, ¿qué proceso debe usar?	77
SECCIÓN 4	Guía básica sobre decisiones de cobertura y apelaciones.....	78
SECCIÓN 5	Sus medicamentos con receta de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.....	80
SECCIÓN 6	Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y niveles posteriores	91
SECCIÓN 7	Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, tiempos de espera, servicio al cliente u otras preocupaciones	92
CAPÍTULO 8: <i>Cómo cancelar su membresía en el plan</i>.....		96
SECCIÓN 1	Introducción para cancelar su membresía en nuestro plan	97
SECCIÓN 2	¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan?	97
SECCIÓN 3	¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan?.....	100
SECCIÓN 4	Hasta que termine su membresía, usted deberá seguir recibiendo sus medicamentos a través de nuestro plan.....	101
SECCIÓN 5	Triple-S Óptimo PSHB debe finalizar su membresía en el plan en determinadas situaciones	101
CAPÍTULO 9: <i>Avisos legales</i>		103
SECCIÓN 1	Aviso sobre la ley aplicable	104
SECCIÓN 2	Aviso sobre la no discriminación.....	104
SECCIÓN 3	Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare	104
CAPÍTULO 10: <i>Definiciones de palabras importantes</i>		105

CAPÍTULO 1:

Primeros pasos como miembro

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro**SECCIÓN 1 Introducción****Sección 1.1 Está inscrito en el Triple-S Óptimo PSHB, que es un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare**

Usted está cubierto por Medicare Original u otro plan de salud para su cobertura de atención médica, y ha elegido obtener su cobertura de medicamentos recetados de Medicare a través de nuestro plan, Triple-S Salud Óptimo PSHB.

El Triple-S Óptimo PSHB es un plan de medicamentos recetados (PDP) de Medicare. Como todos los planes de Medicare, este plan de medicamentos con receta de Medicare está aprobado por Medicare y administrado por una empresa privada.

Sección 1.2 ¿De qué se trata el documento *Evidencia de cobertura*?

Este documento de *Evidencia de cobertura* le explica cómo obtener los medicamentos con receta. Explica sus derechos y responsabilidades, lo que está cubierto, lo que usted paga como miembro del plan y cómo presentar una queja si no está satisfecho con una decisión o tratamiento.

Las palabras *cobertura* y *medicamentos cubiertos* se refieren a la cobertura de medicamentos recetados disponible para usted como miembro del Triple-S Óptimo PSHB.

Es importante que sepa cuáles son las normas del plan y qué cobertura está disponible para usted. Le recomendamos que dedique algo de tiempo para examinar este documento de *Evidencia de cobertura*.

Si está confundido, preocupado o simplemente tiene una pregunta, comuníquese con Servicio de Atención al Cliente.

Sección 1.3 Información legal de la *Evidencia de cobertura*

Esta *Evidencia de cobertura* es parte de nuestro contrato con usted sobre cómo Triple-S Óptimo PSHB cubre su atención. Otras partes de este contrato incluyen su formulario de inscripción, la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* y cualquier aviso que reciba de nuestra parte sobre cambios en su cobertura o en las condiciones que afectan su cobertura. Esos avisos se llaman *a veces anexos o enmiendas*.

El contrato estará en vigor durante los meses en los que esté inscrito en Triple-S Óptimo PSHB entre el 1 de enero de 2025 y el 31 de diciembre de 2025.

Cada año calendario, Medicare nos permite hacer cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de Triple-S Óptimo PSHB después del 31 de diciembre de 2025. También podemos dejar de ofrecer el plan en su área de servicio, después del 31 de diciembre de 2025.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar Triple-S Óptimo PSHB cada año. Puede continuar recibiendo cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan siempre que elijamos continuar ofreciendo el plan y Medicare renueve 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 afiliarse a nuestro plan si cumple con los siguientes requisitos:

- Tiene la Parte A o la Parte B de Medicare (o tiene ambas, Parte A y Parte B)
- -- y -- es ciudadano estadounidense o está legalmente en los Estados Unidos.
 - -- y -- vive en nuestra área geográfica de servicio (en la Sección 2.2, 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 Triple-S Óptimo PSHB

Triple-S Óptimo PSHB está disponible solo para personas que viven en nuestra área de servicio del plan. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, debe seguir viviendo en el área de servicio del plan. El área de servicio se describe abajo.

Nuestra área de servicio incluye los siguientes territorios de EE. UU: Puerto Rico y las Islas Vírgenes de EE. UU.

Si tiene planificado mudarse fuera del área de servicio, no puede seguir siendo miembro de este plan Póngase en contacto con Medicare llamando al 1-800-633-4227 o visite la página web de Medicare www.medicare.gov para encontrar un plan en su nueva área. Cuando se traslade, tendrá un Periodo de Inscripción Especial que le permitirá cambiarse a Medicare Original o inscribirse en un plan médico o de medicamentos de Medicare que esté disponible en su nueva ubicación.

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

Sección 2.3 Ciudadano estadounidense o con presencia legal en los Estados Unidos

El miembro de un plan médico de Medicare debe ser ciudadano estadounidense o estar legalmente en los Estados Unidos. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid)

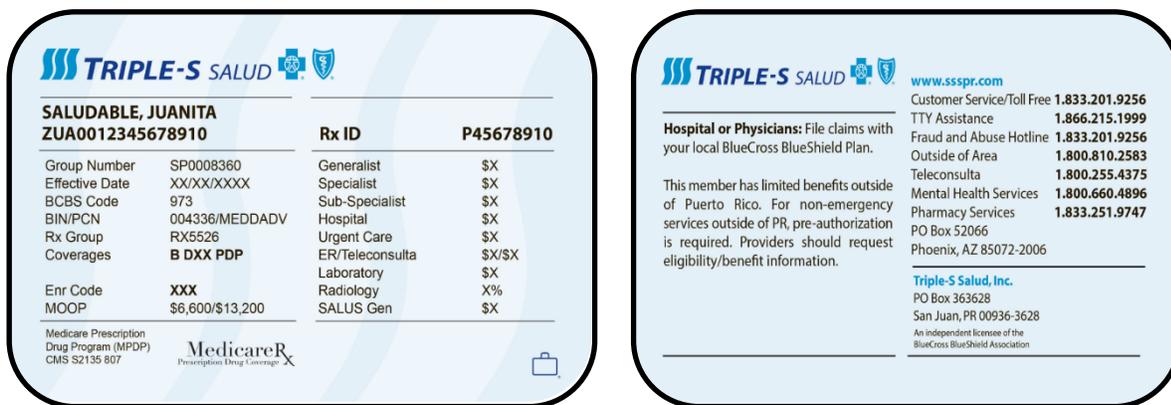
Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

notificará a Triple-S Óptimo PSHB si usted no es elegible para seguir siendo miembro sobre esta base. Triple-S Óptimo PSHB debe cancelar su inscripción si no cumple este requisito.

SECCIÓN 3 Material importante de la membresía que recibirá

Sección 3.1 Su tarjeta de membresía del plan

Mientras sea miembro de nuestro plan, debe usar su tarjeta de membresía siempre que reciba medicamentos con receta en las farmacias de la red. Además, debe mostrar su tarjeta de Medicaid al proveedor, si corresponde. Este es un ejemplo de una tarjeta de membresía para mostrarle cómo se verá la suya:



Lleve su tarjeta con usted en todo momento y recuerde mostrarla cuando obtenga medicamentos cubiertos. Si su tarjeta de membresía del plan se daña o se pierde, o si se la roban, llame de inmediato a Triple-S Salud y le enviaremos una tarjeta nueva.

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

Sección 3.2 Directorio de farmacias

El *Directorio de farmacias*, que se encuentra en www.ssspr.com/postal, contiene una lista de las farmacias de nuestra red. Las **farmacias de la red** son todas las farmacias que han aceptado surtir medicamentos con receta a los miembros de nuestro plan. Puede usar el *Directorio de farmacias* para buscar la farmacia de la red que desea usar. Vea el Capítulo 3, Sección 2.5, para obtener información de cuándo puede usar farmacias que no están en la red del plan.

Si no tiene el *Directorio de farmacias*, puede obtener una copia en Servicio al Cliente. También puede encontrar esa información en nuestro sitio web en www.ssspr.com/postal.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro**Sección 3.3 La Lista de medicamentos cubiertos (*Formulario*) del plan**

El plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*. Nosotros la llamamos “Lista de medicamentos” para abreviar. Tiene los medicamentos con receta de la Parte D que están cubiertos por los beneficios de la Parte D incluidos en el MPDP de Triple-S Óptimo PSHB Blue Standard. Los medicamentos en esta lista los selecciona el plan con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista debe cumplir los requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la Lista de medicamentos de Triple-S Óptimo PSHB.

La Lista de medicamentos también le indica si existen normas que restringen la cobertura de sus medicamentos.

Le daremos una copia de la Lista de medicamentos. La Lista de medicamentos que le damos incluye información de los medicamentos cubiertos que nuestros miembros usan con más frecuencia. Sin embargo, cubrimos más medicamentos que no están incluidos en la Lista de medicamentos. Si uno de los medicamentos no está incluido en la Lista de medicamentos, debe visitar nuestro sitio web o comunicarse con el Servicio de Atención al Cliente para averiguar si lo cubrimos). Para obtener la información más completa y actualizada de los medicamentos cubiertos, visite el sitio web del plan en www.ssspr.com/postal o llame a Servicio de Atención al Cliente.

SECCIÓN 4 Sus costos mensuales de Triple-S Óptimo PSHB

Sus costos pueden incluir los siguientes:

- Prima del plan (Sección 4.1)
- Prima mensual de la Parte B de Medicare (Sección 4.2)
- Multa por inscripción tardía en la Parte D (Sección 4.3)
- Cantidad ajustada mensualmente relacionada con ingresos (Sección 4.4)
- Monto del Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare (Sección 4.5)

Si tiene preguntas sobre estas primas, revise su copia del manual *Medicare y usted 2025*, en la sección llamada “Costos de Medicare 2025”. Si necesita una copia, puede descargarla del sitio web de Medicare (www.medicare.gov/medicare-and-you). También puede pedir una copia impresa por teléfono llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 4.1 Prima del plan

Usted no paga una prima mensual del plan aparte por Triple-S Óptimo PSHB.

Su cobertura se proporciona mediante un contrato con su empleador actual, antiguo empleador o sindicato. Comuníquese con el administrador de beneficios de su empleador o sindicato para obtener información sobre su prima del plan.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro**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, **debe continuar pagando sus primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan.** Esto incluye su prima por la Parte B. También puede incluir una prima por la Parte A, que afecta a los miembros que no son elegibles para la Parte A sin prima.

Sección 4.3 Multa por inscripción tardía en la Parte D

Algunos miembros están obligados a pagar una **penalización por inscripción tardía** en la Parte D. La penalización por inscripción tardía en la Parte D es una prima adicional que se debe pagar por la cobertura de la Parte D si en algún momento después de que haya finalizado su período de inscripción inicial hay un período de 63 días consecutivos o más en el que no tuvo la Parte D ni otra cobertura válida de medicamentos con receta. Una cobertura válida de medicamentos con receta es la cobertura que cumple los estándares mínimos de Medicare pues se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare. El costo de la penalización por inscripción tardía dependerá de cuánto tiempo haya estado sin la Parte D o sin otra cobertura válida de medicamentos con receta. Tendrá que pagar esa penalización mientras tenga la cobertura de la Parte D.

Cuando se inscribe por primera vez en Triple-S Óptimo PSHB, le informaremos de la cantidad de la penalización.

Triple-S Óptimo PSHB

Usted **no** tendrá que pagarla si:

- Recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos con receta.
- Estuvo menos de 63 días consecutivos sin cobertura válida.
- Ha tenido cobertura de medicamentos acreditable mediante otra fuente, como un empleador, sindicato, TRICARE o la Administración de Salud para Veteranos (VA). Su aseguradora o el departamento de Recursos Humanos le dirán cada año si su cobertura de medicamentos es una cobertura válida. Esta información se le puede enviar en una carta o incluirse en un boletín del plan. Guarde esta información, ya que es posible que la necesite si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare en el futuro.
 - **Nota:** Cualquier aviso debe decir que usted tenía cobertura válida de medicamentos con receta que se esperaba que pagara tanto como paga el plan estándar de medicamentos con receta de Medicare.
 - **Nota:** Las siguientes *no* son coberturas válidas de medicamentos con receta: tarjetas de descuento de medicamentos con receta, clínicas gratuitas y sitios web de descuento en medicamentos.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

Medicare determina la cantidad de la penalización. Así es como funciona:

- Si pasó 63 días o más sin la Parte D u otra cobertura válida de medicamentos con receta después de que haya sido elegible por primera vez para inscribirse en la Parte D, el plan contará el número de meses completos en que usted no tenía cobertura. La penalización es del 1% por cada mes que no haya tenido cobertura válida. Por ejemplo, si pasa 14 meses sin cobertura, la penalización será del 14%.
- Luego, Medicare determina la cantidad de la prima promedio mensual de los planes de medicamentos de Medicare en el país del año anterior. Para 2025, la cantidad promedio de la prima es \$36.78.
- Para calcular su penalización mensual, multiplique el porcentaje de la penalización y la prima mensual promedio, luego redondee la cantidad a los 10 centavos más cercanos. En el ejemplo aquí sería 14% por \$36.78, lo que equivale a \$5.149. Esto se redondea a \$5.15. Este monto se agregaría **a la prima mensual para alguien con una penalización por inscripción tardía de la Parte D.**

Hay tres cosas importantes para tomar en cuenta sobre esta penalización mensual por inscripción tardía en la Parte D:

- Primero, **la multa podría cambiar cada año**, ya que la prima mensual promedio puede cambiar cada año.
- Segundo, **continuará con el pago de una multa** cada mes por el tiempo que esté inscrito en un plan que tenga beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare, incluso si se cambia de plan.
- Tercero, si usted es menor de 65 años y actualmente recibe los beneficios de Medicare, la penalización por inscripción tardía en la Parte D se restablecerá cuando cumpla 65 años. Después de cumplir 65 años, la penalización por inscripción tardía en la Parte D se basará únicamente en los meses en que no tenga cobertura después de su período de inscripción inicial por la edad en Medicare.

Si está en desacuerdo con su penalización por inscripción tardía en la Parte D, usted o su representante pueden solicitar la revisión. Generalmente, usted debe solicitar esta revisión **en el plazo de 60 días** a partir de la fecha de la primera carta que recibió indicando que debe pagar una multa por inscripción tardía. Sin embargo, si estaba pagando una penalización antes de unirse al plan, puede ser que no tenga otra posibilidad de pedir una revisión de esa penalización por inscripción tardía.

Sección 4.4	Cantidad ajustada mensualmente relacionada con ingresos
--------------------	--

Es posible que algunos miembros tengan que pagar un cargo adicional, que se conoce como la Cantidad de ajuste mensual relacionado con los ingresos, también conocida como IRMAA, de la Parte D. El cargo adicional se calcula usando su ingreso bruto ajustado modificado según lo informado en su declaración de impuestos al IRS de hace dos años. Si esa cantidad es superior a cierta cantidad, usted pagará la cantidad de la prima estándar y la IRMAA adicional. Para

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

obtener más información sobre la cantidad adicional que debe pagar basándose en sus ingresos, visite <https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans>.

Si usted tiene que pagar una cantidad adicional, el Seguro Social, no su plan Medicare, le enviará una carta informándolo de cuánto será la cantidad adicional. Se le retendrá la cantidad adicional de su Seguro Social, Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios, o la Oficina de Administración de Personal, sin importar cómo paga habitualmente la prima de su plan, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir la cantidad adicional adeudada. Si su cheque de beneficios no es suficiente para cubrir la cantidad adicional, recibirá una factura de Medicare. **Debe pagar la cantidad adicional al gobierno. No se puede pagar con su prima mensual del plan. Si no paga la cantidad adicional, se le cancelará la inscripción del plan y perderá la cobertura de medicamentos con receta.**

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

Sección 4.5	Monto del Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare
--------------------	---

Si participa en el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare, cada mes pagará la prima de su plan (si lo tiene) y recibirá una factura de su plan de salud o de medicamentos por sus medicamentos recetados (en lugar de pagar a la farmacia). Su factura mensual se basa en lo que debe por cualquier receta que obtenga, más el saldo del mes anterior, dividido por la cantidad de meses restantes en el año.

En el Capítulo 2, Sección 7, encontrará más información sobre el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare. Si no está de acuerdo con el monto facturado como parte de esta opción de pago, puede seguir los pasos del Capítulo 7 para presentar una queja o apelación.

SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual

Sección 5.1	Hay varias maneras de pagar su prima del plan
--------------------	--

Triple-S Óptimo PSHB es un beneficio de medicamentos recetados exclusivo para los miembros de Triple-S Salud que son pensionados postales o sus dependientes elegibles para Medicare. Es parte de su cobertura del Plan Triple-S Salud y no paga una prima separada por sus beneficios de Triple-S Óptimo PSHB. Para obtener información sobre cómo pagar las deducciones de sus primas, comuníquese con la oficina de empleo o de jubilación.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

Sección 5.2 ¿Podemos cambiar su prima mensual del plan durante el año?

No. No se nos permite que cambiemos la cantidad que cobramos por la prima de plan mensual durante el año. Si la prima del plan mensual cambia para el siguiente año, le indicaremos en septiembre y el cambio entrará en vigencia el 1 de enero.

Sin embargo, en algunos casos, la parte de la prima que debe pagar puede cambiar durante el año. Esto ocurre si usted llega a ser elegible para el programa “Ayuda adicional” o si pierde su elegibilidad para el programa “Ayuda adicional” durante el año. Si un miembro califica para recibir “Ayuda adicional” para pagar sus costos de medicamentos con receta, el programa “Ayuda adicional” pagará parte de la prima mensual del plan del miembro. Un miembro que pierda su elegibilidad durante el año, deberá empezar a pagar su prima mensual completa. Puede encontrar más información sobre el programa de “Ayuda adicional” en el Capítulo 2, Sección 7.

SECCIÓN 6 Cómo mantener actualizado su registro de membresía del plan

Su registro de membresía tiene información de su formulario de inscripción, incluyendo su dirección y teléfono. Muestra su cobertura específica del plan.

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

Avísenos de estos cambios:

- Cambios en su nombre, dirección o teléfono
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos que tenga (como de su empleador, el empleador de su cónyuge o pareja de hecho, la compensación para los trabajadores o Medicaid)
- Si tiene algún reclamo por responsabilidad civil, como reclamos por un accidente de automóvil
- Si lo ingresaron en un centro de atención residencial
- Si cambia la parte responsable que designó (como un cuidador)

Si alguno de estos datos cambia, avísenos llamando a Triple-S Salud o en línea en www.ssspr.com/postal.

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

SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Otros seguros

Medicare requiere que recolectemos información suya acerca de cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos que tenga. Esto se debe a que debemos coordinar sus beneficios con cualquier otra cobertura que tenga según nuestro plan. Esto se llama **Coordinación de beneficios**.

Una vez al año, le enviaremos una carta con la lista de cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos de la que estemos enterados. Lea esta información detenidamente. Si es correcta, no es necesario que haga nada. Si la información es incorrecta o si tiene otra cobertura que no aparece en la lista, llame a Servicio al Cliente. Es posible que deba dar su número de identificación de miembro del plan a las otras aseguradoras (después de que haya confirmado la identidad) para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

Cuando usted tiene otro seguro (como cobertura médica colectiva del empleador), hay normas establecidas por Medicare que deciden si paga primero nuestro plan o su otro seguro. Al seguro que paga primero se le llama el pagador primario y paga hasta los límites de la cobertura de ese seguro. El que paga segundo, llamado el pagador secundario, solo paga si hay costos que la cobertura primaria dejó sin cubrir. Es posible que el pagador secundario no pague todos los costos que no están cubiertos. Si usted no tiene otro seguro, infórmelo a su médico, hospital y farmacia.

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

- Si usted tiene cobertura de jubilado, Medicare paga primero.
- Si su cobertura de plan médico de grupo está basada en su empleo actual o en el de un familiar, el que paga primero depende de su edad, el número de personas empleadas por su empleador y si usted tiene Medicare según su edad, discapacidad o enfermedad renal en etapa terminal (ESRD):
 - Si es menor de 65 años, está discapacitado y usted o su familiar aún está trabajando, su plan médico de grupo paga primero si el empleador tiene 100 empleados o más, o al menos hay un empleador en un plan de varios empleadores que tiene más de 100 empleados.
 - Si es mayor de 65 años y usted o su cónyuge o pareja doméstica aún trabajan, el plan médico de grupo paga primero si el empleador tiene 20 empleados o más, o al menos un empleador en un plan de varios empleadores que tenga más de 20 empleados.
- Si tiene Medicare por ESRD, su plan médico de grupo pagará primero por los primeros 30 meses después de que usted sea elegible para Medicare.

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

- Seguro de responsabilidad civil sin culpa (incluyendo seguro de automóvil)

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

- Responsabilidad civil (incluyendo seguro de automóvil)
- Beneficios por neumoconiosis
- Compensación de los trabajadores

Medicaid y TRICARE nunca pagan primero por los servicios cubiertos por Medicare. Únicamente pagan después de que Medicare, los planes médicos de grupo del empleador o Medigap hayan pagado.

CAPÍTULO 2:

Teléfonos y recursos importantes

Capítulo 2 Teléfonos y recursos importantes

SECCIÓN 1 Contactos de Triple-S Óptimo PSHB (cómo ponerse en contacto con nosotros, incluido cómo comunicarse con el Servicio de Atención al Cliente)

Cómo comunicarse con Servicio de atención a clientes del plan

Para obtener ayuda con reclamos, facturación o preguntas sobre tarjetas de miembro, llame o escriba a Servicio al Cliente de Triple-S Óptimo PSHB. Será un gusto ayudarlo.

Método	Atención al cliente – Información de contacto
LLAMAR	1-833-201-9256 Las llamadas a este número son gratuitas. Abierto de lunes a viernes de 7:30 a. m. a 8:00 p. m. (AST), sábados de 9:00 a. m. a 6:00 p. m. (AST), domingos de 11:00 a. m. a 5:00 p. m. (AST). Atención al cliente tiene también servicios gratuitos de interpretación de idiomas disponibles para personas que no hablan inglés.
TTY	1-866-215-1999 Las llamadas a este número son gratuitas. <u>Abierto de lunes a viernes de 7:30 a. m. a 8:00 p. m. (AST), sábados de 9:00 a. m. a 6:00 p. m. (AST), domingos de 11:00 a. m. a 5:00 p. m. (AST).</u>
ESCRIBIR	Triple-S Salud P.O. Box 363628 San Juan, PR 00936-3628
SITIO WEB	www.ssspr.com/postal

Cómo comunicarse con nosotros cuando está solicitando una decisión de cobertura o una apelación

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

Capítulo 2 Teléfonos y recursos importantes

Método	Decisiones de cobertura y apelaciones por medicamentos con receta de la Parte D – Información de contacto
LLAMAR	1-833-201-9256 Las llamadas a este número son gratuitas. Abierto de lunes a viernes de 7:30 a. m. a 8:00 p. m. (AST), sábados de 9:00 a. m. a 6:00 p. m. (AST), domingos de 11:00 a. m. a 5:00 p. m. (AST).
TTY	1-866-215-1999 Este número necesita equipo telefónico especial y es solo para las personas con dificultades para escuchar o para hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. <u>Abierto de lunes a viernes de 7:30 a. m. a 8:00 p. m. (AST), sábados de 9:00 a. m. a 6:00 p. m. (AST), domingos de 11:00 a. m. a 5:00 p. m. (AST).</u>
ESCRIBIR	CDA inquiries CVS Caremark Part D Appeals and Exceptions P.O. Box 52000 MC109 Phoenix, AZ 85072-2000
SITIO WEB	www.ssspr.com/postal

Cómo comunicarse con nosotros sobre la presentación de una queja

Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre alguna de nuestras farmacias de la red, incluida una respecto de la calidad de su atención. Este tipo de queja no involucra las disputas de cobertura o pago. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja, consulte el Capítulo 7 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*).

