1 de enero – 31 de diciembre de 2027

Evidencia de Cubierta para 2027:

Sus Beneficios y Servicios de Salud y su Cubierta de Medicamentos como Asegurado de Triple-S Óptimo PSHB

Este documento le proporciona detalles acerca de su cubierta de salud y medicamentos recetados bajo Medicare desde enero 1- diciembre 31, 2027. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

Este documento explica sus beneficios y derechos. Utilice este documento para entender:

- Nuestra prima del plan y costos compartidos
- Nuestros beneficios médicos y de medicamentos recetados
- Cómo presentar una queja si no está satisfecho con un servicio o tratamiento
- Como contactarnos
- Otras protecciones exigidas por la ley de Medicare

Si tiene preguntas sobre este documento, comuníquese con Servicios al Asegurado al 1-833-201-9256 (Usuarios de TTY deben llamar al 1-866-215-1999). El horario es 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 libre de costo.

Este plan, Triple-S Óptimo PSHB, es ofrecido por Triple-S Salud, Inc. (Cuando en esta *Evidencia de Cubierta* dice “nosotros” o “nuestro/a”, se hace referencia a Triple-S Salud, Inc. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, se refiere a Triple-S Óptimo PSHB).

Este documento está disponible de forma gratuita en inglés. Este documento también está disponible en otros formatos como braille, texto agrandado y audio. Por favor llame a Servicios al Asegurado si usted necesita información del plan en otro formato o lenguaje.

Beneficios, primas y/o copagos/coaseguros pueden cambiar el 1 de enero del 2027.

Nuestro formulario, red de farmacias y/o red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso sobre cualquier cambio que pueda afectarle con al menos 30 días de anticipación.

S2135_807_EOC_CY2027_C

OMB Approval 0938-1051 (Expires: July 31, 2029)

Tabla de Contenidos

CAPÍTULO 1: Comenzar como asegurado 5

SECCIÓN 1 Usted es asegurado de Triple-S Óptimo PSHB 5
SECCIÓN 2 Requisitos de elegibilidad del plan 6
SECCIÓN 3 Materiales Importantes de membresía 7
SECCIÓN 4 Sus costos mensuales para Triple-S Óptimo PSHB 8
SECCIÓN 5 Mas información sobre su prima mensual 13
SECCIÓN 6 Mantenga actualizado su registro de afiliación del plan 13
SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan 14

CAPÍTULO 2: Números telefónicos y recursos 16

SECCIÓN 1 Contactos de Triple-S Óptimo PSHB 16
SECCIÓN 2 Obtenga ayuda de Medicare 19
SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP, por sus siglas en inglés) 20
SECCIÓN 4 Organización para el Mejoramiento de la Calidad 21
SECCIÓN 5 Seguro Social 21
SECCIÓN 6 Medicaid 22
SECCIÓN 7 Programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos recetados 23
SECCIÓN 8 Junta de Retiro Ferroviario (RRB, por sus siglas en ingles) 26
SECCIÓN 9 Si tiene un Seguro grupal u otro seguro de salud de un patrono 27

CAPÍTULO 3: Utilizar la cubierta del plan para los medicamentos de la Parte D 28

SECCIÓN 1 Reglas básicas para la cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan 28
SECCIÓN 2 Obtenga su receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedidos por correo de nuestro plan. 29
SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar en la Lista de medicamentos del plan 32
SECCIÓN 4 Medicamentos con restricciones de cobertura 34
SECCIÓN 5 Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto como le gustaría que estuviera cubierto 36
SECCIÓN 6 Nuestra lista de medicamentos puede cambiar durante el año 38
SECCIÓN 7 Tipos de medicamentos que no cubrimos 41
SECCIÓN 8 Cómo surtir una receta 42
SECCIÓN 9 Medicamentos de la Parte D en situaciones especiales 43

SECCIÓN 10 Programas sobre seguridad de los medicamentos y manejo de medicamentos 45

CAPÍTULO 4: Lo que usted paga por los medicamentos de la Parte D 48

SECCIÓN 1 Lo que usted paga por los medicamentos de la Parte D 48
SECCIÓN 2 Etapas de pago de medicamentos para los miembros de Triple-S Óptimo PSHB 50
SECCIÓN 3 La Explicación de beneficios (EOB) de la Parte D explica en qué etapa de pago se encuentra 51
SECCIÓN 4 No hay deducible para Triple-S Óptimo PSHB 52
SECCIÓN 5 La etapa de cobertura inicial 53
SECCIÓN 6 La etapa de cobertura catastrófica 56
SECCIÓN 7 Lo que usted paga por las vacunas de la Parte D 57

CAPÍTULO 5: Solicitarnos que paguemos nuestra parte de los costos de los medicamentos cubiertos 60

SECCIÓN 1 Situaciones en las que usted debería solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo por sus medicamentos cubiertos 60
SECCIÓN 2 Cómo pedirnos que le devolvamos el pago 62
SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y le daremos una respuesta positiva o negativa. 62

CAPÍTULO 6: Sus derechos y responsabilidades 64

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales 64
SECCIÓN 2 Sus responsabilidades como asegurado de nuestro plan 69

CAPÍTULO 7: Si tiene un problema o una queja (decisiones de cubierta, apelaciones, quejas) 71

SECCIÓN 1 Que hacer si tiene un problema o una preocupación 71
SECCIÓN 2 Dónde obtener más información personalizada 72
SECCIÓN 3 Qué proceso debe utilizar para su problema 72
SECCIÓN 4 Una Guía para decisiones de cubierta y las apelaciones 73
SECCIÓN 5 Sus medicamentos con receta de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación 75
SECCIÓN 6 Presentar su apelación a los niveles 3, 4 y 5 86
SECCIÓN 7 Cómo presentar una queja sobre la calidad del cuidado, los tiempos de espera, el servicio al asegurado u otras inquietudes 88

CAPÍTULO 8: Terminar su afiliación a nuestro plan 93

SECCIÓN 1 Terminar su afiliación a nuestro plan 93

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su afiliación a nuestro plan 93
SECCIÓN 3 Cómo puede cancelar su afiliación a nuestro plan 96
SECCIÓN 4 Hasta que se termine su afiliación, debe seguir recibiendo sus artículos médicos servicios y medicamentos a través de nuestro plan 97
SECCIÓN 5 Triple-S Óptimo PSHB debe terminar su afiliación al plan en ciertas situaciones 97

CAPÍTULO 9: Avisos legales 99

SECCIÓN 1 Aviso sobre las leyes vigentes 99
SECCIÓN 2 Aviso de no discriminación 99
SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare 100

CAPÍTULO 10: Definiciones 101

CAPÍTULO 1:
Comenzar como asegurado

SECCIÓN 1 Usted es asegurado de Triple-S Óptimo PSHB

Sección 1.1 Usted está asegurado a Triple-S Óptimo PSHB, que es un PPO de Medicare

Está cubierto por Medicare y ha optado por obtener la cubierta de salud y medicamentos de Medicare a través de nuestro plan, Triple-S Óptimo PSHB. Nuestro plan cubre todos los servicios de Parte A y Parte B. Sin embargo, el costo compartido y el acceso a los proveedores en este plan difieren de Medicare Original.

Triple-S Óptimo PSHB es un plan Medicare Advantage PPO (PPO, por sus siglas en inglés, significa Organización de Proveedores Preferidos). Como todos los planes de salud de Medicare, este plan PPO de Medicare está aprobado por Medicare y es administrado por una compañía privada.

Sección 1.2 Información legal sobre la *Evidencia de Cubierta*

Esta *Evidencia de Cubierta* es parte de nuestro contrato con usted acerca de cómo Triple-S Óptimo PSHB cubre su cuidado. Las otras partes de este contrato incluyen su solicitud de afiliación, la "Lista de Medicamentos" Cubiertos (formulario) y cualquier notificación que reciba de nuestra parte sobre los cambios en su cubierta o las condiciones que afecten su cubierta. En ocasiones, estas notificaciones se denominan "anejos" o "enmiendas".

El contrato estará vigente durante los meses en los que esté asegurado a Triple-S Óptimo PSHB, desde el 1 de enero de 2027 hasta el 31 de diciembre de 2027.

Medicare nos permite realizar cambios a los planes que ofrecemos cada año calendario. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de Triple-S Óptimo PSHB luego del 31 de diciembre de 2027. También podemos escoger no ofrecer el plan en su área de servicio, después del 31 de diciembre de 2027.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar Triple-S Óptimo PSHB cada año. Usted puede seguir recibiendo cobertura de Medicare como asegurado a nuestro plan siempre que decidamos seguir ofreciendo el plan y que Medicare renueve su aprobación del mismo.

SECCIÓN 2 Requisitos de elegibilidad del plan

Sección 2.1 Requisitos de elegibilidad

Usted es elegible para ser asegurado de nuestro plan siempre que cumpla con todas estas condiciones:

- Tenga la Parte A o la Parte B de Medicare (o tenga ambas partes, A y B).
- Usted viva en nuestra área geográfica de servicio (descrito en Sección 2.2). No se considera que las personas encarceladas vivan en la zona geográfica de servicio, aunque se encuentren físicamente en ella.
- Usted es ciudadano estadounidense o esté legalmente en los Estados Unidos.

Sección 2.2 Área de servicio del plan Triple-S Óptimo PSHB

Triple-S Óptimo PSHB se encuentra disponible solo para personas que residen en el área de servicio de nuestro plan. Para continuar como asegurado de nuestro plan, usted debe continuar viviendo en el área de servicio. El área de servicio se describe a continuación.

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

Si se muda fuera del área de servicio de nuestro plan, no podrá seguir siendo asegurado de este plan. Llame a Servicio al Asegurado al 1-833-201-9256 (Usuarios de TTY deben llamar al 1-866-215-1999) para verificar si tenemos planes disponibles en su nueva área. Cuando se mude, usted tendrá un Periodo de Inscripción Especial que le permitirá cambiarse a Medicare Original o inscribirse a un plan de salud o de medicamentos de Medicare en su nueva ubicación.

Si se muda o cambia su dirección postal, también es importante llamar al Seguro Social. Llame al 1-800-772-1213 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778).

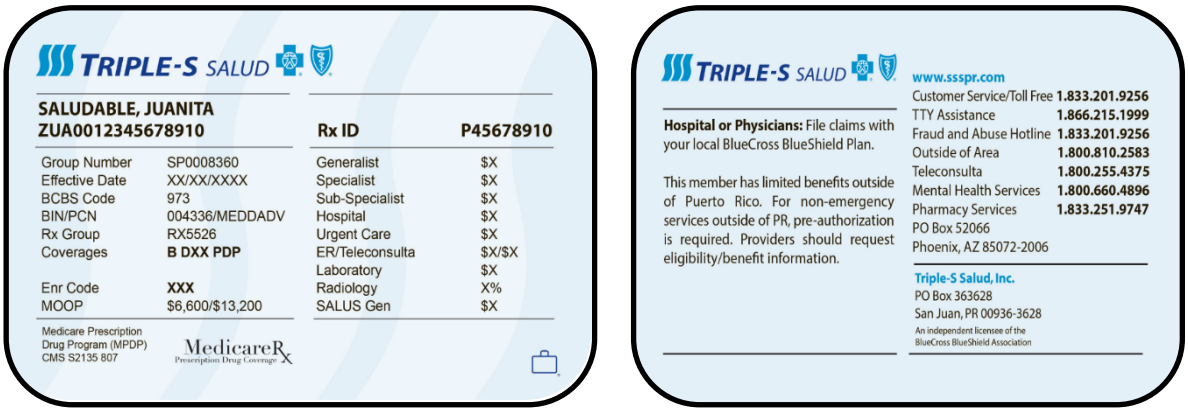
Sección 2.3 Ciudadano estadounidense o residente legal

Debe ser ciudadano estadounidense o encontrarse legalmente en Estados Unidos para ser asegurado de un plan de salud de Medicare. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificará a Triple-S Óptimo PSHB si usted no es elegible para continuar como asegurado de nuestro plan. Triple-S Óptimo PSHB debe desafiarlo si no cumple este requisito.

SECCIÓN 3 Materiales Importantes de membresía

Sección 3.1 Nuestra tarjeta de afiliación al plan

Utilice su tarjeta de asegurado para los medicamentos recetados que adquiera en las farmacias de la red. También debe mostrar al proveedor su tarjeta de Medicaid, si la tiene. Ejemplo de tarjeta de asegurado:



Lleve su tarjeta consigo en todo momento y recuerde mostrarla cuando obtenga medicamentos cubiertos. Si la tarjeta de asegurado del plan está dañada, se le pierde o se la roban, llame de inmediato a Servicios al Asegurado al 1-833-201-9256 (Usuarios de TTY deben llamar al 1-866-215-1999) y le enviaremos una tarjeta nueva.

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

Sección 3.2 Directorio de Farmacias

El *Directorio de Farmacias* ubicado en www.ssspr.com/postal incluye una lista de las farmacias de nuestra red. **Las farmacias de la red** son farmacias que han aceptado despachar las recetas cubiertas para los asegurados de nuestro plan. Utilice el Directorio de farmacias para encontrar la farmacia de la red que desea utilizar. Consulte el Capítulo 3, Sección 2.5 para obtener información sobre cuándo puede utilizar farmacias que no pertenecen a la red de nuestro plan.

Si no tiene el *Directorio de Farmacias*, puede solicitar una copia a Servicios al Asegurado al 1-833-201-9256 (Usuarios de TTY deben llamar al 1-866-215-1999). También puede encontrar esta información en nuestro sitio web en www.ssspr.com/postal.

Sección 3.3 Lista de Medicamentos (formulario)

Nuestro plan tiene una *Lista de Medicamentos Cubiertos* (también llamada Lista de Medicamento o Formulario). Esta lista indica qué medicamentos recetados están cubiertos bajo beneficio de la Parte D incluido en Triple-S Óptimo PSHB. Nuestro plan selecciona los medicamentos de esta lista con la ayuda de médicos y farmacéuticos. Los medicamentos con precios negociados bajo el Programa de Negociación de Precios de Medicamentos de Medicare serán incluidos en su Lista de Medicamentos a menos que hayan sido retirados y reemplazados como se describe en el Capítulo 3, Sección 6. Medicare ha aprobado la lista de medicamentos de Triple-S Óptimo PSHB.

La "Lista de Medicamentos" también indica si existen normas que restringen la cobertura de un medicamento.

Le proporcionaremos una copia de la Lista de Medicamentos. La Lista de medicamentos que le proporcionamos incluye información sobre los medicamentos cubiertos que nuestros miembros utilizan con mayor frecuencia. Sin embargo, cubrimos medicamentos adicionales que no están incluidos en la Lista de medicamentos proporcionada. Si alguno de sus medicamentos no aparece en la Lista de medicamentos, visite nuestro sitio web o comuníquese con Servicio al Cliente para averiguar si lo cubrimos. Para obtener la información más completa y actual sobre los medicamentos cubiertos, puede visitar la página web www.ssspr.com/postal o llame a Servicio al Asegurado al 1-833-201-9256 (Usuarios de TTY deben llamar al 1-866-215-1999).

SECCIÓN 4 Sus costos mensuales para Triple-S Óptimo PSHB

	Sus Costos en 2027
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser mayor que esta cantidad. Vaya a la Sección 4.1 para detalles.	**Su cobertura se proporciona a través de un contrato con su empleador actual o anterior, o con su sindicato. Comuníquese con el administrador de beneficios del empleador o del sindicato para obtener información sobre la prima de su plan.**
Deducible de Cubierta de medicamentos de la Parte D (Vaya al Capítulo 4 para detalles.)	**$0**

	Sus Costos en 2027
Cubierta de medicamentos de la Parte D (Vaya al Capítulo 6 *para* detalles, incluyendo las etapas de Deducible Anual, Cubierta Inicial, y Cubierta Catastrófica)	**Deducible de Cubierta de Medicamentos Parte D: $0** **Copagos o coaseguros durante la Etapa de Cubierta Inicial:** **Nivel 1 de Medicamentos: $2** **Nivel 2 de Medicamentos: $20** **Nivel 3 de Medicamentos: 20% hasta un máximo de $125** **Usted paga el 20%, hasta un máximo de $35, por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.** **Nivel 4 de Medicamentos: 25% hasta un máximo de $200** **Etapa de Cubierta Catastrófica:** **Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por los medicamentos cubiertos por la Parte D.** **Usted puede que tenga costos compartidos por medicamentos que son cubiertos por nuestro beneficio ampliado.**

Sus costos pueden incluir los siguiente

- Prima del Plan (Sección 4.1)
- Prima mensual de la Parte B de Medicare (Sección 4.2)
- Penalidad por Afiliación Tardía a la Parte D (Sección 4.3)
- Importe Mensual Ajustado Relacionado al Ingreso (Sección 4.4)
- Cantidad del Plan de Pago de Recetas de Medicare (Sección 4.5)

Sección 4.1 Prima del Plan

Usted no paga una prima mensual separada por Triple-S Óptimo PSHB.

