

Su 2025 Evidencia de cobertura



Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2025

Evidencia de cobertura:

Su cobertura para medicamentos recetados de Medicare como afiliado del Programa NET para Personas con Ingresos Limitados (LI NET, por sus siglas en inglés)

Este manual le provee los detalles acerca de su cobertura para medicamentos recetados de Medicare del 1 de enero al 31 de diciembre de 2025. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

Si tiene preguntas sobre este documento, póngase en contacto con Atención al cliente llamando al 1-800-783-1307. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). [El horario es de 8 a.m. a las 7 p.m., hora del este, de lunes a viernes]. Esta llamada es gratuita.

Este plan, el Programa de Ingresos Limitados NET (LI NET, por sus siglas en inglés), lo ofrece Medicare y lo administran Humana Insurance Company y Humana Insurance Company of New York. (Cuando esta Evidencia de cobertura dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, se refiere a Humana Insurance Company. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, se refiere a LI NET).

Este documento está disponible sin costo en inglés. Esta información está disponible en otros formatos, como Braille, letra grande y audio. Si necesita información del plan en otro formato, llame a Atención al cliente al número que aparece anteriormente.

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

Este documento explica sus beneficios y derechos. Le servirá para entender:

- La prima y los costos compartidos de su plan;
- Sus beneficios de medicamentos recetados;
- Cómo presentar una queja si no está satisfecho con un servicio o un tratamiento;
- Cómo comunicarse con nosotros si necesita más ayuda; y
- Otras protecciones que exige la ley de Medicare.

Evidencia de cobertura 2025

Tabla de contenidos

CAPÍTULO 1: <i>Cómo comenzar como afiliado</i>	6
SECCIÓN 1 Introducción	7
SECCIÓN 2 ¿Qué lo hace elegible para afiliarse al plan?.....	8
SECCIÓN 3 Materiales importantes de afiliación que recibirá.....	9
SECCIÓN 4 Sus gastos mensuales de LI NET.....	9
SECCIÓN 5 Cómo mantener actualizado su registro de afiliado del plan	9
SECCIÓN 6 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan	10
CAPÍTULO 2: <i>Números de teléfono y recursos importantes</i>	12
SECCIÓN 1 Contactos de LI NET (cómo contactarnos, incluso cómo contactar con Atención al cliente).....	13
SECCIÓN 2 Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal Medicare).....	16
SECCIÓN 3 Programa estatal de asistencia en seguros de salud (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare).....	18
SECCIÓN 4 Organización para el mejoramiento de la calidad.....	18
SECCIÓN 5 Seguro Social	18
SECCIÓN 6 Medicaid	19
SECCIÓN 7 Información sobre programas para ayudar a las personas a pagar sus medicamentos recetados	20
SECCIÓN 8 Cómo comunicarse con la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios	22
SECCIÓN 9 ¿Tiene un seguro grupal u otro seguro de salud de un empleador?	23
CAPÍTULO 3: <i>Uso de la cobertura del plan para medicamentos recetados de la Parte D</i>	24
SECCIÓN 1 Introducción	25
SECCIÓN 2 Surta su receta en cualquier farmacia	25
SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben ser elegibles para la Parte D	26
SECCIÓN 4 Existen restricciones en la cobertura de algunos medicamentos	27
SECCIÓN 5 ¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la forma que usted desearía?	28
SECCIÓN 6 ¿Qué sucede si cambia la cobertura de alguno de sus medicamentos?.....	29
SECCIÓN 7 ¿Qué tipos de medicamentos <i>no</i> cubre el plan?	30

SECCIÓN 8	Surtir una receta	31
SECCIÓN 9	Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales	31
SECCIÓN 10	Programas de seguridad y manejo de medicamentos	33
CAPÍTULO 4: Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D....		34
SECCIÓN 1	Introducción	35
SECCIÓN 2	Lo que usted paga por un medicamento dependerá de la etapa de pago de medicamentos en la que usted se encuentre cuando obtenga el medicamento	37
SECCIÓN 3	Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y en qué etapa de pago se encuentra usted.....	37
SECCIÓN 4	No hay deducible para LI NET.....	39
SECCIÓN 5	Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos y usted paga la parte suya	39
SECCIÓN 6	Durante la Etapa de cobertura catastrófica, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D	41
SECCIÓN 7	Vacunas de la Parte D. Lo que usted paga depende de cómo y dónde las reciba.	41
CAPÍTULO 5: Cómo solicitarnos el pago de la parte que nos corresponde de los costos de medicamentos cubiertos		43
SECCIÓN 1	Situaciones en las que debe solicitarnos el pago de la parte que nos corresponde del costo de los medicamentos cubiertos	44
SECCIÓN 2	Cómo solicitarnos un reembolso.....	45
SECCIÓN 3	Consideraremos su solicitud de pago y la aprobaremos o no	45
CAPÍTULO 6: Sus derechos y responsabilidades		47
SECCIÓN 1	Nuestro plan debe respetar sus derechos y su sensibilidad cultural como afiliado del plan.....	48
SECCIÓN 2	Usted tiene algunas responsabilidades como afiliado del plan.....	57
CAPÍTULO 7: Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas).....		58
SECCIÓN 1	Introducción	59
SECCIÓN 2	Dónde obtener más información y ayuda personalizada	59
SECCIÓN 3	Para tratar de resolver un problema, ¿qué proceso debe utilizar?.....	60
SECCIÓN 4	Una guía de los aspectos básicos de las decisiones de cobertura y apelaciones.....	61

Índice

SECCIÓN 5	Sus medicamentos recetados de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.....	63
SECCIÓN 6	Cómo presentar la apelación en el Nivel 3 y en los niveles superiores	71
SECCIÓN 7	Cómo presentar una queja sobre la calidad del cuidado, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes	72
CAPÍTULO 8:	Cómo finalizar su afiliación al plan	76
SECCIÓN 1	Introducción a la finalización de su afiliación a nuestro plan.....	77
SECCIÓN 2	¿Cómo puede finalizar su afiliación a nuestro plan?	77
SECCIÓN 3	Hasta que termine su afiliación, debe recibir los medicamentos recetados a través de nuestro plan.....	77
SECCIÓN 4	LI NET debe finalizar su afiliación al plan en determinadas situaciones.....	77
CAPÍTULO 9:	Avisos legales	79
SECCIÓN 1	Aviso sobre la ley vigente	80
SECCIÓN 2	Aviso sobre no discriminación.....	80
SECCIÓN 3	Aviso sobre los derechos de subrogación del Pagador secundario de Medicare.....	80
SECCIÓN 4	Aviso adicional sobre subrogación (recuperación de terceros).....	80
SECCIÓN 5	Aviso de coordinación de beneficios	81
CAPÍTULO 10:	Definiciones de palabras importantes	85
Anexo A:	Información de contacto de agencias estatales	91
	Enumera los nombres, direcciones, números de teléfono y otra información de contacto de una variedad de recursos útiles en su estado.	92

CAPÍTULO 1:

Cómo comenzar como afiliado

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Usted está afiliado a LI NET, que es un plan de medicamentos recetados de Medicare

Usted está cubierto por Medicare original u otro plan de salud para su cobertura de cuidado de la salud y recibe la cobertura para medicamentos recetados de Medicare a través de nuestro plan, LI NET.

LI NET es un plan de medicamentos recetados (PDP, por sus siglas en inglés) temporal de Medicare. Al igual que todos los planes de Medicare, este plan de medicamentos recetados de Medicare está aprobado por Medicare y es administrado por una compañía privada.

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

Este documento *Evidencia de cobertura* le informa cómo recibir sus medicamentos recetados. Explica sus derechos y responsabilidades, lo que está cubierto, lo que usted paga como afiliado del plan, y cómo presentar una queja si no está satisfecho con una decisión o tratamiento.

Los términos *cobertura* y *medicamentos cubiertos* hacen referencia a la cobertura para medicamentos recetados disponible para usted como afiliado de LI NET.

Es importante que sepa cuáles son las reglas del plan y qué cobertura está a su disposición. Le aconsejamos que dedique parte de su tiempo para revisar el documento *Evidencia de cobertura*.

Si está confundido, preocupado o simplemente tiene alguna pregunta, contacte a Atención al cliente.

Sección 1.3 Información legal sobre la *Evidencia de cobertura*

Esta Evidencia de cobertura forma parte de nuestro contrato con usted acerca de cómo LI NET cubre su cuidado. Otras partes de este contrato incluyen su carta de confirmación de afiliación y cualquier aviso que usted reciba de parte nuestra sobre cambios en su cobertura o afecciones que afecten su cobertura. Estos avisos en ocasiones se denominan cláusulas o modificaciones.

El contrato tiene vigencia durante los meses en que usted esté afiliado a LI NET entre el 1 de enero de 2025 y el 31 de diciembre de 2025.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar LI NET cada año.

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

Sección 2.1 Sus requisitos de elegibilidad

Usted es elegible para afiliarse a nuestro plan, siempre y cuando:

- Tenga Medicare Parte A o Medicare Parte B (o tiene ambas Partes)
- Sea elegible para la Parte D de Medicare
- Actualmente no esté afiliado a otro plan de la Parte D de Medicare
- No esté afiliado a un plan Medicare Advantage que no permita la inscripción simultánea a un plan independiente de la Parte D
- No está afiliado a un determinado tipo de plan de salud grupal del empleador/sindicato, incluido el de Asuntos de Veteranos (VA, por sus siglas en inglés)
- No haya optado por rechazar la afiliación automática a Medicare
- Tenga Medicaid o puede ser elegible para la Ayuda Adicional o Ingreso suplementario de seguridad (SSI, por sus siglas en inglés) de Medicare
- -- y -- sea ciudadano de los Estados Unidos o tenga el estatus de presencia legal en los Estados Unidos
- -- y -- viva en nuestra área geográfica de servicio (la Sección 2.2 a continuación describe nuestra área de servicio). No se considera que las personas encarceladas vivan en el área geográfica de servicio aunque se encuentren físicamente en ella.

Sección 2.2 Este es el área de servicio del plan LI NET

LI NET está disponible solo para personas que viven en el área de servicio de nuestro plan. Para seguir siendo afiliado de nuestro plan, usted debe seguir viviendo en el área de servicio del plan. El área de servicio se describe a continuación.

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

Si se muda, llame a Atención al cliente y actualice sus datos.

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

Sección 2.3 Ciudadanía estadounidense o presencia legal

Los afiliados de planes de salud de Medicare deben ser ciudadanos estadounidenses o personas con estatus de presencia legal en los Estados Unidos. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificará a LI NET si usted no es elegible para seguir siendo afiliado sobre esta base. LI NET debe desafiliarlo si no cumple con este requisito.

SECCIÓN 3 Materiales importantes para la afiliación que recibirá

Sección 3.1 Su carta de confirmación de afiliación

Mientras esté afiliado a nuestro plan, deberá utilizar su carta de confirmación de afiliación para los medicamentos recetados que obtenga en cualquier farmacia. También debe mostrar al proveedor su tarjeta de Medicaid, si corresponde.

Lleve consigo su carta en todo momento y recuerde presentarla cuando reciba medicamentos cubiertos. Si su carta de afiliación al plan se daña, se pierde o se la roban, llame a Atención al cliente de inmediato y le enviaremos una carta nueva.

Es posible que deba usar su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para obtener cuidado y servicios médicos cubiertos en virtud de Medicare original.

SECCIÓN 4 Sus costos mensuales para LI NET

Sección 4.1 Prima del plan

Usted no paga una prima mensual separada del plan para LI NET.

SECCIÓN 5 Cómo mantener actualizado su registro de afiliado del plan

Su registro de afiliación contiene información como su dirección y número de teléfono. Muestra la cobertura específica de su plan.

Los farmacéuticos deben tener información correcta sobre usted. **Estos proveedores utilizan su registro de afiliación para saber qué medicamentos están cubiertos y las cantidades de costos compartidos que le corresponden a usted.** Por eso, es muy importante que nos ayude a mantener actualizada su información.

Infórmenos sobre estos cambios:

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos que usted tenga (como de su empleador, del empleador de su esposo/a o pareja de hecho, de un Programa de compensación laboral o de Medicaid)
- Si ha realizado reclamaciones de responsabilidad; entre ellas, por un accidente automovilístico
- Si lo han admitido en un hogar de ancianos
- Si su persona responsable designada (por ejemplo, un cuidador) cambia

Si algo de esta información cambia, llame a Atención al cliente para informarnoslo.

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

SECCIÓN 6 Cómo funcionan los otros seguros con nuestro plan

Otro seguro

Medicare requiere que recopilemos información de usted acerca de cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos que tenga. Por este motivo, debemos coordinar cualquier otra cobertura que usted tenga con sus beneficios de nuestro plan. Esto se denomina **Coordinación de beneficios**.

Una vez al año, le enviaremos una carta que indica cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos de la que tengamos conocimiento. Lea toda esta información detenidamente. Si es correcta, no es necesario que haga nada. Si la información es incorrecta, o si tiene otra cobertura que no está indicada, llame a Atención al cliente. Es posible que tenga que dar su número de identificación de afiliado del plan a sus otras aseguradoras (una vez que haya confirmado su identidad) para que sus facturas se paguen de forma correcta y puntual.

Cuando usted tiene otro seguro (como una cobertura de seguro de salud grupal del empleador), hay reglas establecidas por Medicare que deciden si debe pagar primero nuestro plan o su otro seguro. El seguro que paga primero se denomina el pagador principal y paga hasta los límites de su cobertura. El que paga en segundo lugar, denominado el pagador secundario, solo paga si quedan costos no cubiertos por la cobertura principal. Es posible que el pagador secundario no pague todos los costos no cubiertos. Si tiene otro seguro, informe a su médico, hospital y farmacia.

Estas reglas se aplican a la cobertura grupal en el plan de salud del empleador o sindicato:

- Si tiene cobertura para jubilados, Medicare paga primero.
- Si su cobertura grupal en el plan de salud se basa en su empleo actual o el de un familiar, quién paga primero depende de su edad, de la cantidad de empleados del empleador y del hecho de que usted tenga Medicare por edad, discapacidad o enfermedad renal en etapa terminal (ESRD, por sus siglas en inglés):
 - Si usted tiene menos de 65 años y está discapacitado y usted o su familiar aún trabajan, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 100 o más empleados o al menos un empleador de un plan de varios empleadores tiene más de 100 empleados.
 - Si tiene más de 65 años y usted o su esposo/a o pareja de hecho aún trabajan, el plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 20 empleados o más, o al menos un empleador de un plan de varios empleadores tiene más de 20 empleados.

Capítulo 1: Cómo comenzar como afiliado

- Si usted tiene Medicare debido a enfermedad renal en etapa terminal (ESRD, por sus siglas en inglés), su plan de salud grupal pagará primero durante los primeros 30 meses después de que se vuelva elegible para Medicare.

Estos tipos de cobertura suelen pagar primero los servicios relacionados con cada tipo:

- Seguro a todo riesgo (incluido el seguro de automóvil)
- Seguro de responsabilidad civil (incluido el seguro de automóvil)
- Indemnización por neumoconiosis (pulmón negro)
- Compensación laboral

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

CAPÍTULO 2:

Números de teléfono y recursos importantes

SECCIÓN 1 Contactos de LI NET

(cómo comunicarse con nosotros, incluida la forma de comunicarse con Atención al cliente)

Cómo comunicarse con Atención al cliente de nuestro plan

Para obtener asistencia con reclamaciones, facturación o preguntas sobre la tarjeta de afiliado, llame o escriba a Atención al cliente de LI NET. Le brindaremos ayuda con mucho gusto.