Método	Quejas – Información de contacto
LLAMAR	1-833-201-9256 Las llamadas a este número son gratuitas. Abierto de lunes a viernes de 7:30 a. m. a 8:00 p. m. (AST), sábados de 9:00 a. m. a 6:00 p. m. (AST), domingos de 11:00 a. m. a 5:00 p. m. (AST).
TTY	1-866-215-1999 Este número necesita equipo telefónico especial y es solo para las personas con dificultades para escuchar o para hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. Abierto de lunes a viernes de 7:30 a. m. a 8:00 p. m. (AST), sábados de 9:00 a. m. a 6:00 p. m. (AST), domingos de 11:00 a. m. a 5:00 p. m. (AST).

Capítulo 2 Teléfonos y recursos importantes

Método	Quejas – Información de contacto
ESCRIBIR	Grievance Department P.O. Box 30016 Pittsburgh, PA 15222-0330
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja sobre Triple-S Óptimo PSHB directamente a Medicare. Para enviar una queja en línea a Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

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

El proceso de determinación de la cobertura incluye determinar las solicitudes para pagar nuestra parte de los costos de un medicamento que haya recibido. Si recibió una factura o pagó por medicamentos (como la factura de una farmacia) que cree que deberíamos pagar, es posible que deba solicitar un reembolso al plan o que pague la factura de la farmacia; consulte el Capítulo 5 (*Solicitar nos que paguemos nuestra parte de los costos de los medicamentos cubiertos*).

Tenga en cuenta: Si nos presenta una solicitud de pago y denegamos alguna parte de la solicitud, puede apelar nuestra decisión. Vea el Capítulo 7 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*) para obtener más información.

Método	Solicitud de pago – Información de contacto
LLAMAR	1-833-201-9256 Las llamadas a este número son gratuitas. Abierto de lunes a viernes de 7:30 a. m. a 8:00 p. m. (AST), sábados de 9:00 a. m. a 6:00 p. m. (AST), domingos de 11:00 a. m. a 5:00 p. m. (AST).

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

Medicare es el programa federal de seguro médico para personas mayores de 65 años, algunas personas menores de 65 años con discapacidades y personas con enfermedad renal en etapa terminal (insuficiencia renal permanente con necesidad de diálisis o de trasplante de riñón).

La agencia federal encargada de Medicare son los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (a veces llamados CMS). Esta agencia tiene contrato con los planes de medicamentos con receta de Medicare, incluidos nosotros.

Capítulo 2 Teléfonos y recursos importantes

Método	Medicare – Información de contacto
LLAMAR	<p>1-800-MEDICARE o 1-800-633-4227</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>24 horas del día, 7 días de la semana</p>
TTY	<p>1-877-486-2048</p> <p>Este número necesita equipo telefónico especial y es solo para las personas con dificultades para escuchar o para hablar.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p>
SITIO WEB	<p>www.Medicare.gov</p> <p>Este es el sitio web oficial de Medicare. Tiene información actualizada sobre Medicare y temas actuales de Medicare. También tiene información de hospitales, centros de atención residencial, médicos, agencias de atención médica en casa y centros de diálisis. Incluye documentos que puede imprimir directamente desde su computadora. También puede encontrar contactos de Medicare en su estado.</p> <p>El sitio web de Medicare también tiene información detallada sobre su elegibilidad para Medicare y las opciones de inscripción con las siguientes herramientas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Herramienta de elegibilidad para Medicare: Proporciona información del estado de elegibilidad para Medicare. • Buscador de planes de Medicare: Proporciona información individualizada sobre planes de medicamentos con receta de Medicare, planes médicos de Medicare y pólizas de Medigap (Seguro Suplementario de Medicare) en su área. Estas herramientas ofrecen un cálculo de lo que pueden ser sus gastos de bolsillo en diferentes planes de Medicare. <p>También puede usar el sitio web para informar a Medicare sobre cualquier queja que tenga de Triple-S Óptimo PSHB:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informe a Medicare sobre su queja: Puede presentar una queja sobre Triple-S Óptimo PSHB directamente a Medicare. Para enviar una queja a Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma seriamente sus quejas y usará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare.

Capítulo 2 Teléfonos y recursos importantes

Método	Medicare – Información de contacto
SITIO WEB (continuación)	Si no tiene una computadora, es posible que en la biblioteca local o en el centro para adultos mayores puedan ayudarlo a visitar este sitio web usando la computadora. O puede llamar a Medicare y decirles qué información está buscando. Ellos buscarán la información en el sitio web y la revisarán con usted. (Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)

El Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa gubernamental con asesores capacitados en todos los estados.

El Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico, o SHIP, es un programa estatal independiente (no relacionado con ninguna compañía de seguros ni plan médico) que recibe dinero del Gobierno federal para dar asesoramiento gratis sobre el seguro médico local a personas con Medicare.

Los asesores del Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico, o SHIP, pueden ayudarlo a comprender sus derechos de Medicare, a presentar quejas sobre su atención o tratamiento médico y a solucionar problemas con sus facturas de Medicare. Los asesores del Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico, o SHIP, también pueden ayudarlo con las preguntas o los problemas de Medicare y a comprender sus opciones de planes de Medicare y a responder preguntas sobre cómo cambiar de plan.

MÉTODO PARA ACCEDER A SHIP y OTROS RECURSOS:

- Visite <https://www.shiphelp.org> (Haga clic en SHIP LOCATOR (Localizador de SHIP) que está en medio de la página)
- Seleccione su **ESTADO** de la lista. Esto lo llevará a una página con los teléfonos y los recursos específicos de su estado.

Capítulo 2 Teléfonos y recursos importantes

Método	Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico o SHIP – Información de contacto
LLAMAR	1-877-839-2675
ESCRIBIR	State Health Insurance Assistance Program or SHIP Northeast Iowa Area Agency on Aging 3840 W 9 th St Waterloo, IA 50702 Correo electrónico: info@shiphelp.org
SITIO WEB	www.shiphelp.org

SECCIÓN 4 Organización para la mejora de la calidad

Hay una Organización para la mejora de la calidad designada para atender a los beneficiarios de Medicare en cada estado. La QIO tiene un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica pagados por Medicare para revisar y ayudar a mejorar la calidad de la atención de las personas con Medicare. La QIO es una organización independiente. No está relacionada con nuestro plan.

Debe comunicarse con la QIO específica de su estado si tiene una queja sobre la calidad de la atención que ha recibido. Por ejemplo, puede comunicarse con la QIO específica de su estado si le administraron el medicamento equivocado o si le administraron medicamentos con una interacción negativa.

Método	Organización para la Mejora de la Calidad – Información de contacto
LLAMAR	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048. Este número necesita equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades para escuchar o para hablar.
ESCRIBIR	Comuníquese con la QIO específica de su estado para obtener una dirección postal. Busque la QIO específica de su estado en el sitio web que se indica a continuación.
SITIO WEB	www.qioprogram.org/locate-your-qio

Capítulo 2 Teléfonos y recursos importantes**SECCIÓN 5 Seguro Social**

El Seguro Social es responsable de determinar la elegibilidad y encargarse de la inscripción en Medicare. Los ciudadanos americanos y los residentes legales mayores de 65 años, o que tienen una discapacidad o enfermedad renal en etapa terminal y cumplen ciertas condiciones, son elegibles para Medicare. Si usted 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 Medicare, puede llamar al Seguro Social o visitar la oficina más cercana del Seguro Social.

El Seguro Social también es responsable de determinar quiénes deben pagar una cantidad adicional por la cobertura de medicamentos de la Parte D debido a que tienen ingresos más altos. Si recibió una carta del Seguro Social diciendo que tiene que pagar la cantidad adicional y tiene preguntas sobre la cantidad, o si sus ingresos disminuyeron debido a un evento de cambio de vida, puede llamar al Seguro Social para pedir la reconsideración.

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

Método	Seguro Social – Información de contacto
LLAMAR	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 8:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes. Puede usar los servicios telefónicos automatizados del Seguro Social para obtener información grabada y hacer algunas gestiones las 24 horas del día.
TTY	1-800-325-0778 Este número necesita equipo telefónico especial y es solo para las personas con dificultades para escuchar o para hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 8:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes.
SITIO WEB	www.ssa.gov

SECCIÓN 6 Medicaid

Medicaid es un programa gubernamental conjunto federal y estatal que ayuda con los costos médicos a ciertas personas con ingresos y recursos limitados. Algunas personas con Medicare son también elegibles para Medicaid. Los programas que se ofrecen por medio de Medicaid ayudan a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare y las primas de Medicare. Estos **Programas de ahorros de Medicare** incluyen:

Capítulo 2 Teléfonos y recursos importantes

- **Beneficiario calificado de Medicare (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). (Algunas personas con QMB también son elegibles para los beneficios completos de Medicaid [QMB+]).
- **Beneficiario de Medicare de bajos ingresos (SLMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunas personas con SLMB también son elegibles para beneficios completos de Medicaid [SLMB+]).
- **Persona que califica (QI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Personas discapacitadas y empleados calificados (QDWI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Para obtener más información sobre Medicaid y sus programas, comuníquese con la agencia estatal de Medicaid.

Método	Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) – Información de contacto
LLAMAR	1-877-267-2323 La llamada es gratuita. Abierto las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	1-800-877-8339 Este número necesita equipo telefónico especial y es solo para las personas con dificultades para escuchar o para hablar.
ESCRIBIR	Centers for Medicare and Medicaid Services 7500 Security Boulevard Baltimore, Maryland, 21244-1850
SITIO WEB	www.medicaid.gov

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

En el sitio web Medicare.gov (<https://www.medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs>) obtiene información de cómo puede disminuir sus costos de medicamentos con receta. Para personas con ingresos limitados, también hay otros programas de asistencia que se describen abajo.

Programa “Ayuda adicional” de Medicare

Medicare proporciona “Ayuda adicional” a las personas con ingresos y recursos limitados para pagar los costos de medicamentos con receta. Los recursos incluyen sus ahorros y sus acciones, pero no su casa ni su automóvil. Si califica, obtiene ayuda para pagar la prima mensual de

Capítulo 2 Teléfonos y recursos importantes

cualquier plan de medicamentos de Medicare, el deducible anual y los copagos y coseguros de los medicamentos con receta. Esta “Ayuda adicional” también cuenta para sus gastos de bolsillo.

Si usted califica automáticamente para recibir la “Ayuda adicional” de Medicare, le enviaremos por correo una carta. Usted no tendrá que solicitarla. Si no califica automáticamente, es posible que pueda obtener “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos con receta, primas y costos. Para saber si califica para obtener “Ayuda adicional”, llame a:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, disponible 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, para hablar con un representante. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.
- La oficina de Medicaid de su estado (consulte la Sección 6 de este capítulo para obtener información de contacto).

Si cree que usted calificó para obtener “Ayuda adicional” y que está pagando una cantidad de costos compartidos incorrecta cuando obtiene su medicamento con receta en una farmacia, nuestro plan tiene un proceso que le permite ya sea solicitar asistencia para obtener evidencia de su nivel de copago adecuado o entregarnos la evidencia si ya la tiene.

Hay programas en Puerto Rico, las Islas Vírgenes de EE. UU., Guam, las Islas Marianas del Norte y Samoa Americana para ayudar a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar sus gastos de Medicare. Los programas varían en esas áreas. Llame a la oficina local de Asistencia Médica (Medicaid) para obtener información sobre las normas (los teléfonos están en la Sección 6 de este capítulo). O llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y seleccione *Medicaid* para obtener más información. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede visitar www.medicare.gov para obtener más información.

¿Qué ocurre si tiene Ayuda Adicional y cobertura de un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP)?

Muchos estados y las Islas Vírgenes de EE. UU. ofrecen ayuda para pagar las recetas, las primas del plan de medicamentos u otros costos de medicamentos. Si usted está inscrito en un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP), o cualquiera de los programas que tienen cobertura para medicamentos de la Parte D (que no sea “Ayuda adicional”), aún obtendrá el 70% de descuento en medicamentos de marca cubiertos.

¿Qué ocurre si tiene Ayuda Adicional y cobertura de un Programa de Asistencia para Medicamentos contra el Sida (ADAP)?

¿Qué es el Programa de Asistencia para Medicamentos contra el Sida (ADAP)?

El Programa de Asistencia para Medicamentos contra el Sida (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a asegurar que las personas elegibles para ADAP que tienen VIH/Sida tengan

Capítulo 2 Teléfonos y recursos importantes

acceso a medicamentos vitales para el VIH. Los medicamentos recetados de Medicare Parte D que también están en el formulario del ADAP califican para recibir asistencia de costo compartido de medicamentos recetados a través de *su programa estatal local, que figura al final de este documento*. **Nota:** Para ser elegibles para el ADAP que opera en su estado, las personas deben cumplir ciertos criterios, incluyendo prueba de residencia en el estado y de su condición del VIH, ingresos bajos según lo define el estado y condición sin seguro o con seguro insuficiente.

Nota: Para ser elegibles para el ADAP que opera en su estado, las personas deben cumplir ciertos criterios, incluyendo prueba de residencia en el estado y de su condición del VIH, ingresos bajos según lo define el estado y condición sin seguro o con seguro insuficiente.

Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica

Muchos estados tienen Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica (State Pharmaceutical Assistance Programs) que ayudan a algunas personas a pagar los medicamentos con receta según su necesidad financiera, edad, condición médica o sus discapacidades. Cada estado tiene normas diferentes para dar cobertura de medicamentos a sus miembros.

Método	Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica – Información de contacto
SITIO WEB	https://www.medicare.gov/plan-compare/#/pharmaceutical-assistance-program/states/

El Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare

El Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare es una nueva opción de pago que funciona con su cobertura de medicamentos actual y puede ayudarlo a administrar los costos de sus medicamentos distribuyéndolos en **pagos mensuales que varían a lo largo del año** (enero – diciembre). **Esta opción de pago puede ayudarlo a manejar sus gastos, pero no le permitirá ahorrar dinero ni reducir sus costos de medicamentos.** La “Ayuda adicional” de Medicare y la asistencia de su SPAP y ADAP, para quienes califiquen, son más ventajosas que participar en el plan de pago de medicamentos de Medicare. Todos los miembros son elegibles para participar en esta opción de pago, sin importar el nivel de ingresos, y todos los planes de medicamentos de Medicare y los planes médicos de Medicare con cobertura de medicamentos deben ofrecer esta opción de pago.

Comuníquese con nosotros o visite [Medicare.gov](https://www.medicare.gov) para averiguar si esta opción de pago es adecuada para usted.

Capítulo 2 Teléfonos y recursos importantes

Método	El Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare – Información de contacto
LLAMAR	1-833-201-9256 Las llamadas a este número son gratuitas. Abierto de <u>lunes a viernes de 7:30 a. m. a 8:00 p. m. (AST), sábados de 9:00 a. m. a 6:00 p. m. (AST), domingos de 11:00 a. m. a 5:00 p. m. (AST).</u> Atención al cliente tiene también servicios gratuitos de interpretación de idiomas disponibles para personas que no hablan inglés.
TTY	1-866-215-1999 Las llamadas a este número son gratuitas. Abierto de <u>lunes a viernes de 7:30 a. m. a 5:00 p. m. (AST), sábados de 9:00 a. m. a 6:00 p. m. (AST), domingos de 11:00 a. m. a 5:00 p. m. (AST).</u>
ESCRIBIR	Triple-S Óptimo PSHB Medicare Prescription Payment Plan P.O. Box 7 Pittsburgh, PA 15230
SITIO WEB	www.ssspr.com/postal

SECCIÓN 8 Cómo comunicarse con la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios

La Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios es una agencia federal independiente que administra programas integrales de beneficios para los trabajadores ferroviarios del país y sus familias. Si usted recibe su Medicare a través de la Junta de Jubilación para Ferroviarios, es importante que les haga saber si se cambia de domicilio o cambia su domicilio postal. Si tiene preguntas relacionadas con sus beneficios de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios, comuníquese con la agencia.

Método	Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios – Información de contacto
LLAMAR	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Si presiona “0”, puede hablar con un representante de RRB los lunes, martes, jueves y viernes de 9:00 a. m. a 3:30 p. m. y los miércoles de 9:00 a. m. a 12:00 p. m. Si presiona “1”, puede tener acceso a la Línea de ayuda de RRB automatizada e información grabada durante las 24 horas, incluso los fines de semana y los días feriados.

Capítulo 2 Teléfonos y recursos importantes

Método	Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios – Información de contacto
TTY	1-312-751-4701 Este número necesita equipo telefónico especial y es solo para las personas con dificultades para escuchar o para hablar. Las llamadas a este número <i>no</i> son gratuitas.
SITIO WEB	rrb.gov

SECCIÓN 9 ¿Tiene usted un seguro colectivo u otro seguro médico de un empleador?

Si usted (o su cónyuge o pareja de hecho) recibe beneficios de su empleador (o del grupo de jubilados de su cónyuge o pareja de hecho) como parte de este plan, puede llamar al administrador de beneficios del empleador/sindicato o al Servicio al Cliente si tiene alguna pregunta. Puede preguntar sobre los beneficios médicos, las primas o el período de inscripción de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge o pareja doméstica). (Los números de teléfono de Servicio al Cliente están impresos 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 la cobertura de Medicare de este plan.

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

CAPÍTULO 3:

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

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

SECCIÓN 1 Introducción

En este capítulo se explican las normas para usar su cobertura de medicamentos de la Parte D.

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

- Medicare Parte A cubre los medicamentos que se le administran durante las estancias cubiertas por Medicare en el hospital o en un centro de enfermería especializada.
- Medicare Parte B también brinda beneficios para algunos medicamentos. Los medicamentos de la Parte B incluyen ciertos medicamentos para quimioterapia, determinadas inyecciones de medicamentos que se le administran durante una visita al consultorio y medicamentos que se administran en un centro de diálisis.

Los dos ejemplos de medicamentos descritos anteriormente están cubiertos por Medicare Original. (Para obtener más información sobre esta cobertura, consulte el manual *Medicare y Usted 2025*). Sus medicamentos con receta de la Parte D están cubiertos por nuestro plan.

Sección 1.1	Normas básicas de la cobertura de medicamentos de la Parte D
--------------------	---

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

- Un proveedor (médico, dentista u otro proveedor que receta) debe darle una receta por escrito que debe ser válida según la ley estatal aplicable.
- El proveedor que receta no debe estar en las listas de exclusiones de Medicare.
- Generalmente debe usar una farmacia dentro de la red para surtir su receta. (Consulte la Sección 2, *Surta sus recetas en una farmacia de la red o a través del servicio de pedidos por correo del plan*).
- Su medicamento debe estar en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* (la llamamos la Lista de medicamentos) del plan. (Vea la Sección 3, *Sus medicamentos deben estar en la "Lista de medicamentos del plan"*).
- El medicamento debe tener una indicación médicamente aceptada. Una *indicación médicamente aceptada* es un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o que está respaldada por ciertos libros de referencia. (Vea la Sección 3 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada.)
- Es posible que su medicamento requiera aprobación antes de que lo cubramos. (Para obtener más información sobre las restricciones de su cobertura, consulte la Sección 4 de este capítulo).

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

SECCIÓN 2 Surta sus recetas en una farmacia dentro de la red o mediante el servicio de pedidos por correo del plan

Sección 2.1 Use una farmacia dentro de la red

En la mayoría de los casos, sus medicamentos con receta están cubiertos *únicamente* si se surten en farmacias dentro de la red del plan. (Vea la Sección 2.5 para obtener información sobre cuándo cubriremos los medicamentos con receta surtidos en las farmacias fuera de la red).

Una farmacia dentro de la red es una farmacia que tiene un contrato con el plan para dar sus medicamentos con receta cubiertos. El término *medicamentos cubiertos* significa todos los medicamentos con receta de la Parte D que están en la Lista de medicamentos del plan.

Sección 2.2 Farmacias dentro de la red

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

Para encontrar una farmacia de la red, puede buscar en el *Directorio de farmacias*, visitar nuestro sitio web en www.ssspr.com/postal o comunicarse con el Servicio de Atención al Cliente.

Usted puede ir a cualquiera de las farmacias dentro de nuestra red.

¿Qué sucede si la farmacia que ha estado usando deja de ser parte de la red?

Si la farmacia que ha estado usando se retira de la red del plan, tendrá que buscar una farmacia nueva que esté en la red. Para encontrar otra farmacia en su área, puede obtener ayuda de Servicio al Cliente o usar el *Directorio de farmacias*. También puede buscar información en nuestro sitio web en www.ssspr.com/postal.

¿Qué sucede si necesita una farmacia especializada?

Algunas recetas deben surtirse en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen:

- Farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusión en el hogar.
- Farmacias que suministran medicamentos para residentes de un centro de atención de largo plazo (conocido también como LTC). Generalmente, un centro LTC (como un centro de atención residencial) tiene su propia farmacia. Si tiene alguna dificultad para acceder a sus beneficios de la Parte D en un centro de LTC, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente.
- Las farmacias que sirven el Programa de salud de indígenas/de salud tribal/salud de indígenas urbanos (no está disponible en Puerto Rico). Salvo en caso de emergencia, solo los indios estadounidenses o los nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias dentro de la red.

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

- Las farmacias que surten medicamentos que están restringidos por la FDA para ciertos lugares o que necesitan de un manejo especial, coordinación del proveedor o educación sobre su uso. Para localizar una farmacia especializada, consulte el Directorio de farmacias en www.ssspr.com/postal o llame al Servicio de Atención al Cliente.

Sección 2.3 Cómo usar el servicio de envío por correo del plan

Usted puede usar los servicios de pedidos por correo de la red del plan para ciertos tipos de medicamentos. Generalmente, los medicamentos suministrados mediante pedidos por correo son medicamentos que usted toma de manera regular por una condición médica crónica o de largo plazo.

Nuestro servicio de pedidos por correo del plan requiere que pida **como mínimo un suministro del medicamento para 30 días y como máximo un suministro para 90 días**.

Para obtener formularios de pedido e información sobre cómo surtir sus recetas por correo, visite nuestro sitio web www.ssspr.com/postal o llame al Servicio de Atención al Cliente.

Generalmente, un pedido de farmacia por correo le llegará en no más de 10 días. Los miembros pueden visitar una farmacia local dentro de la red o comunicarse con el Servicio de Atención al Cliente para obtener un suministro en el intervalo.

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

La farmacia automáticamente despachará y entregará las recetas nuevas que recibe de los proveedores de atención médica sin consultar con usted primero, ya sea si:

- Usted usó los servicios de pedido por correo con este plan en el pasado, o
- Si se inscribió para recibir entrega automática de todas las recetas nuevas que recibió directamente de los proveedores de atención médica. Usted puede pedir la entrega automática de todas las recetas nuevas en cualquier momento al ponerse en contacto con el Servicio de Atención al Cliente.

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

Si en el pasado usó el pedido por correo y no quiere que la farmacia surta automáticamente y envíe cada nuevo medicamento con receta, comuníquese con nosotros mediante el Servicio de Atención al Cliente.