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

Sección 4.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare

Muchos asegurados están obligados a 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 asegurados deben pagar **una penalidad por afiliación tardía** de la Parte D. La penalidad por afiliación tardía de la Parte D es una prima adicional que debe pagarse por la cubierta de la Parte D si en cualquier momento, una vez finalizado su período de afiliación inicial, hay un período de 63 días o más seguidos en los que no tuvo la Parte D u otra cubierta de medicamentos recetados acreditable. "Cubierta de medicamentos recetados acreditable" es una cubierta que cumple con los estándares mínimos de Medicare ya que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cubierta estándar de medicamentos recetados de Medicare. El costo de la penalidad por afiliación tardía depende del tiempo que haya estado sin la Parte D u otra cubierta de medicamentos recetados acreditable. Tendrá que pagar esta penalidad mientras tenga la cubierta de la Parte D.

Cuando se afilia por primera vez en Triple-S Óptimo PSHB, le informamos el monto de la penalidad.

No tiene que pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D si:

- Recibe "Ayuda Adicional" de Medicare para pagar sus medicamentos recetados.
- Ha estado menos de 63 días seguidos sin cubierta acreditable.
- Ha tenido una cubierta de medicamentos acreditable a través de otra fuente como un antiguo empleador, sindicato, TRICARE o la Administración de Salud de Veteranos (VA). Su aseguradora o su departamento de recursos humanos le comunicarán cada año si su cobertura de medicamentos es acreditable. Puede recibir esta información en una carta o boletín informativo de nuestro plan.

Conserve esta información, ya que podría necesitarla si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

- **Nota:** Cualquier carta o notificación debe indicar que usted tenía una cubierta de medicamentos recetados "acreditable" que se espera que pague tanto como el plan de medicamentos recetados estándar de Medicare.
- **Nota:** Las tarjetas de descuento para medicamentos, las clínicas gratuitas y los sitios web de descuentos en medicamentos no son una cubierta de medicamentos acreditable.

Medicare determina el monto de la penalidad por inscripción tardía de la Parte D. El procedimiento es el siguiente:

- Si estuvo 63 días o más sin cobertura de la Parte D u otra cobertura de medicamentos recetados acreditable después de haber sido elegible por primera vez para inscribirse en la Parte D, el plan contará el número de meses completos que no tuvo cobertura. La sanción es del 1% por cada mes que no haya tenido cobertura acreditable. Por ejemplo, si pasa 14 meses sin cobertura, la penalidad será del 14%.
- Luego, Medicare determina el monto de la prima mensual promedio de los planes de medicamentos de Medicare en la nación del año anterior. Para el 2027, esta cantidad de prima promedio es $41.33.
- Para calcular la penalidad mensual, se multiplica el porcentaje de la penalidad por la prima mensual promedio y se redondea a los 10 céntimos más cercanos. En este ejemplo, sería el 14% por $41.33, lo que equivale a $5.786. Esto se redondea a $5.79. Esta cantidad se añadiría a la **prima mensual de alguien con una penalidad por afiliación tardía en la Parte D.**

Tres cosas importantes que debe saber sobre la penalidad mensual por afiliación tardía de la Parte D:

- **La penalidad puede cambiar cada año,** porque la prima base nacional puede cambiar cada año.
- **Continuará pagando una penalidad,** cada mes mientras esté asegurado en un plan que tenga beneficios de medicamentos de Medicare Parte D, incluso si cambia de plan.
- Si tiene *menos* de 65 años y recibe actualmente los beneficios de Medicare, la penalidad por afiliación tardía en la Parte D se restablecerá cuando cumpla los 65 años. Después de los 65 años, su penalidad por afiliación tardía en la Parte D se basará únicamente en los meses que no tenga cubierta después de su período de afiliación inicial por edad en Medicare.

Si no está de acuerdo con la penalidad por afiliación tardía de la Parte D, usted o su representante pueden solicitar una revisión. Por lo general, debe solicitar esta revisión en un plazo de **60 días** a partir de la fecha de la primera carta que reciba indicando que tiene que pagar una penalidad por afiliación tardía. Sin embargo, si ya estaba pagando una penalidad antes de inscribirse en nuestro plan, es posible que no tenga otra oportunidad de solicitar una revisión de esa penalidad por afiliación tardía.

Sección 4.4 Monto de Ajuste Mensual Relacionado al Ingreso

Algunos asegurados pueden tener que pagar un recargo, conocido como Monto de Ajuste Mensual Relacionado con el Ingreso de la Parte D (IRMAA por sus siglas en inglés). Este cargo adicional se calcula a partir de su ingreso bruto ajustado modificado, tal y como figuran en su declaración de impuestos del IRS de hace dos años. Si este importe es superior a una cantidad determinada, pagará el importe de la prima estándar y el IRMAA adicional. Para más información sobre el monto adicional que tendrá que pagar basado en su ingreso, visite Medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans.

Si tiene que pagar una cantidad extra, el Seguro Social, y no su plan de Medicare, le enviará una carta en la que le indicará cuál será esa cantidad extra. La cantidad extra se retendrá de su cheque de beneficios del Seguro Social, de la Junta de Jubilación Ferroviaria o de la Oficina de Administración de Personal, independientemente de cómo pague normalmente su prima del plan, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir la cantidad extra que debe. Si su cheque de beneficios no es suficiente para cubrir el importe extra, recibirá una factura de Medicare. **Debe pagar el monto adicional al gobierno. No se puede pagar con la prima mensual del plan. Si no paga la cantidad extra, se le dará de baja del plan y perderá la cobertura de medicamentos recetados**.

Si no está de acuerdo con el pago de un IRMAA adicional, puede solicitar al Seguro Social que revise la decisión. Para saber más sobre cómo hacerlo, póngase en contacto con el Seguro Social llamando al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

Sección 4.5 Cantidad del Plan de Pago de Recetas de Medicare

Si participa en el Plan de Pago de Recetas de Medicare, cada mes pagará la prima de su plan (si la tiene) y recibirá una factura de su plan médico o de medicamentos por los medicamentos recetados (en lugar de pagar a la farmacia). Su factura mensual se basa en lo que debe por las recetas que reciba, más el saldo del mes anterior, dividido por el número de meses que quedan al año.

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

SECCIÓN 5 Mas información sobre su prima mensual

Sección 5.1 Cómo pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D

El Triple-S Óptimo PSHB es un beneficio de medicamentos recetados exclusivo para los asegurados de Triple-S Salud que son pensionados postales y/o sus dependientes elegibles para Medicare. Forma parte de la cobertura de su plan Triple-S Salud y usted no paga una prima separada por los beneficios del Triple-S Óptimo PSHB. Para obtener información sobre cómo pagar sus deducciones de primas, comuníquese con su empleador o con la oficina de retiro.

Sección 5.2 La prima mensual de nuestro plan no cambiara durante el año

No estamos autorizados a cambiar la cantidad de la prima mensual del plan durante el año. Si la prima mensual del plan llegara a cambiar el próximo año, se lo informaremos en septiembre y la modificación entrará en vigor el 1 de enero.

Si usted pasa a ser elegible para la Ayuda Adicional o pierde su elegibilidad para la Ayuda Adicional durante el año, la parte de la prima de nuestro plan que usted debe pagar puede cambiar. Si usted califica para la Ayuda Adicional con los costos de su cobertura de medicamentos, la Ayuda Adicional paga parte de las primas mensuales de su plan. Si pierde su elegibilidad para la Ayuda Adicional durante el año, deberá comenzar a pagar la prima mensual completa. Obtenga más información sobre la Ayuda Adicional en el Capítulo 2, Sección 7.

SECCIÓN 6 Mantenga actualizado su registro de afiliación del plan

Su registro de afiliación tiene información de su formulario de afiliación, incluyendo su dirección y número de teléfono. Esto muestra la cubierta específica de su plan.

Los farmacéuticos de la red de nuestro plan **usan su registro de afiliación para conocer cuáles son los medicamentos cubiertos y las cantidades de costo compartido.** Por eso, es muy importante que nos ayude a mantener su información actualizada.

Si tiene alguno de estos cambios, háganoslo saber:

- Cambios en su nombre, su dirección o su número de teléfono
- Cambios en cualquier otro seguro de salud que tenga (tal como el de su patrono, el patrono de su cónyuge o pareja doméstica, por compensación en el trabajo o Medicaid)
- Si tiene cualquier reclamación de responsabilidad, tal como reclamaciones por accidentes de auto

- Si fue ingresado a un hogar de ancianos
- Si cambia la parte designada responsable por usted (tal como un cuidador)

Si hay algún cambio, llame a Servicios al Asegurado al 1-833-201-9256 (Usuarios de TTY deben llamar al 1-866-215-1999).

También es importante que se comunique con el Seguro Social si se muda o cambia su dirección postal. Llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 (Usuarios de TTY llame al 1-800-325-0778).

SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Medicare nos requiere que recopilemos información sobre cualquier otra cubierta medica o de medicamentos que usted tenga. Esto se debe a que debemos coordinar cualquier otra cubierta que usted tenga con los beneficios de nuestro plan. **Esto se llama coordinación de beneficios.**

Una vez al año, le enviaremos una carta que enumere las demás cubiertas médicas o de medicamentos de las que tengamos conocimiento. Por favor, revise esta información con detenimiento. Si es correcta, no tendrá que hacer nada más. Si la información es incorrecta o si tiene alguna otra cubierta que no está incluida en la lista, llame a Servicios al Asegurado al 1-833-201-9256 (Usuarios de TTY deben llamar al 1-866-215-1999). Es posible que tenga que dar su número de identificación de asegurado del plan a sus otras aseguradoras (una vez que haya confirmado su identidad) para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

Cuando tiene otro seguro (por ejemplo, una cubierta de salud grupal patronal), hay reglas por Medicare que determinan si nuestro plan o su otro seguro paga primero. El seguro que paga primero se llama (“pagador primario”) y paga hasta el límite máximo de su cubierta. El segundo en pagar, llamado (“pagador secundario”), solo paga si quedaron costos que el pagador primario no ha cubierto. El pagador secundario podría no pagar todos los costos sin cubrir. Si usted tiene otro seguro, notifíquelo a su médico, hospital y farmacia.

Estas reglas aplican a las cubiertas del plan de salud de grupos unionados y patronos:

- Si tiene una cubierta de retiro, Medicare paga primero.
- Si la cubierta de su plan de salud grupal se basa en su empleo actual o el de un familiar, quien paga primero dependerá de su edad, la cantidad de trabajadores del patrono y si usted tiene Medicare debido a su edad, por discapacidad o por enfermedad renal terminal (ESRD, por sus siglas en inglés):

    - Si tiene menos de 65 años y está discapacitado, y usted o un familiar todavía trabajan, su plan de salud grupal paga primero si el patrono tiene 100 o más

empleados, o si es un plan de patronos múltiples y al menos uno de los patronos tiene más de 100 empleados.
    - Si es mayor de 65 años y usted o su cónyuge o pareja doméstica todavía trabajan, su plan de salud grupal paga primero si el patrono tiene 20 empleados o más, o si al menos un patrono en un plan de patronos múltiples tiene más de 20 empleados.

- Si usted tiene Medicare por una enfermedad renal terminal (ESRD), su plan de salud grupal pagará primero durante los primeros 30 meses luego de comenzar a ser elegible para Medicare.

Estos tipos de cubierta por lo general pagan primero por servicios relacionados con cada categoría:

- Seguro de relevo de culpa (incluye seguros de auto)
- Responsabilidad (incluye seguros de autos)
- Beneficios por antracnosis (pulmón negro)
- Indemnización laboral

Medicaid y TRICARE nunca pagan primero por servicios cubiertos por Medicare. Solo pagan luego de que Medicare, los planes de salud grupales patronales y/o Medigap hayan pagado.

CAPÍTULO 2:
Números telefónicos y recursos

SECCIÓN 1 Contactos de Triple-S Óptimo PSHB

Para obtener ayuda con reclamaciones, facturación o si tiene preguntas sobre la tarjeta de asegurado, llame o escriba a Servicios al Asegurado de Triple-S Óptimo PSHB. Con gusto le ayudaremos.

Servicios al Asegurado: Información de Contacto	
Llame al	1-833-201-9256 Las llamadas a este número son gratuitas. Abierto de lunes a viernes 7:30am-8:00pm (AST), sábados de 9:00am – 6:00pm (AST), domingos de 11:00am – 5:00pm (AST). Servicio al Asegurado 1-833-201-9256 (Usuarios de TTY deben llamar al 1-866-215-1999) también ofrece un servicio gratuito de intérpretes para las personas que no hablan español.
TTY	1-866-215-1999 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Abierto de lunes a viernes 7:30am-8:00pm (AST), sábados de 9:00am – 6:00pm (AST), domingos de 11:00am – 5:00pm (AST).
Escriba a	Triple-S Salud, Inc. P.O. Box 363628 San Juan, PR 00936-3628
Página WEB	www.ssspr.com/postal

Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Una decisión de cubierta es una decisión que tomamos sobre su cubierta o sobre la cantidad que pagamos por sus medicamentos de la Parte D. Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos y cambiemos una decisión de cubierta. Para más información sobre

cómo solicitar decisiones de cubierta o apelaciones sobre medicamentos de la Parte D, vaya al Capítulo 7.

Decisiones de Cubierta y Apelaciones sobre Cuidado Médico o medicamentos de la Parte D – Información de Contacto	
Llame al	1-833-201-9256 Las llamadas a este número son gratuitas. Abierto de lunes a viernes 7:30am-8:00pm (AST), sábados de 9:00am – 6:00pm (AST), domingos de 11:00am – 5:00pm (AST).
TTY	1-866-215-1999 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Abierto de lunes a viernes 7:30am-8:00pm (AST), sábados de 9:00am – 6:00pm (AST), domingos de 11:00am – 5:00pm (AST).
Escriba a	CDA Inquiries CVS Caremark Part D Appeals and Exceptions P.O. Box 52000 MC109 Phoenix, AZ 85072-2000
Página WEB	www.ssspr.com/postal

Cómo presentar una queja sobre su cuidado médico

Usted puede presentar una queja sobre nosotros o sobre alguno de nuestros proveedores de la red de farmacias, incluyendo quejas sobre la calidad de su cuidado. Este tipo de queja no incluye disputas de cubierta ni de pagos. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja, vea el Capítulo 7.

Quejas y Apelaciones – Información de Contacto	
Llame al	1-833-201-9256 Las llamadas a este número son gratuitas. Abierto de lunes a viernes 7:30am-8:00pm (AST), sábados de 9:00am – 6:00pm (AST), domingos de 11:00am – 5:00pm (AST).
TTY	1-866-215-1999 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.

	Las llamadas a este número son gratuitas. Abierto de lunes a viernes 7:30am-8:00pm (AST), sábados de 9:00am – 6:00pm (AST), domingos de 11:00am – 5:00pm (AST).
Escriba a	Grievance Department P.O. Box 30016 Pittsburgh, PA 15222-0330
Página web de Medicare	Para presentar una queja sobre Triple-S Óptimo PSHB directamente a Medicare, visite a Medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de un medicamento que usted recibió

Si ha recibido una factura o ha pagado por medicamentos (como la factura de una farmacia) que considera deberíamos pagar, es posible que tenga que solicitarnos el reembolso o el pago de la factura de la farmacia. Para más información, consulte el capítulo 5.

Si nos envía una solicitud de pago y denegamos cualquier parte de su solicitud, usted puede apelar nuestra decisión. Para más información, vea el Capítulo 7.

Solicitudes de Pago – Información de Contacto	
Llame al	1-833-201-9256 Las llamadas a este número son gratuitas. Abierto de lunes a viernes 7:30am-8:00pm (AST), sábados de 9:00am – 6:00pm (AST), domingos de 11:00am – 5:00pm (AST).
TTY	1-866-215-1999 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Calls to this number are free.
Escriba a	Triple-S Salud P.O. Box 363628 San Juan, PR 00936-3628
Página WEB	www.ssspr.com/postal

SECCIÓN 2 Obtenga ayuda de Medicare

Medicare es el programa federal de seguros de salud destinado a personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con discapacidades y personas que padecen enfermedad renal terminal (fallo renal permanente que requiere diálisis o trasplante de riñón).