Método	Atención al cliente – Información de contacto
LLAMADA	1-800-783-1307 Las llamadas a este número son gratuitas. Puede llamarnos [de lunes a viernes, de 8 a.m. a 7 p.m., hora del este]. Atención al cliente también ofrece servicios de intérpretes de idiomas gratuitos para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es únicamente para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es el mismo que se indica arriba.
FAX	1-877-210-5592
POR ESCRITO	Limited Income NET Program P.O. Box 14310 Lexington, KY 40512-4310
SITIO WEB	es-www.humana.com/LINET

Cómo ponerse en contacto con nosotros para solicitar una decisión de cobertura o una apelación

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

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

Método	Decisiones de cobertura para medicamentos recetados de la Parte D - Información de contacto
LLAMADA	1-800-783-1307 Las llamadas a este número son gratuitas. Puede llamarnos [de lunes a viernes, de 8 a.m. a 7 p.m., hora del este]. Atención al cliente también ofrece servicios de intérpretes de idiomas gratuitos para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es únicamente para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es el mismo que se indica arriba.
FAX	1-855-605-6385 únicamente para determinaciones de cobertura
POR ESCRITO	Limited Income NET Program P.O. Box 14310 Lexington, KY 40512-4310
SITIO WEB	es-www.humana.com/LINET

Método	Apelaciones para medicamentos recetados de la Parte D - Información de contacto
LLAMADA	1-800-783-1307 Las llamadas a este número son gratuitas. Puede llamarnos [de lunes a viernes, de 8 a.m. a 7 p.m., hora del este]. Atención al cliente también ofrece servicios de intérpretes de idiomas gratuitos para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es únicamente para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es el mismo que se indica arriba.
FAX	1-877-556-7005
POR ESCRITO	Limited Income NET Program P.O. Box 14165 Lexington, KY 40512-4165
SITIO WEB	es-www.humana.com/LINET

Cómo ponerse en contacto con nosotros para presentar una queja

Puede presentar una queja sobre nosotros o una de las farmacias de nuestra red, incluida una queja acerca de la calidad del cuidado. Este tipo de queja no incluye las disputas respecto a la cobertura o los pagos. Si desea más información acerca de cómo presentar una queja, consulte el Capítulo 7 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*).

Método	Quejas - Información de contacto
LLAMADA	1-800-783-1307 Las llamadas a este número son gratuitas. Puede llamarnos [de lunes a viernes, de 8 a.m. a 7 p.m., hora del este]. Atención al cliente también ofrece servicios de intérpretes de idiomas gratuitos para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es únicamente para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es el mismo que se indica arriba.
FAX	1-877-556-7005
POR ESCRITO	Limited Income NET Program P.O. Box 14165 Lexington, KY 40512-4165
SITIO WEB	Puede enviar una queja sobre LI NET directamente a Medicare. Para presentar una queja en línea a Medicare, vaya a www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

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

El proceso de determinación de cobertura incluye determinar las solicitudes para que paguemos nuestra parte de los costos de un medicamento que usted recibió. Si recibió una factura o pagó por medicamentos (por ejemplo, una factura de farmacia) que cree que deberíamos pagar nosotros, es posible que tenga que solicitar al plan el reembolso o el pago de la factura de farmacia, consulte el capítulo 5 (*Cómo solicitarnos el pago de la parte que nos corresponde de los costos de medicamentos cubiertos*).

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

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

Método	Solicitudes de pago - Información de contacto
LLAMADA	1-800-783-1307 Las llamadas a este número son gratuitas. Puede llamarnos [de lunes a viernes, de 8 a.m. a 7 p.m., hora del este]. Atención al cliente también cuenta con servicios de intérpretes de idiomas gratuitos para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es únicamente para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es el mismo que se indica arriba.
FAX	1-877-210-5592
POR ESCRITO	Limited Income NET Program P.O. Box 14310 Lexington, KY 40512-4310
SITIO WEB	es-www.humana.com/LINET

SECCIÓN 2 Medicare

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

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

La agencia federal a cargo de Medicare son los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (en ocasiones denominados “CMS”, por sus siglas en inglés). Esta agencia tiene un contrato con planes de medicamentos recetados de Medicare como los nuestros.

Método	Medicare - Información de contacto
LLAMADA	1-800-MEDICARE, o 1-800-633-4227 Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los siete días de la semana.

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

Método	Medicare - Información de contacto
TTY	<p>1-877-486-2048</p> <p>Este número requiere un equipo telefónico especial y es únicamente para personas con dificultades auditivas o del habla.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p>
SITIO WEB	<p>es.medicare.gov</p> <p>Este es el sitio web oficial del gobierno para asuntos de Medicare. Brinda información actualizada acerca de Medicare y cuestiones actuales relacionadas con Medicare. Además, contiene información acerca de hospitales, hogares de ancianos, médicos, agencias de cuidado de la salud en el hogar y centros de diálisis. Incluye documentos que usted puede imprimir directamente desde su computadora. También puede encontrar la información de contacto de Medicare en su estado.</p> <p>El sitio web de Medicare también tiene información detallada sobre su elegibilidad para Medicare y las opciones de afiliación con las siguientes herramientas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Herramienta de elegibilidad para Medicare: proporciona información sobre el estatus de elegibilidad para Medicare. • Buscador de planes Medicare: provee información personalizada acerca de planes de medicamentos recetados de Medicare, planes de salud de Medicare y pólizas de Medigap (Seguro suplementario de Medicare) disponibles en su área. Estas herramientas proporcionan una estimación de cuáles podrían ser sus gastos de desembolso personal en diferentes planes de Medicare. <p>También puede utilizar el sitio web para comunicarle a Medicare cualquier queja que tenga sobre LI NET:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informe a Medicare sobre su queja: puede enviar una queja sobre LI NET directamente a Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma con seriedad sus quejas y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa Medicare. <p>Si no tiene una computadora, su biblioteca local o centro para adultos mayores pueden ayudarle a visitar el sitio web utilizando sus computadoras. O bien, puede llamar a Medicare y decirles qué información está buscando. Ellos buscarán la información en el sitio web y revisarán la información con usted. (Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).</p>

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

El Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP, por sus siglas en inglés) es un programa del gobierno con asesores capacitados en todos los estados. La información de contacto del Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud (SHIP) puede encontrarse en el “Anexo A” al reverso de este documento.

El Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP, por sus siglas en inglés) es un programa estatal independiente (no relacionado con ninguna compañía de seguros o plan de salud) que recibe dinero del gobierno federal para dar asesoramiento local y gratuito sobre seguros de salud a personas con Medicare.

Los asesores de SHIP pueden ayudarlo a entender sus derechos de Medicare, a presentar sus quejas sobre su tratamiento o cuidado médico y a aclarar los problemas que pueda tener con sus facturas de Medicare. Los asesores del SHIP también pueden ayudarlo en caso de que tenga consultas o problemas relacionados con Medicare, a comprender sus opciones sobre planes Medicare y a responder preguntas que tenga acerca de un cambio de plan.

MÉTODO DE ACCESO A SHIP y OTROS RECURSOS:

- Visite <http://www.shiphelp.org> (Haga clic en SHIP LOCATOR [Localizador de programas SHIP] en la mitad de la página)
- Seleccione su **ESTADO** en la lista. Esto lo llevará a una página con números de teléfono y recursos específicos para su estado.

SECCIÓN 4 Organización para el mejoramiento de la calidad

Existe una Organización para el mejoramiento de la calidad designada para atender a beneficiarios de Medicare en cada estado. Puede encontrar la información de contacto de la Organización para el mejoramiento de la calidad de su estado en el “Anexo A” al reverso de este documento.

La Organización para el mejoramiento de la calidad (QIO, por sus siglas en inglés) tiene un grupo de médicos y otros profesionales del cuidado de la salud a los que Medicare les paga por verificar y ayudar a mejorar la calidad del cuidado médico para personas que tienen Medicare.

Debe ponerse en contacto con su QIO si tiene alguna queja sobre la calidad del cuidado que ha recibido. Por ejemplo, puede comunicarse con la QIO si le administraron medicamentos incorrectos o si le administraron medicamentos que interactúan de manera negativa.

SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social es responsable de determinar la elegibilidad y gestionar la afiliación a Medicare.

Los ciudadanos estadounidenses y los residentes legales permanentes de 65 años de edad o más, con discapacidades o que padezcan enfermedad renal en etapa terminal y cumplan con

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

determinadas condiciones, son elegibles para tener Medicare. Si usted ya recibe cheques del Seguro Social, su afiliación a Medicare es automática. Si no recibe cheques del Seguro Social, tiene que afiliarse a Medicare. Para solicitar Medicare, puede llamar al Seguro Social o acudir a la oficina local del Seguro Social.

El Seguro Social también es responsable de determinar quién tiene que pagar una cantidad adicional por su cobertura de medicamentos de la Parte D al tener ingresos más altos. Si recibió una carta del Seguro Social en la que se le informa que debe pagar la cantidad adicional y usted tiene preguntas sobre la cantidad, o si sus ingresos se redujeron debido a un evento que cambió su vida, puede llamar al Seguro Social para solicitar una reconsideración.

Si se muda o cambia de dirección postal, es importante que se comuniqué con el Seguro Social para informárselo.

Método	Seguro Social - Información de contacto
LLAMADA	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 7 p.m. Puede usar los servicios telefónicos automatizados del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunos trámites las 24 horas del día.
TTY	1-800-325-0778 Este número requiere un equipo telefónico especial y es únicamente para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 7 p.m.
SITIO WEB	www.ssa.gov/

SECCIÓN 6 Medicaid

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

- **Beneficiario de Medicare elegible (QMB, por sus siglas en inglés):** ayuda a pagar las primas de las Partes A y B de Medicare, y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos). (Algunas personas con que son QMB también son elegibles para los beneficios completos de Medicaid [QMB+]).
- **Beneficiario especificado de bajos ingresos de Medicare (SLMB, por sus siglas en inglés):** ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunas personas que son SLMB también son elegibles para los beneficios completos de Medicaid [SLMB+]).

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

- **Persona elegible (QI, por sus siglas en inglés):** ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Trabajadores discapacitados elegibles (QDWI, por sus siglas en inglés):** ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Para obtener más información sobre Medicaid y sus programas, comuníquese con la oficina de Medicaid de su estado. La información de contacto de su oficina estatal de Medicaid se puede encontrar en el “Anexo A” al reverso de este documento.

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

El sitio web es.medicare.gov (<https://www.medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs>) ofrece información sobre cómo reducir los costos de los medicamentos recetados. Para personas con ingresos limitados, existen también otros programas de ayuda, que se describen a continuación.

Programa “Ayuda Adicional” de Medicare

Medicare proporciona “Ayuda Adicional” para pagar los costos de los medicamentos recetados a las personas que tienen ingresos y recursos limitados. Los recursos incluyen sus ahorros y acciones, pero no su casa ni su automóvil. Si usted reúne los requisitos, recibe ayuda para pagar la prima mensual de cualquier plan de medicamentos de Medicare, el deducible anual y los copagos y coseguros de medicamentos recetados. Esta “Ayuda adicional” también se tiene en cuenta para calcular sus gastos de desembolso personal.

Si reúne automáticamente los requisitos para recibir “Ayuda Adicional”, Medicare le enviará una carta por correo. No tendrá que solicitarlo. Si no reúne los requisitos automáticamente, quizás pueda recibir “Ayuda Adicional” para pagar las primas y los costos de sus medicamentos recetados. Para determinar si es elegible para recibir “Ayuda adicional”, llame:

- Al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los siete días de la semana;
- A la Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, de lunes a viernes, entre las 8 a.m. y las 7 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778; o bien
- A la oficina de Medicaid de su estado. (Consulte la Sección 6 de este capítulo para obtener la información de contacto).

Si considera que es elegible para recibir “Ayuda Adicional” y considera que está pagando una cantidad incorrecta de costos compartidos cuando recibe su medicamento recetado en una farmacia, nuestro plan tiene un proceso para que solicite asistencia para obtener evidencia de su nivel de costos compartidos adecuados o bien, si ya tiene la evidencia, para que nos la envíe.

- Si ya tiene un documento que prueba que tiene derecho a la “Ayuda Adicional”, también puede presentarlo la próxima vez que vaya a una farmacia para surtir una receta. Puede utilizar cualquiera de los siguientes documentos como prueba ante nosotros o en la farmacia.

Prueba de que usted ya tiene el estado de “Ayuda adicional”

- Una copia de su tarjeta de Medicaid en la que figure su nombre y la fecha en la que cumplió los requisitos para recibir “Ayuda adicional”. La fecha tiene que ser en el mes de julio o posterior del año pasado.

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

- Una carta de la Administración del Seguro Social que demuestre su estatus de “Ayuda Adicional”. Esta carta podría llamarse Información importante, Carta de asignación, Aviso de cambio o Aviso de acción.

Prueba de que usted tiene un estatus activo en Medicaid

- Una copia de cualquier documento estatal o cualquier copia impresa del sistema estatal que muestre su estado activo en Medicaid. La fecha activa mostrada tiene que ser en el mes de julio o más tarde del año pasado.

Comprobante de pago de una estadía en un centro médico

Su estadía en el centro médico debe ser por lo menos un mes completo de largo, y tiene que ser en el mes de julio o más tarde del año pasado.

- Un estado de facturación del centro médico que muestre el pago de Medicaid
- Una copia de cualquier documento estatal o cualquier copia impresa del sistema estatal que muestre el pago de Medicaid para usted

Si muestra por vez primera uno de los documentos enumerados anteriormente como prueba en la farmacia, envíenos una copia también. Envíe el documento por correo o fax a:

Limited Income NET Program

P.O. Box 14310

Lexington, KY 40512-4310

Fax: 1-877-210-5592

- Cuando recibamos la evidencia que muestre su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que usted pueda pagar el copago correcto cuando obtenga su próximo medicamento recetado en la farmacia. Si paga de más por su copago, le reembolsaremos. Le enviaremos un cheque por la cantidad de su pago en exceso o compensaremos futuros copagos. Si la farmacia no le ha cobrado un copago y tiene su copago como una deuda suya, podremos hacerle el pago directamente a la farmacia. Si un estado pagó en nombre suyo, podremos efectuarle el pago directamente al estado. Comuníquese con Atención al cliente si tiene alguna pregunta.

¿Qué sucede si usted tiene Ayuda Adicional y cobertura de un Programa estatal de asistencia de farmacia (SPAP, por sus siglas en inglés)?

Muchos estados y las Islas Vírgenes de los EE.UU. ofrecen ayuda para pagar medicamentos recetados, las primas de los planes de medicamentos y/u otros gastos de medicamentos. Si está afiliado a un Programa estatal de asistencia de farmacia (SPAP, por sus siglas en inglés), la Ayuda Adicional de Medicare paga primero.

¿Qué sucede si tiene Ayuda Adicional y cobertura de un Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP, por sus siglas en inglés)?

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

El Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP, por su siglas en inglés) ayuda a las personas elegibles para el ADAP que viven con VIH/SIDA a tener acceso a medicamentos para el VIH que salvan vidas. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el formulario de ADAP califican para asistencia para costos compartidos de medicamentos recetados en virtud del ADAP que opera en su estado.