Si nunca ha usado nuestra entrega de pedidos por correo o decide cancelar el surtido automático de nuevas recetas, la farmacia se comunicará con usted cada vez que reciba una nueva receta del proveedor de atención médica para saber si quiere que se le surta y se le envíe inmediatamente el medicamento. Es importante que responda cada vez que la farmacia se comunique con usted para que sepan si deben enviar, demorar o cancelar la nueva receta.

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

Resurtidos en recetas enviadas por correo. Para resurtidos, comuníquese con su farmacia 10 días antes de que se acabe su medicamento con receta actual para asegurarse de que el siguiente pedido le llegue a tiempo.

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

El plan ofrece dos formas de obtener un suministro a largo plazo (también denominado *suministro extendido*) de los medicamentos de *mantenimiento* de la Lista de medicamentos de nuestro plan. (Los medicamentos de mantenimiento son aquellos que toma con regularidad para una enfermedad crónica o prolongada.)

1. Su *Directorio de farmacias* en www.ssspr.com/postal le indica qué farmacias de nuestra red pueden proporcionarle un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar a Servicio al Cliente para obtener más información.
2. También puede recibir medicamentos de mantenimiento mediante nuestro programa de pedidos por correo. Vea la Sección 2.3 para obtener más información.

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

Su receta puede estar cubierta en ciertas situaciones

Por lo general, no cubrimos los medicamentos dispensados en farmacias fuera de la red. Consulte con el **Servicio de Atención al Cliente** si hay alguna farmacia de la red cerca.

- Mientras viaja fuera del área de servicio del Plan (Estados Unidos), si se le acaba el medicamento cubierto de la Parte D o se enferma y necesita un medicamento cubierto de la Parte D o se enferma y necesita un medicamento cubierto de la Parte D y no puede acceder a una farmacia de la red.
- No puede obtener un medicamento cubierto de la Parte D a tiempo porque no hay ninguna farmacia de la red a una distancia razonable en auto.
- Cuando surta un medicamento recetado (medicamento huérfano o especializado) que no esté disponible en una farmacia minorista de la red o en el servicio de pedidos por correo accesible.
- Cuando se le proporcionen medicamentos cubiertos según la Parte D que sean dispensados por una farmacia institucional fuera de la red cuando le den de alta de una sala de emergencias, una clínica de un proveedor, una cirugía ambulatoria u otro centro ambulatorio.
- Durante cualquier declaración federal de catástrofe u otra declaración de emergencia de salud pública en la que los afiliados de la Parte D sean evacuados o desplazados de su lugar de residencia y no se pueda esperar razonablemente que obtengan los medicamentos cubiertos de la Parte D en una farmacia de la red. Además, en circunstancias en las que los canales

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

normales de distribución no estén disponibles, Óptimo PSHB facilitará el acceso a los medicamentos a farmacias fuera de la red.

En estas situaciones, **consulte primero con los Servicios para Miembros** para ver si hay una farmacia de la red cerca. (Los teléfonos de Servicios para Miembros están impresos en la contracubierta de este documento). Usted podría llegar a pagar la diferencia entre lo que paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriremos en la farmacia dentro de la red.

¿Cómo solicita un reembolso al plan?

Si tiene que usar una farmacia fuera de la red, generalmente tendrá que pagar el costo total (en lugar de su parte normal del costo compartido) en el momento de surtir su receta. Puede pedirnos que le reembolsemos nuestra parte del costo compartido. (En el Capítulo 5, Sección 2, se explica cómo pedirle al plan el reembolso).

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

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

El plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*. En esta *Evidencia de cobertura*, **la llamamos la Lista de medicamentos para abreviarlo.**

Los medicamentos en esta lista los selecciona el plan con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista cumple los requisitos de Medicare y la aprobó Medicare.

Los medicamentos en la Lista de medicamentos son solo los cubiertos por la Parte D de Medicare.

Generalmente cubriremos un medicamento de la Lista de medicamentos del plan siempre que cumpla las demás reglas de cobertura explicadas en este capítulo y el medicamento se use para una indicación médicamente aceptada. Una *indicación médicamente aceptada* es un uso del medicamento que está *ya sea*:

- Aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos para el diagnóstico o la condición para la que se prescribe, o
- Con el respaldo de ciertas referencias, como la Información de Medicamentos del Servicio de Formularios de Hospitales Americanos y el Sistema de Información DRUGDEX de Micromedex.

La lista de medicamentos incluye medicamentos de marca, medicamentos genéricos y productos biológicos (que pueden incluir biosimilares).

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

Un medicamento de marca es un medicamento con receta que se vende con nombre comercial registrado propiedad del fabricante del medicamento. Los productos biológicos son medicamentos más complejos que los medicamentos típicos. En la Lista de medicamentos, cuando nos referimos a *medicamentos*, esto podría significar que es un medicamento o un producto biológico.

Un medicamento genérico es un medicamento con receta que tiene los mismos ingredientes activos que un medicamento de marca. Los productos biológicos tienen alternativas que se denominan biosimilares. Por lo general, los genéricos y los biosimilares funcionan igual de bien que el producto biológico de marca u original, y suelen costar menos. Hay sustitutos genéricos de muchos medicamentos de marca y alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son biosimilares intercambiables y, según la ley estatal, pueden sustituir al producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, al igual que los medicamentos genéricos pueden sustituir a los medicamentos de marca.

En el Capítulo 10, se definen los tipos de medicamentos que pueden figurar en la Lista de medicamentos.

¿Qué *no* está 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, consulte la Sección 7.1 de este capítulo).
- En otros casos, nosotros hemos decidido no incluir un medicamento determinado en la Lista de medicamentos. En algunos casos, es posible que obtenga un medicamento que no esté en la Lista de medicamentos. (Para obtener más información, vea el Capítulo 7).

Sección 3.2	Hay 4 niveles de costos compartidos para los medicamentos en la Lista de medicamentos
--------------------	--

Cada medicamento de la Lista de medicamentos del plan está en uno de los 4 niveles de costo compartido. En general, entre más alto sea el nivel del costo compartido, más alto será su costo del medicamento:

- Nivel 1: medicamentos genéricos
- Nivel 2: marca preferida
- Nivel 3: marca no preferida
- Nivel 4: especialidad

Para averiguar en qué nivel de costos compartidos se encuentra su medicamento, búsquelo en la Lista de Medicamentos del plan.

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

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

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

Tiene 3 maneras de averiguarlo:

1. Consulte la Lista de medicamentos más reciente proporcionada electrónicamente.
2. Visite el sitio web del plan (www.ssspr.com/postal). La Lista de medicamentos del sitio web es siempre la más actual.
3. Comuníquese con Atención al cliente para averiguar si un medicamento determinado está en la Lista de medicamentos del plan o solicite una copia de la lista.
4. Utilice la “Herramienta de beneficios en tiempo real” del plan www.ssspr.com/postal o llame a los Servicios para Miembros). Con esta herramienta puede buscar medicamentos en la Lista de medicamentos para ver un cálculo de lo que usted debe pagar y si hay alternativas de medicamentos en la “Lista de medicamentos” para tratar la misma condición.

SECCIÓN 4 Hay restricciones en la cobertura de algunos medicamentos

Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?

Para ciertos medicamentos con receta, hay normas especiales que restringen el cómo y cuándo el plan los cubre. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrolló estas normas para animarlos a usted y a su proveedor a usar los medicamentos de la manera más eficaz posible. Para averiguar si alguna de estas restricciones aplica a un medicamento que toma o desea 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 es posible que los mismos medicamentos puedan ser diferentes basándose en la concentración, cantidad o forma del medicamento recetado por su proveedor de atención médica y las diferentes restricciones o costos compartidos pueden aplicarse a las diferentes versiones del medicamento (por ejemplo, 10 mg frente a 100 mg; uno por día frente a dos por día; tableta frente a líquido).

Sección 4.2 ¿Qué tipos de restricciones?

Las siguientes secciones explican más sobre los tipos de restricciones que utilizamos para ciertos medicamentos.

Si hay una restricción para su medicamento, generalmente significa que usted o su proveedor deberán seguir pasos adicionales para que nosotros cubramos el medicamento. Comuníquese con Servicio al Cliente para saber qué necesitan usted o su proveedor para obtener la cobertura para el medicamento. **Si desea que nosotros le anulemos la restricción, deberá**

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

usar el proceso de decisión de cobertura y solicitarnos que hagamos una excepción.

Nosotros podemos aceptar hacer la excepción o no. (Vea el Capítulo 7)

Debe obtener la aprobación del plan por anticipado

Para ciertos medicamentos, usted o su proveedor deben obtener la autorización del plan, basada en criterios específicos, antes de que aceptemos cubrir el medicamento. A esto se le conoce como **autorización previa**. Esto se establece para asegurarse de la seguridad de los medicamentos y ayudar a guiar el uso apropiado de ciertos medicamentos. Si no obtiene esa autorización, es posible que el plan no cubra su medicamento.

Debe probar primero un medicamento diferente

Este requisito lo anima a probar un medicamento menos costoso, pero generalmente igual de efectivo, antes de que el plan cubra otro medicamento. Por ejemplo, si el Medicamento A y el Medicamento B tratan la misma condición médica, es posible que el plan exija que pruebe primero el Medicamento A. Si el medicamento A no le funciona, el plan cubrirá entonces el medicamento B. Este requisito de probar primero con un medicamento diferente se llama **terapia escalonada**.

Límites de cantidades

Para ciertos medicamentos, limitamos la cantidad de medicamento que puede obtener cada vez que surta su receta. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro tomar únicamente una píldora por día de cierto medicamento, limitaremos la cobertura de su receta a no más de una píldora por día.

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

<h3>Sección 5.1 Hay cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto como le gustaría que estuviera cubierto</h3>

Hay situaciones en las que hay un medicamento con receta que usted está tomando, o uno que usted y su proveedor creen que debería tomar que no está en nuestra lista de medicamentos cubiertos (formulario) o que sí está, pero con restricciones. Por ejemplo:

- El medicamento podría no estar cubierto en absoluto. O quizá esté cubierta una versión genérica del medicamento, pero la versión de marca que quiere no está cubierta.
- El medicamento está cubierto, pero hay normas o restricciones adicionales en la cobertura de ese medicamento, como se explica en la Sección 4.
- El medicamento está cubierto, pero está en un nivel de costo compartido que hace que su costo compartido sea más caro de lo que cree.

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

- Hay cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto como le gustaría que estuviera cubierto. **Si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o si su medicamento está restringido, consulte la Sección 5.2 para saber lo que puede hacer.**
- **Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que hace que su costo sea más caro de lo que piensa que debería ser, consulte la Sección 5.3 para saber lo que puede hacer.**

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

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

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

Puede obtener un suministro temporal

En ciertas circunstancias, el plan debe dar un suministro temporal de un medicamento que usted ya esté tomando. Este suministro temporal le da tiempo para hablar con su proveedor sobre el cambio.

Para ser elegible para un suministro temporal, el medicamento que haya estado tomando **ya no debe estar en la Lista de medicamentos del plan O ahora está restringido de alguna manera.**

- **Si es un 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 *un suministro de un mes*. Si su receta es para menos días, permitiremos varios surtidos para darle hasta un suministro máximo de **30 días** del medicamento. La receta se debe surtir en una farmacia dentro de la red. (Tome en cuenta que la farmacia de atención médica de largo plazo podría dar el medicamento en cantidades más pequeñas para evitar desperdicio).
- **Para aquellos miembros que han estado en el plan durante más de 90 días y residen en un centro de atención a largo plazo y necesitan un suministro de inmediato:** Cubriremos un suministro de emergencia de 31 días de un medicamento en particular, o menos si su receta está escrita para menos días. Esto es además del suministro temporal que se muestra arriba.

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

- **Para aquellos miembros con Nivel de Atención que estaban en el plan del año pasado que: Cambios de nivel de atención:** incluyen los siguientes cambios de un entorno de tratamiento a otro:
 - a. Los miembros dados de alta de un hospital a un domicilio.
 - b. Los miembros que abandonan un centro de enfermería especializada siguen cubiertos por la Parte A de Medicare (incluidos los cargos de farmacia) y vuelven a estar cubiertos por la Parte D.
 - c. Los miembros que renuncien al estatus de atención de hospicio volverán a recibir los beneficios estándar de las Partes A y B de Medicare.
 - d. Los miembros que abandonan un centro de atención a largo plazo (LTC) y regresan a la comunidad.
 - e. Los miembros que reciben el alta de un hospital psiquiátrico con regímenes farmacológicos muy individualizados.

Cubriremos un suministro de transición de un mes que se proporcionará a los miembros actuales con cambios en el nivel de atención.

Para preguntas sobre un suministro temporal, llame al Servicio de atención al cliente.

Durante el tiempo en que esté usando un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se le agote. Tiene dos opciones:

1) Cambiar a otro medicamento

Hable con su proveedor para ver si hay un medicamento diferente cubierto por el plan que podría funcionarle de la misma manera. Puede llamar a Atención al cliente y pedir una lista de los medicamentos cubiertos que tratan el mismo estado médico. Esta lista puede ayudar a que su proveedor encuentre un medicamento cubierto que podría funcionarle.

2) Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitar al plan que haga una excepción y cubra el medicamento en la manera que le gustaría que estuviera cubierto. Si su proveedor dice que hay razones médicas que justifican que nos solicite una excepción, su proveedor puede ayudarlo a pedir la excepción. Por ejemplo, puede solicitar al plan que cubra un medicamento incluso si no está en la Lista de medicamentos del plan. También puede pedir al plan que haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

Si usted es un miembro actualmente y un medicamento que toma se quitará de la lista de medicamentos cubiertos (formulario) o se restringirá de alguna manera para el siguiente año, le avisaremos de cualquier cambio antes del nuevo año. Puede solicitar una excepción antes del próximo año y les responderemos en las siguientes 72 horas después de haber recibido su solicitud (o la declaración de respaldo del proveedor que receta). Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura antes de que el cambio entre en vigor.

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

Si usted y su proveedor quieren solicitar una excepción, el Capítulo 7, Sección 5.4 le indica qué hacer. Allí se explican los procedimientos y plazos que Medicare ha establecido para asegurarse de que su solicitud se maneje de manera oportuna y justa.

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

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

Cambiar a otro medicamento

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que cree que es demasiado alto, hable con su proveedor. Puede haber un medicamento diferente en un nivel de costo compartido más bajo que también podría funcionarle. Puede llamar a Atención al cliente y pedir una lista de los medicamentos cubiertos que tratan el mismo estado médico. Esta lista puede ayudar a que su proveedor encuentre un medicamento cubierto que podría funcionarle.

Puede solicitar una excepción

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

Si usted y su proveedor quieren solicitar una excepción, el Capítulo 7, Sección 5.4 le indica qué hacer. Allí se explican los procedimientos y plazos que Medicare ha establecido para asegurarse de que su solicitud se maneje de manera oportuna y justa.

Los medicamentos de *especialidad, de Nivel 4*, no son elegibles para este tipo de excepción. No disminuimos la cantidad del costo compartido por medicamentos en este nivel.

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

Sección 6.1 La Lista de medicamentos puede cambiar durante el año

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

- **Agregar o eliminar medicamentos de la Lista de medicamentos.**
- **Mover un medicamento a un nivel de costo compartido más alto o más bajo.**

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

- **Agregar o quitar una restricción en la cobertura de un medicamento.**
- **Reemplazar un medicamento de marca con una versión genérica del medicamento.**
- Reemplazar un producto biológico original con una versión biosimilar intercambiable del producto biológico.

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

Consulte el Capítulo 10 para las definiciones de los tipos de medicamentos tratados en este capítulo.

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

Información sobre cambios en la cobertura de medicamentos

Cuando hay cambios en la Lista de medicamentos, publicamos la información en nuestro sitio web sobre esos cambios. También actualizamos periódicamente nuestra Lista de medicamentos en línea. En esta sección, se describen los tipos de cambios que podemos introducir en la Lista de medicamentos y cuándo recibirá un aviso directo si se introducen cambios en un medicamento que está tomando.

Cambios que podemos hacer en la Lista de medicamentos que le afecten durante el año del plan actual

- **Agregar nuevos medicamentos a la Lista de medicamentos y eliminar o modificar inmediatamente un medicamento similar de la Lista de medicamentos.**
 - Al agregar una nueva versión de un medicamento a la Lista de medicamentos, podemos eliminar inmediatamente un medicamento similar de la Lista de medicamentos, trasladar el medicamento similar a un nivel diferente de reparto de costos, agregar nuevas restricciones o ambas cosas. La nueva versión del medicamento estará en el mismo nivel de costo compartido o en uno más bajo, y tendrá las mismas restricciones o menos.
 - Solo realizaremos estos cambios inmediatos si agregamos una nueva versión genérica de un medicamento de marca o agregamos determinadas versiones biosimilares nuevas de un producto biológico original que ya estaba en la Lista de medicamentos.
 - Podemos realizar estos cambios inmediatamente y avisarle más tarde, incluso si está tomando el medicamento que estamos eliminando o modificando. Si está tomando el mismo medicamento en el momento en que hagamos el cambio, le informaremos sobre cualquier cambio específico que hayamos realizado.
- **Agregar medicamentos a la Lista de medicamentos y eliminar o realizar cambios en un medicamento similar de la Lista de medicamentos con previo aviso.**

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

- Al agregar otra versión de un medicamento a la Lista de medicamentos, podemos eliminar un medicamento similar de la Lista de medicamentos, moverlo a un nivel de costo compartido diferente, agregar nuevas restricciones o ambas cosas. La versión del medicamento que agreguemos estará en el mismo nivel de costo compartido o en uno inferior y con las mismas restricciones o menos.
- Realizaremos estos cambios solo si agregamos una nueva versión genérica de un medicamento de marca o agregamos ciertas versiones biosimilares nuevas de un producto biológico original que ya estaba en la Lista de medicamentos.
- Le informaremos al menos 30 días antes de realizar el cambio o le informaremos sobre el cambio y cubriremos un suministro de 30 días de la versión del medicamento que está tomando.
- **Medicamentos inseguros y otros medicamentos en la Lista de medicamentos que se retiran del mercado.**
 - Algunas veces un medicamento se puede considerar inseguro o pueden retirarlo del mercado por otro motivo. Si esto sucede, puede ser que eliminemos el medicamento inmediatamente de la Lista de medicamentos. Si está tomando ese medicamento, se lo informaremos después de realizar el cambio.
- **Realizar otros cambios a los medicamentos en la Lista de Medicamentos.**
 - Podemos hacer otros cambios que afecten los medicamentos que esté tomando después de que haya empezado el año. Por ejemplo, nos basamos en las advertencias señaladas por la FDA o en las nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare.
 - Le informaremos al menos 30 días antes de realizar estos cambios, o le informaremos sobre el cambio y cubriremos una recarga adicional de 30 días del medicamento que está tomando.

Si realizamos alguno de estos cambios en cualquiera de los medicamentos que está tomando, hable con su médico sobre las opciones que funcionarían mejor para usted, incluido cambiar a un medicamento diferente para tratar su afección o solicitar una decisión de cobertura para satisfacer cualquier restricción nueva en el medicamento que está tomando. Usted o su médico pueden solicitarnos una excepción para continuar cubriendo el medicamento o la versión del medicamento que ha estado tomando. Para obtener más información sobre cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción, consulte el Capítulo 7.

Cambios en la Lista de medicamentos que no le afectan durante el año del plan actual

Puede ser que hagamos ciertos cambios en la Lista de medicamentos que no estén descritos arriba. En estos casos, el cambio no se aplicará para usted si está tomando el medicamento cuando se haga el cambio; sin embargo, estos cambios probablemente lo afecten a partir del 1 de enero del siguiente año del plan si usted sigue en el mismo plan.

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

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

- Cambiamos su medicamento a un nivel de costo compartido más alto.
- Añadimos una nueva restricción sobre el uso del medicamento.
- Eliminamos su medicamento de la Lista de medicamentos.

Si alguno de estos cambios ocurren para un medicamento que está tomando (excepto por un retiro del mercado, un medicamento genérico que sustituye a un medicamento de marca u otro cambio mencionado en las secciones anteriores), el cambio no afectará su uso ni lo que usted paga como parte del costo compartido hasta el 1.º de enero del siguiente año.

No le hablaremos directamente sobre estos tipos de cambios durante el año actual del plan. Usted debe revisar la Lista de medicamentos para el siguiente año del plan (cuando esté disponible la lista durante el período de inscripción abierta) para saber si hay algún cambio en los medicamentos que esté tomando que lo afecte durante el siguiente año del plan.

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

Sección 7.1	Tipos de medicamentos que no cubrimos
--------------------	--

Esta sección le indica qué tipos de medicamentos con receta están *excluidos*. Esto significa que Medicare no paga por estos medicamentos.

Si obtiene medicamentos que están excluidos, deberá pagarlos usted (excepto en ciertos medicamentos excluidos cubiertos según nuestra cobertura de medicamentos mejorada). Si usted apela y se determina que el medicamento solicitado no se excluye según la Parte D, nosotros lo pagaremos o lo cubriremos. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión consulte el Capítulo 7).

Estas son tres normas generales de los medicamentos que los planes de medicamentos de Medicare no cubrirán según la Parte D:

- Nuestra cobertura de medicamentos de la Parte D del plan no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto según la Parte A o la Parte B de Medicare.
- Nuestro plan no puede cubrir un medicamento que se haya comprado fuera de los Estados Unidos o sus territorios.
- Nuestro plan no puede cubrir el uso *no indicado en la etiqueta* de un medicamento cuando dicho uso no está respaldado por ciertas referencias, como la Información de Medicamentos del Servicio de Formularios de Hospitales Estadounidenses y el Sistema de Información DRUGDEX de Micromedex. El uso no aprobado es cualquier uso del medicamento que *no*

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

sea el indicado en una etiqueta del medicamento según lo aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos.

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

- Medicamentos sin receta (también conocidos como medicamentos de venta libre)
- Medicamentos que se usan para promover la fertilidad
- Medicamentos que se usan para el alivio de los síntomas de la tos o el resfriado
- Medicamentos que se usan para fines cosméticos o para promover el crecimiento del pelo
- Productos de vitaminas y minerales con receta, excepto las vitaminas prenatales y las preparaciones con flúor
- Medicamentos que se usan para el tratamiento de disfunción eréctil o sexual
- Medicamentos que se usan para el tratamiento de anorexia, pérdida de peso o aumento de peso
- Medicamentos para pacientes ambulatorios que el fabricante busca que la compra de servicios de control o las pruebas asociadas se hagan exclusivamente del fabricante como una condición de venta
- Ofrecemos cobertura adicional de algunos medicamentos con receta (cobertura de medicamentos mejorada) que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos con receta de Medicare. El monto que paga por estos medicamentos no cuenta para que califique para la Etapa de cobertura catastrófica. (La Etapa de cobertura catastrófica se describe en el Capítulo 4, Sección 6, de este documento).

SECCIÓN 8 Cómo surtir una receta

Sección 8.1 Proporcione su información de la membresía

Para surtir su receta, dé en la farmacia dentro de la red que elija la información de la membresía del plan, que está en su tarjeta de membresía. La farmacia dentro de la red le facturará automáticamente al plan por *nuestra* parte de costo del medicamento. Deberá pagar a la farmacia *su* parte de costo compartido cuando recoja su receta médica.

Sección 8.2 ¿Qué sucede si no lleva la información de membresía?

Si no lleva la información de su membresía del plan cuando surta su receta, usted o la farmacia pueden llamar al plan para obtener la información necesaria, o pueden pedir a la farmacia que busque su información de inscripción en el plan.