La agencia federal a cargo de Medicare se llama Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (en ocasiones, estos centros son denominados CMS, por sus siglas en inglés). Esta agencia tiene contratos con planes de medicamentos recetados de Medicare, incluido nuestro plan.

Medicare – Información de Contacto	
Llame al	1-800-MEDICARE o 1-800-633-4227 Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.
Chatear en vivo	Chate en vivo en Medicare.gov/talk-to-someone.
Escribe a	Escriba a Medicare PO Box 1270, Lawrence, KS 66044
Página Web	Medicare.gov • Obtenga información sobre los planes de salud y de medicamentos de Medicare en su zona, incluido lo que cuestan y los servicios que ofrecen. • Infórmese sobre los médicos u otros proveedores de servicios sanitarios que participan en Medicare. • Infórmese sobre lo que cubre Medicare, incluidos los servicios preventivos (como revisiones, inyecciones o vacunas y visitas anuales de «Bienestar»). • Obtener información y formularios de apelación de Medicare. • Obtenga información sobre la calidad de la atención brindada por los planes, hogares de ancianos, hospitales, médicos, agencias de cuidados de la salud a domicilio, centros de diálisis, centros de cuidados paliativos, centros de rehabilitación para pacientes hospitalizados y hospitales de cuidados a largo plazo.

- Busque páginas web y números de teléfono de utilidad.

También puede visitar Medicare.gov para notificar a Medicare cualquier queja que tenga sobre Triple-S Óptimo PSHB.

Para presentar una queja a Medicare, vaya a Medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma sus quejas con seriedad y utilizará esta información para mejorar la calidad del programa de Medicare.

SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP, por sus siglas en inglés)

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) es un programa gubernamental que cuenta con asesores capacitados en todos los estados.

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos o SHIP es un programa estatal independiente (no vinculado a ninguna compañía de seguros ni plan de salud) que recibe fondos del gobierno federal para ofrecer asesoramiento gratuito sobre seguros médicos locales a las personas con Medicare.

Los asesores del Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (SHIP) pueden ayudarle a comprender sus derechos con respecto a Medicare, ayudarle a presentar quejas sobre su atención o tratamiento médico y resolver problemas con sus facturas de Medicare. Los asesores del Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (SHIP) también pueden ayudarle con preguntas o problemas relacionados con Medicare, ayudarle a comprender sus opciones de planes de Medicare y responder preguntas sobre el cambio de planes.

Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (SHIP) - Información de Contacto	
Llame al	1-877-839-2675
Escriba a	State Health Insurance Assistance Program or SHIP Northeast Iowa Area Agency on Aging 3840 W 9th St Waterloo, IA 50702 Email: info@shiphelp.org
Página Web	www.shiphelp.org

SECCIÓN 4 Organización para el Mejoramiento de la Calidad

Una Organización para el mejoramiento de la Calidad (QIO) designada presta servicio a las personas con Medicare en cada estado. La QIO cuenta con un grupo de médicos y otros profesionales de la salud a los que Medicare paga para que comprueben y ayuden a mejorar la calidad de la atención que reciben las personas con Medicare. La QIO es una organización independiente. No está relacionada con nuestro plan.

Comuníquese con la QIO específica de su estado si tiene alguna queja sobre la calidad de la atención que recibió. Por ejemplo, puede comunicarse con la QIO específica de su estado si le recetaron un medicamento incorrecto o si le recetaron medicamentos que interactúan de manera negativa.

Organización para el mejoramiento de la Calidad(QIO) – Información de Contacto	
Llame a	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
Escriba a	Póngase en contacto 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.
Página Web	www.qioprogram.org/locate-your-qio

SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social determina la elegibilidad para Medicare y gestiona la inscripción en Medicare. El Seguro Social también es responsable de determinar quién tiene que pagar una cantidad extra por la cubierta de medicamentos de la Parte D por tener unos ingresos más elevados. Si ha recibido una carta del Seguro Social en la que se le informa de que tiene que pagar una cantidad adicional y tiene dudas sobre sobre la cantidad, o si sus ingresos han disminuido debido a un acontecimiento que le ha cambiado la vida, puede llamar al Seguro Social para solicitar una reconsideración.

Si se muda o cambia de dirección postal, póngase en contacto con el Seguro Social para comunicárselo.

Seguro Social – Información de Contacto	
Llama al	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m. Puede utilizar los servicios telefónicos automatizados del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunas gestiones las 24 horas del día.
TTY	1-800-325-0778 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 8 am a 7 pm, lunes a viernes.
Página Web	SSA.gov

SECCIÓN 6 Medicaid

Medicaid es un programa conjunto del gobierno federal y estatal que brinda ayuda a ciertas personas con ingresos y recursos limitados a pagar sus gastos médicos. Algunos beneficiarios de Medicare también son elegibles para ser beneficiarios de Medicaid. Los programas ofrecidos a través de Medicaid ayudan a las personas con Medicare a pagar sus costos, como las primas de Medicare. Estos Programas de Ahorro de Medicare incluyen:

- **Beneficiario cualificado de Medicare (QMB, por sus siglas en inglés):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare, y otros costos compartidos (tales como coaseguro y copagos). (Algunos beneficiarios de QMB también son elegibles para ser beneficiarios totales de Medicaid (QMB+)).
- **Beneficiario de Medicare de bajos ingresos (SLMB, por sus siglas en inglés):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunos beneficiarios de SLMB también son elegibles para ser beneficiarios totales de Medicaid (SLMB+)).
- **Individuo cualificado (QI, por sus siglas en inglés):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Individuo discapacitado y empleado cualificado (QDWI, por sus siglas en inglés):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Para obtener más información sobre los programas de Ahorro de Medicaid y Medicare, comuníquese con la agencia de Medicaid de su estado.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) – Información de Contacto	
Llame al	1-877-267-2323 Las llamadas a este número son gratuitas. Abierto las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	1-800-877-8339 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
Escriba a	Centers for Medicare and Medicaid Services 7500 Security Boulevard Baltimore, Maryland 21244-1850
Página Web	www.medicaid.gov

SECCIÓN 7 Programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos recetados

En la página web de Medicare (Medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs) encontrará información sobre cómo reducir los costos de los medicamentos recetados. Los programas que se indican a continuación pueden ayudar a las personas con ingresos limitados.

Ayuda adicional de Medicare

Medicare y el Seguro Social tienen un programa llamado Ayuda adicional que puede ayudar a pagar los costos de los medicamentos a las personas con ingresos y recursos limitados. Si usted reúne los requisitos, recibirá ayuda para pagar la prima mensual y los copagos y coaseguros de su plan de medicamentos de Medicare. La Ayuda adicional también se tiene en cuenta para sus gastos de bolsillo.

Si usted reúne automáticamente los requisitos para recibir la Ayuda adicional, Medicare le enviará una carta morada para informárselo. Si no reúne los requisitos automáticamente, puede solicitarla en cualquier momento. Para saber si reúne los requisitos para recibir Ayuda adicional:

- Visite secure.ssa.gov/i1020/start para solicitarla en línea.
- Llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

Cuando solicite la Ayuda adicional, también puede iniciar el proceso de solicitud para un Programa de Ahorros de Medicare (MSP). Estos programas estatales brindan ayuda con otros costos de Medicare. El Seguro Social enviará información a su estado para iniciar una solicitud de MSP, a menos que usted indique lo contrario en la solicitud de Ayuda adicional.

Si reúne los requisitos para recibir Ayuda adicional y cree que está pagando una cantidad incorrecta por su receta en una farmacia, nuestro plan cuenta con un proceso para ayudarle a obtener pruebas del importe correcto del copago. Si ya tiene pruebas del importe correcto, podemos ayudarle a hacernos llegar dichas pruebas.

- Cuando obtengamos la evidencia que muestre el nivel correcto de copago, actualizaremos nuestro sistema para que pueda pagar la cantidad correcta cuando obtenga su próxima receta. Si paga de más por su copago, le reembolsaremos el dinero mediante un cheque o un crédito para copagos futuros. Si la farmacia no cobró su copago y usted tiene una deuda con ellos, es posible que realicemos el pago directamente a la farmacia. Si un estado pagó en su nombre, es posible que realicemos el pago directamente al estado. Llame a Servicios al Asegurado al 1-877-839-2675 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-215-1999) si tiene alguna pregunta.

Hay programas en Puerto Rico, las Islas Vírgenes, Guam, las Islas Marianas del Norte y Samoa Americana para ayudar a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar sus costos de Medicare. Los programas varían en estas áreas. Llame a su oficina local de Asistencia Médica (Medicaid) para obtener más información sobre sus normas (los números de teléfono se encuentran en la sección 6 de este capítulo). O llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y diga «Medicaid» para obtener más información. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede visitar Medicare.gov para obtener más información.

¿Qué sucede si tiene ayuda adicional y cobertura de un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP, por sus siglas en inglés)?

Muchos estados ofrecen ayuda para pagar recetas, primas de planes de medicamentos y/u otros costos de medicamentos. Si está inscrito en un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP), la ayuda adicional de Medicare paga primero.

¿Qué sucede si tiene ayuda adicional y cobertura del Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP)?

El Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP) ayuda a las personas que viven con el VIH/SIDA a acceder a medicamentos contra el VIH que salvan vidas. Los medicamentos de la Parte D de Medicare que también figuran en el formulario del ADAP reúnen los requisitos para recibir ayuda para compartir los costos de las recetas a través de su programa estatal local, que se indica al final de este documento.

Nota: Para ser elegible para el ADAP en su estado, las personas deben cumplir ciertos criterios, incluyendo prueba de residencia en el estado y del estado serológico respecto al VIH, bajos ingresos (según la definición del estado) y carecer de seguro médico o tener un seguro insuficiente.

Programas estatales de asistencia farmacéutica

Muchos estados cuentan con programas estatales de asistencia farmacéutica que ayudan a las personas a pagar los medicamentos recetados en función de sus necesidades económicas, edad, estado de salud o discapacidades. Cada estado tiene normas diferentes para proporcionar cobertura de medicamentos a sus miembros.

State Pharmaceutical Assistance Program – Contact Information	
Website	https://www.medicare.gov/plan-compare/#/pharmaceutical-assistance-program/states/

El Plan de Pago de Recetas de Medicare

El Plan de Pago de Recetas Médicas de Medicare es una opción de pago que funciona con su cubierta de medicamentos actual y que puede ayudarle a gestionar los costos de los medicamentos cubiertos por nuestro plan repartiéndolos a lo largo del **año calendario** (de enero a diciembre). Cualquier persona que tenga un plan de medicamentos de Medicare o un plan de salud de Medicare con cubierta de medicamentos (como un plan Medicare Advantage con cubierta de medicamentos) puede utilizar esta opción de pago. **Esta opción de pago puede ayudarle a gestionar sus gastos, pero no le ahorra dinero ni reduce el costo de sus medicamentos. Si participa en el Plan de Pago de Recetas Médicas y permanece en el mismo plan de la Parte D, su participación se renovará automáticamente para 2027.** Si desea más información sobre esta opción de pago, llame al Servicio al Asegurado al 1-833-201-9256 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-215-1999) o visite www.Medicare.gov.

Plan de Pago de Recetas de Medicare – Información de Contacto	
Llame al	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). Servicios al Asegurado 1-833-201-9256 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-215-1999) también ofrece un servicio gratuito de intérpretes para las personas que no hablan español.

TTY	1-866-215-1999 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. 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).
Escriba a	Triple-S Óptimo PSHB Medicare Prescription Payment Plan P.O. Box 7 Pittsburgh, PA 15230
Página Web	www.ssspr.com/postal

SECCIÓN 8 Junta de Retiro Ferroviario (RRB, por sus siglas en ingles)

La Junta de Retiro Ferroviario es una agencia federal independiente que administra los programas integrales de beneficios destinados a los trabajadores ferroviarios de la nación y a sus familias. Si recibe sus beneficios de Medicare a través de la Junta de Retiro Ferroviario, es notifíquele si se muda o cambia su dirección postal. Si tiene alguna pregunta sobre sus beneficios de la Junta de Retiro Ferroviario, comuníquese con la agencia.

Junta de Retiro Ferroviario (RRB) – Información de Contacto	
Llame al	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Si presiona “0”, puede hablar con un representante de RRB de 9: 00 a.m. a 3: 30 p.m. lunes, martes, jueves y viernes y de 9:00 a.m. a 12:00 p.m. los miércoles. Si presiona “1”, puede acceder la línea de ayuda automatizada de RRB e información grabada las 24 horas del día, incluyendo los fines de semana y días feriados.
TTY	1-312-751-4701 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número *no* son gratuitas.
Página Web	RRB.gov

SECCIÓN 9 Si tiene un Seguro grupal u otro seguro de salud de un patrono

Si usted (o su cónyuge o pareja doméstica) recibe beneficios de su patrono o grupo de jubilados (o el de su cónyuge o pareja doméstica) como parte de este plan, puede llamar al administrador de beneficios de su patrono, sindicato o a Servicios al Asegurado al 1-833-201-9256 (Usuarios de TTY deben llamar al 1-866-215-1999) si tiene alguna pregunta. Puede preguntar acerca de los beneficios de salud, las primas o el periodo de inscripción de su patrono o grupo de jubilados (o el de su cónyuge o pareja doméstica). (Los números de teléfono de Servicios al Asegurado aparecen impresos en la contraportada de este documento). Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) si tiene preguntas relacionadas con su cubierta de Medicare conforme a este plan. Usuarios de TTY deben llamar al1-877-486-2048.

Si tiene otra cubierta de medicamentos recetados a través de su patrono o grupo de jubilados (o el de su cónyuge o pareja doméstica), comuníquese con **el administrador de beneficios del grupo** EL administrador de beneficios puede ayudarle a determinar cómo funcionara su cubierta actual de medicamentos recetados con nuestro plan.

CAPÍTULO 3:
Utilizar la cubierta del plan para los medicamentos de la Parte D

SECCIÓN 1 Reglas básicas para la cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan

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 2027*). Sus medicamentos con receta de la Parte D están cubiertos por nuestro plan.

Por lo general, nuestro plan cubrirá sus medicamentos siempre y cuando siga estas reglas:

- Debe pedirle a un proveedor (un médico, dentista u otro profesional que receta medicamentos) que le haga una receta válida según la ley estatal aplicable.
- La persona que le receta los medicamentos no debe estar en las listas de exclusión o impedimento de Medicare.
- Por lo general, debe utilizar una farmacia de la red para obtener su receta (consulte la sección 2). Obtenga sus recetas en una farmacia de la red o a través del servicio de pedidos por correo del plan.
- Su medicamento debe estar incluido en la lista de medicamentos de nuestro plan (consulte la sección 3).
- Su medicamento debe utilizarse para una indicación médicamente aceptada. Una «indicación médicamente aceptada» es un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o respaldado por ciertas referencias. (Vaya a la sección 3 de este capítulo para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada).

- Es posible que su medicamento requiera la aprobación de nuestro plan en función de ciertos criterios antes de que aceptemos cubrirlo. (Vaya a la sección 4 para obtener más información).

SECCIÓN 2 Obtenga su receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedidos por correo de nuestro plan.

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 2.1 Farmacias dentro de la red

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 al Cliente al 1-833-201-9256 (Usuarios de TTY deben llamar al 1-866-215-1999).

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

Si su farmacia ya no está en 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 al 1-833-201-9256 (Usuarios de TTY deben llamar al 1-866-215-1999) o usar el Directorio de farmacias. También puede buscar información en nuestro sitio web en www.ssspr.com/postal.

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 Servicio al Cliente al 1-833-201-9256 (Usuarios de TTY deben llamar al 1-866-215-1999).

- 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.
- 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 a Servicio al Cliente al 1-833-201-9256 (Usuarios de TTY deben llamar al 1-866-215-1999).

Sección 2.2 Nuestro servicio de venta por correo

Para ciertos tipos de medicamentos, puede utilizar el servicio de envío por correo de nuestra red. Por lo general, los medicamentos que se envían por correo son aquellos que se toman de forma regular, para una afección médica crónica o a 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 a Servicio 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 Servicio 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
- Usted se inscribe para recibir automáticamente todas las recetas nuevas que se reciben directamente de los proveedores de atención médica. Puede solicitar la entrega automática de todas las recetas nuevas en cualquier momento comunicándose con Servicio 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.