Tenga en cuenta: Para ser elegibles para el ADAP que funciona en su estado, las personas deben cumplir con determinados criterios, incluida la prueba de residencia en el estado y el diagnóstico de VIH, ingresos bajos según lo que defina el estado y no tener seguro o tener un seguro insuficiente. Si usted cambia de plan, notifique a su trabajador local a cargo de las afiliaciones a ADAP para que pueda seguir recibiendo asistencia. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo afiliarse al programa, llame a su ADAP estatal. La información de contacto de su oficina estatal de ADAP se puede encontrar en el “Anexo A” al reverso de este documento.

Programas estatales de asistencia de farmacia

Muchos estados tienen Programas estatales de asistencia de farmacia que ayudan a algunas personas a pagar medicamentos recetados según sus necesidades financieras, edad, afección médica o discapacidades. Cada estado tiene reglas diferentes para proporcionar cobertura de medicamentos a sus afiliados.

Puede comunicarse con el Programa estatal de asistencia de farmacia para obtener más información. La información de contacto de su Programa estatal de asistencia de farmacia (SPAP, por sus siglas en inglés) puede encontrarse en el “Anexo A” al reverso de este documento.

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

La Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios es una agencia federal independiente que administra programas de beneficios integrales para los trabajadores ferroviarios nacionales y sus familias. Si recibe Medicare a través de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios, es importante que les informe si se muda o cambia de dirección postal. Si tiene alguna pregunta con respecto a sus beneficios de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios, comuníquese con la agencia.

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

Método	Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios - Información de contacto
LLAMADA	<p>1-877-772-5772</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>Si presiona “0”, puede hablar con un representante de la RRB de 9:00 a.m. a 3:30 p.m., los días lunes, martes, jueves y viernes, y de 9:00 a.m. a 12:00 p.m., los días miércoles.</p> <p>Si presiona “1”, puede acceder a la Línea de ayuda automatizada de la RRB y a información grabada las 24 horas del día, incluidos los fines de semana y días feriados.</p>
TTY	<p>1-312-751-4701</p> <p>Este número requiere un equipo telefónico especial y es únicamente para personas con dificultades auditivas o del habla.</p> <p>Las llamadas a este número <i>no</i> son gratuitas.</p>
SITIO WEB	rrb.gov/

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

Si usted (o su esposo/a o pareja de hecho) recibe beneficios de su empleador o grupo de jubilados (o los de su esposo/a o pareja de hecho) como parte de este plan, puede llamar al administrador de beneficios del empleador o del sindicato, o a Atención al cliente si tiene alguna pregunta. Puede preguntar sobre los beneficios de salud, las primas o el período de afiliación de su plan del empleador o de jubilados (o el de su esposo/a o pareja de hecho). (Los números de teléfono de Atención al cliente están impresos en la contraportada de este documento). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048) para preguntas relacionadas con su cobertura de Medicare conforme a este plan.

Si tiene otra cobertura para medicamentos recetados a través de un plan grupal de su empleador o de jubilados (o el de su esposo/a o pareja de hecho), comuníquese con el **administrador de beneficios de ese plan grupal**. El administrador de beneficios puede ayudarlo a determinar cómo funcionará su cobertura actual para medicamentos recetados con nuestro plan.

CAPÍTULO 3:

Uso de la cobertura del plan para medicamentos recetados de la Parte D

SECCIÓN 1 Introducción

Este capítulo explica las reglas para utilizar su cobertura de medicamentos de la Parte D.

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

- La Parte A de Medicare cubre los medicamentos que usted recibe durante estadías cubiertas por Medicare en el hospital o en un centro de enfermería especializada.
- La Parte B de Medicare también proporciona beneficios para algunos medicamentos. Los medicamentos de la Parte B incluyen ciertos medicamentos de quimioterapia, determinadas inyecciones de medicamentos que se le administran durante una consulta médica y medicamentos que se le 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 su manual *Medicare y usted 2025*). Sus medicamentos recetados de la Parte D están cubiertos por nuestro plan.

Sección 1.1 Reglas básicas para la cobertura de medicamentos de la Parte D del plan
--

Por lo general, el plan cubre sus medicamentos siempre que usted cumpla estas reglas básicas:

- Un proveedor (un médico, un dentista u otro profesional que receta) debe extenderle una receta, que debe ser válida según las leyes estatales aplicables.
- El profesional que receta no debe figurar en las listas de exclusión o caducidad de Medicare.
- Puede surtir su receta en cualquier farmacia. (Consulte la Sección 2 de este capítulo).
- El medicamento debe administrarse para una *indicación médicamente aceptada*. Una indicación médicamente aceptada es el uso del medicamento aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o avalado por determinadas referencias. (Consulte la Sección 3 de este capítulo para obtener más información sobre una Indicación médicamente aceptada).
- Su medicamento puede requerir aprobación antes de que lo cubramos. (Para más información sobre restricciones de su cobertura, consulte la Sección 4 de este capítulo).

SECCIÓN 2 Surta su receta en cualquier farmacia

Sección 2.1 Utilizar cualquier farmacia
--

En la mayoría de los casos, sus medicamentos recetados están cubiertos en cualquier farmacia.

El término *medicamentos cubiertos* significa medicamentos recetados de la Parte D que están cubiertos por Medicare.

Sección 2.2 Farmacias especializadas

¿Qué sucede si necesita una farmacia especializada?

En algunas ocasiones, las recetas se deben surtir 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 centros de cuidado a largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés). Generalmente, un centro de LTC (como un hogar de ancianos) tiene su propia farmacia. Si tiene dificultades para acceder a los beneficios de la Parte D en un centro de LTC, comuníquese con Atención al cliente.
- Farmacias que trabajan con el Programa de Servicios de Salud Indígena/Tribal/Urbana (no disponible en Puerto Rico). Excepto en casos de emergencia, únicamente indígenas americanos o nativos de Alaska pueden tener acceso a estas farmacias.
- Farmacias que despachan medicamentos que están restringidos por la Administración de Alimentos y Medicamentos para determinados lugares o que requieren manejo especial, coordinación del proveedor o información sobre su uso. Para localizar una farmacia especializada, llame al Atención al cliente.

Sección 2.3 Cómo solicitar un reembolso al plan

¿Cómo solicita un reembolso al plan?

Si paga el costo total (en lugar de sus costos compartidos regulares) en el momento de surtir su receta, puede pedirnos que le reembolsemos nuestra parte del costo. (En el Capítulo 5, Sección 2 se explica cómo debe solicitar al plan el reembolso).

SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben ser medicamentos elegibles de la Parte D

Sección 3.1 Se cubren todos los medicamentos de la Parte D

LI NET tiene un formulario abierto, por lo tanto, cualquier medicamento que cubra la Parte D de Medicare lo cubre el plan.

Por lo general, cubriremos un medicamento cubierto en virtud de la Parte D de Medicare siempre y cuando usted cumpla con las demás reglas de cobertura que se explican en este capítulo y el medicamento se use para una indicación médicamente aceptada. Una *indicación médicamente aceptada* es un uso del medicamento que:

- Está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos para el diagnóstico o la afección para el cual se receta, o
- Cuenta con el respaldo de determinadas referencias, como la Información sobre medicamentos del American Hospital Formulary Service y el Sistema de Información DRUGDEX de Micromedex.

El plan cubre medicamentos de marca, genéricos y productos biológicos (que pueden incluir biosimilares).

Capítulo 3: Uso de la cobertura del plan para medicamentos recetados de la Parte D

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

Un medicamento genérico es un medicamento recetado 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. Existen sustitutos de medicamentos genéricos para muchos medicamentos de marca y alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son biosimilares intercambiables y, dependiendo de la legislación estatal, pueden sustituirse por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, al igual que los medicamentos genéricos pueden sustituirse por los de marca.

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

¿Qué no está cubierto?

El plan no cubre todos los medicamentos recetados.

- En algunos casos, la ley no permite que ningún plan de Medicare cubra determinados tipos de medicamentos. (Para obtener más información, consulte la Sección 7.1 de este capítulo).

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

Cada medicamento se encuentra en uno de dos niveles de costos compartidos. En general, cuanto mayor sea el nivel de costos compartidos, mayor será el costo del medicamento para usted:

- El Nivel 1 de costos compartidos incluye medicamentos genéricos y es el nivel de costos compartidos más bajo.
- El Nivel 2 de costos compartidos incluye medicamentos de marca y es el nivel de costos compartidos más alto.

La cantidad que usted paga por los medicamentos en cada nivel de costos compartidos se muestra en el Capítulo 4 (*Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D*).

SECCIÓN 4 Existen restricciones en la cobertura de algunos medicamentos**Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?**

Algunas normas especiales restringen cómo y cuándo el plan cubre determinados medicamentos recetados. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrollaron estas normas para alentarlos a usted y a su proveedor a usar los medicamentos de la manera más eficaz.

Sección 4.2 ¿Qué tipos de restricciones?

Las secciones a continuación le brindan más información sobre los tipos de restricciones que utilizamos para determinados medicamentos.

Si existe una restricción para su medicamento, por lo general esto significa que usted o su proveedor deberán tomar medidas adicionales para que cubramos el medicamento. Comuníquese con Atención al cliente para obtener información sobre lo que usted o su proveedor tendrían que hacer para obtener la cobertura para el medicamento. **Si desea que hagamos una excepción para la restricción, deberá utilizar el proceso de decisión de cobertura y solicitarnos que hagamos una excepción.** Podemos aceptar o no su solicitud de excepción de la restricción. (Consulte el Capítulo 7)

Obtener la aprobación previa del plan

Para determinados medicamentos, usted o su proveedor necesitarán obtener la aprobación del plan, basado en criterios específicos, antes de que nosotros aceptemos cubrir el medicamento para usted. A esto se le conoce como **autorización previa**. Esto se implementa para garantizar la seguridad de los medicamentos y ayudar a guiar el uso adecuado de determinados medicamentos. Si no obtiene esta aprobación, es posible que el plan no cubra su medicamento.

Límites de cantidad

Para determinados medicamentos, el plan podría limitar la cantidad de medicamento que puede obtener cada vez que surte la receta. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro tomar solo una píldora por día para un medicamento determinado, podemos limitar la cobertura de su receta a no más de una píldora por día.

SECCIÓN 5 ¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la forma que usted desearía?

Sección 5.1 Usted puede tomar determinadas medidas si su medicamento no está cubierto en la forma que a usted le gustaría

Hay situaciones en las cuales hay un medicamento recetado que usted toma, o uno que usted y su proveedor consideran que debería tomar, pero que no se encuentra cubierto o que se cubre con restricciones. Por ejemplo:

- Es posible que el medicamento no esté cubierto en absoluto.
- El medicamento está cubierto, pero existen normas o restricciones adicionales en la cobertura de dicho medicamento, que se explican en la Sección 4.
- Usted puede tomar determinadas medidas si su medicamento no está cubierto en la forma que a usted le gustaría. **Si su medicamento no está cubierto o si el medicamento tiene restricciones, consulte la Sección 5.2 para saber lo que puede hacer.**

Sección 5.2 ¿Qué puede hacer si su medicamento no está cubierto o si está restringido de alguna manera?

Si su medicamento no está cubierto o está restringido, aquí tiene algunas opciones:

1) Puede cambiar a otro medicamento

Hable con su proveedor acerca de si hay un medicamento diferente cubierto por el plan que podría ser igualmente de efectivo para usted. Puede llamar a Atención al cliente para solicitar una lista de los medicamentos cubiertos que tratan la misma afección. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que pueda ser eficaz para usted.

2) Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitarle al plan que haga una excepción y cubra el medicamento de la manera en que usted lo desearía. Si su proveedor manifiesta que usted tiene razones médicas que justifican la solicitud de una excepción, su proveedor puede ayudarlo a solicitar una.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, en el Capítulo 7, Sección 5.4, se le indica lo que debe hacer. Le explica los procedimientos y las fechas límite que establece Medicare para garantizar que su solicitud se maneje de forma ágil y justa.

SECCIÓN 6 ¿Qué sucede si cambia la cobertura de alguno de sus medicamentos?**Sección 6.1 ¿Qué sucede si cambia la cobertura de un medicamento que está tomando?****Información sobre cambios en la cobertura de medicamentos**

Cuando se producen cambios, publicamos en nuestro sitio web información sobre dichos cambios. En esta sección se describen los tipos de cambios que podemos introducir y cuándo recibirá un aviso directo si se introducen cambios en un medicamento que esté tomando.

Cambios que podemos realizar y que le afectan durante el año actual del plan

- **Retiro del mercado de medicamentos inseguros y de otros tipos de medicamentos.**
 - A veces, un medicamento puede considerarse inseguro o sacarse del mercado por otro motivo. Si usted utiliza ese medicamento, le informaremos inmediatamente.
- **Modificación de medicamentos cubiertos.**
 - Una vez iniciado el año, podemos hacer otros cambios que afecten a los medicamentos que está tomando. Por ejemplo, nos basamos en las advertencias en caja de la FDA o en las nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare.

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

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

Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos

Esta sección le informa qué tipos de medicamentos recetados están *excluidos*. Esto significa que Medicare no paga estos medicamentos.

Si usted recibe medicamentos que están excluidos, deberá pagarlos usted. Si se determina que su apelación y el medicamento solicitado no están excluidos por la Parte D, lo pagaremos o lo cubriremos. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión, consulte el Capítulo 7).

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

- Nuestra cobertura de medicamentos de la Parte D no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto en virtud de la Parte A o B de Medicare.
- Nuestro plan no puede cubrir un medicamento adquirido fuera de los Estados Unidos o sus territorios.
- Nuestro plan no puede cubrir el uso *fuera de lo indicado* de un medicamento cuando dicho uso no está respaldado por determinadas referencias, como la Información sobre medicamentos del American Hospital Formulary Service y el Sistema de Información DRUGDEX de Micromedex. Uso *fuera de lo indicado* en la etiqueta es cualquier uso del medicamento que no sea lo que se indica en la etiqueta de un medicamento según lo aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos.

Además, según lo exige la ley, estas categorías de medicamentos no las cubren los planes de medicamentos de Medicare:

- Medicamentos no recetados (también llamados medicamentos de venta sin receta)
- Medicamentos utilizados para promover la fertilidad
- Medicamentos utilizados para el alivio de los síntomas de la tos o el resfriado
- Medicamentos utilizados para fines cosméticos o para el crecimiento del cabello
- Vitaminas y productos minerales con receta, excepto vitaminas prenatales y preparaciones de flúor
- Medicamentos cuando se utilizan para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil
- Medicamentos que se usan para el tratamiento de la anorexia, pérdida de peso o aumento de peso
- Medicamentos para pacientes ambulatorios cuando el fabricante requiera que, para poder vender dichos medicamentos, los exámenes o servicios de monitoreo asociados se compren exclusivamente a través del fabricante

Si recibe “Ayuda Adicional” para pagar sus medicamentos recetados, el programa “Ayuda Adicional” no pagará los medicamentos que, por lo general, no están cubiertos. Sin embargo, si tiene cobertura para medicamentos a través de Medicaid, el programa estatal de Medicaid puede cubrir algunos medicamentos recetados que habitualmente no se cubren en un plan de medicamentos de Medicare. Contacte con el programa estatal de Medicaid para determinar qué cobertura para medicamentos está disponible para usted. (Encontrará los números de teléfono y la información de contacto de Medicaid en el “Anexo A” al reverso de este documento).