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

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, **es posible que tenga pagar el costo total del medicamento con receta cuando usted vaya a recibirlo.** (Puede **solicitarnos que le reembolsemos** nuestra parte). Consulte el Capítulo 5, Sección 2 para obtener información sobre cómo solicitar el reembolso al plan).

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

Sección 9.1 ¿Qué sucede si fue ingresado a un hospital o un centro de enfermería especializada?

Si es ingresado a un hospital o un centro de enfermería especializada, Medicare Original (o su plan médico de Medicare con cobertura de las Partes A y B, si corresponde) generalmente cubrirá el costo de sus medicamentos con receta durante su estancia. Cuando salga del hospital o el centro de enfermería especializada, el plan cubrirá sus medicamentos con receta siempre que el medicamento cumpla todas las normas de cobertura descritas en este capítulo.

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

Generalmente, un centro de atención de largo plazo (LTC) (como un centro de atención residencial) tiene su propia farmacia o una farmacia que surte los medicamentos para todos sus residentes. Si usted es residente de un LTC, puede obtener sus medicamentos con receta por medio de la farmacia del centro, siempre que sea parte de nuestra red.

Consulte el *Directorio de farmacias* en www.ssspr.com/postal para averiguar si la farmacia del LTC o la que usan es parte de nuestra red. Si no es así, o si necesita más información o asistencia, comuníquese con Atención al Cliente. Si está en un centro de LTC, debemos asegurarnos de que usted pueda recibir de manera rutinaria sus beneficios de la Parte D por medio de nuestra red de farmacias de LTC.

¿Qué sucede si es residente en un centro de atención de largo plazo (LTC) y necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o que está restringido de alguna manera?

Vea en la Sección 5.2 la información sobre un suministro temporal o de emergencia.

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

Su inscripción en el Triple-S Óptimo PSHB no afecta su cobertura de medicamentos cubiertos por Medicare Parte A Parte B. Si cumple con los requisitos de cobertura de Medicare, su medicamento seguirá estando cubierto por Medicare Parte A o Parte B aunque esté inscrito en

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

este plan. Además, si su medicamento estaría 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 o la Parte B.

Algunos medicamentos pueden estar cubiertos por Medicare Parte B en algunas situaciones y por el Triple-S Óptimo PSHB en otras situaciones. Sin embargo, los medicamentos nunca están cubiertos por ambos, la Parte B y nuestro plan, al mismo tiempo. En general, su farmacéutico o proveedor determinará si le facturará el medicamento a Medicare Parte B o al Triple-S Óptimo PSHB.

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

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

Cada año, su compañía de seguros de Medigap debe enviarle un aviso para informarle si su cobertura de medicamentos con receta es acreditable y las opciones que tiene para la cobertura de medicamentos. (Si la cobertura de la política de Medigap es acreditable, significa que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare). En el aviso también se le explicará cuánto se reduciría su prima si eliminara la parte de cobertura de medicamentos con receta de su póliza de Medigap. Si no recibió este aviso o si no puede encontrarlo, comuníquese con su compañía de seguros de Medigap y solicite otra copia.

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

Si actualmente tiene otra cobertura de medicamentos con receta por medio de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge o pareja doméstica), comuníquese con el **administrador de beneficios de ese grupo**. Pueden ayudarle a determinar cómo funcionará su cobertura actual de medicamentos recetados con nuestro plan.

En general, si tiene cobertura de grupo de empleado o jubilado, la cobertura de medicamentos que obtiene de nosotros será *secundaria* a la cobertura de grupo. Eso significa que la cobertura de su grupo pagaría primero.

Aviso especial sobre la cobertura válida:

Cada año su empleador o grupo de jubilados debe enviarle un aviso que le indique si su cobertura de medicamentos con receta para el siguiente año calendario es válida.

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

Si la cobertura del plan de grupo es válida, significa que el plan tiene cobertura de medicamentos que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare.

Guarde este aviso sobre la cobertura válida, ya que podría necesitarlo en el futuro. Si se inscribe en un plan de Medicare que incluye la cobertura de medicamentos de la Parte D, es posible que necesite estos avisos para mostrar que ha mantenido la cobertura acreditable. Si no recibió el aviso de cobertura acreditable, solicite una copia al administrador de beneficios del empleador o del grupo de jubilados o al empleador o sindicato.

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

El hospicio y nuestro plan no cubren el mismo medicamento al mismo tiempo. Si usted está inscrito en un hospicio de Medicare y necesita medicamentos (por ejemplo, contra las náuseas, laxantes, analgésicos o contra la ansiedad) que no estén cubiertos por el hospicio porque no están relacionados con su enfermedad terminal y las condiciones relacionadas, nuestro plan debe recibir un aviso del proveedor que receta o de su proveedor de hospicio indicando que el medicamento no está relacionado antes de que nuestro plan pueda cubrir el medicamento. Para prevenir demoras en recibir estos medicamentos que nuestro plan debería cubrir, pida al proveedor de hospicio o al proveedor que receta que avise antes de que se surta su receta.

Si usted revocara su elección de hospicio o si le dieran el alta de dicho centro, nuestro plan debe cubrir todos sus medicamentos como se explicó en este documento. Para prevenir demoras en una farmacia cuando finalicen sus beneficios de hospicio de Medicare, lleve la documentación a la farmacia para que verifiquen su revocación o el alta.

SECCIÓN 10 Programas sobre seguridad de los medicamentos y manejo de medicamentos

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

Hacemos revisiones sobre el uso de los medicamentos para ayudar a nuestros miembros a cerciorarse de que están obteniendo una atención segura y apropiada.

Hacemos una revisión cada vez que surte una receta. También revisamos nuestros registros de manera regular. Durante estas revisiones, buscamos problemas potenciales, como:

- Posibles errores de medicamentos
- Medicamentos que pueden no ser necesarios porque está tomando otro medicamento similar para tratar la misma afección
- Medicamentos que no son seguros ni apropiados debido a su edad o sexo

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

- Ciertas combinaciones de medicamentos que podrían dañarlo 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 usted está tomando
- Cantidades no seguras de medicamentos opioides para el dolor

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

Sección 10.2	Programa de manejo de medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros con el uso seguro de sus medicamentos opioides
---------------------	---

Tenemos un programa que ayuda a asegurarse de que los miembros usen de manera segura sus medicamentos opioides con receta y otros medicamentos de los que se abusa con frecuencia. Este programa se llama un Programa de manejo de medicamentos (Drug Management Program, DMP). Si usa medicamentos opioides que obtiene de varios médicos o farmacias, o si tuvo una sobredosis reciente de opioides, es posible que hablemos con sus médicos para asegurarnos de que su uso de medicamentos opioides sea apropiado y medicamento necesario. Al trabajar con sus médicos, si decidimos que su uso de medicamentos recetados opioides o benzodiazepinas puede no ser seguro, podemos limitar la forma en que puede obtener esos medicamentos. Si lo ponemos en nuestro DMP, las limitaciones pueden ser:

- Exigir que obtenga todos sus medicamentos opioides o benzodiazepinas con receta en ciertas farmacias
- Pedirle que obtenga todos sus medicamentos opioides o benzodiazepinas recetados de ciertos profesionales médicos
- Limitar la cantidad de medicamentos opioides o benzodiazepinas que cubriremos para usted

Si planeamos limitar cómo puede obtener esos medicamentos o cuánto puede obtener, le enviaremos una carta con antelación. En la carta, se le indicará si limitaremos la cobertura de estos medicamentos para usted o si se le exigirá que obtenga las recetas de estos medicamentos únicamente de un profesional médico o farmacia específicos. Tendrá la oportunidad de decirnos qué médicos o farmacias prefiere utilizar y cualquier otra información que considere importante que sepamos. Después de que se le haya dado la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos, le enviaremos otra carta confirmando la limitación. Si cree que cometimos un error o no está de acuerdo con nuestra decisión o con la limitación, usted y el proveedor que receta tienen derecho a apelar. Si apela, revisaremos su caso y le daremos una nueva decisión. Si seguimos rechazando cualquier parte de su solicitud relacionada con las limitaciones que se aplican a su acceso a los medicamentos, automáticamente enviaremos su caso a un revisor independiente fuera de nuestro plan. Consulte el Capítulo 7 para obtener información sobre cómo comunicarse presentar una apelación.

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

No se lo pondrá en nuestro DMP si tiene ciertas afecciones médicas, como dolor relacionado con cáncer o anemia falciforme, si está recibiendo atención de hospicio, paliativa o por enfermedad terminal, o si vive en un centro de atención de largo plazo.

Sección 10.3	Administración de terapia con medicamentos (MTM) para ayudar a los miembros a manejar sus medicamentos
---------------------	---

Tenemos un programa que puede ayudar a nuestros miembros con necesidades médicas complejas. Nuestro programa se llama programa de Administración de terapia con medicamentos (MTM, por sus siglas en inglés). Este programa es voluntario y gratuito. El programa lo desarrollaron un equipo de farmacéuticos y médicos para asegurarnos de que nuestros miembros obtengan el máximo beneficio de los medicamentos que toman.

Algunos miembros que tienen ciertas enfermedades crónicas y toman medicamentos que exceden una cantidad específica de los costos de los medicamentos o están en un DMP para ayudar a los miembros a usar sus opioides de manera segura, pueden obtener servicios a través de un programa MTM. Si califica para el programa, un farmacéutico u otro profesional médico harán con usted una revisión completa de todos sus medicamentos. Durante la revisión, usted puede hablar sobre cómo tomar sus medicamentos, sus costos o cualquier problema o pregunta que tenga sobre su receta y los medicamentos de venta libre. Recibirá un resumen por escrito que tiene una lista de lo que se recomienda que haga que incluye las medidas que debe tomar para obtener los mejores resultados de sus medicamentos. También obtendrá una lista de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que está tomando, cuánto toma, cuándo y por qué los toma. Además, los miembros en el programa de MTM recibirán información de cómo desechar los medicamentos con receta que sean sustancias controladas.

Es una buena idea hablar con su médico sobre su lista de medidas recomendadas y su lista de medicamentos. Lleve el resumen a su visita o en cualquier momento en el que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. Además, mantenga actualizada su lista de medicamentos (por ejemplo, junto con su documento de identificación) si va al hospital o a sala de emergencias.

Si tenemos un programa que se ajusta a sus necesidades, lo inscribiremos automáticamente en el programa y le enviaremos información. Si decide no participar, notifíquenos y lo retiraremos. Si tiene alguna pregunta sobre este programa, comuníquese con Atención al Cliente.

CAPÍTULO 4:

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

Capítulo 4 Lo que usted paga por sus medicamentos con receta de la Parte D**¿Recibe actualmente ayuda para pagar sus medicamentos?**

Si está en un programa que ayuda a pagar sus medicamentos, **cierta información en esta Evidencia de cobertura relacionada con los costos de los medicamentos con receta de la Parte D puede no aplicarse en su caso.** Le enviamos un documento aparte, llamado *Anexo de la Evidencia de cobertura para personas que reciben “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos con receta* (también conocido como *Cláusula adicional de subsidio por bajos ingresos* o *Cláusula adicional LIS*), con información sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este folleto, llame a Servicios para miembros y pregunte por el *Anexo LIS* (Anexo de Subsidio por Bajos Ingresos).

SECCIÓN 1 Introducción**Sección 1.1 Use este capítulo junto con otro material que explique la cobertura de medicamentos**

Este capítulo se centra en lo que usted paga por los medicamentos con receta de la Parte D. Para mantener las cosas simples, usamos la palabra *medicamento* en este capítulo para referirnos a 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 por ley de la cobertura de Medicare.

Para comprender la información de pago, debe saber los medicamentos que están cubiertos, dónde surtir sus recetas y qué normas seguir cuando obtiene sus medicamentos cubiertos. Estas normas se explican en el Capítulo 3, Secciones 1 a 4. Cuando utiliza la “Herramienta de beneficios en tiempo real” del plan para buscar cobertura de medicamentos (consulte el Capítulo 3, Sección 3.3), el costo que se muestra se proporciona en “tiempo real”, lo que significa que el costo que ve en la herramienta refleja un momento en el tiempo para proporcionar una estimación de los costos de bolsillo que se espera que pague. También puede obtener información proporcionada por la “Herramienta de beneficios en tiempo real” llamando al Servicio de Atención al Cliente.

Sección 1.2 Tipos de gastos de bolsillo que es posible que deba pagar por sus medicamentos cubiertos

Hay diferentes tipos de gastos de bolsillo para los medicamentos de la Parte D. La cantidad que usted paga por un medicamento se llama *costo compartido* y hay tres maneras como pueden pedirle que la pague.

- El **deducible** es la cantidad que usted debe pagar por medicamentos antes de que nuestro plan empiece a pagar su parte.
- **Copago** es una cantidad fija que usted paga cada vez que surte una receta.

Capítulo 4 Lo que usted paga por sus medicamentos con receta de la Parte D

- El **coseguro** es un porcentaje del costo total del medicamento que usted paga cada vez que surte una receta.

Sección 1.3	Cómo calcula Medicare sus gastos de bolsillo
--------------------	---

Medicare tiene normas sobre lo que cuenta y lo que *no* cuenta para sus gastos de bolsillo. Estas son las normas que debemos seguir cuando llevamos el control de sus gastos de bolsillo.

Estos pagos se incluyen en sus gastos de bolsillo

Sus gastos de bolsillo incluyen los pagos que mencionamos abajo (siempre que sean para medicamentos cubiertos de la Parte D y que usted haya cumplido las normas para la cobertura de medicamentos que se explican en el Capítulo 3):

- El monto que paga por los medicamentos cuando se encuentra en las siguientes etapas de pago de medicamentos:
 - la etapa de cobertura inicial
- Cualquier pago que haga durante este año calendario como miembro de un plan diferente de medicamentos con receta de Medicare antes de inscribirse en nuestro plan.

Importa quién paga:

- Si **usted** hace estos pagos, se incluyen en sus gastos de bolsillo.
- Estos pagos también *se incluyen* en sus gastos de bolsillo si **ciertas otras personas u organizaciones** los hicieron en su nombre. Esto incluye pagos por sus medicamentos hechos por un amigo o familiar, por organizaciones de beneficencia, por programas de asistencia para medicamentos para el sida, por un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica certificado por Medicare, por planes de salud de empresas o sindicatos, por TRICARE, o por el Servicio de Salud para Indígenas. Los pagos hechos por el programa de “Ayuda adicional” de Medicare también se incluyen.

Cambio a la Etapa de cobertura catastrófica:

Cuando usted (o los que pagan en su nombre) haya alcanzado un total de \$2,000 en gastos de bolsillo en el año calendario, pasará de la etapa de cobertura inicial a la etapa de cobertura catastrófica.

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

Sus gastos de bolsillo **no incluyen** ninguno de estos tipos de pagos:

- Medicamentos que compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Medicamentos que no están cubiertos por nuestro plan.
- Medicamentos que obtiene de una farmacia que no pertenece a la red y que no cumple con los requisitos del plan para la cobertura fuera de la red.
- Los medicamentos con receta de las Partes A o B
- Los pagos que haga por medicamentos cubiertos según nuestra cobertura adicional, pero que no están generalmente cubiertos en un Plan de medicamentos con receta de Medicare
- Pagos que hace por los medicamentos con receta que normalmente no están cubiertos en un Plan de medicamentos con receta de Medicare.
- Pagos por sus medicamentos que realiza la Administración de Salud para Veteranos (VA)
- Pagos por sus medicamentos que hacen terceros con una obligación legal de pagar los costos de recetas (por ejemplo, Compensación de los trabajadores).
- Pagos realizados por los fabricantes de medicamentos en virtud del Programa de Descuento para Fabricantes.

Recordatorio: Si alguna otra organización como las mencionadas anteriormente paga parte o la totalidad de sus costos de bolsillo por medicamentos, debe informar a nuestro plan llamando al Servicio de Atención al Cliente.

¿Cómo puede llevar control de su total de bolsillo?

- Lo ayudaremos. El informe de la *explicación de beneficios* (EOB) de la Parte D que recibió incluye el monto actual de sus gastos de bolsillo. Cuando esta cantidad alcance \$2,000, este informe le dirá que ya salió de la Etapa de cobertura inicial y que pasó a la Etapa de cobertura catastrófica.
- Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos. La Sección 3.2 muestra lo que puede hacer para ayudarnos a estar seguros de que nuestros registros sobre lo que ha gastado estén completos y actualizados.

SECCIÓN 2 Lo que paga por un medicamento depende de la etapa de pago de medicamentos en que está cuando obtiene el medicamento

Sección 2.1 ¿Cuáles son las etapas de pago de medicamentos para los miembros de Triple-S Óptimo PSHB?

Hay dos **etapas de pago de medicamentos** para su cobertura de medicamentos con receta según Triple-S Óptimo PSHB. Cuánto paga depende de la etapa en que está cuando surte o vuelve a surtir una receta. La información de cada etapa está en las Secciones 4 a 6 de este capítulo. Las etapas son:

Etapas 1: Etapa de cobertura inicial

Etapas 2: Etapa de cobertura catastrófica

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

Sección 3.1 Le enviamos un resumen mensual llamado la <i>Explicación de beneficios de la Parte D</i> (la <i>EOB de la Parte D</i>)
--

Nuestro plan lleva un control de los costos de sus medicamentos con receta y de los pagos que ha hecho cuando obtiene sus surtidos o nuevos surtidos de medicamentos con receta en la farmacia. De esta manera, podemos avisarle cuando haya pasado de una etapa de pago de medicamentos a la siguiente. En particular, existen dos tipos de costos de los que llevamos control:

- Llevamos control de cuánto ha pagado. Esto se llama costo **gastos de bolsillo**. Esto incluye lo que usted pagó cuando obtuvo un medicamento cubierto de la Parte D, cualquier pago por sus medicamentos realizado por familiares o amigos, y cualquier pago realizado por sus medicamentos mediante la “Ayuda Adicional” de Medicare, planes de salud del empleador o sindicato, TRICARE, el Servicio de Salud para Indígenas, programas de asistencia para medicamentos para el sida, organizaciones benéficas, y la mayoría de los Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica (SPAP).
- Llevamos un registro de sus **costos totales de medicamentos**. Es el total de todos los pagos efectuados por sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Incluye lo que pagó el plan, lo que pagó usted y lo que pagaron otros programas u organizaciones por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

Capítulo 4 Lo que usted paga por sus medicamentos con receta de la Parte D

Si le han surtido una o más recetas mediante el plan durante el mes anterior, le enviaremos una *EOB de la Parte D*. La *EOB de la Parte D* incluye:

- **Información de ese mes.** Este reporte tiene la información del pago de las recetas que le hayan surtido durante el mes anterior. Muestra los costos totales de medicamentos, lo que pagó el plan y lo que usted y otros pagaron en su nombre.
- **Totales para el año desde el 1 de enero.** Esto se conoce como la información del *año a la fecha*. La información muestra los costos totales de medicamentos y los pagos totales de sus medicamentos desde que empezó el año.
- **Información de precios de los medicamentos.** Esta información mostrará el precio total del medicamento y los aumentos de precio del primer surtido por cada reclamo de receta por la misma cantidad.
- **Recetas de alternativas disponibles de costo más bajo.** Esto incluirá información sobre otros medicamentos disponibles con un costo compartido más bajo para cada reclamo de receta, si corresponde.

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

Para llevar control de sus costos de medicamentos y los pagos que hace por sus medicamentos, usamos registros que obtenemos de las farmacias. Así es como puede ayudarnos a mantener su información correcta y actualizada:

- **Muestre su tarjeta de membresía cada vez que surta una receta.** Esto nos ayuda a asegurarnos de que sepamos sobre las recetas que está surtiendo y lo que está pagando.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** Hay veces en que puede ser que pague el costo total de un medicamento con receta. En estos casos, no obtendremos automáticamente la información que necesitamos para llevar control de sus gastos de bolsillo. Para ayudarnos a llevar control de sus gastos de bolsillo, puede darnos copias de sus recibos. **Estos son ejemplos de cuándo debe darnos copias de los recibos de sus medicamentos:**
 - Cuando compra un medicamento cubierto en una farmacia dentro de la red a un precio especial o usa una tarjeta de descuento que no es parte de nuestro beneficio del plan.
 - Cuando hace un copago por los medicamentos que se dan bajo un programa de asistencia a los pacientes del fabricante del medicamento.
 - Cualquier ocasión en que haya adquirido medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red u otras ocasiones en que haya pagado el precio completo por un medicamento cubierto bajo circunstancias especiales.
 - Si se le factura por un medicamento cubierto, puede solicitar a nuestro plan que paguemos nuestra parte del costo. Para obtener instrucciones sobre cómo hacer esto, consulte el Capítulo 5, Sección 2.

Capítulo 4 Lo que usted paga por sus medicamentos con receta de la Parte D

- **Envíenos la información sobre los pagos que algún tercero haya hecho por usted.** Los pagos hechos por ciertas personas y organizaciones también cuentan para sus gastos de bolsillo. Por ejemplo, los pagos hechos por un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica, un programa de asistencia para medicamentos para el sida, el Servicio de Salud para los Indígenas y las organizaciones de beneficencia cuentan para sus gastos de bolsillo. Lleve un registro de estos pagos y envíenoslos para que podamos hacer un seguimiento de sus costos.
- **Revise el reporte por escrito que le enviamos.** Cuando reciba la *EOB de la Parte D*, revísela para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si cree que falta algo o tiene alguna pregunta, llámenos al Servicio de atención al cliente. Asegúrese de conservar estos informes.

SECCIÓN 4 No hay deducible para Triple-S Óptimo PSHB

No hay deducible para Triple-S Óptimo PSHB. Usted empieza en la Etapa de cobertura inicial cuando surte su primera receta del año. Vea la Sección 5 para obtener información sobre su cobertura en la Etapa de cobertura inicial.

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

Sección 5.1	Lo que paga por un medicamento depende del medicamento y dónde lo obtiene
--------------------	--

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

El plan tiene 4 niveles de costo compartido.

Cada medicamento de la Lista de medicamentos del plan está en uno de los 4 niveles de costo compartido. En general, entre más alto sea el nivel de costo compartido, más alto será su costo por el medicamento:

- Nivel 1: medicamentos genéricos
- Nivel 2: marca preferida -Usted paga \$20 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.
- Nivel 3: marca no preferida -Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.
- Nivel 4: especialidad

Capítulo 4 Lo que usted paga por sus medicamentos con receta de la Parte D

Para averiguar en qué nivel de costos compartidos se encuentra su medicamento, búsquelo en la Lista de Medicamentos del plan.

Sus opciones de farmacia

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

- Una farmacia dentro de la red.
- Una farmacia fuera de la red del plan. Cubrimos los medicamentos con receta que se surten en farmacias fuera de la red únicamente en situaciones limitadas. Consulte el Capítulo 3, Sección 2.5 para obtener información de cuándo cubriremos una receta que surtió en una farmacia fuera de la red.
- La farmacia de pedidos por correo del plan.

Para obtener más información sobre estas opciones de farmacias y sobre cómo surtir sus recetas, consulte el Capítulo 3 y el *Directorio de farmacias* del plan en www.ssspr.com/postal.

Sección 5.2	Un cuadro 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 el siguiente cuadro, el monto del copago o coseguro depende del nivel de costo compartido. Algunas veces el costo del medicamento es menos que su copago. En esos casos, usted puede pagar el precio más bajo por el medicamento en vez del copago.