Para optar por no recibir automáticamente las nuevas recetas recibidas directamente de la consulta de su proveedor de atención médica, póngase en contacto con nosotros a través del Servicio de Atención al Cliente.

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 2.3 Cómo conseguir un suministro de medicamentos a largo plazo

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 al 1-833-201-9256 (Usuarios de TTY deben llamar al 1-866-215-1999) 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 2.4 Utilizar una farmacia que no pertenece a la red de nuestro plan

Por lo general, cubrimos los medicamentos surtidos en una farmacia fuera de la red solo cuando usted no puede utilizar una farmacia de la red. **Consulte primero con Servicio al**

Cliente al 1-833-201-9256 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-215-1999) para ver si hay una farmacia de la red cerca.

Cubrimos las recetas surtidas en una farmacia fuera de la red solo en estas circunstancias:

Si debe utilizar una farmacia fuera de la red, por lo general tendrá que pagar el costo total (en lugar de su parte normal del costo) en el momento de surtir su receta. Puede solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte del costo. (Consulte el Capítulo 5, Sección 2, para obtener información sobre cómo solicitar a nuestro plan que le reembolse el dinero). Es posible que deba pagar la diferencia entre lo que paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia dentro de la red.

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.

Ciertos medicamentos pueden estar cubiertos para algunas afecciones médicas, pero se consideran fuera del formulario para otras afecciones médicas. Estos medicamentos se identificarán en nuestra Lista de medicamentos y en Medicare.gov, junto con las afecciones médicas específicas que cubren.

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

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.

Medicamentos que no están 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: Genéricos (nivel mas bajo)

- Nivel 2: Marca Preferida
- Nivel 3: Marca No preferida
- Nivel 4: Especializados (nivel más alto)

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.

Sección 3.3 Cómo averiguar si un medicamento específico figura en la lista de medicamentos

Para saber si un medicamento está incluido en nuestra Lista de medicamentos, tiene las siguientes opciones:

- Consulte la Lista de medicamentos más reciente que proporcionamos electrónicamente.
- Visite el sitio web de nuestro plan www.ssspr.com/postal. La Lista de medicamentos que aparece en el sitio web es siempre la más actualizada.
- Llame a Servicios para Miembros al 1-833-201-9256 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-215-1999) para averiguar si un medicamento en particular figura en la Lista de medicamentos de nuestro plan o para solicitar una copia de la lista.
- Utilice la “Herramienta de beneficios en tiempo real” de nuestro plan www.ssspr.com/postal para buscar medicamentos en la Lista de medicamentos, obtener una estimación de lo que pagará y ver si hay medicamentos alternativos en la Lista de medicamentos que podrían tratar la misma afección. También puede llamar a Servicios para Miembros al 1-833-201-9256 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-215-1999).

SECCIÓN 4 Medicamentos con restricciones de cobertura

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.

Si un medicamento seguro y de menor costo funciona tan bien médicamente como uno de mayor costo, las normas de nuestro plan están diseñadas para alentarlo a usted y a su proveedor a utilizar la opción de menor costo.

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 Tipo de restricciones

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 al 1-833-201-9256 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-215-1999) para saber qué necesitan usted o su proveedor para obtener la cobertura para el medicamento. **Si desea que nosotros le anulemos la restricción, deberá 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)

Obtén la aprobación del plan por adelantado

Para ciertos medicamentos, usted o su proveedor deben obtener la aprobación de nuestro plan según criterios específicos antes de que aceptemos cubrir el medicamento. Esto se denomina **autorización previa**. Se implementa para garantizar la seguridad de los medicamentos y ayudar a orientar el uso adecuado de ciertos medicamentos. Si no obtiene esta aprobación, es posible que nuestro plan no cubra su medicamento. Puede obtener los criterios de autorización previa de nuestro plan llamando a Servicios para Miembros al 1-833-201-9256 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-215-1999) o en nuestro sitio web www.ssspr.com/postal.

Pruebe un medicamento diferente primero

Este requisito le anima a probar medicamentos menos costosos, pero normalmente igual de eficaces, antes de que nuestro plan cubra otro medicamento. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma afección médica, nuestro plan puede exigirle que pruebe primero el medicamento A. Si el medicamento A no le funciona, nuestro plan cubrirá entonces el medicamento B. Este requisito de probar primero un medicamento diferente se denomina terapia escalonada. Puede obtener los criterios de **terapia escalonada** de nuestro plan llamando a Servicio al Cliente al 1-833-201-9256 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-215-1999) o en nuestro sitio web www.ssspr.com/postal.

Límites de cantidad

Para ciertos medicamentos, limitamos la cantidad que puede obtener cada vez que surte su receta. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro tomar solo una pastilla al día de un determinado medicamento, podemos limitar la cobertura de su receta a no más de una pastilla al día.

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

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.
- 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.

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 5.1 para saber lo que puede hacer.

Si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o si su medicamento 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.

Para preguntas sobre un suministro temporal, llame al Servicio de atención al cliente al 1-833-201-9256 (Usuarios de TTY llame al 1-866-215-1999).

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:

Opción 1. Puede 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 al 1-833-201-9256 (Usuarios de TTY llame al 1-866-215-1999) 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.

Opción 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.

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 5.1 Qué puede hacer si su medicamento está en un nivel de costo compartido que cree que es demasiado alto

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

Puede cambiar 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 al 1-833-201-9256 (Usuarios de TTY llame al 1-866-215-1999) 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 Nuestra 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.**
- **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.

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 <u>inmediatamente</u> 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.**
    - 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.

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 ocurre 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 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 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 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 fuera del recetario)
- 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 ventaOfrecemos 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

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.

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.

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 Medicamentos de la Parte D en situaciones especiales

Sección 9.1 En un hospital o centro de enfermería especializada para una estancia cubierta por nuestro plan

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 Como residente en un centro de cuidados a 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 al 1-833-201-9256 (Usuarios de TTY llame al 1-866-215-1999). 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.

Si usted es residente de un centro de cuidados a largo plazo y necesita un medicamento que no figura en nuestra Lista de medicamentos o que está restringido de alguna manera, consulte la Sección 5 para obtener información sobre el suministro temporal o de emergencia.

Sección 9.3 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 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 Si tiene una póliza de Medigap (seguro complementario de Medicare) con cobertura de medicamentos

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 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.

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 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

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

- 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 10.1 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 médicamente 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.

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 10.1 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 fuera del recetario. 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 al 1-833-201-9256 (Usuarios de TTY llame al 1-866-215-1999).

CAPÍTULO 4:
Lo que usted paga por los medicamentos de la Parte D

SECCIÓN 1 Lo que usted paga por los medicamentos de la Parte D

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 al 1-833-201-9256 (Usuarios de TTY llame al 1-866-215-1999) y pregunte por el *Anexo LIS.*

Utilizamos el término "medicamento" en este capítulo para referirnos a un medicamento recetado de la Parte D. 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 están excluidos de la cobertura de Medicare por ley.

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 el Capítulo 3. Cuando utiliza la "Herramienta de beneficios en tiempo real" del plan para buscar cobertura de medicamentos (www.ssspr.com/postal), el costo que ve muestra el costo que ve muestra un estimado de los gastos 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 al 1-833-201-9256 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-215-1999).

Sección 1.1 Tipos de gastos de bolsillo que es posible que deba pagar por sus medicamentos cubiertos

Hay tres tipos diferentes de gastos de bolsillo para los medicamentos cubiertos por la Parte D que se le pueden pedir que pague:

- **Copago** es una cantidad fija que usted paga cada vez que surte una receta
- **Coaseguro** es un porcentaje del costo total del medicamento que usted paga cada vez que surte una receta.

Sección 1.2 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 <u>se incluyen</u> 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 haya realizado durante este año calendario como miembro de otro plan de medicamentos de Medicare antes de inscribirse en nuestro plan.
- Cualquier pago por sus medicamentos realizado por familiares o amigos.
- Cualquier pago realizado por sus medicamentos por parte de Extra Help de Medicare, planes de salud de empleadores o sindicatos, el Servicio de Salud Indígena, programas de asistencia para medicamentos contra el SIDA, Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica (SPAP) y la mayoría de las organizaciones benéficas.

Cambio a la Etapa de cobertura catastrófica:

Cuando usted (o los que pagan en su nombre) haya alcanzado un total de $2,400 en gastos de bolsillo en el año calendario, pasará de la etapa de cobertura inicial a la etapa de cobertura catastrófica.

Estos pagos <u>no están incluidos</u> en los gastos directos de su bolsillo

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

- Su prima mensual
- Medicamentos que compre fuera de los Estados Unidos y sus territorios
- Medicamentos que no están cubiertos por nuestro plan
- Medicamentos que obtenga en una farmacia fuera de la red que no cumpla con los requisitos de nuestro plan para la cobertura fuera de la red

- Medicamentos recetados cubiertos por la Parte A o la Parte B
- Los pagos que realice por medicamentos cubiertos por nuestra cobertura adicional, pero que normalmente no están cubiertos por un plan de medicamentos de Medicare
- Los pagos que realice por medicamentos que normalmente no están cubiertos por un plan de medicamentos recetados de Medicare
- Los pagos por sus medicamentos realizados por determinados planes de seguro y programas de salud financiados por el gobierno, como TRICARE y la Administración de Salud de Veteranos (VA)
- Pagos por sus medicamentos realizados por un tercero con la obligación legal de pagar los costos de las recetas (por ejemplo, indemnización por accidente laboral).
- Pagos realizados por los fabricantes de medicamentos en virtud del Programa de descuentos 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 al 1-833-201-9256 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-215-1999).

Seguimiento de los gastos totales que pagas de tu bolsillo

- La *Explicación de beneficios (EOB) de la Parte D* que recibe incluye el total actual de sus gastos de bolsillo. Cuando este monto alcance los $2,400, la *EOB de la Parte D* le informará que ha salido de la etapa de cobertura inicial y ha pasado a la etapa de cobertura catastrófica.
- **Asegúrese de que tenemos la información que necesitamos**. Vaya a la sección 3.1 para saber qué puede hacer para ayudar a garantizar que nuestros registros de lo que ha gastado estén completos y actualizados.

SECCIÓN 2 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. Recuerde que usted siempre es responsable del pago de la prima mensual de nuestro plan, independientemente de la etapa de pago de medicamentos en la que se encuentre. La información de cada etapa está explicada en este capítulo. Las etapas son:

- **Etapa 1 : Etapa Deducible Anual**

- **Etapa 2: Etapa de cobertura inicial**
- **Etapa 3: Etapa de cobertura catastrófica**

SECCIÓN 3 La Explicación de beneficios (EOB) de la Parte D explica en qué etapa de pago se encuentra

Nuestro plan lleva un registro de los costos de sus medicamentos recetados y los pagos que realiza cuando obtiene recetas en la farmacia. De esta manera, podemos informarle cuándo pasó de una etapa de pago de medicamentos a la siguiente. Hacemos un seguimiento de 2 tipos de costos:

- **Gastos de bolsillo:** es lo que usted ha pagado. Esto incluye lo que pagó cuando obtuvo un medicamento cubierto por la Parte D, cualquier pago por sus medicamentos realizado por familiares o amigos, y cualquier pago por sus medicamentos realizado por Extra Help de Medicare, planes de salud de empleadores o sindicatos, el Servicio de Salud Indígena, programas de asistencia para medicamentos contra el SIDA, organizaciones benéficas y la mayoría de los Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica (SPAP).
- **Costos totales de los medicamentos:** es el total de todos los pagos realizados por sus medicamentos cubiertos por la Parte D. Incluye lo que pagó nuestro plan, lo que pagó usted y lo que otros programas u organizaciones pagaron por sus medicamentos cubiertos por 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 3.1 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.
- **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 La etapa de cobertura inicial

Sección 5.1 El precio que pagas por un medicamento depende del medicamento y del lugar donde lo adquieras

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 coaseguro). 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: incluye Medicamentos Genéricos (nivel más bajo)
- Nivel 2: incluye Medicamentos de Marca Preferida -Usted paga $20, por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.
- Nivel 3: incluye Medicamentos de Marca No-Preferida - Usted paga el 20 %, hasta un máximo de $35 dólares, por un suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.
- Nivel 4: incluye Medicamentos de Especializados (nivel más alto)

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 Sus costos por un suministro de un mes de un medicamento cubierto

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

El monto del copago o coaseguro 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.

Sus costos por un suministro de un mes de un medicamento 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 90 días)
Nivel 1 de costo compartido (Medicamentos genéricos)	$2.00	$4.00	$4.00
Nivel 2 de costo compartido (Medicamentos de marca preferidos)	$20.00	$40.00	$40.00
Nivel 3 de costo compartido (Medicamentos de marca no preferidos)	20% hasta un máximo de $125	20% hasta un máximo de $375	20% hasta un máximo de $375
Nivel 4 de costo compartido (Medicamentos de especialidad)	25% o $200, lo que sea menor	entrega por correo no está disponible para los medicamentos en nivel 4.	25% o $200, lo que sea menor

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.

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 coaseguro, paga un porcentaje del costo total del medicamento. Debido a que el coaseguro 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 Sus costos para un suministro a largo plazo (hasta 90 días) de un medicamento cubierto por la Parte D

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

A veces, el costo del medicamento es menor que su copago. En estos casos, usted paga el precio más bajo del medicamento en lugar del copago.

Sus costos para un suministro a largo plazo (hasta 90 días) de un medicamento cubierto por la Parte D

Nivel	Costo compartido por atención de largo plazo (LTC) (hasta un suministro para 90 días)	entrega por correo no esta disponible para los medicamentos en nivel 4.
Nivel 1 de costo compartido (Medicamentos genéricos)	$4.00	$4.00
Nivel 2 de costo compartido (Medicamentos de marca preferidos)	$40.00	$40.00
Nivel 3 de costo compartido (Medicamentos de marca no preferidos)	20% hasta un máximo de $375	20% hasta un máximo de $375
Nivel 4 de costo compartido (Medicamentos de especialidad)	Suplidos de largo plazo no están disponibles en nivel 4.	Entrega por correo no está disponible para los medicamentos en nivel 4.

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

Sección 5.5 Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que los costos de bolsillo del año alcancen los $2,400

Usted se mantiene en la etapa de cobertura inicial hasta que sus gastos de bolsillo totales alcancen los $2,400. 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. Los pagos realizados por estos medicamentos no se tendrán en cuenta para el cálculo de sus gastos totales de bolsillo.

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 $2,400 en un año.

Le avisaremos si alcanza esta cantidad. Vea la Sección 1.3 para más información sobre cómo calcula Medicare sus gastos de bolsillo.

SECCIÓN 6 La etapa de cobertura catastrófica

En la etapa de cobertura catastrófica, usted no paga nada por los medicamentos cubiertos por la Parte D. Usted ingresa a la etapa de cobertura catastrófica cuando sus gastos de

bolsillo alcanzan el límite de $2,400 para el año calendario. Una vez que se encuentra en la etapa de cobertura catastrófica, permanecerá en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.

- Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por los medicamentos cubiertos por la Parte D.

SECCIÓN 7 Lo que usted paga por las vacunas de la Parte D

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 al 1-833-201-9256 (usuarios de TTY 1-866-215-1999) 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.

- 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 coaseguro 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 coaseguro 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 coaseguro 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.
- 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 coaseguro por la administración de la vacuna.

CAPÍTULO 5:
Solicitarnos que paguemos nuestra parte de los costos 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 obtiene un medicamento recetado, es posible que deba pagar el costo total. Otras veces, es posible que pague más de lo que esperaba según las reglas de cobertura de nuestro plan, o que reciba una factura de un proveedor. En estos casos, puede solicitar a nuestro plan que le reembolse el dinero. Tiene derecho a que nuestro plan le reembolse el dinero siempre que haya pagado más de su parte del costo de los medicamentos cubiertos por nuestro plan. Es posible que haya plazos que deba cumplir para obtener el reembolso. Consulte la sección 2 de este capítulo.

Ejemplos de situaciones en las que es posible que deba solicitar a nuestro plan que le reembolse el dinero o que pague una factura que ha recibido:

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 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.

Cuando nos envíe una solicitud de pago, revisaremos su solicitud y decidiremos si el servicio o medicamento debe estar cubierto. Esto se denomina tomar una decisión de cobertura. Si decidimos que debe estar cubierto, pagaremos el servicio o medicamento. Si rechazamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión. El capítulo 7 contiene información sobre cómo presentar una apelación.