SECCIÓN 8 Cómo surtir una receta

Sección 8.1 Proporcione información sobre su afiliación

Para surtir su receta, proporcione su carta de confirmación de afiliación en cualquier farmacia que elija. La farmacia le facturará automáticamente al plan *nuestra* parte del costo de sus medicamentos. Usted deberá pagarle a la farmacia *su* parte del costo al retirar el medicamento recetado.

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

Si no lleva consigo la carta de confirmación de afiliación cuando le surtan su receta, usted o la farmacia pueden llamar al plan para obtener la información necesaria, o puede pedir a la farmacia que busque los datos de afiliación a su plan.

Si la farmacia no logra obtener la información necesaria, **puede que usted tenga que pagar el costo total del medicamento recetado al momento de retirarlo.** (Luego, puede **solicitarnos que le reembolsemos** nuestra parte del costo. Consulte el Capítulo 5, Sección 2 para obtener información sobre cómo solicitar el reembolso al plan).

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

Sección 9.1 ¿Qué sucede si se encuentra en un hospital o en un centro de enfermería especializada?

Si está ingresado en un hospital o en un centro de enfermería especializada, Medicare original (o su plan de salud de Medicare con cobertura de las Partes A y B, si procede) generalmente cubrirá el costo de sus medicamentos recetados durante su estadía. Una vez que deje el hospital o el centro de enfermería especializada, nuestro plan cubrirá sus medicamentos recetados siempre que estos cumplan con todas nuestras normas de cobertura descritas en este Capítulo.

Sección 9.2 ¿Qué sucede si usted es residente de un centro de cuidado a largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés)?

Por lo general, un centro de cuidado a largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés) (como un hogar de ancianos) tiene su propia farmacia, o utiliza una farmacia que suministra medicamentos para todos sus residentes. Si usted reside en un LTC, puede recibir sus medicamentos recetados a través de la farmacia del centro o la que el centro utilice.

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

Su afiliación a LI NET no afecta su cobertura de medicamentos cubiertos conforme a la Parte A o la Parte B de Medicare. Si usted cumple con los requisitos de cobertura de Medicare, su medicamento seguirá estando cubierto conforme a la Parte A o la Parte B de Medicare, aunque usted esté afiliado a este plan. Además, si su medicamento pudiera estar cubierto por la Parte A o la Parte B de Medicare, nuestro plan no puede cubrirlo, incluso si usted decide no afiliarse a la Parte A o la Parte B.

Algunos medicamentos pueden estar cubiertos por la Parte B de Medicare en algunas situaciones y a través de LI NET en otras situaciones. Sin embargo, los medicamentos nunca están cubiertos por la Parte B y por nuestro plan al mismo tiempo. En general, su farmacéutico o proveedor determinará si facturar el medicamento a la Parte B de Medicare o a LI NET.

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

Si usted actualmente tiene una póliza Medigap que incluye cobertura para medicamentos recetados, deberá comunicarse con el emisor de Medigap e informarle que se afilió a nuestro plan. Si decide quedarse con su póliza Medigap actual, su emisor de Medigap retirará de su póliza Medigap la parte referente a la cobertura para medicamentos recetados y reducirá su prima.

Cada año, su compañía de seguros Medigap deberá enviarle un aviso que le indique si su cobertura para medicamentos recetados es válida y las opciones que tiene para la cobertura de medicamentos. (Si la cobertura de la póliza Medigap es válida, significa que se espera que pague, en promedio, al menos la misma cantidad que la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare). El aviso también explicará cuánto se reduciría su prima si usted elimina la parte de cobertura para medicamentos recetados de su póliza Medigap. Si no recibió este aviso, o si no puede encontrarlo, comuníquese con su compañía de seguros de Medigap y solicite otra copia.

Sección 9.5 ¿Qué sucede si usted también recibe cobertura de medicamentos de un plan grupal del empleador o de jubilados?

Si actualmente tiene otra cobertura para medicamentos recetados a través de un plan grupal de su empleador o jubilados (o el de su esposo/a o pareja de hecho), comuníquese con el **administrador de beneficios del grupo**. Dicha persona puede ayudarle a determinar cómo funcionará su cobertura actual para medicamentos recetados con nuestro plan.

En general, si tiene cobertura grupal para empleados o jubilados, la cobertura de medicamentos que obtenga de nosotros será *secundaria* a su cobertura grupal. Eso significa que su cobertura grupal pagaría primero.

Nota especial sobre la cobertura válida:

Cada año el plan grupal de su empleador o de jubilados debe enviarle una notificación que le informe si su cobertura para medicamentos recetados para el año calendario siguiente es válida.

Si la cobertura del plan grupal es válida, significa que el plan tiene una cobertura de medicamentos que se espera que pague, en promedio, al menos la misma cantidad que la cobertura para medicamentos recetados estándar de Medicare.

Capítulo 3: Uso de la cobertura del plan para medicamentos recetados de la Parte D

Conserve esta notificación sobre la cobertura válida, ya que es posible que la necesite posteriormente. Si usted se afilia a un plan de Medicare que incluye cobertura de medicamentos de la Parte D, es posible que necesite estos avisos para demostrar que ha mantenido una cobertura válida. Si no recibió el aviso de cobertura válida, solicite una copia al administrador de beneficios de plan grupal del empleador o de jubilados, o al empleador o sindicato.

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

El hospicio y nuestro plan no cubren el mismo medicamento al mismo tiempo. Si usted está afiliado a un hospicio de Medicare y necesita determinados medicamentos (p. ej., para las náuseas, el dolor o la ansiedad o un laxante) que su hospicio no cubre porque no están relacionados con su enfermedad terminal ni con las afecciones relacionadas, nuestro plan debe recibir la notificación, ya sea del profesional que receta o del proveedor de hospicio, de que el medicamento no está relacionado, antes de que nuestro plan pueda cubrir el medicamento. Para evitar demoras en la recepción de estos medicamentos que deberían estar cubiertos por nuestro plan, pida al proveedor de hospicio o al profesional que receta que lo notifiquen antes de surtir su receta.

En caso de que revoque su elección de hospicio o sea dado de alta del hospicio, nuestro plan debe cubrir todos sus medicamentos como se explica en este documento. Para evitar cualquier retraso en una farmacia cuando finaliza su beneficio de hospicio de Medicare, lleve la documentación a la farmacia para verificar su revocación o alta.

SECCIÓN 10 Programas para la seguridad y la administración de medicamentos**Sección 10.1 Programas para ayudar a los afiliados a utilizar medicamentos en forma segura**

Realizamos revisiones de consumo de medicamentos para nuestros afiliados con el fin de asegurarnos de que reciban un cuidado seguro y apropiado.

Realizamos una revisión cada vez que usted surte una receta. También revisamos nuestros registros de forma regular. Durante estas revisiones, buscamos posibles problemas como:

- Posibles errores de medicamentos
- Medicamentos que posiblemente no sean necesarios dado que ya toma otro medicamento similar para tratar la misma afección
- Medicamentos que podrían no ser seguros o apropiados por su edad o sexo
- Determinadas combinaciones de medicamentos que podrían causarle daño si se toman al mismo tiempo
- Medicamentos recetados que contienen ingredientes a los cuales usted es alérgico
- Posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que usted está tomando
- Cantidades no seguras de medicamentos analgésicos opiáceos

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

CAPÍTULO 4:

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

¿Actualmente recibe ayuda para pagar sus medicamentos?

Si está en un programa que le ayuda a pagar sus medicamentos, **es posible que determinada información de esta Evidencia de cobertura sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D no se aplique a su caso.**

SECCIÓN 1 Introducción

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

Este capítulo se enfoca en lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D. Para simplificar las cosas, en este capítulo usamos *medicamento* para referirnos a un medicamento recetado de la Parte D. Como se explica en el Capítulo 3, no todos los medicamentos son medicamentos de la Parte D; algunos medicamentos se cubren conforme a las partes A o B de Medicare y otros medicamentos están excluidos de la cobertura de Medicare por ley.

Para entender la información sobre pagos, debe saber qué medicamentos se cubren, dónde surtir sus recetas y qué normas debe seguir al recibir sus medicamentos cubiertos. En el Capítulo 3, Secciones 1 a 4, se explican estas normas.

Sección 1.2 Tipos de gastos de desembolso personal que puede pagar por los medicamentos cubiertos

Existen diferentes tipos de gastos de desembolso personal para los medicamentos de la Parte D. La cantidad que usted paga por un medicamento se denomina *costos compartidos*, y hay tres maneras en que se le puede pedir que los pague.

- **Deducible:** es la cantidad que usted paga por los medicamentos antes de que nuestro plan comience a pagar la parte que le corresponde..
- **Copago:** es una cantidad fija que usted paga cada vez que surte una receta.
- **Coseguro:** es un porcentaje del costo total del medicamento que paga cada vez que surte una receta.

Sección 1.3 Cómo calcula Medicare sus gastos de desembolso personal

Medicare tiene normas sobre lo que cuenta y lo que no cuenta como gastos de desembolso personal. Estas son las normas que debemos seguir para llevar un registro de sus gastos de desembolso personal.

Estos pagos están incluidos en sus gastos de desembolso personal

Sus gastos de desembolso personal incluyen los pagos que se indican a continuación (siempre que sean para medicamentos cubiertos de la Parte D y que usted haya seguido las normas para la cobertura de medicamentos que se explican en el Capítulo 3):

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

- La cantidad que usted paga por 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 afiliado de un plan de medicamentos recetados de Medicare diferente antes de inscribirse en nuestro plan.

Es importante quién paga:

- Si **usted mismo** efectúa estos pagos, estos se incluyen en sus gastos de desembolso personal.
- Estos pagos *también se incluyen* en los gastos de desembolso personal si lo realizan en su nombre **otras personas u organizaciones determinadas**. Esto incluye pagos por sus medicamentos que realiza un amigo o familiar, la mayoría de las organizaciones benéficas, programas de asistencia para medicamentos contra el SIDA, un Programa estatal de asistencia de farmacia acreditado por Medicare, planes de salud del empleador o sindicato, TRICARE o el Servicio de Salud Indígena. También se incluyen los pagos realizados por el Programa “Ayuda adicional” de Medicare.

Paso a la Etapa de cobertura catastrófica:

Cuando usted (o quienes pagan en su nombre) haya gastado un total de \$2,000 en gastos de desembolso personal dentro del año calendario, pasará de la Etapa de cobertura inicial a la Etapa de cobertura catastrófica.

Estos pagos no están incluidos en sus gastos de desembolso personal

Su gastos de desembolso personal **no incluyen** ninguno de estos tipos de pagos:

- Medicamentos que usted compre fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Medicamentos que no estén cubiertos por nuestro plan.
- Medicamentos que no pertenecen a la Parte D, incluidos medicamentos recetados cubiertos por las Partes A o B y otros medicamentos excluidos de la cobertura de Medicare.
- Los pagos que usted realiza para medicamentos recetados que habitualmente no se cubren en un Plan de medicamentos recetados de Medicare.
- Pagos de sus medicamentos efectuados por la Administración de salud de veteranos (VA, por sus siglas en inglés).
- Pagos por sus medicamentos que realiza un tercero que tenga la obligación legal de pagar los costos de medicamentos recetados (por ejemplo, un programa de compensación laboral).
- Pagos efectuados por los fabricantes de medicamentos en el marco del Programa de descuentos del fabricante.

Recordatorio: Si alguna otra organización, como las que se mencionaron antes paga parte o todos los gastos de desembolso personal por medicamentos, debe informarlo a nuestro plan llamando a Atención al cliente.

¿Cómo puede llevar un registro del total de sus gastos de desembolso personal?

- Lo ayudaremos. El resumen *SmartSummary* que usted recibe incluye la cantidad actual de sus gastos de desembolso personal. Cuando esta cantidad alcanza un total de \$2,000, este informe le indicará que usted ha dejado la Etapa de cobertura inicial y ha pasado a la Etapa de cobertura catastrófica.
- Asegúrese de que tengamos la información necesaria. La Sección 3.2 le informa lo que usted puede hacer para asegurarse de que nuestros registros de lo que ha gastado estén completos y actualizados.

SECCIÓN 2 Lo que usted paga por un medicamento dependerá de la etapa de pago de medicamentos en la que usted se encuentre cuando obtenga el medicamento

Sección 2.1 ¿Cuáles son las etapas de pago de medicamentos para afiliados de LI NET?

Existen dos **etapas de pago de medicamentos** para su cobertura para medicamentos recetados conforme a LI NET. La cantidad que usted paga depende de la etapa en la que se encuentra en el momento de surtir una receta o una repetición de la receta. Los detalles de cada etapa se encuentran en las Secciones 4 a 6 de este capítulo. Las etapas son:

Etapa 1: Etapa de cobertura inicial

Etapa 2: Etapa de cobertura catastrófica

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

Sección 3.1 Le enviamos un resumen mensual llamado *SmartSummary*

Nuestro plan lleva un registro de los costos de sus medicamentos recetados y los pagos que usted ha realizado cuando surte o repite sus recetas en la farmacia. De esta manera, podemos informarle cuándo ha pasado de una etapa de pago de medicamentos a la siguiente. En particular, hay dos tipos de costos de los cuales llevamos un registro:

- Llevamos un registro de cuánto ha pagado usted. Esto se conoce como **gastos de desembolso personal**. Esto incluye lo que usted pagó cuando obtuvo un medicamento cubierto de la Parte D, cualquier pago por sus medicamentos realizado por familiares o amigos y cualquier pago realizado por sus medicamentos mediante la “Ayuda Adicional” de Medicare, planes de salud del empleador o sindicato, TRICARE, Servicio de Salud Indígena, programas de asistencia para medicamentos contra el SIDA, organizaciones benéficas y la mayoría de los Programa estatal de asistencia de farmacia (SPAP, por sus siglas en inglés).
- Llevamos un registro de sus **costos totales de medicamentos**. Este es el total de todos los pagos realizados para sus medicamentos de la Parte D cubiertos. Incluye lo que pagó el plan, lo que pagó usted y lo que pagaron otros programas u organizaciones por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

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

Si ha surtido una o más recetas a través del plan durante el mes anterior, le enviaremos un resumen *SmartSummary*. El resumen *SmartSummary* incluye:

- **Información correspondiente a ese mes.** Este informe proporciona los detalles del pago de las recetas que usted ha surtido durante el mes anterior. Muestra los costos totales de medicamentos, lo que pagó el plan y lo que pagó usted y otras personas en su nombre.
- **Totales para el año desde el 1 de enero.** Esto se conoce como información anual hasta la fecha. Indica el costo total de los medicamentos y el total de pagos por sus medicamentos desde principios de año.
- **Información sobre el precio de medicamentos.** Esta información mostrará el precio total del medicamento y datos sobre aumentos en el precio desde el primer surtido para cada reclamación de medicamentos recetados de la misma cantidad.
- **Medicamentos recetados alternativos de menor costo disponibles.** Esto incluirá información sobre otros medicamentos disponibles con costos compartidos más bajos para cada reclamación de medicamentos recetados, si corresponde.