Capítulo 4 Lo que usted paga por sus medicamentos con receta de la Parte D**Su parte del costo cuando obtiene un suministro para *un mes* de un medicamento de receta cubierto por la Parte D:**

Nivel	Costo compartido minorista (dentro de la red) (hasta un suministro para 30 días)	Costo compartido de pedido por correo (hasta un suministro para 30 días)	Costo compartido por atención de largo plazo (LTC) (hasta un suministro para 31 días)
Nivel 1 de costo compartido (Medicamentos genéricos preferidos)	\$2.00	\$2.00	\$2.00
Nivel 2 de costo compartido (Medicamentos de marca preferidos)	\$20.00	\$20.00	\$20.00
Nivel 3 de costo compartido (Medicamentos de marca no preferidos)	20% Mín: \$20 Máx: \$125	20% Mín: \$20 Máx: \$125	20% Mín: \$20 Máx: \$125
Nivel 4 de costo compartido (Medicamentos de marca no preferidos)	25% Máx: \$200	25% Máx: \$200	25% Máx: \$200

No pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de costo compartido.

Consulte la Sección 8 de este capítulo para obtener más información sobre los costos compartidos de las vacunas de la Parte D.

Capítulo 4 Lo que usted paga por sus medicamentos con receta de la Parte D**Sección 5.3 Si su médico le receta un suministro para menos de un mes completo, es posible que no deba pagar el costo del mes completo**

Por lo general, la cantidad que usted paga por un medicamento con receta cubre el suministro para un mes completo. Puede haber ocasiones cuando usted o su médico quiera menos del suministro para un mes de un medicamento (por ejemplo, cuando está probando un medicamento por primera vez). También puede pedirle a su médico que recete, y a su farmacéutico que surta, menos de un suministro para el mes completo de sus medicamentos si eso lo ayuda a planificar mejor las fechas de resurtido para diferentes recetas.

Si recibió menos del suministro para un mes completo de ciertos medicamentos, no tendrá que pagar el suministro para el mes completo.

- Si es responsable de pagar coseguro, paga un *porcentaje* del costo total del medicamento. Debido a que el coseguro se basa en el costo total del medicamento, su costo sería más bajo pues el costo total del medicamento sería más bajo.
- Si usted es responsable del copago del medicamento, solo pagará por el número de días del medicamento que reciba en vez del mes completo. Calcularemos la cantidad que usted paga por día por su medicamento (la *tasa de costo compartido diario*) y lo multiplica por el número de días que recibe de medicamento.

Sección 5.4 Cuadro donde figuran sus costos para un suministro a *largo plazo* de hasta 90 días de un medicamento

Para algunos medicamentos, puede obtener un suministro de largo plazo (también llamado un *suministro prolongado*). Un suministro a largo plazo dura hasta 90 días.

La siguiente tabla muestra sus pagos cuando recibe un suministro a largo plazo de un medicamento.

- Algunas veces el costo del medicamento es menos que su copago. En esos casos, usted puede pagar el precio más bajo por el medicamento en vez del copago.

Capítulo 4 Lo que usted paga por sus medicamentos con receta de la Parte D

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

Nivel	Costo compartido minorista (dentro de la red) (hasta un suministro de 90 días)	Costo compartido de pedido por correo (hasta un suministro para 90 días)
Nivel 1 de gastos compartidos (medicamentos genéricos preferidos)	\$4.00	\$4.00
Nivel 2 de gastos compartidos (medicamentos de marca preferidos)	\$40.00	\$40.00
Nivel 3 de gastos compartidos (medicamentos de marca no preferidos)	20% Mín: \$60 Máx: \$375	20% Mín: \$60 Máx: \$375
Nivel 4 de costo compartido (Medicamentos de especialidad)	25% Máx: \$200	25% Máx: \$200

No pagará más de \$105 por un suministro de hasta tres meses de cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de costo compartido.

<p>Sección 5.5 Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que los costos de bolsillo del año alcancen los \$2,000</p>

Usted se mantiene en la etapa de cobertura inicial hasta que sus gastos de bolsillo totales alcancen los \$2,000. Entonces pasa a la Etapa de cobertura catastrófica.

Le ofrecemos cobertura adicional en algunos medicamentos que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos con receta de Medicare.

La *EOB de la Parte D* que reciba lo ayudará a llevar el control de cuánto han gastado usted, el plan y cualquier tercero en su nombre a lo largo del año. No todos los miembros alcanzarán el límite de desembolso personal de \$2,000 en un año.

Le avisaremos si alcanza esta cantidad. Si no cubre esta cantidad, saldrá de la Etapa de cobertura inicial y pasará a la Etapa de cobertura catastrófica. Vea la Sección 1.3 sobre cómo calcula Medicare sus gastos de bolsillo.

Capítulo 4 Lo que usted paga por sus medicamentos con receta de la Parte D

SECCIÓN 6 Durante la Etapa de cobertura catastrófica, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D

Usted entra en la Etapa de cobertura catastrófica cuando sus gastos de bolsillo hayan llegado al límite de \$2,000 para el año calendario. Una vez que esté en la Etapa de cobertura catastrófica, se quedará en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.

- Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

SECCIÓN 7 Vacunas de la Parte D. Lo que usted paga depende de cómo y dónde las obtiene

Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas: algunas vacunas se consideran beneficios médicos y están cubiertas por la Parte B. Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas en la Lista de medicamentos cubiertos (Formulario) del plan. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D sin costo para usted. Consulte la Lista de medicamentos de su plan o comuníquese con Servicio al Cliente para obtener detalles de cobertura y costos compartidos sobre vacunas específicas.

Nuestra cobertura de vacunas de la Parte D tiene dos partes:

- La primera parte de la cobertura es el propio costo **de la vacuna**.
- La segunda parte de la cobertura es el costo de **ponerle la vacuna**. (A esto a veces se le llama administración de la vacuna).

Sus costos por una vacuna de la Parte D dependen de tres cosas:

- 1. Si la vacuna la recomienda para adultos una organización llamada Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP).**
 - La mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D las recomienda ACIP y son sin costo para usted.
- 2. Dónde obtiene la vacuna.**
 - La vacuna se puede suministrar en una farmacia o en el consultorio del médico.
- 3. Quién le administra la vacuna.**
 - Un farmacéutico u otro proveedor puede poner la vacuna en la farmacia. Alternativamente, un proveedor puede ponerla en el consultorio del médico.

Lo que paga en el momento en que recibe la vacuna de la Parte D puede variar en función de las circunstancias y la **etapa de pago del medicamento** en la que esté.

Capítulo 4 Lo que usted paga por sus medicamentos con receta de la Parte D

- Algunas veces cuando reciba la vacuna, tendrá que pagar el costo total de la vacuna y el costo del proveedor por administrarla. Puede solicitarle a nuestro plan que le devuelva la parte que le corresponde pagar del costo. Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, eso significa que se le reembolsará todo el costo que usted pagó.
- Otras veces, cuando reciba una vacuna, pagará únicamente su parte del costo según su beneficio de la Parte D. Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, usted no paga nada.

Abajo hay tres ejemplos de maneras como podría recibir una vacuna de la Parte D.

Situación 1: Recibe la vacuna de la Parte D en la farmacia dentro de la red. (Esta opción depende de dónde vive. Algunos estados no permiten que las farmacias administren ciertas vacunas).

- Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, usted no paga nada.
- En el caso de otras vacunas de la Parte D, usted pagará a la farmacia su coseguro de la vacuna, que incluye el costo de administrarle la vacuna.
- Nuestro plan pagará el resto de los costos.

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

- Cuando reciba la vacuna, puede ser que deba pagar todo el costo de la vacuna y el costo del proveedor por administrarla.
- Luego puede solicitarle a nuestro plan que le paguemos nuestra parte del costo usando los procedimientos que se describen en el Capítulo 5.
- Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, se le reembolsará la cantidad total que usted pagó. Para otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará la cantidad que pagó menos cualquier coseguro por la vacuna (incluyendo la administración).

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

- Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, usted no paga nada por la vacuna.
- Para las otras vacunas de la parte D, tendrá que pagar a la farmacia su coseguro de la vacuna.
- Cuando su médico le administra la vacuna, es posible que deba pagar el costo total por ese servicio.
- Luego puede solicitarle a nuestro plan que le paguemos nuestra parte del costo usando los procedimientos que se describen en el Capítulo 5.

Capítulo 4 Lo que usted paga por sus medicamentos con receta de la Parte D

- Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, se le reembolsará la cantidad total que usted pagó. Para otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará la cantidad que pagó menos cualquier coseguro por la administración de la vacuna.

CAPÍTULO 5:

*Solicitarnos que paguemos
nuestra parte del costo de los
medicamentos cubiertos*

Capítulo 5 Solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de los medicamentos cubiertos

SECCIÓN 1 Situaciones en las que usted debería solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo por sus medicamentos cubiertos

A veces, cuando recibe un medicamento con receta, puede que deba pagar el costo total. En otras ocasiones, es posible que descubra que ha pagado más de lo esperado según las reglas de cobertura del plan o que reciba una factura de un proveedor. En estos casos, puede pedirle a nuestro plan que le devuelva el pago (devolverle el pago con frecuencia se llama *reembolsarle*). Puede haber fechas límite que debe cumplir para obtener el pago. Vea la Sección 2 de este capítulo.

Aquí hay ejemplos de situaciones en las que puede que deba solicitar a nuestro plan que le devuelva el pago. Todos estos ejemplos son tipos de decisiones de cobertura (para obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte el Capítulo 7).

1. Cuando usa una farmacia fuera de la red para surtir una receta.

Si va a una farmacia fuera de la red, puede ser que la farmacia no pueda presentarnos directamente el reclamo. Cuando eso suceda, usted tendrá que pagar el costo total de su receta.

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida que le paguemos nuestra parte del costo compartido. Recuerde que solo cubrimos farmacias fuera de la red en circunstancias limitadas. Consulte el Capítulo 3, Sección 2.5, para hablar de estas circunstancias. Es posible que no le reembolsemos la diferencia entre lo que pagó por el medicamento en la farmacia fuera de la red y lo que pagaríamos en una farmacia de la red.

2. Cuando paga el costo total de una receta debido a que no tiene su tarjeta de membresía del plan.

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

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida que le paguemos nuestra parte del costo compartido. Es posible que no le reembolsemos el costo total que pagó si el precio en efectivo que pagó es más alto que nuestro precio negociado por la receta.

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

Puede pagar el costo total de la receta porque se da cuenta de que el medicamento no está cubierto por alguna razón.

- Por ejemplo, el medicamento puede no estar en la Lista de medicamentos del plan o podría tener un requisito o restricción que usted no sabía o no creía que se aplicara

Capítulo 5 Solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de los medicamentos cubiertos

a usted. Si decide obtener el medicamento de inmediato, es posible que deba pagar el costo total.

- Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos solicite que le devolvamos el pago. En algunas situaciones, podríamos necesitar más información de su médico para poder reembolsarle nuestra parte del costo. Es posible que no le reembolsemos el costo total que pagó si el precio en efectivo que pagó es más alto que nuestro precio negociado por la receta.

4. Si está inscrito retroactivamente en nuestro plan.

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

Si se inscribió retroactivamente en nuestro plan y pagó de su bolsillo por cualquiera de los medicamentos cubiertos después de la fecha de inscripción, puede solicitarnos que le paguemos nuestra parte de los costos. Deberá presentar la documentación correspondiente para que nos encarguemos del reembolso.

Todos los ejemplos anteriores son tipos de decisiones de cobertura. Esto quiere decir que, si denegamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión. En el Capítulo 7 de este documento hay información sobre cómo presentar una apelación.

SECCIÓN 2 Cómo pedirnos que le devolvamos el pago

Usted puede pedirnos que le paguemos enviándonos una solicitud por escrito. Si envía una solicitud por escrito, envíe el recibo que documente el pago que ha hecho. Es una buena idea hacer una copia de sus recibos para sus registros. **Debe presentarnos su reclamo antes del 31 de diciembre** del año siguiente a la recepción del servicio, a menos que operaciones administrativas del Gobierno o una incapacidad legal impidan su presentación oportuna, siempre que presente el reclamo tan pronto como sea razonablemente posible. Si devolvemos un reclamo o parte de un reclamo para obtener información adicional (por ejemplo, códigos de diagnóstico, fechas de servicio, etc.), deberá volver a enviarlo dentro de los siguientes 90 días o antes de que expire el período de presentación oportuno, lo que ocurra más tarde.

- Para asegurarse de que nos está dando toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede completar nuestro formulario de reclamo para hacer la solicitud de pago. No tiene que usar el formulario, pero nos ayudará a procesar la información más rápidamente.
- Puede descargar una copia del formulario de nuestro sitio web www.ssspr.com/postal o puede comunicarse con el Servicio de Atención al Cliente para solicitar el formulario.

Capítulo 5 Solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de los medicamentos cubiertos

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

CVS Caremark
Medicare Part D Claims Processing
P.O. Box 52066
Phoenix, AZ 85072-2066

SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y le responderemos sí o no

Sección 3.1	Comprobamos si debemos cubrir el medicamento y cuánto debemos
--------------------	--

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

- Si decidimos que el medicamento está cubierto y usted siguió todas las normas, pagaremos nuestra parte del costo. Nuestra parte del costo podría no ser el monto total que usted pagó (por ejemplo, si obtuvo un medicamento en una farmacia fuera de la red o si el precio en efectivo que pagó por un medicamento es más alto que nuestro precio negociado). Le enviaremos por correo su reembolso de nuestra parte del costo. Enviaremos el pago dentro de los 30 días posteriores a la recepción de su solicitud.
- Si decidimos que el medicamento *no* está cubierto o que usted *no* siguió todas las normas, no pagaremos nuestra parte del costo. Le enviaremos una carta explicando las razones por las que no le enviaremos el pago y sus derechos para apelar esa decisión.

Sección 3.2	Si le comunicamos que no pagaremos, en su totalidad o en parte, el medicamento, puede presentar una apelación
--------------------	--

Si cree que cometimos un error denegando su solicitud de pago o la cantidad que le estamos pagando, puede presentar una apelación. Si presenta una apelación, significa que nos está pidiendo que cambiemos la decisión que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago. El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y fechas límites importantes. Para obtener información de cómo hacer 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 darle información de una manera que sea conveniente para usted y concuerde con sus sensibilidades culturales (en otros idiomas que no sean el inglés)
--------------------	--

Su plan está obligado a asegurarse de que todos los servicios clínicos y no clínicos se presten de manera culturalmente competente y que estén accesibles para todos los miembros, incluyendo los que tienen poco dominio del inglés, competencias de lectura limitadas, discapacidad auditiva o los que tienen diversos orígenes culturales y étnicos. Los ejemplos de cómo un plan puede cumplir esos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros, prestar servicios de traducción, servicios de interpretación, teletipos o conexión de TTY (teléfono de texto o teléfono de teletipo).

Nuestro plan tiene servicios de interpretación gratuitos para contestar preguntas de miembros que no hablan inglés. Si lo necesita, también podemos facilitarle información en español sin costo alguno. Debemos darle la información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted. Para obtener información nuestra de una manera que funcione para usted, llame al Servicio de atención al cliente.

Si tiene problemas para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted, llame para presentar una queja ante su Plan llamando al 1-833-201-9256. También puede presentar una queja con Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente a la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

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

Usted tiene derecho a obtener sus medicamentos con receta en cualquier farmacia de nuestra red sin grandes demoras. Si cree que no está recibiendo sus medicamentos de la Parte D dentro de un período razonable, en el Capítulo 7 encontrará lo que puede hacer.

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

Las leyes estatales y federales protegen la privacidad de su expediente médico y de su información médica personal. Protegemos su información médica personal como lo exigen esas leyes.

- Su información médica personal incluye la información personal que nos dio cuando se inscribió en este plan, su expediente médico y otra información médica y de salud.
- Usted tiene derechos relacionados con su información y con el control de cómo se usa su información médica. Le entregamos un aviso por escrito llamado *Aviso de prácticas de*

Capítulo 6 Sus derechos y responsabilidades

privacidad que habla sobre estos derechos y explica cómo protegemos la privacidad de su información médica.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información médica?

- Nos aseguramos de que las personas que no están autorizadas no vean ni modifiquen sus registros.
- Excepto en las circunstancias que se muestran abajo, si pretendemos dar su información médica a alguien que no le está dando atención ni pagando su atención, *estamos obligados a obtener primero su permiso por escrito o de alguien a quien usted haya dado el poder legal para tomar decisiones por usted.*
- Hay ciertas excepciones que no necesitan que obtengamos primero su permiso por escrito. La ley permite o exige estas excepciones.
 - Estamos obligados a revelar la información médica a las agencias del gobierno que revisan la calidad de la atención.
 - Debido a que usted es miembro de nuestro plan por medio de Medicare, debemos darle a Medicare su información médica incluyendo la información sobre sus medicamentos con receta de la Parte D. Si Medicare revela su información para fines de investigación u otros usos, esto se hará de acuerdo con los estatutos y reglamentaciones federales; generalmente esto requiere que no se comparta la información que lo identifica.

Usted puede ver la información en su expediente y saber cómo se compartió con otras personas

Usted tiene derecho a ver su expediente médico que guarda el plan y obtener una copia. Tenemos permitido cobrarle por reproducir copias. También tiene derecho de pedirnos que agreguemos o corriamos su expediente médico. Si nos pide que lo hagamos, trabajaremos con su proveedor de atención médica para decidir si se deben hacer los cambios.

Tiene derecho a saber cómo se ha compartido su información médica con otras personas para cualquier propósito que no sea rutinario.

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su información médica personal, llame al Servicio de Atención al Cliente.

Sección 1.4	Debemos darle información sobre el plan, su red de farmacias y sus medicamentos cubiertos
--------------------	--

Como miembro de Triple-S Óptimo PSHB, usted tiene derecho a obtener de nosotros varios tipos de información. Si quiere cualquiera de los siguientes tipos de información, llame al Servicio de Atención al Cliente.

Capítulo 6 Sus derechos y responsabilidades

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la condición financiera del plan.
- **Información sobre nuestras farmacias de la red.** Usted tiene el derecho a obtener información sobre las calificaciones de las farmacias de nuestra red y cómo les pagamos.
- **Información sobre su cobertura y normas que debe seguir cuando usa su cobertura.** En los Capítulos 3 y 4 hay información sobre la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D.
- **Información sobre por qué algo no está cubierto y qué puede hacer al respecto.** En el Capítulo 7 encontrará información sobre cómo pedir una explicación por escrito del motivo por el que no está cubierto un medicamento de la Parte D o si su cobertura está restringida. En el Capítulo 7 también hay información de cómo pedirnos cambiar una decisión, también llamado una apelación.

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

Usted tiene derecho a dar instrucciones sobre lo que se haría si no puede tomar sus propias decisiones médicas

A veces las personas pierden la capacidad de tomar decisiones de atención médica debido a accidentes o enfermedades graves. Usted tiene derecho a decir lo que quiere que suceda si está en esta situación. Esto significa que, *si quiere*, puede:

- Completar un formulario por escrito para darle **a alguien la autoridad legal de tomar decisiones médicas por usted** si alguna vez queda imposibilitado para tomar decisiones.
- **Entregar instrucciones por escrito a sus médicos** sobre cómo quiere que manejen su atención médica si quedara imposibilitado para tomar decisiones por sí mismo.

Los documentos legales que puede utilizar para entregar sus indicaciones por anticipado en estas situaciones se llaman **instrucciones anticipadas**. Existen diferentes tipos de directivas anticipadas y tienen diferentes nombres. Los documentos llamados **testamento en vida** y **poder de atención médica** son ejemplos de las directivas anticipadas.

Si quiere usar un formulario de directivas anticipadas para dar sus instrucciones, esto es lo que debe hacer:

- **Obtenga el formulario.** Puede obtener un formulario de directivas anticipadas de su abogado, de un trabajador social o de algunas tiendas de suministros para oficina. A veces se pueden obtener formularios de directivas anticipadas de organizaciones que dan información sobre Medicare.
- **Llénelo y fírmelo.** Sin importar de dónde obtenga este formulario, tenga presente que es un documento legal. Puede ser conveniente que considere obtener la ayuda de un abogado para prepararlo.

Capítulo 6 Sus derechos y responsabilidades

- **Entregue copias a las personas apropiadas.** Debe entregarles una copia del formulario a su médico y a la persona que nombre en el formulario que puede tomar decisiones por usted si usted no puede. Puede ser conveniente que entregue copias a amigos cercanos o familiares. Guarde una copia en casa.

Si sabe con anticipación que lo hospitalizarán y firmó un formulario de directivas anticipadas, **lleve una copia al hospital.**

- Si lo admiten en el hospital, le preguntarán si ya firmó un formulario de directivas anticipadas y si lo tiene con usted.
- Si no ha firmado un formulario de directivas anticipadas, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntará si quiere firmar uno.

Recuerde, usted decide si quiere completar un formulario de directivas anticipadas (incluyendo si quiere firmarlo si está en el hospital). De acuerdo con la ley, nadie puede negarle atención ni discriminarlo basándose en que usted haya firmado directivas anticipadas o no.

¿Qué pasa si no se siguen sus instrucciones?

Si firmó una directiva anticipada y cree que un médico u hospital no siguió las instrucciones que allí se indican, puede presentar una queja ante el Departamento de Salud (Department of Health) estatal.

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

Si tiene algún problema, preocupación o queja y necesita solicitar cobertura o presentar una apelación, en el Capítulo 7 de este documento está lo que puede hacer. No importa lo que haga, pedir una decisión de cobertura, presentar una apelación o presentar una queja, **nosotros debemos tratarlo justamente.**

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

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

Si cree que se le ha tratado injustamente o que no se han respetado sus derechos debido a su raza, discapacidad, religión, sexo, salud, origen étnico, credo (creencias), edad, orientación sexual o país de origen, debe llamar a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 o al TTY 1-800-537-7697, o llame a su Oficina de Derechos Civiles local.

Capítulo 6 Sus derechos y responsabilidades

¿Se trata de algo más?

Si cree que lo trataron injustamente o que no se respetaron sus derechos y *no* tiene que ver con la discriminación, puede obtener ayuda para tratar el problema que está teniendo:

- Puede **llamar a Servicio al cliente**.
- Puede **llamar al SHIP**. Para obtener información, vea el Capítulo 2, Sección 3.
- O puede **llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al 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 Servicio al cliente**.
- Puede **llamar al SHIP**. Para obtener información, vea el Capítulo 2, Sección 3.
- Puede comunicarse con **Medicare**.
 - Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación *Derechos y protecciones de Medicare*. (La publicación está disponible en: www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf).
 - O, puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 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

La lista de lo que debe hacer como miembro del plan está abajo. Si tiene alguna pregunta, llame al servicio de atención al cliente.

- **Familiarícese con sus medicamentos cubiertos y las normas que debe seguir para obtener esos medicamentos cubiertos.** Use esta *Evidencia de cobertura* para saber qué está cubierto para usted y las normas que debe seguir para obtener sus medicamentos cubiertos.
 - Los Capítulos 3 y 4 tienen información sobre su cobertura de medicamentos con receta de la Parte D.
- **Si tiene otra cobertura de medicamentos con receta además de nuestro plan, debe informarnos al respecto.** En el Capítulo 1 obtiene información sobre la coordinación de estos beneficios.
- **Informe a su médico y farmacéutico que usted está inscrito en nuestro plan.** Muestre su tarjeta de membresía del plan cada vez que obtenga medicamentos con receta de la Parte D.