SECCIÓN 2 Cómo pedirnos que le devolvamos el pago

Puede solicitarnos el reembolso enviándonos una solicitud por escrito. Si envía una solicitud por escrito, adjunte el recibo que documente el pago que ha realizado. Es recomendable que haga una copia de sus recibos para sus registros. **Debe enviarnos su reclamación antes del 31 de diciembre** del año siguiente al de haber recibido el servicio, artículo o medicamento.

Para asegurarse de que nos proporciona toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede rellenar nuestro formulario de reclamación para solicitar el pago.

- No es obligatorio utilizar el formulario, pero nos ayudará a procesar la información más rápidamente.
- Descargue una copia del formulario de nuestro sitio web www.ssspr.com/postal o llame a Servicios para Miembros al 1-833-201-9256 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-215-1999) y solicite el formulario.

Envíe su solicitud de pago junto con las facturas o los recibos pagados 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 daremos una respuesta positiva o negativa.

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

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

Sección 1.1 Debemos proporcionar información de una manera que sea conveniente para usted y consistente con sus sensibilidades culturales (en idiomas distintos del inglés, braille, letra grande u otros formatos alternativos, etc.)

Nuestro plan debe garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se presten de manera culturalmente competente y sean accesibles para todos los afiliados, incluidos aquellos con dominio limitado del inglés, habilidades de lectura limitadas, discapacidad auditiva o aquellos con antecedentes culturales y étnicos diversos. Algunos ejemplos de cómo nuestro plan puede cumplir con estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros, la provisión de servicios de traducción, servicios de interpretación, teletipos o conexión TTY (teléfono de texto o teléfono teletipo).

Nuestro plan cuenta con servicios de interpretación gratuitos para responder a las preguntas de los miembros que no hablan inglés. También podemos proporcionarle materiales en otros idiomas además del inglés, incluyendo braille, letra grande u otros formatos alternativos sin costo alguno si lo necesita. Estamos obligados a proporcionarle información sobre los beneficios de nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para obtener información de nosotros de la manera que más le convenga, llame a Servicios para Miembros al 1-833-201-9256 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-215-1999).

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

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

Usted tiene derecho a que le surtan o renueven sus recetas en cualquiera de las farmacias de nuestra red sin demoras prolongadas. Si cree que no está recibiendo sus medicamentos de la Parte D en un plazo razonable, el Capítulo 7 le indica lo que puede hacer.

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

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de sus expedientes médicos y su información de salud personal. Nosotros protegemos su información de salud personal tal y como lo requieren estas leyes.

- Su "información de salud personal" incluye la información personal que nos dio cuando usted se inscribió en este plan, así como sus expedientes médicos y otra información médica y de salud.
- Usted tiene derechos relacionados a su información y el control de cómo se utiliza su información de salud. Le enviamos un aviso por escrito, que se llama "Aviso de Prácticas de Privacidad", que le informa sobre estos derechos y le explica cómo protegemos la privacidad de su información de salud.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información de salud?

- Nos aseguramos de que personas no autorizadas no vean ni cambien sus expedientes.
- Excepto en las circunstancias que se indican a continuación, si tenemos la intención de dar su información médica a cualquier persona que no le esté brindando cuidados o pagando por sus cuidados, *estamos obligados a obtener primero una autorización por escrito de usted o de alguien a quien le haya dado poder legal para tomar decisiones por usted.*
- Hay ciertas excepciones en las que no se nos obliga a obtener su autorización por escrito primero. Estas excepciones son permitidas o requeridas por ley.
    - Se nos requiere que divulguemos información de salud a las agencias del gobierno que controlan la calidad del cuidado de salud.
    - Debido a que usted es asegurado de nuestro plan a través de Medicare, estamos obligados a proporcionarle a Medicare su información de salud, incluyendo la información sobre sus medicamentos recetados de la Parte D. Si Medicare da a conocer su información para investigaciones u otros usos, esto se hará de acuerdo con las leyes y reglamentaciones federales, por lo general, esto requiere que no se comparta la información que lo identifica de manera única.

Usted puede ver la información en sus expedientes y saber cómo ha sido compartida con otros

Usted tiene derecho a ver sus expedientes médicos que el plan mantiene y a obtener una copia de sus expedientes. Estamos autorizados a cobrarle un cargo por hacer las copias. También tiene derecho a pedirnos que agreguemos información o corrijamos sus expedientes médicos. Si usted nos pide hacer esto, trabajaremos con su proveedor de cuidado médico para decidir si los cambios deben realizarse.

Usted tiene derecho a saber cómo se ha compartido su información de salud con terceros para fines no rutinarios.

Si tiene preguntas o preocupaciones sobre la privacidad de su información personal de salud, llame a Servicios al Asegurado al 1-833-201-9256 (Usuarios de TTY deben llamar al 1-866-215-1999).

Sección 1.4 Debemos proporcionarle información acerca de nuestro plan, su red de proveedores y sus medicamentos cubiertos

Como asegurado de Triple-S Óptimo PSHB, usted tiene derecho a obtener de nosotros varios tipos de información de nuestra parte.

Si desea obtener cualquiera de los siguientes tipos de información, llame a Servicios al Asegurado al 1-833-201-9256 (Usuarios de TTY deben llamar al 1-866-215-1999):

- **Información sobre nuestro plan**. Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera de nuestro plan.
- **Información sobre nuestros proveedores de la red, incluyendo las farmacias de nuestra red.** Usted tiene derecho a obtener de nosotros información sobre las calificaciones de los proveedores y las farmacias de nuestra red y cómo le pagamos a los proveedores de nuestra red.
- **Información sobre su cubierta y las reglas que debe seguir cuando use su cubierta.** En los Capítulos 3 y 4, proporcionamos información sobre los servicios médicos que están cubiertos. Los Capítulos 5 y 6 proporcionan información sobre la cubierta de medicamentos de la Parte D.
- **Información sobre por qué algo no está cubierto y lo que puede hacer al respecto**. El Capítulo 7 proporciona información sobre cómo pedir una explicación por escrito de por qué un servicio médico o un medicamento de la Parte D no está cubierto o si su cobertura está restringida. El Capítulo 7 también proporciona información sobre cómo pedirnos que cambiemos una decisión, también llamada apelación.

Sección 1.5 Usted tiene derecho a conocer sus opciones de tratamiento y participar en las decisiones sobre su cuidado

Tiene derecho a dar instrucciones sobre lo que se debe hacer si no puede tomar decisiones médicas por sí mismo.

A veces, las personas se ven incapacitadas para tomar decisiones sobre su atención médica debido a accidentes o enfermedades graves. Usted tiene derecho a decir lo que quiere que suceda si se encuentra en esta situación. Esto significa que, si lo desea, 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**. Los documentos llamados **testamento en vida** y **poder de atención médica** son ejemplos de las directivas anticipadas.

Cómo establecer directrices anticipada para dar instrucciones:

- **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.
- **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.

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 del Estatal.

Sección 1.6 Tiene derecho a presentar reclamaciones y pedirnos que reconsideremos las decisiones que tomamos

Si tiene algún problema, preocupación o queja sobre el cuidado o los servicios cubiertos, o para presentar una apelación el Capítulo 9 de este documento le indica lo que puede hacer. Independientemente de lo usted que haga, ya sea solicitar una decisión de cubierta o presentar una apelación o queja, **estamos obligados a tratarle justamente.**

Sección 1.7 Si cree que se le trata injustamente o que no se respetan sus derechos

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

Si cree que se le ha tratado injustamente o que no se han respetado sus derechos, *y no* se trata de discriminación, usted puede obtener ayuda para atender su problema:

- **Llame a Servicio al Asegurado al 1-833-201-9256 (Usuarios de TTY deben llamar al 1-866-215-1999)**
- **Lame a la oficia local del Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) al** 1-877-839-2675.
- **Llame a Medicare al** 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (Usuarios TTY llame al 1-877-486-2048)

Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos

Obtenga más información sobre sus derechos en estos lugares:

- **Llame a Servicio al Asegurado al 1-833-201-9256 (Usuarios de TTY deben llamar al 1-866-215-1999)**

- **Lame a la oficina local del Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) al** 1-877-839-2675.
- **Contactos de Medicare**
- Visite www.Medicare.gov para leer la publicación *Sus derechos y protecciones en Medicare*. (disponible en: Medicare Rights & Protections)
- Llame a 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (Usuarios TTY llama a 1-877-486-2048)

SECCIÓN 2 Sus responsabilidades como asegurado de nuestro plan

Lo que tiene que hacer como asegurado de nuestro plan se enumera a continuación. Si tiene preguntas, llame a Servicios al Asegurado al 1-833-201-9256 (Usuarios de TTY deben llamar al 1-866-215-1999).

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las reglas que debe seguir para obtener estos servicios**. Utilice esta *Evidencia de Cubierta* para saber lo que está cubierto y las reglas que tiene que seguir para obtener sus servicios cubiertos.
    - Los Capítulos 3 y 4 proveen detalles sobre la cubierta de medicamentos de la Parte D.
- **Si, además de nuestro plan, tiene otra cubierta de salud o de medicamentos, está obligado a informarlo.** El Capítulo 1 le explica cómo coordinar estos beneficios.
- **Dígale al médico y a otros proveedores de cuidado médico que está inscrito en nuestro plan.** Muestre su tarjeta de asegurado de nuestro plan cada vez que obtenga medicamentos de la Parte D.
- **Permita que sus médicos y otros proveedores le ayuden al proveer información, hacer preguntas y dar seguimiento de su cuidado médico.**
    - Para ayudar a sus médicos y otros proveedores de cuidado médico a proveerle el mejor cuidado, aprenda lo más que pueda sobre sus problemas de salud y provea la información que ellos necesitan sobre usted y su salud. Siga las instrucciones y planes de tratamiento que usted y sus médicos acordaron.
    - Asegúrese de que sus médicos conozcan todos los medicamentos que está tomando, incluyendo los medicamentos fuera del recetario (OTC), las vitaminas y los suplementos.
    - Si tiene preguntas, asegúrese de hacerla y obtener una respuesta que pueda entender.
- **Pague lo que debe**. Como asegurado del plan, usted es responsable de estos pagos:
    - Debe pagar su prima del plan.

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

- **Si se muda dentro del área de servicio de nuestro plan, necesitamos saberl**o para poder mantener actualizado su registro de membresía y saber cómo comunicarnos con usted.
- **Si se muda fuera del área de servicio de nuestro plan, no podrá seguir siendo miembro de nuestro plan.**
- **Si se muda, informe al Seguro Social (o a la Junta de Jubilación Ferroviaria).**

CAPÍTULO 7:
Si tiene un problema o una queja (decisiones de cubierta, apelaciones, quejas)

SECCIÓN 1 Que hacer si tiene un problema o una preocupación

Este capítulo le explica 2 tipos de procesos para manejar problemas y preocupaciones:

- Para algunos tipos de problemas, usted necesita usar el **proceso para decisiones de cubierta y apelaciones**.
- Para otros tipos de problemas, usted necesita usar el **proceso para presentar quejas;** también llamadas querellas.

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

La información en este capítulo le ayudara a identificar el proceso correcto a seguir y qué debe hacer.

Sección 1.1 Términos legales

Existe terminología legal para algunas de las reglas, procedimientos y tipos de plazos que se explican en este capítulo. Muchos de estos términos son desconocidos para la mayoría de las personas. Para simplificar las cosas, este capítulo utiliza palabras más familiares en lugar de algunos términos legales.

Sin embargo, a veces es importante conocer los términos legales correctos. Para ayudarle a saber qué términos utilizar para obtener la ayuda o información adecuadas, incluimos estos términos legales cuando damos detalles para tratar situaciones específicas.

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información personalizada

Siempre estamos disponibles para ayudarte. Incluso si tiene una queja sobre el trato que le hemos dado, estamos obligados a respetar su derecho a reclamar. Siempre debe llamar a Asegurado al 1-833-201-9256 (Usuarios de TTY deben llamar al 1-866-215-1999) para pedir ayuda. En algunas situaciones, también puede necesitar ayuda u orientación de alguien que no esté relacionado con nosotros. Dos organizaciones que pueden ayudarle son:

Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP)

Este programa gubernamental tiene consejeros adiestrados en cada estado. El programa no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los consejeros de este programa pueden ayudarle a comprender el proceso que debe utilizar para lidiar con el problema que tenga. Además, ellos también pueden responder sus preguntas, darle más información y orientarle sobre lo que debe hacer.

Los servicios ofrecidos por los consejeros del SHIP (por sus siglas en inglés) son gratuitos. Usted puede encontrar los números de teléfono y la página web in el Capítulo 2, Sección 3 de este documento.

Medicare

También puede solicitar ayuda a Medicare:

- Llame 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Usuarios TTY llame al 1-877-486-2048
- Visite www.Medicare.gov

SECCIÓN 3 Qué proceso debe utilizar para su problema

¿Su problema o preocupación es sobre sus beneficios o su cubierta?

Esto incluye los problemas sobre si el cuidado médico (artículos médicos, servicios y/o medicamentos recetados de la Parte B) están cubiertos o no, la forma en que están cubiertos y los problemas relacionados con el pago del cuidado médico.

Sí.

Vaya a la, **Sección 4, Una Guía para decisiones de cubierta y las apelaciones.**

No.

Vaya a la **Sección 7**, **Cómo presentar una queja sobre la calidad del cuidado, los tiempos de espera, el servicio al asegurado u otras inquietudes.**

Decisiones de cubierta y apelaciones

SECCIÓN 4 Una Guía para decisiones de cubierta y las apelaciones

Las decisiones sobre cobertura y las apelaciones se refieren a problemas relacionados con sus beneficios y cobertura para medicamentos recetados, incluidos los pagos. Este es el proceso que se utiliza para cuestiones tales como si un medicamento está cubierto o no y la forma en que está cubierto.

Solicitar decisiones de cubierta antes de recibir el servicio

Si desea saber si cubriremos la atención médica antes de recibirla, puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura por usted. Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre el monto que pagaremos por sus medicamentos recetados.

En circunstancias limitadas, una solicitud de decisión de cubierta será desestimada, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de casos en los que se rechazará una solicitud son: si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo o si usted pide que se retire su solicitud. Si desestimamos una solicitud de decisión de cubierta, le enviaremos un aviso explicando por qué se ha desestimado la solicitud y cómo solicitar una revisión de la desestimación.

Tomamos una decisión de cubierta cada vez que decidimos qué está cubierto para usted y cuánto pagamos. En algunos casos, podemos decidir que un cuidado médico o medicamento no está cubierto o ya no está cubierto para usted. Si no está de acuerdo con esta decisión de cubierta, puede presentar una apelación.

Presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cubierta, antes o después de haber recibido el beneficio, y no se siente satisfecho con esta, usted puede **apelar** la decisión. Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos y cambiemos una decisión de cubierta tomada por nosotros. En determinadas circunstancias, de las que hablaremos más adelante, puede solicitar una **apelación rápida** de una decisión de cubierta. Su apelación será gestionada por revisores diferentes a los que tomaron la decisión original.

Cuando apela una decisión por primera vez, esto se denomina apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que tomamos para verificar si seguimos correctamente las reglas. Cuando completamos la revisión, le comunicamos nuestra decisión.

En circunstancias limitadas, una solicitud de apelación de Nivel 1 será desestimada, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de cuándo se desestimará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien la presenta en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo, o si usted solicita que se retire su solicitud. Si desestimamos una solicitud de apelación de nivel 1, le enviaremos un aviso explicando por qué se desestimó la solicitud y cómo solicitar una revisión de la desestimación.

Si no desestimamos su caso, pero rechazamos toda o parte de su apelación de Nivel 1, puede pasar a una apelación de Nivel 2. La apelación de Nivel 2 la lleva a cabo una organización de revisión independiente que no está relacionada con nosotros. Si no está satisfecho con la decisión de la apelación de Nivel 2, puede continuar con niveles adicionales de apelación (en este capítulo se explican las apelaciones de Nivel 3, 4 y 5).