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

Para hacer un seguimiento de sus costos de medicamentos y los pagos que usted realiza por medicamentos, utilizamos registros que obtenemos de las farmacias. Aquí le explicamos cómo puede ayudarnos a mantener su información correcta y actualizada:

- **Presente su carta de confirmación de afiliación cada vez que surta una receta.** Esto nos ayuda a asegurarnos de que sepamos acerca de las recetas que surte y lo que paga.
- **Asegúrese de que tengamos la información necesaria.** Hay momentos en que usted puede pagar el costo total de un medicamento recetado. En estos casos, no recibiremos automáticamente la información que necesitamos para llevar un registro de sus gastos de desembolso personal. Para ayudarnos a llevar un registro de sus gastos de desembolso personal, envíenos copias de sus recibos. **Estos son algunos ejemplos de cuándo debería enviarnos copias de los recibos de sus medicamentos:**
 - Cuando compre un medicamento cubierto en una farmacia a un precio especial o utilice una tarjeta de descuento que no sea parte del beneficio de nuestro plan.
 - Cuando realizó un copago por medicamentos provistos dentro de un programa de asistencia al paciente del fabricante de medicamentos.
 - Cada vez que usted haya pagado el precio total de un medicamento cubierto en circunstancias especiales.
 - Si se le factura un medicamento cubierto, puede solicitar a nuestro plan el pago de la parte del costo que nos corresponde. Para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo, consulte el Capítulo 5, Sección 2.
- **Envíenos información sobre los pagos que otras personas han realizado por usted.** Los pagos que realizan otras personas y organizaciones determinadas también se tienen en cuenta para sus gastos de desembolso personal. Por ejemplo, los pagos que realiza un Programa estatal de asistencia de farmacia, un Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP, por sus siglas en inglés), el Servicio de Salud Indígena y las organizaciones benéficas se tienen en cuenta como parte de sus gastos de desembolso personal. Mantenga un registro de estos pagos y envíenoslo para que podamos registrar sus gastos.

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

- **Consulte el informe escrito que le enviemos.** Cuando reciba un *SmartSummary*, revíselo para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si considera que falta información o si tiene alguna pregunta, llame a Atención al cliente. Asegúrese de conservar estos informes.

SECCIÓN 4 No hay deducible para LI NET

No hay deducible para LI NET. Usted comienza la Etapa de cobertura inicial cuando surte su primera receta del año. Consulte la Sección 5 para obtener información sobre su cobertura en la Etapa de cobertura inicial.

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

Sección 5.1 Lo que usted paga por un medicamento depende del medicamento y del lugar donde usted surta su receta

Durante la etapa de cobertura inicial, el plan paga su parte del costo de los medicamentos recetados cubiertos y usted paga su parte (su copago). Su parte del costo variará según el medicamento y el lugar donde surte el medicamento recetado.

El plan tiene dos niveles de costos compartidos

Cada medicamento cubierto se encuentra en uno de dos niveles de costos compartidos. En general, cuanto más alto sea el número del nivel de costos compartidos, más alto será el costo del medicamento:

- El Nivel 1 de costos compartidos incluye medicamentos genéricos y es el nivel de costos compartidos más bajo.
- El Nivel 2 de costos compartidos incluye medicamentos de marca y es el nivel de costos compartidos más alto.

Sus opciones de farmacias

Utilice cualquier farmacia para surtir sus medicamentos recetados.

Sección 5.2 Un cuadro que indica sus costos para el suministro de un medicamento para <i>un mes</i>
--

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

Como se indica en el cuadro siguiente, el monto del copago depende del nivel de costos compartidos. A veces el costo del medicamento es menor que su copago. En estos casos, usted paga el precio más bajo por el medicamento en lugar del copago.

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

Nivel	Nivel 1 de Ayuda Adicional	Nivel 2 de Ayuda Adicional	Nivel 3 de Ayuda Adicional
Nivel 1 de costos compartidos (<i>Genéricos</i>)	\$4.90	\$1.60	\$0.00
Nivel 2 de costos compartidos (<i>De marca</i>)	\$12.15	\$4.80	\$0.00

Consulte la Sección 7 de este capítulo para obtener más información sobre los costos compartidos de vacunas de la Parte D.

Sección 5.3 Si su médico le receta un suministro menor a un mes completo, es posible que no tenga que pagar el costo del suministro del mes completo

Por lo general, la cantidad que usted paga por un medicamento recetado cubre un suministro de un mes completo. Puede haber ocasiones en las que usted o su médico deseen que usted tenga menos de un suministro de un mes de un medicamento (por ejemplo, cuando está probando un medicamento por primera vez). También le puede pedir a su médico que le recete, y a su farmacéutico que le dispense, menos de un suministro de un mes completo de sus medicamentos, si esto le ayudará a planificar mejor las fechas de repetición de diferentes recetas.

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

- Si usted es responsable del coseguro, paga un *porcentaje* del costo total del medicamento. Dado que el coseguro se basa en el costo total del medicamento, su costo será menor, ya que el costo total del medicamento será menor.
- Si usted es responsable de un copago por el medicamento, solo pagará por el número de días del medicamento que usted recibe en vez de un mes completo. Calcularemos la cantidad que usted paga por día por el medicamento (la *tarifa diaria de costos compartidos*) y la multiplicaremos por la cantidad de días del medicamento que recibe.

Sección 5.4 Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que sus gastos de desembolso personal para el año alcancen los \$2,000

Permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que el total de sus gastos de desembolso personal alcance los \$2,000. Luego, pasa a la Etapa de cobertura catastrófica.

El *SmartSummary* que reciba lo ayudará a llevar un registro de cuánto gastaron usted, el plan y terceros, en su nombre durante el año. No todos los afiliados alcanzarán el límite de \$2,000 de desembolso personal en un año.

Le informaremos si usted alcanza esta cantidad. Si usted alcanza efectivamente esta cantidad, abandonará la Etapa de cobertura inicial y pasará a la Etapa de cobertura catastrófica. Consulte la Sección 1.3 sobre cómo calcula Medicare sus gastos de desembolso personal.

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

Usted ingresa a la Etapa de cobertura catastrófica cuando sus gastos de desembolso personal hayan alcanzado el límite de \$2,000 para el año calendario. Una vez que usted se encuentre 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 de la Parte D

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

Mensaje importante sobre lo que paga por vacunas: algunas vacunas se consideran beneficios médicos y están cubiertas por la Parte B. Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos sin costo alguno para usted. Póngase en contacto con Atención al cliente para obtener información sobre la cobertura y los costos compartidos de determinadas vacunas.

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

- La primera parte de la cobertura es el costo de la **vacuna en sí**.
- La segunda parte de la cobertura es para el costo de la **aplicación de la vacuna**. (Esto a veces se denomina administración de la vacuna).

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

- 1. Si una organización llamada Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación (ACIP, por sus siglas en inglés) recomienda la vacuna para adultos.**
 - La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos las recomienda el ACIP y no le cuestan nada.
- 2. Dónde recibe la vacuna.**
 - La vacuna en sí puede despacharla una farmacia o proporcionarla el consultorio médico.
- 3. Quién le aplica la vacuna.**
 - Un farmacéutico u otro proveedor puede administrar la vacuna en la farmacia. Otra posibilidad es que un proveedor se la administre en el consultorio médico.

Lo que usted paga al momento de recibir la vacuna de la Parte D puede variar según las circunstancias y la **etapa de pago de medicamentos** en la que se encuentre.

- En ocasiones, cuando recibe una vacuna, debe pagar el costo total de la vacuna en sí y el costo del proveedor para que le administra la vacuna. Puede pedirle a nuestro plan que paguemos nuestra parte del costo. En el caso de la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, esto significa que se le reembolsará el costo total que haya pagado.

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

- En otras ocasiones, cuando reciba una vacuna, solamente pagará su parte del costo según el beneficio de la Parte D. Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, no pagará nada.

A continuación se presentan tres ejemplos de maneras en las que podría recibir una vacuna de la Parte D.

Situación 1: La vacuna de la Parte D se obtiene en una farmacia. (El hecho de que tenga o no esta opción depende del lugar donde viva. Algunos estados no permiten que las farmacias administren determinadas vacunas).

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

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

- Al recibir la vacuna, puede que tenga que pagar el costo total de la vacuna en sí y el costo para que el proveedor le administre la vacuna.
- Luego, puede solicitar a nuestro plan que pague la parte del costo que nos corresponde mediante el uso de los procedimientos que se describen en el Capítulo 5.
- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, se le reembolsará la cantidad total que pagó. Para otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará la cantidad que pagó menos cualquier copago por la vacuna (incluida la administración).

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

- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, no pagará nada por la vacuna en sí.
- Para otras vacunas de la Parte D, pagará a la farmacia su copago por la vacuna en sí.
- Cuando el médico le aplica la vacuna, puede que usted tenga que pagar el costo total de este servicio.
- Luego, puede solicitar a nuestro plan que pague la parte del costo que nos corresponde mediante el uso de los procedimientos que se describen en el Capítulo 5.
- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, se le reembolsará la cantidad total que pagó.

CAPÍTULO 5:

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

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

En ocasiones, cuando recibe un medicamento recetado, es posible que deba pagar el costo total. En otros casos, puede que descubra que pagó más de lo que esperaba según las reglas de cobertura del plan o puede recibir una factura de un proveedor. En estos casos, puede solicitar que nuestro plan le devuelva el pago (esta devolución suele llamarse *reembolso*). Puede haber plazos que deba cumplir para obtener un reembolso. Consulte la Sección 2 de este capítulo.

A continuación, presentamos algunos ejemplos de situaciones en las que posiblemente deba solicitarle a nuestro plan que le reembolse un pago. Todos estos ejemplos son tipos de decisiones sobre cobertura (para obtener más información sobre decisiones de cobertura, consulte el Capítulo 7).

1. Cuando paga el costo total de un medicamento recetado porque no lleva consigo su carta de confirmación de afiliación

Si no lleva consigo su carta de confirmación de afiliación, puede solicitar a la farmacia que llame al plan o consulte su información de afiliación al plan. Sin embargo, si la farmacia no puede obtener la información de afiliación necesaria en ese momento, posiblemente deba pagar el costo total del medicamento recetado usted mismo.

Guarde el recibo y envíenos una copia para solicitarnos el reembolso de la parte del costo que nos corresponde.

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

Es posible que tenga que pagar el costo total del medicamento recetado porque descubre que el medicamento no se cubre por algún motivo en particular.

- Por ejemplo, puede que el medicamento tenga un requisito o restricción que usted desconocía o no cree que se aplique a su caso. Si decide obtener el medicamento de inmediato, es posible que deba pagar el costo total.
- Guarde el recibo y envíenos una copia al solicitarnos el reembolso del pago. En algunos casos, es posible que necesitemos que su médico nos provea más información para reembolsarle la parte del costo que nos corresponde.

3. Si se afilia a nuestro plan de manera retroactiva

A veces, la afiliación de una persona al plan es retroactiva. (Esto significa que ya pasó el primer día de su afiliación. La fecha de afiliación hasta puede haber sido el año pasado).

Si se afilió retroactivamente en nuestro plan y pagó de su bolsillo cualquiera de sus medicamentos después de su fecha de inscripción, puede solicitarnos que le reembolsemos la parte del costo que nos corresponde. Deberá enviarnos documentación para que tramitemos el reembolso.

Todos los ejemplos antes indicados son tipos de decisiones de cobertura. Esto significa que si denegamos su solicitud de pago, usted puede apelar nuestra decisión. El Capítulo 7 de este documento contiene información sobre cómo presentar una apelación.

SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos un reembolso

Puede solicitarnos el reembolso enviándonos una solicitud por escrito. Si envía una solicitud por escrito, incluya el recibo que documente el pago que ha efectuado. Es buena idea hacer una copia de los recibos para sus registros. **Debe enviarnos su reclamación dentro de los 36 meses** posteriores a la fecha en la cual recibió el servicio, artículo o medicamento.

Para garantizar que nos está dando toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede completar nuestro formulario de reclamación para realizar su solicitud de pago.

- No es necesario que utilice el formulario, pero este nos ayudará a procesar la información más rápidamente.
- Descargue una copia del formulario en nuestro sitio web (es-www.humana.com/LINET) o llame a Atención al cliente para solicitarlo.

Envíenos por correo o fax su solicitud de pago junto con las facturas o recibos de pago a la siguiente dirección:

Limited Income NET Program
P.O. Box 14310
Lexington, KY 40512-4310
Fax: 1-877-210-5592

SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y la aprobaremos o no

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

Cuando recibimos su solicitud de pago, le comunicaremos si necesitamos que nos brinde alguna otra información. De lo contrario, evaluaremos su solicitud y tomaremos una decisión de cobertura.

- Si decidimos que el medicamento está cubierto y usted siguió todas las normas, pagaremos la parte del costo que nos corresponde. Le enviaremos por correo el reembolso de la parte del costo que nos corresponde. Le enviaremos el pago en los próximos 30 días de haber recibido su solicitud.
- Si decidimos que el medicamento *no* está cubierto o que usted *no* cumplió con todas las normas, no pagaremos la parte del costo que nos corresponde. Le enviaremos una carta explicándole las razones por las que no haremos el pago y su derecho a apelar esa decisión.

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

Si considera que cometimos un error al rechazar su solicitud de pago o la cantidad que pagamos, puede presentar una apelación. Si presenta una apelación, significa que nos está solicitando que cambiemos la decisión que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago. El proceso de apelación es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Para más detalles sobre cómo presentar esta apelación, consulte el Capítulo 7 de este documento.

CAPÍTULO 6:

Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y su sensibilidad cultural como afiliado al plan

<p>Sección 1.1 Debemos proveer la información de una manera que a usted le resulte útil y en conformidad con su sensibilidad cultural (en idiomas que no sean inglés, en Braille, en texto con letras grandes u otros formatos alternativos, etc.)</p>

Su plan debe garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se brinden de manera competente desde el punto de vista cultural y sean accesibles para todos los afiliados, incluidos aquellos con dominio limitado del inglés, habilidades de lectura limitadas, incapacidad auditiva o aquellos con orígenes culturales y étnicos diversos. Algunos ejemplos de cómo un plan puede cumplir con estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros, la prestación de servicios de traducción, servicios de interpretación, telemáquinas de escribir o conexión TTY (teléfono de texto o teléfono de telemáquina).

Nuestro plan cuenta con servicios gratuitos de intérpretes disponibles para responder preguntas de afiliados que no hablan inglés. También podemos darle información en Braille, letra grande u otros formatos alternativos sin costo, en caso de ser necesario. Estamos obligados a darle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para obtener información de parte de nosotros de una manera conveniente para usted, llame a Atención al cliente.

Si tiene alguna dificultad para obtener información de nuestro plan en un formato que le resulte accesible y apropiado, llame para presentar una queja formal ante LI NET al 1-800-783-1307. 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.

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

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

If you have any trouble getting information from our plan in a format that is accessible and appropriate for you, please call to file a grievance with LI NET at 1-800-783-1307. You may also file a complaint with Medicare by calling 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) or directly with the Office for Civil Rights at 1-800-368-1019 or TTY 1-800-537-7697.

Sección 1.2 Debemos asegurarnos de que usted obtenga acceso oportuno a sus medicamentos cubiertos

Usted tiene derecho a surtir o repetir sus medicamentos recetados en cualquier farmacia sin grandes demoras. Si considera que no está recibiendo los medicamentos de la Parte D dentro de un plazo razonable, el Capítulo 7 le informa lo que puede hacer.