Capítulo 6 Sus derechos y responsabilidades

- **Ayude a sus médicos y a otros proveedores a que lo ayuden dándoles información, haciendo preguntas y completando su atención.**
 - Para obtener la mejor atención, hable con sus médicos y otros proveedores de atención médica sobre sus problemas de salud. Siga las instrucciones y planes de tratamiento que acordaron usted y sus médicos.
 - Asegúrese de que sus médicos sepan todos los medicamentos que está tomando, incluyendo medicamentos de venta libre, vitaminas, y suplementos.
 - Si tiene alguna pregunta, asegúrese de hacerla y de obtener una respuesta que usted entienda.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, es responsable de hacer estos pagos:

Para la mayoría de los medicamentos cubiertos por el plan, usted debe pagar su parte del costo cuando obtiene el medicamento.

 - Si se le exige pagar una penalización por inscripción tardía, debe hacerlo para seguir siendo miembro del plan.
 - Si es necesario que usted pague la cantidad adicional por la Parte D debido a sus ingresos anuales, debe continuar pagando la cantidad adicional directamente al gobierno para seguir siendo miembro del plan.
- **Si se muda *dentro* de nuestra área de servicio, necesitamos saberlo** para poder mantener actualizado su registro de membresía y saber cómo comunicarnos con usted.
- **Si usted se muda *fuera* del área de servicio de nuestro plan,** no puede seguir siendo miembro de nuestro plan
- Si se muda, también es importante informar al Seguro Social (o a la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios).

CAPÍTULO 7:

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

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

SECCIÓN 1 Introducción

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

En este Capítulo se explican dos tipos de procesos para tratar los problemas y preocupaciones:

- Para algunos tipos de problemas, necesita usar el **proceso de decisiones y apelaciones de cobertura**.
- Para otros tipos de problemas, necesita usar el **proceso de poner quejas**; también llamado quejas formales.

Ambos procesos están aprobados por Medicare. Cada proceso tiene un conjunto de normas, procedimientos y fechas límite que debemos respetar usted y nosotros.

La guía en la Sección 3 lo ayudará a identificar el proceso correcto a usar y qué debería de hacer.

Sección 1.2	Acerca de los términos legales
--------------------	---------------------------------------

Hay términos legales técnicos para algunas de las normas, procedimientos y tipos de fechas límite que se explican en este capítulo. Muchos de estos términos son desconocidos para la mayoría de las personas y pueden ser difíciles de entender. Para facilitar las cosas, este capítulo:

- Usa palabras más simples en lugar de ciertos términos legales. Por ejemplo, este capítulo generalmente dice “presentar una queja” en lugar de “presentar un reclamo”, “decisión de cobertura” en lugar de “determinación de cobertura” o “determinación en riesgo” y “organización de revisión independiente” en lugar de “entidad de revisión independiente”.
- También se evita el uso de abreviaturas lo más posible.

Sin embargo, puede ser útil, y algunas veces de mucha importancia, que conozca los términos legales correctos. Saber qué términos debe usar lo ayudará a comunicarse con más precisión para obtener la ayuda o información adecuadas para su situación. Para ayudarlo a saber qué términos debe usar, incluimos los términos legales cuando damos la información para manejar tipos específicos de situaciones.

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada

Siempre estamos disponibles para ayudarlo. Aun si tiene una queja de cómo lo hemos tratado, estamos obligados a respetar su derecho de quejarse. Por lo tanto, siempre debe comunicarse con Servicio al Cliente para obtener ayuda. Pero en algunas situaciones puede ser que quiera ayuda o una guía de alguien que no tenga relación con nosotros. Abajo hay dos entidades que pueden ayudarlo.

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

Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (SHIP)

Cada estado tiene un programa de gobierno con asesores capacitados. El programa no tiene relación con nosotros ni con ninguna compañía de seguros ni plan médico. Los asesores en este programa lo pueden ayudar a entender el proceso que debería usar para manejar el problema que tiene. También pueden responder sus preguntas, darle más información y ofrecerle orientación sobre qué hacer.

Los servicios de los asesores de SHIP son gratuitos. Encontrará los teléfonos y los URL del sitio web en el Capítulo 2, Sección 3 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), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Además, puede visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov).

SECCIÓN 3 Para solucionar su problema, ¿qué proceso debe usar?

Si tiene un problema o preocupación, solo necesita leer las partes de este capítulo que correspondan a su situación. La siguiente guía será útil.

¿Está relacionado su problema o preocupación con sus beneficios o cobertura?

Esto incluye problemas sobre si los medicamentos con receta tienen cobertura o no, la manera en que están cubiertos y los problemas relacionados con el pago de los medicamentos con receta.

Sí.

Vea la siguiente sección de este capítulo, **Sección 4, Guía básica sobre decisiones de cobertura y apelaciones.**

No.

Pase a la **Sección 7** al final de este capítulo: **Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, tiempos de espera, servicio al cliente u otras preocupaciones.**

DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES**SECCIÓN 4 Guía básica sobre decisiones de cobertura y apelaciones****Sección 4.1 Cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: el panorama completo**

Las decisiones de cobertura y de apelaciones tratan con los problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura de los medicamentos con receta, incluidos los pagos. Este es el proceso que usted usa para asuntos como si un medicamento está cubierto o no y la manera en que está cubierto.

Cómo solicitar decisiones de cobertura antes de recibir los beneficios

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

Estamos tomando una decisión de cobertura por usted cada vez que decidimos qué cubrimos 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.

En circunstancias limitadas se desestimará una solicitud de decisión de cobertura, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Los ejemplos de cuándo se desestimará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre, pero no está autorizado legalmente para hacerlo o si usted pide que se retire su solicitud. Si desestimamos una solicitud de decisión de cobertura, enviaremos un aviso explicando por qué se desestimó la solicitud y cómo pedir la revisión del rechazo.

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura, ya sea antes o después de que se reciba un beneficio, y usted no está satisfecho, puede *apelar* la decisión. Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hayamos tomado. En ciertas circunstancias, que mencionaremos después, puede solicitar una apelación expedita o *apelación rápida* de una decisión de cobertura. Su apelación la manejan diferentes revisores a los que tomaron la decisión original.

Cuando apela una decisión por primera vez, se llama apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que tomamos para revisar si seguimos las normas apropiadamente. Cuando completemos la revisión, le comunicaremos nuestra decisión.

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

En circunstancias limitadas, se desestimará una solicitud de apelación de Nivel 1, lo que quiere decir que no revisaremos la solicitud. Los ejemplos de cuándo se desestimará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre, pero no está autorizado legalmente para hacerlo o si usted pide que se retire su solicitud. Si desestimamos una solicitud de apelación de Nivel 1, enviaremos un aviso explicando por qué se desestimó la solicitud y cómo pedir la revisión del rechazo.

Si no desestimamos su caso, pero decimos que no a la totalidad o a una parte de su apelación de Nivel 1, puede pasar a la apelación de Nivel 2. La Apelación de Nivel 2 la hace una organización de revisión independiente que no está relacionada con nosotros. (Las apelaciones de la Parte D se analizan con más detalle en la Sección 5 de este capítulo). Si usted no está satisfecho con la decisión de la apelación de Nivel 2, es posible que pueda continuar a través de los niveles adicionales de apelación (en la Sección 6 de este Capítulo se explican los procesos de apelación de los Niveles 3, 4 y 5).

Sección 4.2 **Cómo obtener ayuda cuando está pidiendo una decisión de cobertura o presentando una apelación**

Estos son los recursos si decide solicitar cualquier clase de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- Puede **llamarnos a Servicio al Cliente**.
- Puede **obtener ayuda gratis** del Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico.
- **Su médico u otro proveedor que receta puede hacer una solicitud por usted.** Para los medicamentos con receta de la Parte D, su médico u otro proveedor que receta pueden solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si se deniega su apelación de Nivel 1, su médico o el proveedor que receta puede solicitar la apelación de Nivel 2.
- **Puede pedirle a alguien que lo represente.** Si quiere, puede nombrar a otra persona para que actúe como su *representante* para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
 - Si quiere que un amigo, familiar u otra persona sea su representante, llame al Servicio de Atención al Cliente y pida el formulario de *Designación de representante*. (También está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf). El formulario le da a esa persona permiso para actuar en su nombre. Deben firmarlo usted y la persona que usted quiere que actúe en su nombre. Deberá darnos una copia del formulario firmado.
 - Aunque podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos completar nuestra revisión hasta que lo recibamos. Si no recibimos el formulario antes de la fecha límite para tomar una decisión sobre su apelación, su solicitud de apelación será rechazada. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por

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

escrito en el que se explicarán sus derechos de pedir que una organización de revisión independiente revise nuestra decisión de desestimar su apelación.

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

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

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

Sus beneficios incluyen la cobertura de muchos medicamentos con receta. Para que esté cubierto, el medicamento debe usarse para una indicación médicamente aceptada. (Consulte el Capítulo 3 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada). Para obtener información sobre los medicamentos, normas, restricciones y costos de la Parte D, vea los Capítulos 3 y 4.

- **Esta sección es únicamente sobre los medicamentos de la Parte D.** Para simplificarlo, generalmente decimos *medicamento* en el resto de esta sección, en lugar de repetir cada vez *medicamento con receta cubierto para pacientes ambulatorios* o *medicamento de la Parte D*. Nosotros también usamos el término Lista de medicamentos en lugar de *Lista de medicamentos cubiertos (formulario)*.
- Si usted no sabe si un medicamento está cubierto o si cumple las normas, puede preguntarnos. Para algunos medicamentos es necesario que obtenga nuestra aprobación antes de que lo cubramos.
- Si su farmacia le dice que no puede surtirle su receta como está escrita, la farmacia le dará un aviso por escrito explicando cómo comunicarse con nosotros para pedir una decisión de cobertura.

Apelaciones y decisiones de cobertura de la Parte D

Términos legales

Una decisión de cobertura inicial sobre sus medicamentos de la Parte D se llama una **determinación de cobertura**.

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

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o la cantidad que pagaremos por sus medicamentos. En esta sección está lo que puede hacer si está en cualquiera de las siguientes situaciones:

- Está pidiendo que se cubra un medicamento de la Parte D que no está en la *Lista de medicamentos cubiertos* del plan. **Cómo solicitar una excepción. Sección 5.2**
- Solicitar la exención de una restricción en la cobertura del plan para un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede obtener, autorización previa o el requisito de probar otro medicamento primero) **Solicite una excepción. Sección 5.2**
- Solicitar pagar un monto de costo compartido más bajo por un medicamento cubierto en un nivel de costo compartido más alto **Solicitar una excepción. Sección 5.2**
- Está pidiendo la aprobación previa de un medicamento. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 5.4**
- Paga por un medicamento con receta que ya compró. **Cómo pedirnos que le reembolsemos el pago. Sección 5.4**

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

En esta sección se le muestra cómo pedir decisiones de cobertura y cómo solicitar una apelación.

Sección 5.2 ¿Qué es una excepción?

Términos legales

Solicitar la cobertura de un medicamento que no está en la Lista de medicamentos a veces se llama pedir una **excepción a la lista de medicamentos cubiertos (formulario)**.

Solicitar la eliminación de una restricción en la cobertura de un medicamento a veces se llama pedir una **excepción a la lista de medicamentos cubiertos (formulario)**.

Solicitar el pago de un precio más bajo por un medicamento no preferido cubierto a veces se llama pedir una **excepción de nivel**.

Si un medicamento no está cubierto en la forma en que quiere que esté cubierto, puede solicitarnos que hagamos una *excepción*. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura.

Para que nosotros consideremos su solicitud de excepción, su médico u otro proveedor que receta deberán explicar las razones médicas por las que necesita que se apruebe la excepción. Estos son tres ejemplos de excepciones que usted, su médico u otro proveedor que receta pueden pedirnos que hagamos:

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

1. Cubrir un medicamento de la Parte D que no está en nuestra Lista de medicamentos.

Si aceptamos cubrir un medicamento que no figura en la Lista de medicamentos, tendrá que pagar el importe de costo compartido que se aplica a **Los medicamentos genéricos cubiertos a través de la excepción al formulario se situarán por defecto en el Nivel 1.**

Los medicamentos de marca cubiertos mediante la excepción del formulario pasarán de forma predeterminada al Nivel 3. No puede pedir una excepción de la cantidad de costos compartidos que necesitamos que pague por el medicamento.

2. Eliminar una restricción de un medicamento cubierto.

En el Capítulo 3 se describen las normas o restricciones adicionales que se aplican en ciertos medicamentos en nuestra Lista de medicamentos. Si aceptamos hacer una excepción y renunciar a una restricción para usted, puede solicitar una excepción al monto de costo compartido que le solicitamos que pague por el medicamento.

3. Cambiar la cobertura de un medicamento a un nivel más bajo de costo compartido.

Cada medicamento de nuestra Lista de medicamentos está en uno de los cuatro niveles de costo compartido. En general, mientras más bajo sea el número del nivel del costo compartido, más bajo será el pago que haga usted como su parte del costo del medicamento.

- Si nuestra Lista de medicamentos contiene medicamentos alternativos para tratar su condición médica que están en un nivel de costo compartido menor que su medicamento, puede solicitar que cubramos su medicamento en la cantidad de costo compartido que se aplica a los medicamentos alternativos.
- Si el medicamento que está tomando es un medicamento de marca, puede pedirnos que cubramos su medicamento en la cantidad de costo compartido que se aplica al nivel más bajo que tenga alternativas de nombres de marca para tratar su condición.
- Si el medicamento que está tomando es un medicamento genérico, puede pedirnos que cubramos su medicamento por la cantidad de costo compartido que se aplica al nivel más bajo que tenga alternativas de marca o genéricas para tratar su condición.
- Usted no puede pedirnos que cambiemos el nivel de costos compartidos de ningún medicamento del Nivel 4 (especializado).
- Si aprobamos su solicitud de una excepción de nivel y hay más de un nivel de costo compartido más bajo con medicamentos alternativos que no puede tomar, generalmente pagará la cantidad más baja.

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

Sección 5.3 Aspectos importantes que debe saber sobre pedir excepciones

Su médico debe decirnos las razones médicas

Su médico u proveedor que receta deben darnos una declaración que explique las razones médicas para solicitar una excepción. Para una decisión más rápida, incluya esta información médica de su médico o de otro proveedor que receta cuando solicite la excepción.

Nuestra Lista de medicamentos usualmente incluye más de un medicamento para tratar un estado médico en particular. Estas posibilidades diferentes se llaman medicamentos *alternativos*. Si un medicamento alternativo fuera tan efectivo como el medicamento que está solicitando y no ocasiona más efectos secundarios u otros problemas médicos, generalmente *no* aprobaríamos su solicitud para una excepción. Si nos pide una excepción de nivel, generalmente *no* aprobaremos su solicitud de excepción, a menos que ninguno de los medicamentos alternativos de los niveles de costo compartido más bajos funcione tan bien para usted o puedan causar una reacción adversa u otro daño.

Podemos responder sí o no a su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de una excepción, nuestra aprobación generalmente es válida hasta el final del año del plan. Esto es cierto siempre que su médico siga recetándole el medicamento y ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su condición.
- Si denegamos su solicitud, puede pedir una otra revisión presentando una apelación.

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

Términos legales

Una *decisión de cobertura rápida* se llama una **determinación de cobertura expedita**.

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

Las **decisiones de cobertura estándar** se toman en el plazo de **72 horas** después de que recibamos la declaración de su médico. Las **decisiones de cobertura rápida** se toman en un plazo de **24 horas** después de que recibamos la declaración de su médico.

Si lo necesita por su condición médica, solicítenos que le demos una decisión de cobertura rápida. Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe reunir dos requisitos:

- Debe estar pidiendo un *medicamento que aún no ha recibido*. (No puede pedir una decisión de cobertura rápida para pagar un medicamento que ya compró).

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

- Usar las fechas límite estándar puede *ocasionar un daño grave a su salud o afectar su capacidad para funcionar*.
- **Si su médico u otro proveedor que receta nos dice que por su salud se necesita una decisión de cobertura rápida, automáticamente le daremos una decisión de cobertura rápida.**
- **Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta (sin el apoyo de su médico o de otro proveedor que receta), decidiremos si por su salud se necesita que le demos una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que:
 - Explica que usaremos las fechas límite estándar.
 - Explica que, si su médico u otro proveedor que receta solicitan la decisión de cobertura rápida, automáticamente le daremos una decisión de cobertura rápida.
 - También le indicará cómo puede presentar una *queja rápida* sobre nuestra decisión de darle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó. Nosotros responderemos su queja en el plazo de 24 horas después de recibirla.

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 cubramos la receta que quiere. También puede tener acceso al proceso de decisión de cobertura en nuestro sitio web. Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito, incluida una solicitud presentada en el *Formulario de solicitud de determinación de cobertura del modelo de CMS* o en nuestro formulario del plan, que está disponible en nuestro sitio web www.ssspr.com/postal. En el Capítulo 2 hay información de contacto. Para ayudarnos a procesar su solicitud, asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información que identifique el reclamo denegado que se está apelando.

Usted, su médico (u otro proveedor que receta) o su representante pueden hacerlo. También puede pedirle a un abogado que actúe en su nombre. La Sección 4 de este capítulo explica cómo puede darle el permiso por escrito a otra persona para que actúe como su representante.

- **Si está solicitando una excepción, entregue la *declaración de respaldo***, que son las razones médicas para la excepción. Su médico u otro proveedor que receta pueden enviarnos la declaración por fax o correo. O su médico u otro proveedor que receta pueden explicarnos por teléfono y luego enviar por fax o por correo una declaración por escrito, si es necesario.

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

Fechas límite para una decisión rápida sobre cobertura

- Debemos darle nuestra respuesta en el plazo de **24 horas** después de recibir su solicitud.

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

- Para las excepciones, le daremos nuestra respuesta en el plazo de 24 horas después de que recibamos la declaración de respaldo de su médico. Le daremos la respuesta antes si se necesita por su salud.
- Si no cumplimos esta fecha límite, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la examinará una organización de revisión independiente.
- **Si nuestra respuesta es sí a una parte o a todo lo que solicitó**, debemos darle la cobertura acordada en las siguientes 24 horas después de recibir su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es no a una parte o a todo lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito explicando por qué dijimos que no. También le diremos cómo puede apelar.

Fechas límite para una decisión de cobertura estándar sobre un medicamento que aún no ha recibido

- Debemos darle nuestra respuesta **en el plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud.
 - Para las excepciones, le daremos nuestra respuesta en el plazo de 72 horas después de que recibamos la declaración de respaldo de su médico. Le daremos la respuesta antes si se necesita por su salud.
 - Si no cumplimos esta fecha límite, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la examinará una organización de revisión independiente.
- **Si nuestra respuesta es sí a parte o todo lo que solicitó**, debemos darle la cobertura acordada **en las siguientes 72 horas** después de que recibamos su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es no a una parte o a todo lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito explicando por qué dijimos que no. También le diremos cómo puede apelar.

Los plazos para una decisión de cobertura estándar sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Debemos darle una respuesta en los **siguientes 14 días calendario** después de recibir su solicitud.
- Si no cumplimos esta fecha límite, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la examinará una organización de revisión independiente.
- **Si nuestra respuesta es sí a una parte o a todo lo que solicitó**, también debemos pagarle en el plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud.

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

- Si nuestra respuesta es no a una parte o a todo lo que solicitó, le enviaremos una declaración por escrito explicando por qué dijimos que no. También le diremos cómo puede apelar.

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

- Si respondemos que no, usted tiene derecho a pedirnos que reconsideremos esa decisión mediante una apelación. Esto quiere decir pedir de nuevo que obtenga la cobertura del medicamento que quiere. Si decide presentar una apelación, significa que irá al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

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

Términos legales

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

Una *apelación rápida* también se llama una **reconsideración expedita**.

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

Una apelación estándar generalmente se presenta dentro de los 7 días calendario. Una apelación rápida generalmente se hace en el plazo de 72 horas. Si su salud lo exige, pida una apelación rápida

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre un medicamento que todavía no ha recibido, usted y su médico u otro proveedor que receta deberá decidir si necesita una *apelación rápida*.
- Los requisitos para obtener una *apelación rápida* son los mismos que para obtener una *decisión de cobertura rápida* en la Sección 5.4 de este capítulo.

Paso 2: Usted, su representante, médico u otro proveedor que receta deben comunicarse con nosotros y presentar su apelación de Nivel 1. Si es necesario por su salud que obtenga una respuesta rápida, debe solicitar una **apelación rápida**.

- **En caso de apelaciones estándar, presente una solicitud por escrito o llámenos al 1-833-201-9256.** En el Capítulo 2 hay información de contacto.
- **Para apelaciones rápidas, presente su apelación por escrito o llámenos al 1-833-201-9256.** En el Capítulo 2 hay información de contacto.
- **Debemos aceptar todas las solicitudes por escrito**, incluidas las solicitudes que se presenten en el *Formulario de solicitud de determinación de cobertura de modelo de CMS*, que está disponible en nuestro sitio web www.ssspr.com/postal. Asegúrese de incluir su nombre,

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

información de contacto y la información relacionada con su reclamo para ayudarnos a procesar su solicitud. **Debe presentar su solicitud de apelación en un plazo de 65 días calendario** a partir de la fecha que está en el aviso por escrito que enviamos para darle nuestra respuesta a su solicitud de una decisión de cobertura. Si no cumple la fecha límite y tiene un buen motivo para no cumplirla, explique el motivo del atraso cuando presente su apelación. Podemos darle más tiempo para presentar su apelación. Algunos ejemplos de un buen motivo pueden incluir una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le dimos información incorrecta o incompleta sobre la fecha límite para solicitar una apelación.

Puede solicitar una copia de la información en su apelación y agregar más información. Usted y su médico pueden añadir más información para respaldar su apelación.

Paso 3: Consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Cuando estemos revisando su apelación, volveremos a ver detenidamente toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificaremos si seguimos todas las normas cuando denegamos su solicitud.
- Es posible que nos comuniquemos con usted o con su médico u otro proveedor que receta para obtener más información.

Fechas límite para una apelación rápida

- Para apelaciones rápidas, debemos darle nuestra respuesta **en el plazo de 72 horas después de recibir su apelación**. Le daremos una respuesta antes si su salud así lo exige.
 - Si no le damos una respuesta en el plazo de 72 horas, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones donde la examinará una organización de revisión independiente. En la Sección 5.6 se explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es sí a una parte o a todo lo que solicitó**, debemos dar la cobertura que acordamos dar en un plazo de 72 horas después de haber recibido su apelación.
- **Si nuestra respuesta es no a una parte o a todo lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito explicando el motivo por el que dijimos que no y cómo puede apelar nuestra decisión.

Fechas límite para una apelación estándar sobre un medicamento que aún no ha recibido

- Para apelaciones estándar, debemos darle una respuesta en los **siguientes 7 días calendario** después de recibir su solicitud. Le daremos nuestra decisión más pronto si no ha recibido el medicamento todavía y es necesario por su condición médica.
 - Si no le damos una decisión en el plazo de 7 días calendario, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones donde la examinará una organización de revisión independiente. En la Sección 5.6 se explica el proceso de apelación de Nivel 2.

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

- Si nuestra respuesta es afirmativa a una parte o todo lo que solicitó, debemos dar la cobertura tan pronto como sea necesario por su salud, pero no más tarde de **7 días calendario** después de que hayamos recibido su apelación.
- Si nuestra respuesta es no a una parte o a todo lo que solicitó, le enviaremos una declaración por escrito explicando el motivo por el que dijimos que no y cómo puede apelar nuestra decisión.