Sección 4.1 Obtener ayuda para solicitar una decisión de cobertura o presentar un recurso

Estos son los recursos que puede utilizar si decide solicitar algún tipo de decisión de cubierta o apelar una decisión:

- **Llame a Servicio al Asegurado** al 1-833-201-9256 (Usuarios de TTY deben llamar al 1-866-215-1999).
- **Obtenga ayuda gratuita** de su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud.
- **Su médico u otro proveedor de salud puede realizar la solicitud por usted.** En el caso de los medicamentos de la Parte D, su médico u otro profesional que le receta puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si se rechaza su apelación de Nivel 1, su médico o profesional que le receta puede solicitar una apelación de Nivel 2.
- **Puede solicitarle a alguien que actúe en su nombre**. Usted puede designar a otra persona para que actúe en su nombre como su “representante” para solicitar una decisión de cubierta o presentar una apelación.
    - Si quiere que un amigo, pariente, su médico u otro proveedor de salud, u otra persona sea su representante, llame a Servicio al Asegurado al 1-833-201-9256 (Usuarios de TTY deben llamar al 1-866-215-1999) y pida el formulario “Nombramiento de representante”. (El formulario también está disponible en

www.CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestra página web en www.sssadvantage.com). Este formulario le otorga a esa persona la autorización de actuar en su nombre. El formulario debe estar firmado por usted y por la persona que usted desea que actúe en su nombre. Usted tiene que darle al plan una copia del formulario firmad.

- Podemos aceptar una solicitud de apelación de parte de su representante sin el formulario, pero 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 desestimada. Si esto ocurre, le enviaremos una notificación por escrito explicándole su derecho a solicitar a la organización de revisión independiente que revise nuestra decisión de desestimar su apelación.

- **También tiene derecho a contratar a un abogado para que actúe por usted.** Puede comunicarse con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado del colegio de abogados local u otro servicio de referidos. También existen grupos que le proporcionarán servicios legales gratuitos si usted cualifica. Sin embargo, **no es obligatorio que contrate a un abogado** para solicitar algún tipo de decisión de cubierta o apelar 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 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 surtirse 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**.

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 Solicitar 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:

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 producto biológico, puede solicitarnos que cubramos su medicamento con un costo compartido menor. Este sería el nivel más bajo que contiene productos biológicos alternativos para tratar su afección.
    - 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.

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 Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

Término Legal:

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).
- 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.
    - 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.
- **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 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 **predeterminación** del plan.

Una apelación rápida también se llama una **predeterminación 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, 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.
- **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 5.5 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.

- 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.
- **Usted debe presentar su solicitud de apelación dentro de los 65 días calendario** a partir de la fecha que figura en la notificación por escrito.
- 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.

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.

SECCIÓN 6 Presentar su apelación a los niveles 3, 4 y 5

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 el juez administrativo o el abogado adjudicador aprueban su apelación, el proceso de apelación puede terminar o no**. A diferencia de una decisión en una apelación de nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de nivel 3 que sea favorable para usted. Si decidimos apelar, pasará a una apelación de nivel 4.
    - Si decidimos no apelar, debemos autorizarle o proporcionarle la atención médica en un plazo de 60 días naturales a partir de la fecha en que recibamos la decisión del juez administrativo o del abogado adjudicador.
    - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de nivel 4 con todos los documentos adjuntos. Es posible que esperemos a la decisión de la apelación de nivel 4 antes de autorizar o proporcionar la atención médica en disputa.
- **Si el juez administrativo o el abogado adjudicador rechaza su apelación, el proceso de apelación puede terminar o no.**
    - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación habrá terminado.
    - Si no desea aceptar la decisión, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. La notificación que reciba le indicará qué debe hacer para presentar 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, o si el Consejo rechaza nuestra solicitud de revisar una decisión favorable de apelación de Nivel 3, el proceso de apelación puede o no haber terminado**. A diferencia de una decisión en el Nivel 2, tenemos derecho a

apelar una decisión de Nivel 4 que sea favorable para usted. Decidiremos si apelamos esta decisión al Nivel 5.
    - Si decidimos no apelar la decisión, debemos autorizarle o proporcionarle la atención médica en un plazo de 60 días naturales tras recibir la decisión del Consejo.
    - Si decidimos apelar la decisión, se lo comunicaremos por escrito.
- **Si la respuesta es no o si el Consejo deniega la solicitud de revisión, el proceso de apelación puede haber terminado o no**.
    - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación habrá terminado.
    - Si no desea aceptar la decisión, es posible que pueda continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, la notificación que reciba le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5 y cómo continuar con una apelación de Nivel 5.

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.

Presentar Quejas

SECCIÓN 7 Cómo presentar una queja sobre la calidad del cuidado, los tiempos de espera, el servicio al asegurado u otras inquietudes

Sección 7.1 ¿Qué clase de problemas se manejan mediante el proceso de quejas?

El proceso de quejas *solo* aplica a ciertos tipos de problemas. Entre ellos se incluyen los problemas relacionados con la calidad del cuidado, los tiempos de espera y servicio al asegurado que recibe. A continuación, encontrará algunos ejemplos de los tipos de problemas que pueden manejarse a través del proceso de quejas.

Quejas	Ejemplo
Calidad de su cuidado médico	• ¿Está insatisfecho con la calidad del cuidado que ha recibido (incluyendo el cuidado hospitalario)?

Quejas	Ejemplo
Respeto de su privacidad	• ¿Alguien no respetó el derecho a su privacidad o compartió información confidencial?
Falta de respeto, servicio al asegurado inadecuado u otro comportamiento negativo	• ¿Alguien ha sido descortés o le ha faltado el respeto? • ¿Está insatisfecho con la manera en que lo han tratado en Servicios al Asegurado? • ¿Le parece que le están alentando a dejar nuestro plan?
Tiempos de espera	• ¿Tiene dificultades para conseguir una cita o tiene que esperar demasiado para conseguirla? • ¿Le han hecho esperar demasiado por médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud? ¿O tuvo que esperar demasiado por Servicios al Asegurado u otro personal de nuestro plan? ○ Los ejemplos incluyen largas esperas al teléfono, en la sala de espera, en la sala de examen o cuando le van a dar una receta.
Limpieza	• ¿Está insatisfecho con la limpieza o el estado de una clínica, un hospital o un consultorio de un médico?
Información que proporciona el plan	• ¿No le hemos dado un aviso que estamos obligados a darle? • ¿La información que le proporcionamos por escrito es difícil de comprender?
Puntualidad (Estos tipos de quejas se relacionan con la puntualidad de nuestras acciones en relación con las decisiones de cubierta y las apelaciones)	Si usted solicita una decisión de cubierta o presenta una apelación, y le parece que no estamos respondiendo lo suficientemente rápido, usted puede presentar una queja por nuestra lentitud. Estos son algunos ejemplos: • Si nos solicitó una *decisión de cubierta rápida* o una apelación rápida, y le informamos que no lo haremos, puede presentar una queja. • Si cree que no cumplimos con los plazos para darle una decisión de cubierta o la respuesta a una apelación que presentó, puede presentar una queja. • Si cree que no estamos cumpliendo con los plazos para cubrir o reembolsar ciertos artículos o servicios médicos o medicamentos aprobados, puede presentar una queja.

Quejas	Ejemplo
	• Si cree que no cumplimos los plazos requeridos para enviar su caso a la organización de revisión independiente, puede presentar una queja.

Sección 7.2 Cómo presentar una queja

Legal Terms:

En esta sección, una **queja** también se denomina **querella**

Otro término para presentar una queja es radicar una querella.

Otra forma de decir usar el proceso para quejas es usar el proceso para radicar una querella.

Una **queja rápida** también se llama **queja acelerada**.

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

- **Llamar a Servicios al Asegurado al** 1-833-201-9256 Usuarios (TTY pueden llamar 1-866-215-1999) es usualmente el primer paso**.** Si debe hacer algo más, Servicios al Asegurado se lo indicará.
- **Si no desea llamar (o si llamó y no quedó satisfecho), puede poner su queja por escrito y nos la envía.** Si presenta su queja por escrito, le responderemos por escrito.

Grievance Department

P.O. Box 30016

Pittsburgh, PA 15222-0330

Al recibir su queja, iniciaremos el proceso:

- 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: Analizaremos su queja y le daremos una respuesta.

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

Sección 7.3 También puede presentar quejas sobre la calidad del cuidado a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad

Cuando su queja es sobre la *calidad del cuidado*, también tiene dos opciones adicionales:

- **Puede presentar su queja directo a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.** La Organización para el Mejoramiento de la Calidad es un grupo de médicos practicantes y otros expertos en cuidado médico pagados por el gobierno federal para

evaluar y mejorar el cuidado brindado a los pacientes de Medicare. El Capítulo 2 tiene la información de contacto.

O

- **Puede presentar su queja ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y ante nosotros al mismo tiempo.**

Sección 7.4 También puede presentarle su queja a Medicare

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

CAPÍTULO 8:
Terminar su afiliación a nuestro plan

SECCIÓN 1 Terminar su afiliación a nuestro plan

Terminar su afiliación a Triple-S Óptimo PSHB puede ser algo **voluntario** (por elección propia) o **involuntario** (no por elección propia):

- Puede que deje nuestro plan porque decidió que *desea* dejarlo. Las Secciones 2 y 3 proveen información para terminar su membresía voluntariamente.
- También existen situaciones limitadas en las que usted no elije dejar el plan, pero nos vemos obligados a terminar su afiliación. La Sección 5 describe las situaciones en las que podemos terminar su afiliación.

Si está dejando nuestro plan, nuestro plan debe continuar proveyendo su cuidado médico y usted continuará pagando su costo compartido hasta que finalice su afiliación.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su afiliación a nuestro plan

Sección 2.1 Puede cancelar su afiliación durante el Periodo de Afiliación Abierto

Puede cancelar su afiliación a nuestro plan durante el **Periodo de Afiliación Abierta cada año**. Este es el momento en el que debe revisar su cubierta de salud y medicamentos y tomar una decisión sobre la cubierta para el próximo año.

- El **Periodo de Afiliación Abierto** es del **15 de octubre al 7 de diciembre**.

- **Puede elegir mantener su cubierta actual o hacer cambios en su cubierta para el próximo año.** Si decide cambiar a un nuevo plan, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:

    - Otro plan de salud de Medicare con o sin una cubierta de medicamentos,
    - Medicare Original *con* un plan separado de medicamentos de Medicare
    - Medicare Original *sin* un plan separado de medicamentos de Medicare.

- Si escoge esa opción y recibe Ayuda Adicional Medicare podría afiliarlo automáticamente en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por la exclusión de la inscripción automática.

- Un plan de salud de Medicare. Un plan de salud de Medicare es un plan ofrecido por una empresa privada que tiene un contrato con Medicare para proporcionar todos los beneficios de la Parte A (hospitalaria) y la Parte B (médica) de Medicare. Algunos planes de salud de Medicare también incluyen la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D.

  Si se inscribe en la mayoría de los planes de salud de Medicare, se le dará de baja de 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 mantener Triple-S Óptimo PSHB para su cobertura de medicamentos. Si no desea mantener nuestro plan, puede optar por inscribirse en otro plan de medicamentos recetados de Medicare o cancelar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare.

Nota: Si cancela su afiliación en un plan de medicamentos recetados de Medicare y no tiene otra cubierta "acreditable" para medicamentos recetados por 63 días consecutivos o más, usted podría tener que pagar una penalidad por afiliación tardía a la Parte D si se inscribe luego en un plan de medicamentos de Medicare.

- **Su afiliación a nuestro plan** finalizará cuando comience la cubierta de su nuevo plan el 1 de enero.

Sección 2.2 Puede cancelar su afiliación durante el Periodo anual de inscripción

En determinadas situaciones, los miembros de Triple-S Óptimo PSHB pueden tener derecho a dar de baja su afiliación en otras épocas del año. Esto se conoce como **«período de inscripción especial»**.

Usted puede tener derecho a dar de baja su afiliación durante un período de inscripción especial si se da alguna de las siguientes situaciones. Estos son solo ejemplos; para obtener la lista completa, puede ponerse en contacto con nuestro plan, llamar a Medicare o visitar Medicare.gov:

- Por lo general, cuando se muda
- Si tiene Medicaid
- Si es elegible para recibir ayuda adicional para pagar la cobertura de medicamentos de Medicare

- Si incumplimos nuestro contrato con usted
- Si recibe atención en una institución, como un hogar de ancianos o un hospital de cuidados a largo plazo (LTC)
- **Nota**: Si está en un programa de administración de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de plan. El Capítulo 3, Sección 10, le brinda más información sobre los programas de administración de medicamentos.

Los períodos de inscripción varían según su situación.

Para saber si reúne los requisitos para un período de inscripción especial, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si es elegible para cancelar su afiliación debido a una situación especial, puede optar por cambiar tanto su cobertura médica como su cobertura de medicamentos de Medicare. Puede elegir:

- Otro plan de medicamentos de Medicare.
- Medicare Original sin un plan de medicamentos de Medicare por separado.
- Un plan de salud de Medicare. Un plan de salud de Medicare es un plan ofrecido por una empresa privada que tiene un contrato con Medicare para proporcionar todos los beneficios de la Parte A (hospitalaria) y la Parte B (médica) de Medicare. Algunos planes de salud de Medicare también incluyen la cobertura de medicamentos de la Parte D.
    - Si se inscribe en la mayoría de los planes de salud de Medicare, se le dará de baja automáticamente de 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 mantener Triple-S Óptimo PSHB para su cobertura de medicamentos. Si no desea mantener nuestro plan, puede optar por inscribirse en otro plan de medicamentos recetados de Medicare o cancelar la cobertura de medicamentos de Medicare.

Nota: Si se da de baja de la cobertura de medicamentos de Medicare y permanece sin una cobertura acreditable de medicamentos recetados durante 63 días o más consecutivos, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D si se inscribe más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.

Su afiliación finalizará normalmente el primer día del mes siguiente a la recepción de su solicitud de cambio de plan.

Si recibe ayuda adicional de Medicare para pagar los costos de su cobertura de medicamentos: Si se cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan de

medicamentos de Medicare por separado, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que opte por no participar en la inscripción automática.

Sección 2.3 Obtenga más información sobre cuándo puede cancelar su afiliación

Si tiene pregunta sobre cuándo puede cancelar su afiliación:

- **Llame a Servicio al asegurado al 1-833-201-9256(Usuarios TTY llame al 1-866-215-1999)**
- Puede encontrar la información en el manual ***Medicare y Usted 2027***
- Puede llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048

SECCIÓN 3 Cómo puede cancelar su afiliación a nuestro plan

La siguiente tabla explica cómo debe cancelar su afiliación a nuestro plan.

Para cambiar de nuestro a:	Esto es lo que debe hacer:
Otro plan de salud de Medicare	• Inscribirse en el nuevo plan de salud de Medicare. • Su afiliación a Triple-S Óptimo PSHB se terminará automáticamente cuando comience su cubierta en el nuevo plan.
Medicare Original *con* un plan separado de medicamentos de Medicare	• Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos de Medicare. • Su afiliación a Triple-S Óptimo PSHB se terminará automáticamente cuando comience su cubierta en el nuevo plan.
Medicare Original *sin* un plan separado de medicamentos de Medicare	• **Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la afiliación.** Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con Servicios al Asegurado al 1-833-201-9256 (Usuarios TTY llame al 1-866-215-1999) si necesita más información sobre cómo hacer esto. • También puede llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y solicitar que se cancele su afiliación. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

	• Se le desafiliará de Triple-S Óptimo PSHB cuando comience su cubierta en Medicare Original.

SECCIÓN 4 Hasta que se termine su afiliación, debe seguir recibiendo sus artículos médicos servicios y medicamentos a través de nuestro plan

Hasta que finalice su afiliación a nuestro plan y comience su nueva cubierta de Medicare debe continuar obteniendo sus artículos y atención médica, y sus medicamentos recetados a través de nuestro plan.

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

SECCIÓN 5 Triple-S Óptimo PSHB debe terminar su afiliación al plan en ciertas situaciones

Triple-S Óptimo PSHB debe poner fin a su afiliación a nuestro plan si se da alguna de las siguientes circunstancias:

- Si ya no tiene la Parte A y la Parte B de Medicare.
- Si se muda fuera del área de servicio
- Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio por más de seis meses
    - Si se muda o realiza un viaje largo, usted tiene que llamar a Servicios al Asegurado al 1-833-201-9256 (Usuarios TTY llame al 1-866-215-1999) para conocer si el lugar al que se muda o viaja está dentro de nuestra área de servicio
- Si es encarcelado (va a la cárcel).
- Si ya no es ciudadano de los Estados Unidos o no está legalmente en los Estados Unidos.
- Si miente u oculta información sobre otro seguro que tenga que le ofrece cubierta para medicamentos recetados.
- Si intencionalmente nos provee información incorrecta al inscribirse en nuestro plan y dicha información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos hacer que deje nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).