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

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

- Su información de salud personal incluye la información personal que usted nos dio cuando se afilió a este plan, así como sus expedientes médicos y otros datos médicos y sobre su salud.
- Usted tiene derechos en relación con su información y a controlar cómo se utiliza su información de salud. Le proporcionamos un aviso por escrito, llamado *Aviso sobre prácticas de privacidad*, que le informa sobre estos derechos y explica cómo protegemos la privacidad de su información de salud.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información de salud?

- Nos aseguramos de que ninguna persona sin autorización vea o modifique sus expedientes médicos.
- A excepción de las circunstancias que se indican a continuación, si tenemos la intención de proporcionar su información de salud a alguien que no provea ni pague su cuidado, *debemos obtener primero el permiso suyo por escrito o el de alguien a quien usted le haya dado el poder legal para tomar decisiones por usted.*
- Existen determinadas excepciones que no nos exigen obtener su permiso por escrito primero. Dichas excepciones están permitidas o son requeridas por la ley.
 - Tenemos la obligación de divulgar información sobre la salud a agencias del gobierno que verifican la calidad del cuidado médico.
 - Como usted es afiliado de nuestro plan a través de Medicare, debemos proveerle su información de salud a Medicare, incluida la información sobre sus medicamentos recetados de la Parte D. Si Medicare divulga su información con fines de investigación u otros usos, esto se hará de acuerdo con los estatutos y reglamentos federales. Por lo general, esto requiere que no se comparta información que lo identifique de manera exclusiva.

Usted puede ver la información de sus expedientes médicos y saber cómo se ha compartido con otros

Tiene derecho a revisar sus expedientes médicos que tiene el plan y a obtener una copia. Tenemos permitido cobrarle una tarifa por hacer copias. También tiene derecho a pedirnos que hagamos adiciones o correcciones en su expediente médico. Si usted lo solicita, lo analizaremos con su proveedor de cuidado de la salud para decidir si se deben realizar los cambios.

Tiene derecho a saber de qué manera se divulgó a terceros su información de salud con fines que no sean de rutina.

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

ACE de seguros

Aviso sobre prácticas de privacidad

ESTE AVISO DESCRIBE LA FORMA EN QUE SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED, Y LA FORMA EN QUE USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. REVÍSELO DETALLADAMENTE.

La privacidad de su información personal y de salud es importante. No necesita hacer nada, a menos que tenga una solicitud o alguna queja.

Este Aviso sobre prácticas de privacidad se aplica a todas las entidades que forman parte del ACE de seguros, una entidad afiliada cubierta conforme a la Ley HIPAA. ACE es un grupo de entidades cubiertas legalmente separadas que están afiliadas y se han designado a sí mismas como una sola entidad cubierta a los fines de la HIPAA. La lista completa de las entidades de ACE se encuentra disponible en <https://huma.na/insuranceace>.

Podemos cambiar nuestras prácticas de privacidad y los términos de este aviso en cualquier momento, según lo permita la ley, incluida la información que hayamos creado o recibido antes de realizar los cambios. Cuando realicemos un cambio significativo en nuestras prácticas de privacidad, modificaremos este aviso y enviaremos a los afiliados de nuestros planes de salud el aviso correspondiente.

¿Qué es la información personal o de salud no pública?

La información personal o de salud no pública incluye tanto información médica como información personal, como su nombre, dirección, número de teléfono, número de Seguro Social, números de cuenta, información sobre pagos o información demográfica. El término «información» en este aviso incluye cualquier información personal y de salud no pública. Esto incluye información creada o recibida por un proveedor de cuidado de la salud o plan de salud. La información se relaciona con su salud o afección física o mental, la prestación de cuidado de la salud o el pago por dicho cuidado.

¿Cómo recopilamos información sobre usted?

Recopilamos información sobre usted y su familia cuando usted completa solicitudes y formularios. También recopilamos información de sus transacciones con nosotros, con nuestros afiliados y con otros.

Por ejemplo, es posible que recibamos información sobre usted de participantes del sistema del cuidado de la salud, como su médico u hospital, así como de empleadores o administradores de planes, agencias de informes de crédito y del Medical Information Bureau (Agencia de Información Médica).

¿Qué información recibimos sobre usted?

Capítulo 6: Sus derechos y responsabilidades

La información que recibimos puede incluir datos como su nombre, dirección, número de teléfono, fecha de nacimiento, número de Seguro Social, historial de pagos de primas y su actividad en nuestro sitio web. Esto también incluye información relacionada con su plan de beneficios médicos, sus beneficios de salud y sus evaluaciones de riesgos de salud.

¿Cómo protegemos su información?

Tenemos la responsabilidad de proteger la privacidad de su información en todos los formatos, incluida la información electrónica y oral. Contamos con procedimientos administrativos, técnicos y físicos para proteger su información de diversas formas, entre las que se incluyen:

- Limitar el acceso de quiénes pueden ver su información
- Limitar el modo en que usamos o divulgamos su información
- Informarle acerca de nuestros deberes legales con respecto a su información
- Capacitamos a nuestros empleados con respecto a nuestros programas y procedimientos de privacidad

¿Cómo usamos y divulgamos su información?

Usamos y divulgamos su información:

- A usted o a alguien con derecho legal para actuar en su nombre
- Al secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos

Tenemos derecho a usar y divulgar su información:

- A un médico, hospital u otro proveedor de cuidado de la salud para que usted pueda recibir cuidado médico.
- Para actividades de pago, incluido el pago de reclamaciones de los servicios cubiertos que le proporcionaron proveedores de cuidado de la salud y el pago de las primas del plan de salud.
- Para actividades operativas de cuidado de la salud, lo que incluye procesar su afiliación, responder a sus preguntas, coordinar su cuidado, mejorar la calidad y determinar primas.
- Para realizar actividades de evaluación de riesgo. Sin embargo, no utilizaremos ningún resultado de pruebas genéticas ni formularemos preguntas en relación con el historial familiar.
- Al patrocinador de su plan, para permitirle desempeñar las funciones de administración del plan, como actividades relacionadas con elegibilidad, afiliación y desafiliación. En ciertas situaciones, podemos compartir con el patrocinador de su plan información de salud resumida sobre usted. Por ejemplo, para permitir que el patrocinador de su plan obtenga ofertas de otros planes de salud. Su información de salud detallada no se compartirá con el patrocinador de su plan. Le pediremos permiso a usted o el patrocinador de su plan deberá certificar que acepta mantener la privacidad de su información.
- Para comunicarnos con usted y brindar información sobre beneficios y servicios relacionados con la salud, recordatorios de citas o alternativas de tratamiento que puedan ser de su interés. Si usted optó por no recibir este tipo de información, no nos comunicaremos con usted.

Capítulo 6: Sus derechos y responsabilidades

- A sus familiares y amigos si usted no puede comunicarse, como en un caso de emergencia.
- A sus familiares y amigos, o a cualquier otra persona que usted indique. Esto se aplica si la información es directamente relevante para la participación de estos en su cuidado de la salud o el pago de ese cuidado. Por ejemplo, si un familiar o un cuidador nos llama con conocimientos previos acerca de una reclamación, podemos confirmar si la reclamación se recibió y se pagó.
- Para proporcionar información de pago al suscriptor como fundamento ante el Servicio de Impuestos Internos.
- A agencias de salud pública, si consideramos que existe una grave amenaza para la salud o la seguridad.
- A las autoridades pertinentes cuando haya situaciones como abuso, negligencia o violencia doméstica.
- En respuesta a una orden de un tribunal o administrativa, citación, solicitud de hallazgos u otros procesos legales.
- Para los fines de la aplicación de la ley, a las autoridades militares y según lo exija la ley de algún otro modo.
- Para ayudar en tareas de recuperación en caso de desastres.
- Para programas de cumplimiento y actividades de supervisión de la salud.
- Para cumplir nuestras obligaciones conforme a cualquier ley o contrato del Programa de compensación laboral.
- Para evitar una grave e inminente amenaza para su salud o seguridad, o para la salud o seguridad de otras personas.
- Con fines de investigación en circunstancias limitadas y siempre que se hayan tomado las medidas apropiadas para proteger su privacidad.
- Para la obtención, el almacenamiento o el trasplante de órganos, ojos o tejido.
- A un médico forense, examinador médico o director funerario.

¿Usaremos su información para fines no descritos en este aviso?

No utilizaremos ni divulgaremos su información por ninguna razón que no se haya descrito en este aviso sin su permiso por escrito. Usted puede revocar su permiso en cualquier momento mediante una notificación por escrito.

Los siguientes usos y divulgaciones requerirán su permiso por escrito:

- La mayoría de los usos y divulgaciones de notas de psicoterapia
- Fines de mercadeo
- Venta de información de salud protegida

¿Qué hacemos con su información cuando usted deja de ser afiliado?

Su información podrá seguirse usando para los fines descritos en este aviso.

Esto incluye cuando usted no obtiene cobertura a través de nosotros. Después del período de retención legal obligatorio, la información se destruye siguiendo procedimientos estrictos para

mantener la confidencialidad.

¿Cuáles son mis derechos con respecto a mi información?

Nuestro compromiso es responder a sus solicitudes de derechos de manera oportuna

- **Acceso:** usted tiene derecho a revisar y obtener una copia de su información que pueda utilizarse para tomar decisiones sobre usted. También puede recibir un resumen de esta información de salud. Tal como lo exigen las leyes aplicables, pondremos esta información personal a su disposición o a disposición de su representante designado.
- **Decisión de evaluación de riesgo adversa:** si denegamos su solicitud de seguro, usted tiene derecho a que se le proporcione el motivo de la denegación.
- **Comunicaciones alternativas:** para evitar una situación que ponga en riesgo la vida, usted tiene derecho a recibir su información de una manera diferente o en un lugar diferente. Cumpliremos con su solicitud si esta es razonable.
- **Enmienda:** usted tiene derecho a solicitar la corrección de cualquiera de esta información personal mediante enmienda o eliminación. En un plazo de 60 días hábiles a partir de la recepción de su solicitud por escrito, le notificaremos nuestra enmienda o eliminación de la información en disputa, o de nuestra negativa a realizar tal corrección después de más investigaciones. Si nos negamos a enmendar o eliminar la información en disputa, usted tiene derecho a enviarnos una declaración por escrito de los motivos de su desacuerdo con nuestra evaluación de la información en disputa y lo que usted considera como la información correcta. Podemos poner dicha declaración a disposición de alguna o todas las partes que revisan la información en disputa. *
- **Divulgación:** usted tiene derecho a recibir una lista de casos en los que nosotros o nuestros socios comerciales hayamos divulgado su información. Esto no se aplica a tratamientos, pagos, actividades operativas del plan de salud y otras actividades determinadas. Mantenemos esta información y la ponemos a su disposición durante un período de seis años. Si solicita esta lista más de una vez en un período de 12 meses, podemos cobrarle un cargo razonable según los costos.
- **Aviso:** usted tiene derecho a solicitar y recibir una copia escrita de este aviso en cualquier momento.
- **Restricción:** usted tiene derecho a solicitar que se limite la manera en que se utiliza o divulga su información. No estamos obligados a aceptar esta limitación, pero si lo hacemos acataremos nuestro acuerdo. Usted también tiene derecho a aceptar o poner término a una limitación previamente presentada.

*Esto solo se aplica a los residentes de Massachusetts de acuerdo con las regulaciones estatales.

Si creo que se ha violado mi privacidad, ¿qué debería hacer?

Si cree que se ha violado su privacidad, puede presentarnos una queja llamándonos al: 1-866-861-2762 en cualquier momento.

También puede enviar una queja por escrito a la Oficina de Derechos Civiles (OCR, por sus siglas en inglés) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.

Le suministraremos la dirección regional de la OCR que corresponda, si así lo solicita. También

puede enviar su queja por correo electrónico a OCRComplaint@hhs.gov. Si decide presentar una queja, sus beneficios no se verán afectados y no le castigaremos ni tomaremos represalias de ninguna manera.

Respaldamos su derecho a proteger la privacidad de su información personal y de salud.

Nuestras responsabilidades

- La ley nos exige mantener la privacidad y la seguridad de su información de salud protegida.
- Le informaremos de inmediato si se produce una violación que pueda haber comprometido la privacidad o la seguridad de su información.
- Debemos cumplir con las obligaciones y las prácticas de privacidad que se describen en este aviso y proporcionarle una copia de dicho aviso.
- No utilizaremos ni compartiremos su información excepto según se describe aquí, a menos que usted nos informe por escrito que podemos hacerlo. Si nos dice que podemos, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Háganos saber por escrito si cambia de opinión.

Podemos cambiar los términos de este aviso, y los cambios se aplicarán a toda la información que tengamos sobre usted.

El nuevo aviso estará disponible a pedido, en nuestra oficina y en nuestro sitio web.

¿Cómo ejerzo mis derechos o cómo obtengo una copia de este aviso?

Puede ejercer todos sus derechos de privacidad obteniendo los formularios aplicables. Para obtener estos formularios:

- Comuníquese con nosotros llamando al 1-866-861-2762 en cualquier momento
- Acceda a nuestro sitio web en es-www.humana.com y vaya al enlace Prácticas de privacidad
- Envíe el formulario de solicitud completado a:

Humana Inc.

Privacy Office 003/10911

101 E. Main Street

Louisville, KY 40202

Sección 1.4 Debemos proporcionarle información sobre el plan y sus medicamentos cubiertos

Como afiliado de LI NET, usted tiene derecho a recibir distintos tipos de información de nuestra parte.

Si quiere alguno de los siguientes tipos de información, llame a Atención al cliente.

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre el estado financiero del plan.
- **Información sobre su cobertura y las reglas que debe seguir al utilizarla.** Los

Capítulos 3 y 4 proporcionan información sobre la cobertura para medicamentos recetados de la Parte D.

- **Información sobre los motivos por los cuales algo no se cubre y lo que usted puede hacer al respecto.** El Capítulo 7 proporciona información sobre cómo solicitar una explicación por escrito de por qué un medicamento de la Parte D no se cubre o si su cobertura está restringida. El Capítulo 7 también proporciona información sobre cómo solicitarnos que cambiemos una decisión, lo que también se denomina apelación.

Sección 1.5 Debemos apoyar su derecho de tomar decisiones sobre su cuidado médico

Usted tiene derecho a dar instrucciones sobre qué se debe hacer en caso de que usted no pueda tomar decisiones médicas

A veces, las personas no están en condiciones de tomar sus propias decisiones sobre el cuidado de la salud debido a accidentes o enfermedades graves. Usted tiene el derecho a decir lo que quiere que suceda si está en esta situación. Esto significa que, *si lo desea*, puede:

- Completar un formulario por escrito donde le otorga a una **persona la autorización legal para tomar decisiones médicas por usted** si en algún momento queda imposibilitado para tomar decisiones por sí mismo.
- **Dar instrucciones escritas a sus médicos** acerca de cómo desea que manejen su cuidado médico en caso de quedar imposibilitado para tomar decisiones por sí mismo.

Los documentos legales que usted puede utilizar para dar directivas anticipadas en estas situaciones se conocen como **instrucciones anticipadas**. Hay diferentes tipos de instrucciones anticipadas y diferentes nombres para ellas. Los documentos llamados **testamento en vida** y **poder legal para cuidado de la salud** son algunos ejemplos de instrucciones anticipadas.