Fechas límite para una apelación estándar sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Debemos darle una respuesta en los **siguientes 14 días calendario** después de recibir su solicitud.
 - Si no cumplimos esta fecha límite, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la examinará una organización de revisión independiente.
- Si nuestra respuesta es sí en todo o en Parte A su solicitud, también debemos efectuar el pago dentro de los 30 días calendario después de recibir su solicitud.
- Si nuestra respuesta es no a una parte o a todo lo que solicitó, le enviaremos una declaración por escrito explicando por qué dijimos que no. También le diremos cómo puede apelar.

Paso 4: Si decimos que no a su apelación, usted decide si quiere continuar con el proceso de apelación y presentar *otra* apelación.

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

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

Términos legales

El nombre formal para la *organización de revisión independiente* es **entidad de revisión independiente**.

A veces se la llama **IRE**.

La organización de revisión independiente es una organización independiente que contrata Medicare. No está relacionada con nosotros y no es una agencia del gobierno. Esta organización decidirá si la decisión que tomamos es correcta o si debemos cambiarla. Medicare supervisa lo que hace.

Paso 1: Usted (o su representante, su médico u otro proveedor que receta) debe comunicarse con la organización de revisión independiente y solicitar una revisión de su caso.

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

- Si decimos que no a su apelación de Nivel 1, la notificación por escrito que le enviemos incluirá **instrucciones sobre cómo presentar una apelación de Nivel 2** a la organización de revisión independiente. En estas instrucciones se le dirá quién puede presentar esta apelación de Nivel 2, qué fechas límite debe cumplir y cómo comunicarse con la organización de revisión. Sin embargo, si no completamos nuestra revisión en el período de tiempo correspondiente, o si tomamos una decisión no favorable con respecto a la determinación **en riesgo** según nuestro programa de administración de medicamentos, enviaremos su reclamo automáticamente a la IRE.
- Enviaremos la información que tenemos sobre su apelación a esta organización. Esta información se conoce como su **expediente del caso. Tiene derecho a pedirnos una copia del archivo de su caso.**
- Tiene derecho a darle información adicional a la organización de revisión independiente para respaldar su apelación.

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

- Los revisores en la organización de revisión independiente examinarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Fechas límite para la apelación rápida

- Si su salud lo necesita, solicite a la organización de revisión independiente que le dé una *apelación rápida*.
- Si la organización de revisión acepta darle una *apelación rápida*, la organización de revisión debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **dentro de un período de 72 horas** después de que reciba su solicitud de apelación.

Fechas límite para la apelación estándar

- Para las apelaciones estándar, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en el plazo de 7 días calendario** después de que reciba su apelación si es por un medicamento que todavía no ha recibido. Si está solicitando que le reembolsemos un medicamento que ya compró, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en el plazo de 14 días calendario** después de que reciba su solicitud.

Paso 3: La organización de revisión independiente revisa su apelación.

Para las apelaciones rápidas:

- **Si la organización de revisión independiente accede a todo o a una parte de lo que solicitó, debemos darle la cobertura de medicamentos** que aprobó la organización de revisión **en el plazo de 24 horas** después de recibir la decisión de la organización de revisión.

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

Para las apelaciones estándar:

- **Si la organización de revisión independiente accede a todo o a una parte de su solicitud de cobertura, debemos darle la cobertura de medicamentos** que aprobó la organización de revisión **en el plazo de 72 horas** después de que recibamos la decisión de la organización de revisión.
- **Si la organización de revisión independiente dice sí a parte o toda su solicitud de reembolso del pago de un medicamento que ya compró, estamos obligados a enviarle el pago en el plazo de 30 días calendario después de recibir la decisión de la organización de revisión.**

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

Si esta organización dice que no a una parte o a toda su apelación, quiere decir que están de acuerdo nuestra decisión de no aprobar su solicitud (o parte de su solicitud). (Esto se llama *confirmar la decisión*. También como *rechazar su apelación*). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta:

- Explicando la decisión.
- Avisándole del derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que está solicitando cumple cierto mínimo. Si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que está solicitando es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación y la decisión en el Nivel 2 es definitiva.
- Diciéndole el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelación.

Paso 4: Si su caso cumple los requisitos, usted elige si quiere continuar con su apelación.

- Hay tres niveles más en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelaciones).
- Si quiere pasar a una apelación de Nivel 3, la información sobre cómo hacerlo está en el aviso por escrito que recibirá después de la decisión de la apelación de Nivel 2.
- Un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador se encarga de la apelación de Nivel 3. La Sección 6 en este capítulo profundiza más sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Capítulo 7 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**SECCIÓN 6 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y niveles posteriores****Sección 6.1 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D**

Esta sección puede ser apropiada para usted si presentó una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2 y se denegaron ambas.

Si el valor del medicamento que apeló cumple una cierta cantidad en dólares, es posible que pueda pasar a otros niveles de apelación. Si la cantidad en dólares es menor, ya no puede apelar más. La respuesta por escrito que recibe en su apelación de Nivel 2 explicará cómo ponerse en contacto y qué hacer para pedir una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones que involucran apelaciones, los últimos tres niveles de apelaciones funcionan de forma muy parecida. La revisión de la apelación la hacen las siguientes personas en cada uno de estos niveles.

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

- **Si la respuesta es sí, se termina el proceso de apelaciones.** Debemos **autorizar o darle la cobertura del medicamento** que fue aprobada por el juez de derecho administrativo o del abogado adjudicador **en el plazo de 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o hacer el pago a más tardar 30 días calendario** después de recibir la decisión.
- **Si la respuesta del juez de derecho administrativo o abogado adjudicador a su apelación es negativa, el proceso de apelaciones *podría* haber terminado o *no*.**
 - Si decide aceptar esa decisión que deniega su apelación, termina el proceso de apelaciones.
 - Si no quiere aceptar la decisión, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. En el aviso que recibirá habrá información de lo que debe hacer para 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 la respuesta es sí, se termina el proceso de apelaciones.** Debemos **autorizar o dar la cobertura de medicamentos** que fue aprobada por el Consejo **en el plazo de 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o hacer el pago a más tardar 30 días calendario** después de recibir la decisión.
- **Si la respuesta es negativa, el proceso de apelaciones *podría*, o *no*, haber terminado.**

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

- Si decide aceptar esa decisión que deniega su apelación, termina el proceso de apelaciones.
- Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación o deniega su solicitud de revisar la apelación, el aviso que reciba dirá si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5. También le dirá con quién debe comunicarse y qué debe hacer después si decide continuar con su apelación.

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

- Un juez revisará toda la información y decidirá si su solicitud *procede* o *no*. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación después del Tribunal federal de distrito.

CÓMO PRESENTAR QUEJAS

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

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

El proceso de quejas se usa *únicamente* para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, tiempos de espera y servicio al cliente. Estos son algunos ejemplos de los tipos de problemas que resuelve el 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"> • ¿No respetó alguien su derecho a la privacidad o compartió información confidencial?
Falta de respeto, mal servicio al cliente u otros comportamientos negativos	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Ha sido grosero o irrespetuoso alguien con usted? • ¿No está satisfecho con nuestro servicio al cliente? • ¿Considera que lo están animando a dejar el plan?

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

Queja	Ejemplo
Tiempos de espera	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Ha tenido que esperar demasiado tiempo a los farmacéuticos? ¿O por Atención al cliente u otro personal en el plan? <ul style="list-style-type: none"> ○ Los ejemplos incluyen esperar demasiado tiempo en el teléfono, en la sala de espera o a que le den una receta.
Limpieza	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Está insatisfecho con la limpieza o condición de una farmacia?
Información que obtiene de nosotros	<ul style="list-style-type: none"> • ¿No le dimos el aviso necesario? • ¿Es nuestra información por escrito difícil de entender?
Prontitud (Estos tipos de quejas están relacionados con la <i>prontitud</i> de nuestras acciones en cuanto a las decisiones de cobertura y las apelaciones)	<p>Si nos solicitó una decisión de cobertura o presentó una apelación y considera que no estamos respondiendo con la suficiente rapidez, también puede presentar una queja sobre nuestra lentitud. Estos son ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usted nos solicitó una <i>decisión de cobertura rápida</i> o una <i>apelación rápida</i> y le dijimos que no; puede presentar una queja. • Usted cree que no cumplimos las fechas límite para decisiones de cobertura o apelaciones; puede presentar una queja. • Si cree que no estamos cumpliendo con las fechas límite para cubrir o reembolsarle ciertos medicamentos que estaban aprobados, puede presentar una queja. • Usted cree que no cumplimos las fechas límite necesarias para enviar su caso a la organización de revisión independiente; puede presentar una queja.

Sección 7.2 Cómo hacer una apelación de queja

Términos legales

- Una **queja** también se llama una **queja formal**.
- **Hacer una reclamación** también se conoce como **presentar una queja formal**.
- **Usar el proceso para quejarse** es otra manera de decir **usar el proceso para presentar una queja formal**.
- Una **queja rápida** también se llama una **queja formal expedita**.

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

Sección 7.3 Paso a paso: Cómo presentar una queja

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

- **Por lo general, el primer paso es llamar a Servicio de Atención al Cliente al 1-833-201-9256.** Si hay algo más que necesita hacer, Atención al cliente se lo hará saber.
- **Si no quiere llamar (o si llamó y no quedó satisfecho), puede presentar su queja por escrito y enviárnosla.** Si envía su queja por escrito, responderemos a su queja por escrito.

Grievance Department
P.O. Box 30016
Pittsburgh, PA 15222-0330

Al recibir su queja, iniciaremos su procesamiento:

- Le responderemos por escrito si solicita una respuesta por escrito, presenta una queja por escrito o si su queja está relacionada con la calidad de la atención.
- Debemos notificarle nuestra decisión sobre su queja tan rápido como lo requiera su situación en función de su estado de salud, pero a más tardar 30 días calendario después de recibirla. Podemos extender el plazo hasta 14 días calendario si solicita la extensión o si justificamos la necesidad de información adicional y la demora es lo mejor para usted.
- En determinados casos, tiene derecho a solicitar una revisión rápida de su queja. A esto se lo llama proceso de queja acelerada. Tiene derecho a una revisión rápida de su queja en las siguientes situaciones:
- Denegamos su solicitud de revisión rápida de una solicitud de beneficios de medicamentos.
- Denegamos su solicitud de revisión rápida de una apelación de beneficios de medicamentos rechazados.
- Puede solicitar el procesamiento de una queja acelerada llamando al Servicio de Atención al Cliente al número que aparece arriba. Nos comunicaremos con usted dentro de las 24 horas por teléfono para notificarle nuestra respuesta. Esto también será seguido por una respuesta por escrito.
- La **fecha límite** para presentar una queja es **60 días calendario** a partir del momento en que tuvo el problema del que quiere quejarse.

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

- **Es posible que le respondamos inmediatamente.** Si nos llama por teléfono con una queja, es posible que le demos una respuesta en esa misma llamada.
- **Respondemos la mayoría de las quejas en un plazo de 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora lo beneficia o si usted solicita más tiempo, podemos tomar

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

hasta 14 días calendarios más (44 días calendario total) para responder a su queja. Si decidimos tomar más días, se lo avisaremos por escrito.

- **Si está presentando una queja porque rechazamos su solicitud a una *respuesta rápida de cobertura o apelación rápida*, automáticamente se resolverá como *queja rápida*.** Si usted tiene una *queja rápida*, significa que le daremos una respuesta **en el plazo de 24 horas**.
- **Si no estamos de acuerdo** con una parte o toda su queja, o no asumimos la responsabilidad por el problema sobre el que se está quejando, incluiremos nuestros motivos en la respuesta que le demos.

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

Cuando su queja sea sobre la *calidad de la atención*, también tiene dos opciones más:

- **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 médicos practicantes y otros expertos en atención médica a los que el gobierno federal les paga para revisar y mejorar la atención a los pacientes de Medicare. En el Capítulo 2 hay información de contacto.

O

- **Puede presentar una queja tanto a la Organización para la Mejora de la Calidad como a nosotros al mismo tiempo.**

Sección 7.5	También puede informar a Medicare sobre su queja
--------------------	---

Puede presentar una queja sobre Triple-S Óptimo PSHB directamente a Medicare. Para enviar una queja a Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD pueden llamar a 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 8:

*Cómo cancelar su membresía en
el plan*

SECCIÓN 1 Introducción para cancelar su membresía en nuestro plan

La finalización de su membresía en Triple-S Óptimo PSHB puede ser **voluntaria** (su propia elección) o **involuntaria** (no su propia elección):

- Puede que se vaya de nuestro plan porque ha decidido que *quiere* irse. En las Secciones 2 y 3 hay información sobre cómo cancelar su membresía voluntariamente.
- También hay situaciones limitadas en las que estamos obligados a cancelar su membresía. La Sección 5 explica las situaciones en las que debemos cancelar su membresía.

Si usted se retira de nuestro plan, este debe continuar proporcionándole medicamentos con receta y usted continuará pagando su parte del costo hasta que termine su membresía.

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

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

Usted puede terminar su membresía en nuestro plan durante el **Período de inscripción anual** (también conocido como el *Período anual de inscripción abierta*). Durante ese tiempo, revise su cobertura médica y de medicamentos y decida sobre su cobertura para el año siguiente.

- **El Período anual de inscripción es del 15 de octubre al 7 de diciembre.**
- Elija conservar su cobertura actual o hacer cambios a su cobertura para el año siguiente. Si decide cambiar a un plan nuevo, 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 de medicamentos con receta de Medicare aparte.
 - Si elige esta opción, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted no haya aceptado la inscripción automática.
 - – o – Un plan médico de Medicare. Un plan médico de Medicare es un plan ofrecido por una empresa privada que tiene un contrato con Medicare para brindar todos los beneficios de la Parte A (hospital) y la Parte B (médicos) de Medicare. Algunos planes médicos de Medicare también incluyen cobertura de medicamentos con receta de la Parte D.

Si se inscribe en la mayoría de los planes médicos de Medicare, se cancelará su inscripción en el Triple-S Óptimo PSHB cuando comience la cobertura de su

Capítulo 8 Cómo cancelar su membresía en el plan

nuevo plan. Sin embargo, si elige un plan privado de pago por servicio sin cobertura de medicamentos de la Parte D, un plan de cuenta de ahorros médicos de Medicare o un plan de costos de Medicare, puede inscribirse en ese plan y conservar el Triple-S Óptimo PSHB para su cobertura de medicamentos. Si no desea conservar nuestro plan, puede optar por inscribirse en otro plan de medicamentos con receta de Medicare o cancelar la cobertura de medicamentos con receta de Medicare.

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

Nota: Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos con receta de Medicare y continúa sin una cobertura acreditable de medicamentos con receta durante 63 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una penalización por inscripción tardía si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

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

En ciertas situaciones, los miembros de Triple-S Óptimo PSHB pueden ser elegibles para finalizar su membresía en otros momentos del año. Esto se llama un **Período de inscripción especial**.

Usted puede ser elegible para terminar su membresía durante un Período de inscripción especial si cualquiera de las siguientes situaciones se aplica a usted. Estos son solo algunos ejemplos; para obtener la lista completa puede comunicarse con el plan, puede llamar a Medicare o visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov):

- Si se ha mudado fuera del área de servicio de su plan
- Si tiene Medicaid.
- Si tiene derecho a recibir “Ayuda Adicional” para el pago de sus recetas de Medicare.
- Si violamos nuestro contrato con usted.
- Si recibe cuidado en una institución, como un hogar de enfermería o un hospital de cuidado de largo plazo (LTC).
- Si se inscribe en el Programa de Cobertura Total de Salud para Ancianos (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE). PACE no está disponible en todos los estados. Si desea saber si PACE está disponible en su estado, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente.
- **Nota:** Si está en un programa de manejo de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de planes. En el Capítulo 3, Sección 10 hay más información sobre los programas de manejo de medicamentos.

Los períodos de tiempo de inscripción varían dependiendo de su situación.

Capítulo 8 Cómo cancelar su membresía en el plan

Para averiguar si es elegible para un Período de inscripción especial, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al 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 cambiar su cobertura médica de Medicare y su cobertura de medicamentos con receta. Usted puede elegir:

- Otro plan de medicamentos con receta de Medicare,
- – o – Medicare Original *sin* un plan de Medicare para medicamentos con receta aparte.

Nota: Si cancela su inscripción de la cobertura de medicamentos con receta de Medicare y continúa sin cobertura válida de medicamentos con receta por 63 días consecutivos o más, es posible que deba pagar una penalización por inscripción tardía en la Parte D si después se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.

Si recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos con receta: Si cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan de medicamentos con receta médica de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted no haya aceptado la inscripción automática.

- – o – Un plan médico de Medicare. Un plan médico de Medicare es un plan ofrecido por una empresa privada que tiene un contrato con Medicare para brindar todos los beneficios de la Parte A (hospital) y la Parte B (médicos) de Medicare. Algunos planes médicos de Medicare también incluyen cobertura de medicamentos con receta de la Parte D.
- Si se inscribe en la mayoría de los planes médicos de Medicare, se cancelará su inscripción automáticamente en el Triple-S Óptimo PSHB cuando comience la cobertura de su nuevo plan. Sin embargo, si elige un plan privado de pago por servicio sin cobertura de medicamentos de la Parte D, un plan de cuenta de ahorros médicos de Medicare o un plan de costos de Medicare, puede inscribirse en ese plan y conservar el Triple-S Óptimo PSHB para su cobertura de medicamentos. Si no desea conservar nuestro plan, puede optar por inscribirse en otro plan de medicamentos con receta de Medicare o cancelar la cobertura de medicamentos con receta de Medicare.

Generalmente, su membresía terminará el primer día del mes después de que se reciba su solicitud de cambiar de plan.

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

Si tiene alguna pregunta sobre terminar su membresía, puede:

- **Llame a al Servicio de Atención al Cliente.**
- Puede obtener información en el manual *Medicare y usted 2025*.
- Puede llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 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?

En el siguiente cuadro se explica cómo debe cancelar su membresía en nuestro plan.

Si quiere cambiar 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">Inscríbase en el nuevo plan de medicamentos con receta de Medicare entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre.Su inscripción en Triple-S Óptimo PSHB será cancelada automáticamente cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
<ul style="list-style-type: none">Un plan médico de Medicare.	<ul style="list-style-type: none">Inscríbase en el plan médico de Medicare antes del 7 de diciembre. En la mayoría de los planes médicos de Medicare, se cancelará automáticamente su inscripción en el Triple-S Óptimo PSHB cuando comience la cobertura de su nuevo plan.Sin embargo, si elige un plan privado de pago por servicio sin cobertura de medicamentos de la Parte D, un plan de cuenta de ahorros médicos de Medicare o un plan de costos de Medicare, puede inscribirse en ese nuevo plan y conservar el Triple-S Óptimo PSHB para su cobertura de medicamentos. Si se quiere retirar de nuestro plan, <i>debe</i> inscribirse en otro plan de medicamentos con receta de Medicare <i>o</i> solicitar que se cancele su inscripción. Para solicitar la cancelación de su inscripción, debe enviarnos una solicitud por escrito, completar el formulario de baja disponible en www.ssspr.com/postal (comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente si necesita más información sobre cómo hacerlo) o ponerse en contacto con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

Si quiere cambiar de nuestro plan a:

Esto es lo que debe hacer:

- Medicare Original *sin* un plan de medicamentos de receta de Medicare aparte.
- **Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción.** También puede completar el formulario de baja disponible en www.ssspr.com/postal. Comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente si necesita más información sobre cómo hacer esto.
- También puede llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicitar que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 4 Hasta que termine su membresía, usted deberá seguir recibiendo sus medicamentos a través de nuestro plan

Hasta que termine su membresía, y empiece su nueva cobertura de Medicare, debe seguir obteniendo sus medicamentos con receta a través de nuestro plan.

- Continúe usando nuestras farmacias o pedido por correo para surtir sus recetas.

SECCIÓN 5 Triple-S Óptimo PSHB debe finalizar su membresía en el plan en determinadas situaciones

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

Triple-S Óptimo PSHB debe finalizar su membresía en el plan si ocurre alguna de las siguientes situaciones:

- Si ya no tiene la Parte A o la Parte B de Medicare (o ambas).
- Si se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si usted está fuera de nuestra área de servicio durante más de 12 meses.
- Si se muda o realiza un viaje largo, llame a Servicio al Cliente para saber si el lugar al que se muda o viaja está en el área de nuestro plan.
- Si lo encarcelan (va a prisión).
- Si ya no es ciudadano estadounidense ni está legalmente en los Estados Unidos.

Capítulo 8 Cómo cancelar su membresía en el plan

- Si miente u omite información sobre otro seguro que tenga con cobertura de medicamentos con receta.
- Si continuamente se comporta de una manera que sea perjudicial y eso hace que nos sea difícil darle atención a usted y a otros miembros de nuestro plan. (No podemos hacer que se retire de nuestro plan por esta razón, a menos que primero tengamos la autorización de Medicare).
- Si usted permite que alguien use su tarjeta de membresía para recibir medicamentos con receta. (No podemos hacer que se retire de nuestro plan por esta razón, a menos que primero tengamos la autorización de Medicare).
 - Si terminamos su membresía por ese motivo, Medicare podría pedir que el Inspector General investigue su caso.
- Si tiene que pagar la cantidad adicional de la Parte D debido a sus ingresos y no la paga, Medicare cancelará su inscripción en nuestro plan y usted perderá la cobertura de medicamentos con receta.

¿Dónde puedo obtener más información?

Si tiene preguntas o quiere obtener más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía, llame a servicio al cliente.

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

Triple-S Óptimo PSHB no puede pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con la salud.

¿Qué debe hacer si esto sucede?

Si usted siente que le están pidiendo que deje nuestro plan por un motivo relacionado con salud, debe llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 horas del día, 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, debemos informarlo por escrito de nuestros motivos para cancelarla. Además, debemos explicarle cómo puede presentar una queja sobre nuestra decisión de cancelar su membresía.

CAPÍTULO 9:

Avisos legales

Capítulo 9 Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre la ley aplicable

La ley principal que se aplica a este documento de *Evidencia de cobertura* es el Título XVIII de la Ley de Seguridad Social y las reglamentaciones creadas según la Ley de Seguridad Social por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, o CMS. Además, pueden aplicarse otras leyes federales y, en ciertas circunstancias, las leyes del estado en el que vive. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades aunque las leyes no se incluyan ni expliquen en este documento.

SECCIÓN 2 Aviso sobre la no discriminación

Nosotros no discriminamos por raza, origen étnico, país de origen, color, religión, sexo, género, edad, orientación sexual, discapacidad mental o física, estado médico, experiencia de reclamos, historia médica, información genética, evidencia de asegurabilidad ni ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que brindan planes de medicamentos con receta de Medicare, como nuestro plan, deben obedecer las leyes federales contra la discriminación, incluido el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio, todas las otras leyes que se aplican a organizaciones que reciben fondos federales y las demás leyes y normas que correspondan por cualquier otro motivo.

Si desea más información o tiene inquietudes sobre la discriminación o el trato injusto, por favor llame al Departamento de Servicios Humanos y de Salud de la **Oficina de Derechos civiles** al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a su Oficina de Derechos civiles local. También puede revisar la información de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos en <https://www.hhs.gov/ocr/index.html>.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder a la atención, llámenos al Servicio de atención al cliente. Si tiene una queja, tal como un problema con el acceso en silla de ruedas, Servicio al Cliente le puede ayudar.