- Si continuamente se comporta de una forma que es perturbadora y hace que sea difícil que les brindemos cuidado médico a usted y a otros asegurados del plan. (No podemos hacer que deje nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
- Si deja que otra persona use su tarjeta de asegurado para obtener cuidado médico. (No podemos hacer que deje nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
    - Si terminamos su afiliación por esta razón, Medicare podrá referir su caso para que sea investigado por el Inspector General.
- Si, debido a sus ingresos, debe pagar la cantidad adicional de la Parte D y no lo hace, Medicare le dará de baja de nuestro plan y perderá la cobertura de medicamentos.

Si tiene preguntas o para obtener más información sobre cuándo podemos terminar su afiliación, puede llamar a Servicios al Asegurado al 1-833-201-9256 (Usuarios TTY llame al 1-866-215-1999.

Sección 5.1 No podemos pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con la salud

Triple-S Óptimo PSHB no está autorizado a pedirle que abandone nuestro plan por ninguna razón relacionada con su salud.

¿Qué debe hacer si sucede esto?

Si le parece que le están pidiendo que deje nuestro plan por motivos relacionados con su salud, debe llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 5.2 Tiene derecho a presentar una queja si terminamos su afiliación a nuestro plan

Si terminamos su afiliación a nuestro plan, tenemos la obligación de darle las razones de dicha decisión por escrito. Además, tenemos que explicarle cómo puede radicar una querella o presentar una queja sobre nuestra decisión de terminar su afiliación.

CAPÍTULO 9:
Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre las leyes vigentes

La ley principal que aplica a este documento *Evidencia de Cubierta* es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y las regulaciones creadas bajo esta ley por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Además, es posible que apliquen otras leyes federales y, en ciertas circunstancias, las leyes del estado en el que vive. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades aun cuando las leyes no estén incluidas ni explicadas en este documento.

SECCIÓN 2 Aviso de no discriminación

No discriminamos por motivo de raza, origen étnico, nacionalidad, color, religión, sexo, edad, discapacidad física o mental, estado de salud, experiencia en reclamaciones, antecedentes médicos, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que ofrecen planes Medicare Advantage, como nuestro plan, deben cumplir con las leyes federales contra la discriminación, incluyendo el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley contra la Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley del Cuidado de Salud Asequible, todas las demás leyes que aplican a las organizaciones que reciben fondos federales y cualquier otra ley o norma que aplique por cualquier otra razón.

Si desea más información o le preocupa la discriminación o el trato injusto, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a la Oficina de Derechos Civiles de su localidad. También puede consultar la información de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos HHS.gov/ocr/index.html.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda con acceso a cuidado, llámenos a Servicios al Asegurado al 1-833-201-9256 (Usuarios TTY llame al 1-866-215-1999. Si tiene una queja, como un problema con acceso en silla de ruedas, Servicios al asegurado puede ayudarlo.

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

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos de Medicare por los que Medicare no es el pagador primario. Según las regulaciones de los CMS en el Título 42, Secciones 422.108 y 423.462 del Código de Regulaciones Federales (CFR, por sus siglas en inglés), Triple-S Óptimo PSHB, como Organización Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que los que el secretario ejerce conforme a las regulaciones de los CMS en las subpartes B a D de la parte 411 del Título 42 del CFR, y las reglas establecidas en esta sección sustituyen cualquier legislación estatal.

CAPÍTULO 10: Definiciones

Asegurado (Asegurado de Nuestro Plan o "Asegurado del Plan"): Una persona con Medicare y elegible para recibir los servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan y cuya afiliación ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés).

Apelación: Es un proceso que realiza si no está de acuerdo con nuestra decisión de denegarle una solicitud de servicios de cuidado de salud, medicamentos recetados o pagos por servicios o medicamentos que ya recibió. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de interrumpir los servicios que está recibiendo.

Área de Servicio: Un área geográfica donde usted debe vivir para afiliarse a un plan en particular. Por lo general, para los planes que limitan a qué médicos y hospitales puede acudir, también es el área donde puede obtener servicios rutinarios (no de emergencia). Nuestro plan tiene que terminar su afiliación si se muda fuera del área de servicio de manera permanente.

Asistente Para el Cuidado de la Salud en el Hogar: Es una persona que brinda servicios que no requieren las destrezas profesionales de enfermeros o terapeutas certificados, tal como ayudar con el cuidado personal (por ejemplo, bañarse, usar el baño, vestirse o realizar los ejercicios indicados).

Ayuda Adicional: Un programa de Medicare o del estado para ayudar a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos recetados de Medicare, tales como las primas, los deducibles y el coaseguro.

Biosimilar: Producto biológico muy similar, 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 (véase "**Biosimilar intercambiable**").

Biosimilar Intercambiable: Un biosimilar que puede utilizarse como sustituto de un producto biosimilar original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta porque cumple requisitos adicionales relacionados con la posibilidad de sustitución automática. La sustitución automática en la farmacia está sujeta a la legislación estatal.

Cantidad de Ajuste Mensual Relacionado con el Ingreso (IRMAA, por sus siglas en inglés): Si su ingreso bruto ajustado modificado como se informa en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años está por encima de un cierto monto, pagará el monto de la prima estándar y un Monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso, también conocido como IRMAA.

IRMAA es un cargo adicional agregado a su prima. Menos del 5% de las personas con Medicare se ven afectadas, por lo que la mayoría de las personas no pagarán una prima más alta.

Cantidad Máxima que Paga de su Bolsillo: Es el máximo que pagará por los servicios cubiertos de las Partes A y B que reciba de proveedores de la red (preferidos). Una vez alcanzado este límite, no tendrá que pagar nada cuando reciba servicios cubiertos de proveedores de la red durante el resto del año del contrato. Sin embargo, hasta que alcance su monto combinado de desembolso personal, deberá seguir pagando su parte de los costos cuando busque atención médica de un proveedor fuera de la red (no preferido).

Cantidad Máxima de Desembolso Combinada: es la cantidad máxima que pagará en un año por todos los servicios de la Parte A y la Parte B, tanto de los proveedores de la red (preferidos) como de los proveedores fuera de la red (no preferidos).

Centro de Cirugía Ambulatoria: Un centro que funciona exclusivamente con el propósito de proporcionar servicios de cirugía ambulatoria a pacientes que no requieren hospitalización y cuya estadía prevista en el centro no supere las 24 horas

Centro de Rehabilitación Integral Ambulatoria (CORF, por sus siglas en inglés): Un centro que brinda principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, como terapia física, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios de patología del habla y servicios de evaluación del entorno del hogar.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés): Es la agencia federal que administra Medicare.

Coaseguro: Una cantidad que podría tener que pagar, expresada en porcentaje, (por ejemplo, 20%) como su parte de los costos por medicamentos recetados o servicios.

Copago: Una cantidad que podría tener que pagar como su parte del costo de un servicio o artículo médico, ya sea una visita médica, una visita hospitalaria ambulatoria o un medicamento recetado. Un copago es, por lo general, una cantidad fija, (ejemplo – $10), en vez de un porcentaje

Costo Compartido: Se refiere a las cantidades que un asegurado tiene que pagar cuando obtiene servicios o medicamentos. El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos – (1) toda cantidad deducible que un plan pueda imponer antes de cubrir los servicios o medicamentos; (2) cualquier cantidad de “copago” fijo que un plan exige cuando se recibe un medicamento o servicio específico; o (3) cualquier cantidad de “coaseguro”, un porcentaje de la cantidad total pagada por un servicio o medicamento, requerida por el plan cuando se recibe un medicamento o servicio específico.

Costo Compartido Estándar: Es el costo compartido ofrecido en una farmacia de la red aparte del costo compartido preferido.

Costo Compartido Preferido: Significa un costo compartido menor para ciertos medicamentos cubiertos de la Parte D en determinadas farmacias de la red.

Costos que Paga de Su Bolsillo: Vea la definición de "costo compartido". El requisito de costo compartido de un asegurado para pagar una parte de los servicios o medicamentos recibidos también se conoce como el requisito de costo "de su bolsillo" de un asegurado.

Cubierta Acreditable Para Medicamentos Recetados: Cubierta para medicamentos recetados (por ejemplo, de un patrono o un sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cubierta para medicamentos recetados estándar de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cubierta, cuando sean elegibles para Medicare, pueden normalmente seguir con esa cubierta sin pagar una penalidad si deciden inscribirse más tarde en un plan de cubierta para medicamentos recetados de Medicare.

Cubierta Para Medicamentos Recetados de Medicare (Parte D de Medicare): Seguro que ayuda a pagar los medicamentos recetados para pacientes ambulatorios, las vacunas, los productos biológicos y algunos suplidos que no están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare.

Cuidado de Custodia: Es el cuidado personal proporcionado en un hogar de ancianos, hospicio u otro centro cuando no se requiere atención médica o de enfermería especializada. El cuidado de custodia es proporcionado por personas que no tienen habilidades ni capacitación profesional, incluye ayuda con actividades cotidianas como bañarse, vestirse, alimentarse, acostarse y levantarse de la cama o de una silla, desplazarse y usar el baño. También puede incluir el tipo de actividades de cuidado de la salud que la mayoría de las personas realizan por su cuenta, como echarse gotas en los ojos. Medicare no paga por cuidado de custodia.

Cuidado de Emergencia: Servicios cubiertos que son – (1) realizados por un proveedor cualificado para ofrecer servicios de emergencia; y (2) necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia.

Cuidado en un Centro de Enfermería Especializada (SNF, por sus siglas en inglés): Servicios de cuidado de enfermería especializada y rehabilitación brindados a diario en un centro de enfermería especializada. Ejemplos incluyen terapia física o inyecciones intravenosas que solo pueden ser administradas por un enfermero graduado registrado o un médico.

Cuidado Necesario de Urgencia: Un servicio cubierto por el plan que requiera atención médica inmediata y que no sea una emergencia es un servicio necesario urgentemente si

usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan o si no es razonable, teniendo en cuenta el momento, el lugar y las circunstancias, obtener este servicio de los proveedores de la red con los que el plan tiene contrato. Ejemplos de servicios de urgencia son las enfermedades y lesiones imprevistas o las reagudizaciones inesperadas de enfermedades existentes. Sin embargo, las visitas rutinarias a proveedores médicamente necesarias, como las revisiones anuales, no se consideran urgentes, aunque usted se encuentre fuera del área de servicio del plan o la red del plan no esté disponible temporalmente.

Deducible: cantidad que debe pagar por la asistencia sanitaria o los medicamentos recetados antes de que nuestro plan se haga cargo del pago.

Desafiliarse o Desafiliación: El proceso de cancelación de su afiliación a nuestro plan.

Determinación de Cubierta: Una decisión para determinar si un medicamento que le recetaron está cubierto por el plan y la cantidad, si alguna, que deberá pagar por el medicamento. Por lo general, si usted lleva su receta a la farmacia y allí le indican que el medicamento recetado no está cubierto por su plan, esto no es una determinación de cubierta. Debe llamar o escribir a su plan para pedir una decisión de cubierta formal. Las determinaciones de cubierta son llamadas “decisiones de cubierta” en este documento**.**

Determinación Organizacional: Una decisión que toma nuestro plan sobre si los servicios o artículos están cubiertos o sobre cuánto le corresponde pagar a usted por servicios o artículos cubiertos. Las determinaciones organizacionales se denominan “decisiones de cubierta” en este documento.

Emergencia: Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio sobre la salud y la medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de vida, (y, si usted es una mujer embarazada, la pérdida del bebé no nacido) la pérdida de una extremidad o de la función de una extremidad, o la pérdida o el deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o condición médica que empeora rápidamente.

Equipo Médico Duradero (DME, por sus siglas en inglés): Cierto equipo médico ordenado por su médico por razones médicas. Ejemplos de equipo médico duradero incluyen: andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones motorizados, suplidos para la diabetes, bombas de infusión intravenosa, dispositivos para la generación del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital ordenadas por un proveedor para su uso en el hogar.

Etapa de Cubierta Catastrófica: La Etapa del Beneficio de Medicamentos de la Parte D que comienza cuando usted (u otras partes cualificadas en su nombre) han gastado $2,400 en

medicamentos cubiertos de la Parte D durante el año cubierto. Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D y por los medicamentos excluidos que están cubiertos bajo nuestra cubierta ampliada.

Etapa de Cubierta Inicial: Esta es la etapa antes de que sus gastos de bolsillo del año hayan alcanzado el límite de los gastos de bolsillo.

Evidencia de Cubierta (EOC, por sus siglas en inglés) e información de divulgación: En este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro documento adjunto, anejo u otra cubierta opcional seleccionada, se explica su cubierta, nuestras obligaciones, sus derechos y lo que tiene que hacer usted como asegurado de nuestro plan.

Excepción: Un tipo de decisión de cubierta que, de ser aprobada, le permite recibir un medicamento que no se encuentra en nuestro formulario (una excepción al formulario), u obtener un medicamento no preferido a un nivel de costo compartido inferior (una excepción de nivel). También puede solicitar una excepción si nuestro plan le obliga a probar otro medicamento antes de recibir el medicamento que está solicitando, si nuestro plan exige una pre-autorización para un medicamento y usted desea que no apliquemos la restricción de criterios o si nuestro plan limita la cantidad o dosis del medicamento que está solicitando (una excepción al formulario).

Facturación de Saldos: Cuando un proveedor (un médico o el hospital) le cobra al paciente por encima de la cantidad del costo compartido permitido del plan. Como asegurado de Triple-S Óptimo PSHB, solo tiene que pagar las cantidades de costo compartido del plan cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores le envíen una “factura de saldo” o que, de otra manera, cobren más de la cantidad del costo compartido que su plan indica que usted debe pagar.

Farmacia de la Red: Farmacia en la que los asegurados de nuestro plan pueden recibir sus beneficios de medicamentos recetados. En la mayoría de los casos, sus medicamentos recetados están cubiertos solo si se obtienen en una de las farmacias de nuestra red.

Farmacia Fuera de la Red: Una farmacia que no tiene contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a los asegurados del plan. La mayoría de los medicamentos que obtenga de farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que apliquen ciertas condiciones.

Herramienta de Beneficios en Tiempo Real: Un portal o aplicación informática en la que los asegurados pueden consultar información completa, precisa, oportuna, clínicamente apropiada y específica sobre el formulario y los beneficios. Esto incluye los importes de los costos compartidos, los medicamentos alternativos del formulario que pueden utilizarse para la misma afección de salud que un medicamento determinado y las restricciones de

cubierta (Autorización Previa, Terapia Escalonada, Límites de Cantidad) que se aplican a los medicamentos alternativos.

Hospicio: Un beneficio que proporciona un tratamiento especial a un asegurado que ha sido certificado médicamente como enfermo terminal, lo que significa que tiene una esperanza de vida de 6 meses o menos. Nosotros, su plan, debemos proporcionarle una lista de hospicios en su zona geográfica. Si elige el hospicio y sigue pagando las primas, sigue siendo asegurado de nuestro plan. Puede seguir obteniendo todos los servicios médicamente necesarios, así como los beneficios complementarios que ofrecemos.

Hospitalización: Cuando usted ha sido ingresado formalmente al hospital para recibir cuidados médicos especializados. Aunque permanezca en el hospital durante la noche, usted podría ser considerado un “paciente ambulatorio”.

Indicación Médicamente Aceptada: El uso de un medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o avalado por determinados libros de referencia como el *American Hospital Formulary Service Drug Information* y el sistema *Micromedex DRUGDEX Information*.

Ingreso Suplementario del Seguro Social (SSI, por sus siglas en inglés): Es un beneficio mensual pagado por el Seguro Social para las personas con discapacidad, ciegas o de 65 años o más con ingresos y recursos limitados. Los beneficios del SSI no son los mismos que los beneficios del Seguro Social.

Límites de Cantidad: Una herramienta de administración diseñada para limitar el uso de medicamentos seleccionados por motivos de calidad, seguridad o uso. Los límites también pueden ser en la cantidad de medicamento que cubrimos por receta o durante un periodo específico.

Límite de Cubierta Inicial: Esta es la etapa anterior a que sus gastos de bolsillo del año hayan alcanzado el límite total de los gastos de bolsillo

Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario o Lista de Medicamentos): Una “Lista de Medicamentos” recetados cubiertos por el plan.

Límite de Gastos de Bolsillo: la cantidad máximo que paga de su bolsillo por los medicamentos de la Parte D.

Medicaid (o Asistencia Médica): Un programa conjunto Estatal y Federal que ayuda a cubrir los costos médicos de algunas personas con ingresos y recursos limitados. Los programas estatales de Medicaid varían, pero cubren la mayoría de los costos de cuidado médico si usted califica para Medicare y Medicaid.