Si desea utilizar una instrucción anticipada para brindar sus decisiones, debe realizar lo siguiente:

- **Obtener el formulario.** Puede obtener un formulario de instrucciones anticipadas a través de su abogado, de un trabajador social o de sus tiendas de suministros para oficinas. A veces, puede obtener los formularios de instrucciones anticipadas a través de organizaciones que ofrecen información sobre Medicare.
- **Completarlo y firmarlo.** Independientemente del lugar donde obtenga este formulario, tenga en cuenta que se trata de un documento legal. Debería considerar recibir la ayuda de un abogado para completarlo.
- **Entregar copias a las personas que correspondan.** Deberá entregar una copia del formulario a su médico y a la persona designada en el formulario como la que puede tomar decisiones por usted cuando usted no pueda hacerlo. Puede entregar copias a amigos cercanos y a miembros de su familia. Guarde una copia en su casa.

Si sabe con anticipación que lo van a hospitalizar y firmó una instrucción anticipada, **llévese una copia al hospital.**

- En el hospital le preguntarán si firmó un formulario de instrucciones anticipadas y si lo tiene consigo.

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

Recuerde que es su elección si desea completar el formulario de instrucciones anticipadas (incluso en el caso de que desee firmarlo mientras se encuentra en el hospital). Según la ley, nadie puede negarle cuidado ni discriminarlo porque usted haya firmado o no un formulario de instrucciones anticipadas.

¿Qué sucede si sus instrucciones no se respetan?

Si firmó un formulario de instrucciones anticipadas y cree que el médico o el hospital no siguieron las instrucciones, usted puede presentar una queja ante la Organización para el mejoramiento de la calidad (QIO, por sus siglas en inglés) de su estado. La información de contacto se puede encontrar en el “Anexo A” al reverso de este documento.

Sección 1.6 Usted tiene derecho a presentar quejas y a solicitarnos que reconsideremos las decisiones que hemos tomado

Si tiene algún problema, inquietud o queja y necesita solicitar cobertura o presentar una apelación, el Capítulo 7 de este documento le informa lo que puede hacer. Independientemente de lo que deba hacer (solicitarnos una decisión de cobertura, presentar una apelación o presentar una queja), **tenemos la obligación de brindarle un trato justo.**

Sección 1.7 ¿Qué puede hacer si cree que le tratan injustamente o que no se respetan sus derechos?

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

Si considera que lo trataron injustamente o que no se respetaron sus derechos a causa de su raza, discapacidad, religión, sexo, estado de salud, origen étnico, religión (creencias), edad, orientación sexual u origen nacional, debe llamar a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-537-7697) o a la Oficina de Derechos Civiles local.

¿Se trata de otro tema?

Si considera que lo han tratado injustamente o que no se respetaron sus derechos, y no se trata de un tema de discriminación, puede recibir ayuda para enfrentar el problema que tiene:

- Puede **llamar a Atención al cliente.**
- Puede **llamar al SHIP.** Para obtener detalles, consulte el Capítulo 2, Sección 3.
- O puede **llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los siete días de la semana (los usuarios de TTY deben llamar al 877-486-2048).

Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos

Hay varias fuentes a través de las cuales puede obtener más información sobre sus derechos:

- Puede llamar a **Atención al cliente.**

- Puede **llamar al SHIP**. Para obtener detalles, consulte el Capítulo 2, Sección 3.
- Puede comunicarse con **Medicare**.
 - Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación Derechos y protecciones de Medicare. (La publicación está disponible en: www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf).
 - O puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana (los usuarios de TTY deben llamar al 877-486-2048).

SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como afiliado del plan

A continuación, se detalla lo que usted tiene que hacer como afiliado del plan. Si tiene alguna pregunta, llame a Atención al cliente.

- **Familiarícese con sus medicamentos cubiertos y las reglas que debe seguir para obtenerlos.** Utilice esta *Evidencia de cobertura* para saber qué medicamentos tiene cubiertos y conocer las normas que debe cumplir para obtenerlos.
 - En los Capítulos 3 y 4, se proveen detalles sobre la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D.
- **Si tiene alguna otra cobertura para medicamentos recetados además de nuestro plan, debe comunicárnoslo.** El Capítulo 1 le informa sobre la coordinación de estos beneficios.
- **Informe a su médico y a su farmacéutico que usted está afiliado a nuestro plan.** Presente la carta de confirmación de afiliación de su plan cada vez que reciba sus medicamentos recetados de la Parte D.
- **Colabore con sus médicos y otros proveedores que lo ayudan, dándoles información, haciendo preguntas y haciendo seguimiento de su cuidado médico.**
 - Para obtener el mejor cuidado, informe a sus médicos y a otros proveedores de cuidado de la salud sobre sus problemas médicos. Siga los planes e instrucciones de tratamiento que usted y sus médicos acuerden.
 - Asegúrese de que sus médicos sepan todos los medicamentos que está tomando, incluidos medicamentos de venta sin receta, vitaminas y suplementos.
 - Si tiene alguna duda, asegúrese de preguntar y obtener una respuesta que pueda entender.
- **Pague lo que debe.** Como afiliado del plan, usted es responsable de estos pagos: Para la mayoría de los medicamentos que cubre el plan, usted debe pagar su parte del costo cuando obtiene el medicamento.
- **Si se muda *dentro* del área de servicio de nuestro plan, necesitamos que nos lo comunique** para poder mantener actualizado su registro de afiliado y saber cómo comunicarnos con usted.
- **Si se muda *fuera* del área de servicio de nuestro plan, usted no puede seguir siendo afiliado de nuestro plan.**
- Si se muda, también es importante que se lo informe al Seguro Social (o a la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios).

CAPÍTULO 7:

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

SECCIÓN 1 Introducción

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

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

- Para algunos problemas, debe utilizar el **proceso de decisiones de cobertura y apelaciones**.
- Para otros problemas, debe utilizar el **proceso de presentación de quejas**, también llamadas quejas formales.

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

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

Sección 1.2 ¿Y los términos legales?

Existen términos legales para algunas de las normas, procedimientos y tipos de plazos que se detallan en este capítulo. Muchos de estos términos son desconocidos para la mayoría de las personas y pueden resultar difíciles de comprender. Para simplificar, este capítulo:

- Utiliza palabras más simples en lugar de determinados términos legales. Por ejemplo, en este capítulo generalmente se dice presentar una queja en lugar de presentar una queja formal, decisión de cobertura en lugar de determinación de cobertura o determinación a riesgo y organización de revisión independiente en lugar de Entidad de revisión independiente.
- Además, se utiliza la menor cantidad de abreviaturas posible.

Sin embargo, puede ser útil, y en algunos casos, realmente importante, que conozca los términos legales correctos. Conocer qué términos utilizar lo ayudará a comunicarse con mayor precisión para obtener la ayuda o la información adecuada para su situación. Para ayudarlo a saber qué términos debe utilizar, incluimos los términos legales cuando le explicamos los detalles para manejar tipos específicos de situaciones.

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y ayuda personalizada

Siempre estamos disponibles para ayudarlo. Incluso si tiene una queja sobre nuestro trato hacia usted, estamos obligados a respetar su derecho a presentar una queja. Por lo tanto, le recomendamos que siempre se comunique con Atención al cliente para obtener ayuda. Pero, en determinadas situaciones, también puede pedir la ayuda o la orientación de alguien que no esté relacionado con nosotros. Las siguientes son dos entidades que pueden ayudarlo.

Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP, por sus siglas en inglés)

Cada estado tiene un programa del gobierno con asesores capacitados. El programa no tiene relación con nosotros ni con ninguna compañía de seguro o plan de salud. Los asesores de este

programa pueden ayudarlo a comprender qué proceso debe utilizar para manejar el problema que tiene. También pueden responder sus preguntas, darle más información y ofrecerle orientación respecto a lo que tiene que hacer.

Los servicios de los asesores del programa SHIP son gratuitos. Encontrará los números de teléfono y las URL de los sitios web en el “Anexo A” al reverso de este documento.

Medicare

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

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

SECCIÓN 3 Para tratar de resolver un problema, ¿qué proceso debe utilizar?

Si tiene un problema o una inquietud, solo tiene que leer las partes de este capítulo que corresponden a su situación. La guía a continuación le servirá de ayuda.

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

Esto incluye problemas relacionados con el hecho de si medicamentos recetados están cubiertos o no, la forma en que se cubren y los problemas relacionados con el pago de medicamentos recetados.

Sí.

Vaya a la siguiente sección de este capítulo, **Sección 4, Una guía de los aspectos básicos de las decisiones de cobertura y apelaciones.**

No.

Pase directamente a la **Sección 7** al final de este capítulo: **Cómo presentar una queja sobre la calidad del cuidado, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes.**

DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES

SECCIÓN 4 Una guía de los aspectos básicos de las decisiones de cobertura y apelaciones

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

Las decisiones de cobertura y apelaciones se encargan de problemas relacionados con sus beneficios y cobertura de medicamentos recetados, incluidos los pagos. Este es el proceso que se utiliza para asuntos tales como si un medicamento está cubierto o no y cómo está cubierto.

Cómo solicitar decisiones de cobertura antes de recibir beneficios

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos respecto de sus beneficios y cobertura o sobre la cantidad que pagaremos por sus medicamentos recetados.

Estamos tomando una decisión de cobertura para usted cada vez que decidimos qué tiene cubierto usted y cuánto pagaremos. En algunos casos, quizás determinemos que Medicare no le cubre o ya no le cubre más un medicamento. Si no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

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

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura, ya sea antes o después de que usted reciba un beneficio, y no está de acuerdo, puede *apelar* la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que tomamos. Bajo determinadas circunstancias, que analizamos más adelante, puede solicitar una *apelación rápida* o acelerada de una decisión de cobertura. Su apelación la evaluarán revisores diferentes a los que tomaron la decisión original.

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

En circunstancias limitadas, se desestimará una solicitud de apelación de Nivel 1, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de cuándo se desestimará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien realiza la solicitud 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, 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 una parte o toda su apelación de Nivel 1, puede continuar con una apelación de Nivel 2. La apelación de Nivel 2 la realiza una organización de revisión independiente que no tiene conexión con nosotros. (Las apelaciones de la Parte D se tratan con más detalle en la Sección 5 de este capítulo). Si no está de acuerdo con la decisión de la apelación de Nivel 2, posiblemente pueda pasar a los niveles adicionales de apelación (la Sección 6 de este capítulo explica los procesos de apelación de Nivel 3, 4 y 5).

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

A continuación, presentamos algunos recursos que puede utilizar si decide solicitar alguna decisión de cobertura o apelar una decisión:

- **Puede llamar a Atención al cliente.**
- Puede **obtener ayuda gratuita** del Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP, por sus siglas en inglés).
- **Su médico u otro profesional que receta puede realizar la solicitud por usted.** En el caso de medicamentos recetados de la Parte D, su médico u otro profesional que receta puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si su apelación de Nivel 1 se rechaza, su médico o el profesional que receta pueden solicitar una apelación de Nivel 2.
- **Puede solicitar que otra persona actúe en su nombre.** Si lo desea, puede nombrar a otra persona para que actúe en su nombre como su *representante* para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
 - Si desea que un amigo, un familiar o alguna otra persona sea su representante, llame a Atención al cliente y solicite el formulario de *Designación de un representante*. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf [plans may also insert: o en nuestro sitio web en *[insert website or link to form]*].) El formulario le da a esa persona permiso para actuar en su nombre. Debe estar firmado por usted y por la persona que usted desee que actúe en su nombre. Debe darnos una copia del formulario firmado.
 - Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos completar nuestra revisión hasta recibirlo. Si no recibimos el formulario antes de que finalice el plazo para tomar una decisión sobre su recurso, su solicitud de apelación se desestimarán. Si esto ocurre, le enviaremos un aviso por escrito que le explica su derecho a solicitar que la organización de revisión independiente revise nuestra decisión de desestimar su apelación.
- **También tiene derecho a contratar un abogado.** Puede comunicarse con su propio abogado o puede conseguir el nombre de un abogado en el colegio de abogados local u otro servicio de referido. También existen grupos que le brindarán servicios legales gratuitos si usted es elegible. Sin embargo, **no es necesario que contrate a un abogado** para solicitar cualquier tipo de decisión de cobertura o para apelar una decisión.

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

Sección 5.1 En esta sección se explica lo que tiene que hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea que le reembolsemos lo que usted pagó por un medicamento de la Parte D

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

- **Esta sección solo trata sobre los medicamentos de la Parte D.** Para simplificar las cosas, en lo que resta de esta sección, por lo general decimos *medicamento*, en lugar de repetir en cada ocasión *medicamento recetado cubierto para pacientes ambulatorios o medicamento de la Parte D*.
- Si no sabe si un medicamento está cubierto o si cumple con las normas, puede preguntarnos. Algunos medicamentos requieren que usted obtenga nuestra aprobación antes de que los cubramos.
- Si su farmacia le informa que no se puede surtir su receta tal como está escrita, la farmacia le proporcionará un aviso por escrito que le explicará cómo contactarnos para solicitar una decisión de cobertura.

Decisiones de cobertura y apelaciones de la Parte D

Término legal

Una decisión de cobertura inicial acerca de sus medicamentos de la Parte D se denomina **determinación de cobertura**.

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura, o sobre la cantidad que pagaremos por sus medicamentos. Esta sección le indica qué puede hacer si se encuentra en una de las siguientes situaciones:

- 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) **Solicitar una excepción. Sección 5.2**
- Solicitar la aprobación previa de un medicamento. **Solicitar una decisión de cobertura. Sección 5.4**
- Pagar un medicamento recetado que usted ya compró. **Solicitarnos un reembolso. Sección 5.4**

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

En esta sección se indica cómo solicitar decisiones de cobertura y cómo presentar una apelación.

Sección 5.2 ¿Qué es una excepción?

Términos legales

La solicitud de anulación de una restricción de cobertura de un medicamento en ocasiones se conoce como solicitud de **excepción al formulario**.

Si un medicamento no se cubre como a usted le gustaría, puede solicitarnos que hagamos una *excepción*. Una excepción es un tipo de determinación de cobertura.

Para que consideremos su solicitud de excepción, su médico u otro profesional que receta deberán explicar las razones médicas por las cuales usted necesita la aprobación de la excepción.

Su médico debe informarnos los motivos médicos

Su médico u otro profesional que receta tienen que darnos una declaración escrita en la que se expliquen las razones médicas para solicitar una excepción. Para obtener una decisión más rápida, incluya esta información de su médico u otro profesional que receta cuando solicite la excepción.

Podemos aceptar o rechazar su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de una excepción, nuestra aprobación, por lo general, es válida hasta el final del año del plan. Esto se cumple siempre y cuando el médico continúe recetándole el medicamento y el medicamento continúe resultando seguro y eficaz en el tratamiento de su afección.
- Si rechazamos su solicitud, puede solicitar otra revisión mediante una apelación.

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

Término legal

Una decisión de cobertura rápida se conoce como **determinación de cobertura acelerada**.

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

Las **decisiones de cobertura estándar** se comunican en un plazo de **72 horas** después de recibir la declaración de su médico. Las **decisiones de cobertura rápida** se comunican en un plazo de **24 horas** después de recibir la declaración de su médico.