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 para los que Medicare no es el principal pagador. De acuerdo con las normas de CMS en el Título 42 del CFR, Secciones 422.108 y 423.462, el Triple-S Óptimo PSHB, como patrocinador del plan de medicamentos recetados de Medicare, ejercerá los mismos derechos de recuperación que ejerce el secretario según las reglamentaciones de CMS en las subpartes B a la D de la parte 411 del Título 42 del CFR, y las normas establecidas en esta sección reemplazan cualquier ley estatal.

CAPÍTULO 10:

Definiciones de palabras importantes

Capítulo 10 Definiciones de palabras importantes

Apelación: una apelación es algo que se hace si usted está en desacuerdo con nuestra decisión de denegar una solicitud de cobertura de medicamentos con receta o el pago por medicamentos que ya recibió.

Área de servicio: un área geográfica donde debe vivir usted para inscribirse en un plan de medicamentos con receta en particular. El plan puede cancelar su inscripción si se muda permanentemente fuera del área de servicio del plan.

Atención al cliente: un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder a sus preguntas acerca de su membresía, beneficios, quejas y apelaciones.

Autorización previa: aprobación con antelación para obtener ciertos medicamentos. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el formulario y nuestros criterios están publicados en nuestro sitio web.

“Ayuda adicional”: un programa de Medicare para ayudar a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar por los costos del programa de medicamentos con receta médica de Medicare, como primas, deducibles y coaseguros.

Biosimilar intercambiable: biosimilar que puede usarse como sustituto de un producto biosimilar original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta porque cumple requisitos adicionales relacionados con el potencial de sustitución automática. La sustitución automática en la farmacia está sujeta a la ley estatal.

Biosimilar: producto biológico muy parecido, pero no idéntico, al producto biológico original. Los biosimilares son tan seguros y eficaces como el producto biológico original. Algunos biosimilares pueden sustituir al producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta. (Consulte “**Biosimilares intercambiables**”).

Cancelar inscripción o Cancelación de inscripción: el proceso de dar por terminada su membresía en nuestro plan.

Cantidad del ajuste mensual relacionado con el ingreso (IRMAA): si sus ingresos brutos ajustados modificados como los reportó en su declaración de impuestos de IRS de hace 2 años son mayores que cierta cantidad, usted pagará la cantidad de la prima estándar y una cantidad de ajuste mensual relacionado con el ingreso, también conocida como IRMAA. 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 pagará una prima más alta.

Cargo por suministro: un cargo que se cobra cada vez que se suministra un medicamento cubierto para pagar el costo de surtir una receta, como el tiempo que toma el farmacéutico para preparar y empacar la receta.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): la agencia federal que administra Medicare.

Capítulo 10 Definiciones de palabras importantes

Cobertura de medicamentos con receta de Medicare (Parte D de Medicare): seguro para ayudar a pagar por los medicamentos con receta, vacunas, productos biológicos y otros suministros no cubiertos por la Parte A o Parte B de Medicare para pacientes ambulatorios.

Cobertura válida de medicamentos con receta: cobertura de medicamentos con receta (por ejemplo, de un empleador o sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura cuando adquieren elegibilidad para Medicare, generalmente pueden mantener esa cobertura sin pagar una multa, si deciden inscribirse en la cobertura de medicamentos con receta médica de Medicare más adelante.

Copago: monto que es posible que deba pagar como parte del costo de un medicamento con receta. Un copago es una cantidad fija (por ejemplo \$10) y no un porcentaje.

Coseguro: el importe que debe pagar, expresado como porcentaje (por ejemplo, el 20%), como su parte del costo por los medicamentos con receta.

Costo compartido: costo compartido se refiere a la cantidad que un miembro tiene que pagar cuando recibe medicamentos. El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) cualquier importe del deducible que el plan pueda imponer antes de cubrir los medicamentos, (2) cualquier importe fijo de *copago* que un plan requiere cuando se recibe un determinado medicamento o (3) cualquier importe de *coseguro*, un porcentaje del monto total que se paga por un medicamento, que un plan requiere cuando se recibe un medicamento específico.

Deducible: el monto que usted debe pagar por las recetas antes de que pague nuestro plan.

Determinación relacionada con la cobertura: una decisión sobre si un medicamento que le han recetado está cubierto por el plan y la cantidad que usted debe pagar por la receta, si es el caso. En general, si usted lleva su receta a una farmacia y la farmacia le dice que su plan no cubre la receta, eso no es una determinación de cobertura. Debe llamar o escribir a su plan para solicitar una decisión formal sobre la cobertura. Las determinaciones de cobertura se llaman *decisiones de cobertura* en este documento.

Emergencia: una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona normal prudente con un conocimiento promedio de salud y medicina, considera que usted tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar que fallezca (y si está embarazada, la pérdida de un niño no nacido, pérdida de una extremidad o de la función de una extremidad, o pérdida o deterioro grave de una función del cuerpo. Los síntomas médicos pueden ser enfermedad, lesión, dolor intenso o una condición médica que empeora rápidamente.

Etapas de cobertura catastrófica: la etapa en el beneficio de medicamentos de la Parte D que empieza cuando usted (u otras personas calificadas en su nombre) haya gastado \$2,000 por medicamentos cubiertos de la Parte D durante el año cubierto.

Etapas de cobertura inicial: esta es la etapa anterior a que sus costos de bolsillo para el año alcancen la cantidad límite de gastos de bolsillo.

Capítulo 10 Definiciones de palabras importantes

Evidencia de cobertura (EOC) y declaración de información: este documento, junto con el formulario de inscripción y otros documentos adjuntos, anexos, o de cobertura opcionales seleccionados, que explican su cobertura, nuestras obligaciones, sus derechos y lo que usted debe hacer como miembro de nuestro plan.

Excepción: un tipo de decisión de cobertura que, si se aprueba, le permite obtener un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos cubiertos (formulario) (una excepción a la lista de medicamentos cubiertos) u obtener un medicamento no preferido a un nivel de costo compartido más bajo (una excepción de nivel). También puede solicitar una excepción si nuestro plan requiere que pruebe otro medicamento antes de recibir el medicamento que está solicitando, si nuestro plan requiere una autorización previa para un medicamento y desea que eliminemos la restricción de criterios, o si nuestro plan limita la cantidad o dosis del medicamento que está solicitando (una excepción de formulario).

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

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

Gastos de bolsillo: vea arriba la definición de costos compartidos. El requisito de costo compartido del miembro de pagar una parte de los medicamentos recibidos, también conocido como *requisito de gastos de bolsillo*.

“Herramienta de beneficios en tiempo real”: un portal o una aplicación de computadora en la que los miembros pueden buscar información de la lista de medicamentos cubiertos (formulario) y de beneficios completa, precisa, oportuna, clínicamente apropiada y específica para el miembro. Esto incluye montos de costo compartido, medicamentos alternativos del formulario que pueden usarse para la misma condición de salud que un medicamento determinado y restricciones de cobertura (autorización previa, terapia escalonada, límites de cantidad) que se aplican a los medicamentos alternativos.

Indicación medicamento aceptada: uso de un medicamento aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o respaldado por ciertas referencias, como la Información de Medicamentos del Servicio de Formularios de Hospitales Estadounidenses y el sistema de información DRUGDEX de Micromedex.

Límites de cantidad: una herramienta de gestión que se ha diseñado para limitar el uso de ciertos medicamentos por razones de calidad, seguridad o uso. Los límites pueden ser sobre la cantidad del medicamento que cubrimos por receta o por un período de tiempo definido.

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

Capítulo 10 Definiciones de palabras importantes

Medicaid (o asistencia médica): un programa federal y estatal conjunto que ayuda con los costos médicos de ciertas personas con ingresos bajos y recursos limitados. Los programas de Medicaid del estado varían, pero la mayor parte de los costos de atención médica están cubiertos si usted califica tanto para Medicare como Medicaid.

Medicamento de marca: un medicamento con receta médica que lo fabrica y vende la compañía farmacéutica que originalmente investigó y desarrolló el medicamento. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula con el ingrediente que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos los fabrican y venden otros fabricantes de medicamentos y generalmente no están disponibles sino hasta después de que haya vencido la patente del medicamento de marca.

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

Medicamentos de la Parte D: medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte D. Podemos ofrecer o no todos los medicamentos de la Parte D. El Congreso excluyó ciertas categorías de medicamentos como medicamentos cubiertos de la Parte D.

Medicamentos genéricos: un medicamento con receta médica que está aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos (Food and Drug Administration, FDA) que tiene el mismo ingrediente activo que el medicamento de marca. Por lo general, un medicamento *genérico* funciona igual que un medicamento de marca y generalmente el costo es menor.

Medicare Original (Medicare tradicional o Medicare Pago por servicio): Medicare Original lo ofrece el gobierno y no un plan médico privado como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos con receta. De acuerdo con Medicare Original, los servicios de Medicare se cubren pagando a los médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica las cantidades de pago que estableció el Congreso. Puede consultar a cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención médica que acepta Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga su parte de la cantidad que aprueba Medicare y usted paga su parte. Medicare Original tiene dos partes: Parte A (seguro de hospital) y Parte B (seguro médico) y está disponible en todos los Estados Unidos.

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

Miembro (miembro de nuestro plan o miembro del plan): una persona con Medicare que es elegible para recibir servicios cubiertos, que se inscribió en nuestro plan y cuya inscripción está confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Multa por inscripción tardía en la Parte D: una cantidad que se suma a su prima mensual de la cobertura de medicamentos de Medicare si pasa sin cobertura válida (cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar para medicamentos con receta de Medicare) por un período continuo de 63 días o más después de la primera vez que sea elegible para participar en un plan de la Parte D.

Capítulo 10 Definiciones de palabras importantes

Nivel de costo compartido: cada medicamento incluido en la lista de medicamentos cubiertos está en uno de los cuatro niveles de costo compartido. En general, entre más alto sea el nivel de costo compartido, más caro que será para usted el costo por el medicamento.

Organización de Mejora de la Calidad (QIO): es un grupo de médicos practicantes y otros expertos en el cuidado de la salud a quienes el gobierno federal les paga para revisar y mejorar la atención a los pacientes de Medicare.

Parte C: vea Plan Medicare Advantage (MA).

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

Período anual de inscripción: el período de tiempo del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año cuando los miembros pueden cambiar sus planes médicos o de medicamentos o cambiarse a Medicare Original.

Período de inscripción especial: un tiempo determinado en el que los miembros pueden cambiar sus planes médicos o de medicamentos o regresar a Medicare Original. Las situaciones por las que puede ser elegible para un Período de inscripción especial incluyen: si se muda fuera del área de servicio, si obtiene “Ayuda adicional” con los costos de sus medicamentos con receta, si se muda a un centro de atención residencial o si infringimos nuestro contrato con usted.

Período de inscripción inicial: cuando usted es elegible por primera vez para Medicare, el período de tiempo en que puede inscribirse para la Parte A y la Parte B de Medicare. Por ejemplo, si usted es elegible para Medicare cuando cumpla 65 años, su Período de inscripción inicial es el período de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que cumple 65 años, incluye el mes en que cumple 65 años y finaliza 3 meses después del mes en que cumple 65 años.

Plan de necesidades especiales de atención crónica: los C-SNP son SNP que restringen la inscripción a personas elegibles para MA que tienen una o más afecciones crónicas graves o incapacitantes, según se define en la Sección 422.2 del Título 42 del CFR, incluida la restricción de la inscripción en función de varios grupos de afecciones relacionadas a nivel clínico y de comorbilidades habituales que se especifican en la Sección 422.4(a)(1)(iv) del Título 42 del CFR.

Plan Medicare Advantage (MA): en ocasiones llamado la Parte C de Medicare. Un plan ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para darle todos los beneficios de la Parte A y Parte B de Medicare. Un plan Medicare Advantage puede ser i) una HMO, ii) una PPO, un iii) plan privado de pago por servicio (PFFS) o iv) un plan de cuenta de ahorros para gastos médicos (MSA) de Medicare. Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan HMO o PPO Medicare Advantage también puede ser un Plan para necesidades especiales (SNP). En la mayoría de los casos, los Planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D de Medicare (cobertura de medicamentos con receta). Estos planes se llaman **Planes Medicare Advantage con cobertura de medicamentos con receta**.

Plan médico de Medicare: un plan médico de Medicare lo ofrece una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para dar beneficios de la Parte A y la Parte B a personas con

Capítulo 10 Definiciones de palabras importantes

Medicare que se inscriben en el plan. Este término incluye todos los Planes Medicare Advantage, Planes de costos de Medicare, Planes para necesidades especiales, Programas de demostración/piloto y los Programas de cobertura total de salud para ancianos (PACE).

Plan PACE: un plan PACE (Programa de Cobertura Total de Salud para Ancianos) combina servicios de atención médica, social y de largo plazo (LTC) para personas débiles para ayudarlos a vivir de manera independiente y en sus comunidades (en vez de mudarse a un centro de atención residencial) tanto tiempo como sea posible. Las personas inscritas en los planes PACE reciben tanto sus beneficios de Medicare como de Medicaid por medio del plan. PACE no está disponible en todos los estados. Si desea saber si PACE está disponible en su estado, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente.

Planes para necesidades especiales con doble elegibilidad (D-SNP): los D-SNP inscriben a personas que tienen derecho a Medicare (título XVIII de la Ley de Seguridad Social) y a asistencia médica de un plan estatal bajo Medicaid (título XIX). Los estados cubren algunos costos de Medicare, dependiendo del estado y de la elegibilidad de la persona.

Póliza Medigap (Seguro suplementario de Medicare): seguro suplementario de Medicare que venden compañías aseguradoras privadas para cubrir los **períodos sin cobertura** en Medicare Original. Las pólizas Medigap solo funcionan con Medicare Original. (Un Plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

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

Producto biológico original: producto biológico que ha sido aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) y sirve de comparación para los fabricantes que elaboran una versión biosimilar. También se le llama producto de referencia.

Producto biológico: un medicamento con receta que se elabora a partir de fuentes naturales y vivas, como células animales, células vegetales, bacterias o levaduras. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no se pueden copiar exactamente, por lo que las formas alternativas se llaman biosimilares. (Ver también “**Producto Biológico Original**” y “**Biosimilar**”).

Programa de Descuentos de Fabricantes: programa en virtud del cual los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total del plan por los medicamentos de marca y los productos biológicos cubiertos por la Parte D. Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y los fabricantes de medicamentos.

Queja: el nombre formal para *hacer un reclamo* es *presentar una queja*. El proceso de quejas se usa *únicamente* para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que reciba. También incluye quejas si su plan no cumple los períodos de tiempo en el proceso de apelaciones.

Queja: un tipo de queja que usted hace sobre nuestro plan, proveedores o farmacias, incluyendo una queja sobre la calidad de su atención. Esto no incluye las disputas de cobertura ni de pago.

Capítulo 10 Definiciones de palabras importantes

Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI): un beneficio mensual pagado por el Seguro Social a personas con ingresos y recursos limitados que están incapacitadas, ciegas o que tienen 65 años de edad o más. Los beneficios de SSI no son los mismos que los beneficios del Seguro Social.

Servicios cubiertos por Medicare: los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. El término servicios cubiertos por Medicare no incluye otros beneficios, como de la vista, dental o auditivo, que puede ofrecer un plan Medicare Advantage.

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

Tasa de costo compartido diario: se puede aplicar una *tasa de costo compartido diario* cuando su médico le recete menos del suministro de un mes completo de ciertos medicamentos y usted deba hacer un copago. Una tasa de costo compartido diario es el copago dividido entre el número de días en el suministro para un mes. Aquí incluimos un ejemplo: Si su copago por el suministro de un mes de un medicamento es de \$30, y el suministro de un mes de su plan es de 30 días, entonces su *tasa de costo compartido diario* es de \$1 por día.

Tratamiento alternativo: una herramienta de utilización que requiere que primero pruebe otro medicamento para tratar su condición médica antes de que cubramos el medicamento que su médico le había recetado inicialmente.

Umbral de gastos de bolsillo: importe máximo que paga de su bolsillo por los medicamentos de la Parte D.

Servicio de Atención al Cliente de Triple-S Óptimo PSHB

Método	Atención al cliente – Información de contacto
LLAMAR	1-833-201-9256 Las llamadas a este número son gratuitas. Abierto de <u>lunes a viernes de 7:30 a. m. a 8:00 p. m. (AST), sábados de 9:00 a. m. a 6:00 p. m. (AST), domingos de 11:00 a. m. a 5:00 p. m. (AST).</u> Atención al cliente tiene también servicios gratuitos de interpretación de idiomas disponibles para personas que no hablan inglés.
TTY	1-866-215-1999 Este número necesita equipo telefónico especial y es solo para las personas con dificultades para escuchar o para hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. Abierto de <u>lunes a viernes de 7:30 a. m. a 8:00 p. m. (AST), sábados de 9:00 a. m. a 6:00 p. m. (AST), domingos de 11:00 a. m. a 5:00 p. m. (AST).</u>
ESCRIBIR	Triple-S Salud P.O. Box 363628 San Juan, PR 00936-3628
SITIO WEB	www.ssspr.com/postal

SHIP es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para dar asesoramiento gratis sobre el seguro médico local a personas con Medicare.

Método	Información de contacto
LLAMAR	1-877-839-2675
ESCRIBIR	State Health Insurance Assistance Program or SHIP Northeast Iowa Area Agency on Aging 3840 W 9th St Waterloo, IA 50702 Correo electrónico: info@shiphelp.org
SITIO WEB	www.shiphelp.org

Algunos estados ofrecen un programa estatal de asistencia farmacéutica (SPAP) para ayudar a sus residentes a pagar los medicamentos con receta. Cada programa funciona de manera diferente. Algunos estados ofrecen programas que pueden ayudar a las personas con determinadas enfermedades a pagar sus medicamentos con receta. Por ejemplo, muchos estados ofrecen programas de ayuda de medicamentos para el VIH/sida (ADAP) y programas para personas que tienen enfermedad renal terminal (ESRD). Los estados que ofrecen SPAP a menudo los coordinan con el beneficio de medicamentos de Medicare (Parte D). Consulte con el programa de su estado para ver cómo funciona con la Parte D. Si un medicamento está cubierto tanto por su SPAP como por la Parte D, lo que usted paga más lo que paga el SPAP por el medicamento contará para el máximo de bolsillo que tiene que alcanzar antes de que bajen los costos de sus medicamentos de Medicare. Consulte el cuadro a continuación para saber si su estado tiene un SPAP u otro programa de asistencia para medicamentos, y averigüe cómo comunicarse con el programa para obtener más información o para inscribirse. Obtenido de: SPAP-Chart.pdf (medicareinteractive.org)

¿Dónde?	Nombre	Quién es elegible	Número de teléfono
Colorado	Programa de ayuda de medicamentos para el sida (ADAP)	Personas con VIH/sida	303-692-2716
Connecticut	Contrato de asistencia farmacéutica de Connecticut para el programa de personas mayores y con discapacidades (ConnPACE)	Personas mayores de 65 años y personas con discapacidades que NO son elegibles para Medicare	860-269-2029 (Hartford/Farmington y fuera del estado) 800-423-5026 (solo en el estado)
Delaware	Programa de enfermedades renales crónicas de Delaware	Personas con enfermedad renal terminal (ESRD)	
Idaho	Programa de ayuda de medicamentos para el sida (ADAP) de Idaho	Personas con VIH/sida	208-334-5612
Montana	Programa Big Sky Rx	Beneficiarios de Medicare	866-369-1233
Montana	Programa de ayuda de medicamentos para el sida (ADAP)	Personas con VIH/sida	406-444-3565
Carolina del Norte	Programa de ayuda de medicamentos para el sida de Carolina del Norte (ADAP)	Personas con VIH/sida	877-466-2232
Nueva Jersey	Programa de descuento en medicamentos con receta Senior Gold	Personas mayores de 65 años y personas mayores de 18 años que reciben el Seguro de Incapacidad del Seguro Social	800-792-9745
Nueva Jersey	Asistencia farmacéutica para personas mayores y con discapacidades (PAAD)	Personas mayores de 65 años y personas mayores de 18 años que reciben el Seguro de Incapacidad del Seguro Social	800-792-9745
Nevada	Senior Rx	Personas elegibles para Medicare	775-687-0539
Nueva York	Cobertura de seguro farmacéutico para personas mayores (EPIC)	Personas mayores de 65 años	800-332-3742
Oregón	CAREAssist	Personas con VIH/sida	971-673-0144
Pensilvania	Contrato de asistencia farmacéutica para las personas mayores (PACE)	Personas mayores de 65 años	800-225-7223
Pensilvania	Nivel de mejora de las necesidades del PACE de Pensilvania (PACENET)	Personas mayores de 65 años (límites de ingresos más altos que PACE)	800-922-9384
Pensilvania	Programa especial de beneficios farmacéuticos (SPBP)	Personas con VIH/sida	800-922-9384
Pensilvania	Programa de enfermedad renal crónica (CRDP)	Personas con ESRD	800-225-7223
Rhode Island	Asistencia farmacéutica para personas mayores de Rhode Island (RIPAE)	Personas mayores de 65 años y personas de 55 a 65 años que reciben el Seguro de Incapacidad del Seguro Social (SSDI)	401-462-3000
Texas	Atención de la salud renal (KHC)	Personas con enfermedad renal terminal (ESRD)	800-222-3986 512-776-7150
Texas	Programa de medicamentos para el VIH de Texas	Personas con VIH/sida	888-311-7632
Virginia	Programa de ayuda de medicamentos para el sida (ADAP)	Personas con VIH/sida	855-362-0658
Vermont	Healthy Vermonters y VPharm	Beneficiarios de Medicare con planes de la Parte D	800-250-8427
Wisconsin	SeniorCare	Personas mayores de 65 años	800-657-2038
Wisconsin	Programa de enfermedades crónicas de Wisconsin	Personas con enfermedad renal crónica, hemofilia o fibrosis quística en adultos	800-947-9627
Islas Vírgenes de los EE. UU.	Programa de asistencia farmacéutica de Asuntos de la Tercera Edad	Personas mayores de 60 años	Santo Tomás: 340-774-0930 Santa Cruz: 340-773-2323 San Juan: 340-776-6334

Declaración de divulgación PRA De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites Burocráticos de 1995 (*Paperwork Reduction*), ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que muestre un número de control OMB válido. El número de control de OMB válido para la recopilación de esta información es 0938-1051. Si tiene algún comentario 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.

Servicios de intérprete en varios idiomas

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 1-888-620-1919 (TTY/TDD 1-866-620-2520). 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 1-888-620-1919 (TTY/TDD 1-866-620-2520). 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 1-888-620-1919 (TTY/TDD 1-866-620-2520)。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 1-888-620-1919 (TTY/TDD 1-866-620-2520)。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 1-888-620-1919 (TTY/TDD 1-866-620-2520). 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 1-888-620-1919 (TTY/TDD 1-866-620-2520). 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 1-888-620-1919 (TTY/TDD 1-866-620-2520) 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 1-888-620-1919 (TTY/TDD 1-866-620-2520). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-888-620-1919 (TTY/TDD 1-866-620-2520) 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 (1-888-620-1919 (TTY/TDD 1-866-620-2520)). 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 (1-888-620-1919 (TTY/TDD 1-866-620-2520)). 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 (1-888-620-1919 (TTY/TDD 1-866-620-2520)) 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 1-888-620-1919 (TTY/TDD 1-866-620-2520). 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 1-888-620-1919 (TTY/TDD 1-866-620-2520). 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 (1-888-620-1919 (TTY/TDD 1-866-620-2520)). 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 1-888-620-1919 (TTY/TDD 1-866-620-2520). 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、1-888-620-1919 (TTY/TDD 1-866-620-2520)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。

Formulario CMS-10802
(Caduca el 31/12/25)