Médicamente Necesario: Los medicamentos, servicios o suplidos necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su condición médica y que cumplen con los estándares aceptados de la buena práctica médica.

Medicamento de Marca: Medicamento recetado manufacturado y vendido por la compañía farmacéutica que originalmente investigó y desarrolló dicho medicamento. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de ingrediente activo que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos son manufacturados y vendidos por otros manufactureros de medicamentos y, por lo general, no están disponibles hasta que la patente del medicamento de marca haya vencido.

Medicamento Genérico: Un medicamento recetado que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), ya que tiene el/los mismo(s) ingrediente(s) activo(s) que el medicamento de marca. Un medicamento "genérico" funciona de la misma manera que un medicamento de marca y con frecuencia es de menor costo.

Medicamentos de la Parte D: Son los medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte D. Podemos ofrecer o no ofrecer todos los medicamentos de la Parte D. El Congreso específicamente excluyó ciertas categorías de medicamentos de la cubierta de la Parte D. Ciertas categorías de medicamentos de la Parte D deben ser cubiertos por todos los planes.

Medicamentos Cubiertos: El término que utilizamos para referirnos a todos los medicamentos recetados cubiertos por nuestro plan.

Medicamento Seleccionado: Un medicamento cubierto por la Parte D para el que Medicare ha negociado un Precio Máximo Justo.

Medicare: Programa federal de seguro médico para personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas que padecen enfermedad renal terminal (por lo general, las personas con fallo renal permanente que necesitan diálisis o trasplante de riñón).

Medicare Original: ("Medicare Tradicional" o Medicare "Pago por Servicio"): El plan Medicare Original es ofrecido por el gobierno y no por un plan de salud privado, como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos recetados. Bajo Medicare Original, los servicios de Medicare se cubren al pagarle a los médicos, hospitales y otros proveedores de cuidado de la salud las cantidades establecidas por el Congreso. Usted puede ir a cualquier médico, hospital o proveedor de cuidado de la salud que acepte Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga la parte le corresponde de la cantidad aprobada por Medicare, y usted paga lo que le corresponde. Medicare Original tiene dos partes: la Parte A (seguro de hospital) y la Parte B (seguro médico), y está disponible en todos los Estados Unidos.

Médico de Elección (POC por sus siglas en inglés): El médico u otro proveedor al que usted acude en primer lugar para la mayoría de los problemas de salud. En muchos planes de salud de Medicare, usted debe ver a su médico de cabecera antes de ver a cualquier otro proveedor de cuidado médico.

Nivel de Costo Compartido: Cada medicamento en la "Lista de Medicamentos" Cubiertos está en uno de los 6 niveles de costo compartido. En general, mientras más elevado sea el nivel de costo compartido, mayor será el costo que le corresponderá pagar por el medicamento.

Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO, por sus siglas en inglés): Un grupo de médicos practicantes y otros expertos del cuidado de la salud pagados por el gobierno federal para evaluar y mejorar el cuidado que se provee a los pacientes de Medicare.

Parte C: Vea "Plan Medicare Advantage (MA)".

Parte D: Programa voluntario de beneficios de medicamentos recetados de Medicare.

Penalidad por Afiliación Tardía de la Parte D: Una cantidad que se añade a su prima mensual para la cubierta de medicamentos de Medicare si no tiene una cubierta acreditable (una cubierta que se espera que pague, en promedio, por lo menos lo mismo que la cubierta estándar de medicamentos recetados de Medicare) por un período continuo de 63 días o más después de que sea elegible por primera vez para inscribirse en un plan de la Parte D.

Periodo de Afiliación Abierta de Medicare Advantage: El periodo establecido entre el 1 de enero hasta el 31 de marzo cuando los asegurados de un plan Medicare Advantage pueden cancelar su afiliación en el plan y cambiarse a otro plan Medicare Advantage u obtener su cubierta a través de Medicare Original. Si elige cambiar a Medicare Original durante este período, también puede afiliarse a un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado en ese momento. El Periodo de Afiliación Abierta de Medicare Advantage también está disponible por un período de 3 meses después de que una persona es elegible por primera vez para Medicare.

Periodo de Afiliación Abierta: El tiempo establecido desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre cada año, en el que los asegurados pueden cambiar de planes de medicamentos o de salud o elegir Medicare Original.

Periodo de Afiliación Especial: Un tiempo determinado para que los asegurados puedan cambiar sus planes de salud y de medicamentos o volver a Medicare Original. Situaciones en las que usted puede ser elegible para un Periodo de Afiliación Especial son: si se muda del área de servicio, si está recibiendo "Ayuda Adicional" con los costos de sus medicamentos recetados, si se muda a un hogar de ancianos, o si incumplimos nuestro contrato con usted.

Periodo de Afiliación Inicial: Cuando usted es elegible por primera vez para acogerse a Medicare, es el periodo de tiempo en el que puede inscribirse a la Parte A y la Parte B de Medicare. Si usted es elegible para Medicare cuando cumpla 65 años, el Periodo de Afiliación Inicial es el periodo de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que cumple 65 años. Este periodo incluye el mes en que usted cumple 65 años y termina 3 meses después del mes en que cumple 65 años.

Periodo de Beneficios: La manera en que Medicare Original mide su uso de los servicios de hospitales y centros de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés). El periodo de beneficios comienza el día en que usted ingresa a un hospital o centro de enfermería especializada. El periodo de beneficios finaliza cuando no haya recibido servicios para pacientes hospitalizados (o de enfermería especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si usted ingresa al hospital o al centro de enfermería especializada después de la finalización de un periodo de beneficios, entonces comenzará un nuevo periodo de beneficios. No hay límite en cuanto a la cantidad de periodos de beneficios.

Plan Medicare Advantage (MA): A veces llamado la Parte C de Medicare. Es un plan ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para proporcionarle todos sus beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare. Un plan Medicare Advantage puede ser un plan de Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO, por sus siglas en inglés), un plan de Organización de Proveedores Preferidos (PPO, por sus siglas en inglés), un plan Privado de Pago por Servicio (PFFS, por sus siglas en inglés) o un plan de Cuenta de Ahorros Médicos de Medicare (MSA, por sus siglas en inglés). Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan Medicare Advantage, HMO o PPO, puede ser un Plan de Necesidades Especiales (SNP por sus siglas en inglés). En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D de Medicare (cubierta para medicamentos recetados). Estos planes se llaman planes Medicare Advantage con Cubierta de Medicamentos Recetados

Plan de Necesidades Especiales: Un tipo de plan Medicare Advantage especial que proporciona atención médica más focalizada para determinados grupos de personas, como aquellas que tienen Medicare y Medicaid, que residen en hogares de ancianos o que tienen ciertas condiciones médicas crónicas.

Plan de Necesidades Especiales de Cuidado Crónico: Los C-SNP son SNP que restringen la inscripción a las personas elegibles para MA que padecen enfermedades graves y crónicas específicas.

Plan de Necesidades Especiales Institucional (I-SNP, por sus siglas en inglés): Los I-SNP restringen la inscripción a personas elegibles para MA que viven en la comunidad, pero necesitan el nivel de atención que ofrece un centro, o que viven (o se espera que vivan) durante al menos 90 días consecutivos en ciertos centros de atención a largo plazo. Los I-SNP incluyen los siguientes tipos de planes: SNP equivalentes a instituciones (IE-SNP), SNP institucionales híbridos (HI-SNP) y SNP institucionales basados en centros (FI-SNP).

Plan de Necesidades Especiales Institucional Equivalente (IE-SNP, por sus siglas en inglés): Un plan que inscribe a las personas elegibles que viven en la comunidad, pero que requieren un nivel de cuidado que ofrece un centro.

Plan de Necesidades Especiales para Personas Doblemente Elegibles (D-SNP, por sus siglas en inglés): Plan al que se pueden afiliar las personas elegibles a Medicare (título XVIII de la Ley del Seguro Social) como a la asistencia médica de un plan estatal en virtud de Medicaid (título XIX). Los estados cubren algunos costos de Medicare, dependiendo del estado y de la elegibilidad del individuo.

Plan de Salud de Medicare: Un plan de salud de Medicare ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindar los beneficios de la Parte A y la Parte B a personas con Medicare que se inscriben en el plan. Incluye todos los planes Medicare Advantage, los planes de costo de Medicare, los Programas Piloto/Demostraciones y los Programas de Atención Integral para Personas de la Tercera Edad (PACE, por sus siglas en inglés).

Plan Medicare Advantage (MA): A veces llamado la Parte C de Medicare. Es un plan ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para proporcionarle todos sus beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare. Un plan Medicare Advantage puede ser un plan de Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO, por sus siglas en inglés), un plan de Organización de Proveedores Preferidos (PPO, por sus siglas en inglés), un plan Privado de Pago por Servicio (PFFS, por sus siglas en inglés) o un plan de Cuenta de Ahorros Médicos de Medicare (MSA, por sus siglas en inglés). Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan Medicare Advantage, HMO o PPO, puede ser un Plan de Necesidades Especiales (SNP por sus siglas en inglés). En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D de Medicare (cubierta para medicamentos recetados). Estos planes se llaman planes **Medicare Advantage con Cubierta de Medicamentos Recetados**.

Plan Organización de Proveedores Preferidos (PPO) – Es un Plan de Medicare Advantage que dispone de una red de proveedores contratados que acordaron atender a los asegurados del plan por el pago de un monto específico. Un Plan (PPO) debe cubrir todos los beneficios del plan que se reciben de proveedores tanto dentro como fuera de la red. Los costos compartidos de los asegurados generalmente serán más elevados cuando se reciben los beneficios del plan de proveedores fuera de la red. Los planes PPO tienen un límite anual sobre los gastos directos de su bolsillo para los servicios recibidos de proveedores de la red (preferidos) y un límite superior sobre los gastos directos de su bolsillo combinados totales por servicios de proveedores de la red (preferidos) y fuera de la red (no preferidos).

Póliza "Medigap" (seguro suplementario de Medicare): El seguro complementario de Medicare vendido por una compañía de seguros privada para cubrir las brechas en la cubierta

de Medicare Original. Las pólizas Medigap solo funcionan con Medicare Original. (Un plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

Prima: Pago periódico a Medicare, a una compañía de seguros o a un plan de asistencia sanitaria por la cobertura sanitaria o de medicamentos recetados.

Pre-autorización: Aprobación previa para obtener servicios o ciertos medicamentos. En la parte de la red de un PPO, algunos servicios médicos dentro de la red están cubiertos sólo si su médico u otro proveedor de la red obtiene una "autorización previa" de nuestro plan. En un PPO, no necesita autorización previa para obtener servicios fuera de la red. Sin embargo, antes de obtener servicios de proveedores fuera de la red, puede consultar al plan para confirmar que el servicio está cubierto por su plan y cuál es su costo compartido. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en la Tabla de Beneficios del Capítulo 4. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el formulario.

Precio Máximo Justo: El precio negociado por Medicare para un medicamento seleccionado.

Producto Biológico: Un medicamento recetado elaborado a partir de fuentes naturales y vivas, como células animales, vegetales, bacterias o levaduras. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no pueden copiarse exactamente, por lo que las formas alternativas se denominan biosimilares. (Vea también "**Producto Biológico Original**" y "**Biosimilar**").

Producto Biológico Original: Es un producto biológico que ha sido aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) y sirve de comparación para los manufactureros que elaboran una versión biosimilar. También se denomina producto de referencia.

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

Programa de Manejo de Terapia de Medicamentos (MTM): Un programa de la Parte D de Medicare para necesidades de salud complejas proporcionado a personas que cumplen ciertos requisitos o están en un Programa de Manejo de Medicamentos. Los servicios MTM suelen incluir una conversación con un farmacéutico o proveedor de atención sanitaria para revisar los medicamentos.

Prostéticos y Aparatos Ortopédicos: Dispositivos médicos que incluyen, pero no se limitan a, soportes para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y los

dispositivos necesarios para reemplazar una parte o una función interna del cuerpo, tales como suplidos para ostomía y la terapia de nutrición enteral y parenteral.

Proveedor de la Red: "Proveedor" es el término general que utilizamos para referirnos a médicos, otros profesionales de la salud, hospitales y otros centros de atención médica que están autorizados o certificados por Medicare y el estado para proveer servicios y cuidado de salud. Los llamamos "**proveedores de la red**" cuando tienen un contrato con nuestro plan y aceptan nuestro pago como pago total y, en algunos casos, para coordinar y proveer servicios cubiertos a los asegurados de nuestro plan Los proveedores de la red también se pueden denominar "proveedores del plan".

Proveedor o Centro Fuera de la Red: Un proveedor o centro que no tiene contrato con nuestro plan para coordinar o provee servicios cubiertos a los asegurados de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no están empleados ni pertenecen ni operan con nuestro plan.

Queja: El nombre formal para "presentar una queja" es "radicar una querella". El proceso de quejas aplica a ciertos tipos de problemas solamente. Estos incluyen los problemas relacionados con la calidad del cuidado, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. También incluye quejas si su plan no siegue el periodo de tiempo en el proceso de apelación.

Querella: Tipo de queja que usted somete sobre nosotros o las farmacias, incluyendo una queja relacionada con la calidad de su cuidado. Este tipo de queja no está relacionado con controversias sobre cubierta o pagos.

Referido: Una orden escrita de su médico de cuidados primarios para que visite a un especialista o reciba determinados servicios médicos. Sin un referido, es posible que nuestro plan no pague los servicios de un especialista.

Servicios al Asegurado: Un departamento incluido en nuestro plan, que es responsable de responder a sus preguntas sobre su afiliación, sus beneficios, sus querellas y sus apelaciones.

Servicios Cubiertos: El término general que utilizamos para incluir todos los suplidos y servicios de cuidado médico cubiertos por nuestro plan.

Servicios Cubiertos por Medicare: Servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare deben cubrir todos los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. El término Servicios Cubiertos por Medicare no incluye beneficios extra, como visión, dental o audición, que un plan Medicare Advantage pueda ofrecer.

Servicios preventivos: cuidados de salud para prevenir enfermedades o detectarlas en una fase temprana, cuando es más probable que el tratamiento funcione mejor (por ejemplo, los servicios preventivos incluyen pruebas de Papanicolaou, vacunas contra la gripe y mamografías).

Servicios de Rehabilitación: Estos servicios incluyen terapia física, terapia del habla y del lenguaje, y terapia ocupacional.

Subsidio por Bajos Ingresos (LIS, por sus siglas en inglés): Vea “Ayuda Adicional”.

Tarifa por Despacho: Una tarifa que se cobra cada vez que se prepara un medicamento cubierto para pagar el costo de despachar una receta, como el tiempo que le toma al farmacéutico preparar y despachar la receta.

Tasa de Costo Compartido Diaria: Es posible que se aplique una “tasa de costo compartido diaria” cuando su médico le receta un suplido de ciertos medicamentos para menos de un mes completo y usted deba pagar un copago. La tasa de costo compartido diaria es el copago dividido por la cantidad de días de un suplido para un mes. A continuación, le presentamos un ejemplo – si su copago para el suplido de un medicamento para un mes es de $30, y un suplido para un mes en su plan es de 30 días, su “tasa de costo compartido diaria” es $1 por día.

Terapia Escalonada: Herramienta de utilización que requiere que usted primero intente tratar su condición médica con otro medicamento antes de que cubramos el medicamento que el médico inicialmente le receta.

Triple-S Óptimo PSHB Servicio al Asegurado

Método	Servicios al Asegurado – Información de Contacto
Llame a	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) y domingos de 11:00 a. m. a 5:00 p. m. (AST). Servicios al Asegurado 1-833-201-9256 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-215-1999) también ofrece un servicio gratuito de intérpretes para las personas que no hablan español.
TTY	1-866-215-1999 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. 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) y domingos de 11:00 a. m. a 5:00 p. m. (AST).
Escriba a	Triple-S Salud P.O. Box 363628 San Juan, PR 00936-3628
Página 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.

Metodo	Información de Contacto
Llame a	1-877-839-2675
Escriba a	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
Página WEB	www.shiphelp.org

PRA Disclosure Statement *According to the Paperwork Reduction Act of 1995, no persons are required to respond to a collection of information unless it displays a valid OMB control number. The valid OMB control number for this information collection is 0938-1051. If you have comments or suggestions for improving this form, write to: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.*

Form Approved
OMB# 0938-1421

Multi-language Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-888-620-1919 (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 quí 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 quí 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ございます。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。

Form CMS-10802
(Expires 12/31/25)