Si su estado de salud lo requiere, solicítenos una decisión de cobertura rápida. Para obtener una decisión de cobertura rápida, usted debe cumplir con dos requisitos:

- Debe solicitar un medicamento que *aún no ha recibido*. (No puede solicitar una decisión de cobertura rápida para el reembolso de un medicamento que ya compró).
- El uso de plazos estándar podría *ocasionar daños graves en su salud o perjudicar a su capacidad física*.
- **Si su médico u otro profesional que receta nos informa que su salud requiere una decisión de cobertura rápida, automáticamente le provereemos una decisión de cobertura rápida.**
- **Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta, sin el respaldo de su médico u otro profesional que receta, nosotros decidiremos si su salud requiere que le proveamos una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que:
 - Indicará que utilizaremos los plazos estándar.
 - Explicará que, si el médico u otro profesional que receta solicita la decisión de cobertura rápida, automáticamente se la provereemos.
 - Le informará cómo puede presentar una *queja rápida* acerca de nuestra decisión de proveerle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida solicitada. Responderemos a su queja en un plazo de 24 horas a partir de que la recibamos.

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

Para comenzar, llame, escriba o envíe un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o proporcionemos la cobertura del medicamento recetado que desea. También puede acceder al proceso de decisión de cobertura a través de nuestro sitio web. Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito, incluida una solicitud presentada en el *Formulario modelo de solicitud de determinación de cobertura de los CMS*. En el Capítulo 2 encontrará información de contacto. Para ayudarnos a procesar su solicitud, asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información que identifique qué reclamación denegada se está apelando.

Puede hacerlo usted, su médico u otro profesional que receta o su representante. También puede nombrar a un abogado para que actúe en su nombre. En la Sección 4 de este capítulo se indica cómo puede otorgar un permiso escrito a otra persona para que actúe como su representante.

- **Si solicita una excepción, proporcione la *declaración de respaldo***, que corresponde a las razones médicas de la excepción. Su médico u otro profesional que receta pueden enviarnos la declaración por fax o correo. O su médico u otro profesional que receta pueden comunicarse con nosotros por teléfono y luego enviarnos la declaración escrita por fax o correo si es necesario.

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

Plazos para una decisión de cobertura rápida

- Debemos darle nuestra respuesta en un plazo de **24 horas** después de que recibamos su solicitud.
 - Para las excepciones, le daremos nuestra respuesta en un plazo de 24 horas después de que recibamos la declaración de respaldo de su médico. Le informaremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.

- Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aprobamos parte o la totalidad de su solicitud**, debemos proveer la cobertura acordada en un plazo de 24 horas después de que recibamos su solicitud o la declaración del médico que respalde su solicitud.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de su solicitud**, le enviaremos una declaración escrita donde se explique por qué denegamos la solicitud. También le informaremos cómo puede apelar.

Plazos para una decisión de cobertura estándar respecto de un medicamento que aún no ha recibido

- Debemos darle nuestra respuesta en un **plazo de 72 horas** después de que recibamos su solicitud.
 - Para las excepciones, le daremos nuestra respuesta en un plazo de 72 horas después de que recibamos la declaración de respaldo de su médico. Le informaremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.
 - Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aprobamos parte o la totalidad de su solicitud**, debemos **proveer la cobertura** acordada en un **plazo de 72 horas** después de que recibamos su solicitud o la declaración del médico que respalde su solicitud.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de su solicitud**, le enviaremos una declaración escrita donde se explique por qué denegamos la solicitud. También le informaremos cómo puede apelar.

Plazos para una decisión de cobertura estándar acerca de un pago por un medicamento que ya compró

- Debemos darle nuestra respuesta en un **plazo de 14 días calendario** después de que recibamos su solicitud.
 - Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aprobamos parte o la totalidad de su solicitud**, también debemos efectuarle el pago en un plazo de 14 días calendario después de que recibamos su solicitud.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de su solicitud**, le enviaremos una declaración escrita donde se explique por qué denegamos la solicitud. También le informaremos cómo puede apelar.

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

- Si rechazamos su solicitud, usted tiene derecho a solicitarnos que revisemos esta decisión mediante una apelación. Esto significa solicitar nuevamente la cobertura de medicamentos que desea. Si presenta una apelación, esto significa que pasa al Nivel 1 del proceso de apelación.

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

Término legal

Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de medicamentos de la Parte D se denomina redeterminación .
--

Una <i>apelación rápida</i> también se conoce como redeterminación acelerada .

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

Por lo general, una apelación estándar se realiza en un plazo de 7 días calendario. Por lo general, una apelación rápida se realiza en un plazo de 72 horas. Si su salud así lo exige, solicite una apelación rápida

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

Paso 2: Usted, su representante, su médico u otro profesional que receta deben contactarnos y presentar su apelación de Nivel 1. Si su salud requiere una respuesta rápida, debe solicitar una apelación rápida.

- **En el caso de apelaciones estándar, presente una solicitud por escrito.** El capítulo 2 contiene información de contacto.
- **En el caso de apelaciones rápidas, presente su apelación por escrito o llámenos al (1-800-783-1307: 711).** El capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito,** incluida una solicitud presentada en el *Formulario modelo de solicitud de determinación de cobertura de los CMS*, que está disponible en nuestro sitio web es-www.humana.com/LINET. Asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información relacionada con su reclamación para ayudarnos a procesar su solicitud.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en un plazo de 65 días calendario** desde de la fecha que aparece en el aviso por escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta acerca de la decisión de cobertura. Si deja pasar el plazo y tiene un buen motivo que lo justifique, explique el motivo del atraso en su apelación cuando presente su apelación. Es posible que podamos concederle más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de buenos motivos pueden incluir una enfermedad grave que le impidió contactarnos o si le proporcionamos información incorrecta o incompleta acerca del plazo para la solicitud de la apelación.
- **Usted puede pedir una copia de la información que contiene su apelación y añadir más información.** Usted y su médico pueden darnos información adicional que respalde su apelación. Estamos autorizados a cobrarle una tarifa por la copia y el envío de esta información.

Paso 3: Nosotros evaluamos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Cuando examinamos su apelación, volvemos a analizar detenidamente toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificamos si cumplimos con todas las normas cuando rechazamos su solicitud.
- Podremos comunicarnos con usted, o su médico u otro profesional que receta, para obtener más información.

Plazos para una apelación rápida

- En el caso de apelaciones rápidas, debemos darle nuestra respuesta en un **plazo de 72 horas después de que recibamos su apelación**. Le informaremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.
 - Si no le comunicamos una respuesta en un plazo de 72 horas, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde la revisará una organización de revisión independiente. En la Sección 5.6 se explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si aprobamos parte o la totalidad de su solicitud**, debemos brindar la cobertura que acordamos proveer en un plazo de 72 horas después de que recibamos su apelación.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de su solicitud**, le enviaremos una justificación por escrito donde se explique por qué la negamos y cómo usted puede apelar nuestra decisión.

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

- En el caso de apelaciones estándar, debemos darle nuestra respuesta en un **plazo de 7 días calendario** después de que recibamos su apelación. Le informaremos nuestra decisión antes si aún no ha recibido el medicamento y su afección médica así lo requiere.
 - Si no le comunicamos una decisión en un plazo de 7 días calendario, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde la revisará una organización de revisión independiente. En la Sección 5.6 se explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si aprobamos parte o la totalidad de su solicitud**, debemos proveer la cobertura tan pronto como lo requiera su salud y a más tardar **7 días calendario** después de que recibamos su apelación.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de su solicitud**, le enviaremos una justificación por escrito donde se explique por qué la negamos y cómo usted puede apelar nuestra decisión.

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

- Debemos darle nuestra respuesta en un **plazo de 14 días calendario** después de que recibamos su solicitud.
 - Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aprobamos parte o la totalidad de su solicitud**, también debemos efectuarle el pago en un plazo de 30 días calendario después de que la recibamos.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de su solicitud**, le enviaremos una declaración escrita donde se explique por qué denegamos la solicitud. También le informaremos cómo puede apelar.

Paso 4: Si rechazamos su apelación, usted decide si desea continuar con el proceso de apelación y presentar otra apelación.

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

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

Término legal

El nombre formal de la *organización de revisión independiente* es **Entidad de revisión independiente**.

En ocasiones también se le llama **IRE**, por sus siglas en inglés.

La **organización de revisión independiente** es una **organización independiente contratada por Medicare**. No tiene conexión con nosotros y no es una agencia del gobierno. Esta organización decide si la decisión que tomamos es correcta o si debería cambiarse. Medicare supervisa su trabajo.

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

- Si rechazamos su apelación de Nivel 1, el aviso por escrito que le enviemos incluirá **instrucciones sobre cómo presentar una apelación de Nivel 2** ante la organización de revisión independiente. Estas instrucciones le indicarán quién puede realizar esta apelación de Nivel 2, cuáles son los plazos que debe cumplir y cómo contactar a la organización de revisión. Sin embargo, si no completamos nuestra revisión dentro del plazo aplicable, o si tomamos una decisión desfavorable con respecto a la determinación **del riesgo** conforme a nuestro programa de administración de medicamentos, reenviaremos automáticamente su reclamación a la IRE.
- Le enviaremos la información de su apelación a esta organización. Esta información se conoce como **archivo del caso**. **Tiene el derecho a solicitarnos una copia de su archivo del caso**. Estamos autorizados a cobrarle una tarifa por la copia y el envío de esta información.
- Usted tiene derecho a darle a la organización de revisión independiente información adicional para respaldar su apelación.

Paso 2: La organización de revisión independiente realiza una revisión de su apelación.

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

Plazos para una apelación rápida

- Si su salud así lo requiere, solicite una *apelación rápida* a la organización de revisión independiente.

- Si la organización acepta otorgarle una *apelación rápida*, la organización debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 en las **siguientes 72 horas** después de recibir su solicitud de apelación.

Plazos para una apelación estándar

- En el caso de apelaciones estándar, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 en un **plazo de 7 días calendario** después de que recibamos su apelación si corresponde a un medicamento que usted aún ha recibido. Si solicita que le reembolsemos el pago de un medicamento que ya compró, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 en un **plazo de 14 días calendario** después de que se reciba su solicitud.

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

En el caso de apelaciones rápidas:

- **Si la organización de revisión independiente aprueba parte o la totalidad de su solicitud**, debemos **proveerle la cobertura del medicamento** que aprobó la organización de revisión en un **plazo de 24 horas** después de que recibamos la decisión de la organización de revisión.

En el caso de apelaciones estándar:

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

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

Si esta organización rechaza parte o la totalidad de su apelación, significa que la organización está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud (o parte de ella). (Esto se conoce como *mantener la decisión*. También se le llama *rechazar su recurso*). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta donde:

- Explicará su decisión.
- Le notificará sobre su derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura del medicamento que usted solicita cumple con un determinado mínimo. Si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que usted solicita es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación y la decisión de Nivel 2 es definitiva.
- Le informará el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelación.

Paso 4: Si su caso reúne los requisitos, usted decide si desea seguir adelante con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (lo cual suma un total de cinco niveles de apelación).
- Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso por escrito que recibirá después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 la evalúa un juez de derecho administrativo o abogado de arbitraje. En la Sección 6 de este capítulo se provee más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

SECCIÓN 6 Cómo presentar la apelación en el Nivel 3 y en los niveles superiores**Sección 6.1 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D**

Esta sección puede ser adecuada para usted si presentó una apelación de Nivel 1 y 2, y ambas se rechazaron.

Si el valor del medicamento que usted apeló cumple con el requisito de una determinada cantidad en dólares, es posible que pueda proseguir con otros niveles de apelación. Si la cantidad en dólares es menor, usted no podrá seguir apelando. La respuesta escrita que recibirá por su apelación de Nivel 2 le explicará con quién contactar y qué hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones que implican apelaciones, los tres últimos niveles de apelación funcionan de manera muy similar. A continuación, se detalla quién está a cargo de la apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3 Un juez (denominado juez de derecho administrativo) o un abogado de arbitraje que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si se aprueba su apelación, finaliza el proceso de apelación. Debemos autorizar o proporcionar la cobertura del medicamento** que apruebe el juez de derecho administrativo o abogado de arbitraje en un **plazo de 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o efectuar el pago a más tardar en 30 días calendario** después de recibir la decisión.
- **Si el juez de derecho administrativo o abogado de arbitraje rechaza su apelación, el proceso de apelación puede finalizar o no.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación habrá finalizado.
 - Si no desea aceptar la decisión, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que recibirá le indicará qué hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4 El Consejo de Apelaciones de Medicare (el Consejo) examinará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo forma parte del gobierno federal.

- **Si se aprueba su apelación, finaliza el proceso de apelación. Debemos autorizar o proporcionar la cobertura** del medicamento que aprobó el Consejo **en un plazo de 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o efectuar el pago a más tardar 30 días calendario** después de recibir la decisión.
- **Si se rechaza, el proceso de apelación puede finalizar o no.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación habrá finalizado.
 - Si no desea aceptar la decisión, posiblemente pueda continuar hacia el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación o niega su solicitud de revisar la apelación, el aviso le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5. También le informará con quién debe contactar y qué hacer si decide continuar con la apelación.

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

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

PRESENTACIÓN DE QUEJAS

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

Sección 7.1 **¿Qué tipos de problemas se resuelven mediante el proceso de quejas?**

Queja	Ejemplo
Calidad del cuidado	<ul style="list-style-type: none"> • ¿No está conforme con la calidad del cuidado que recibió?
Respeto de su privacidad	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial?
Falta de respeto, servicio al cliente deficiente u otros comportamientos negativos	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Alguien lo trató mal o le faltó el respeto? • ¿No está conforme con nuestra Atención al cliente? • ¿Siente que lo incentivan a abandonar el plan?

Queja	Ejemplo
Tiempos de espera	<ul style="list-style-type: none"> ¿Los farmacéuticos lo han hecho esperar mucho? ¿O a nuestro equipo de Atención al cliente u otro personal del plan? <ul style="list-style-type: none"> Los ejemplos incluyen esperar demasiado tiempo al teléfono, en la sala de espera, en la sala de exámenes o para obtener una receta.
Limpieza	<ul style="list-style-type: none"> ¿No está conforme con la limpieza o el estado de una farmacia?
Información que recibe de nuestra parte	<ul style="list-style-type: none"> ¿No le proporcionamos el aviso requerido? ¿Es difícil entender nuestra información escrita?
Puntualidad (Todos estos tipos de quejas están relacionados con la <i>puntualidad</i> de nuestras acciones relacionadas con decisiones de cobertura y apelaciones)	<p>Si ya nos solicitó una decisión de cobertura o presentó una apelación y considera que no respondemos lo suficientemente rápido, puede presentar una queja debido a la lentitud. Estos son algunos ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Usted nos solicitó una <i>decisión de cobertura rápida</i> o una <i>apelación rápida</i> y la rechazamos; puede presentar una queja. Usted considera que no cumplimos con los plazos para una decisión de cobertura o una apelación; puede presentar una queja. Usted considera que no cumplimos con los plazos para cubrirle o reembolsarle determinados medicamentos que se aprobaron; puede presentar una queja. Usted considera que no cumplimos con los plazos requeridos para enviar su caso a la organización de revisión independiente; puede presentar una queja.

Sección 7.2 Cómo presentar una queja

Términos legales

- Una **queja** también se llama **queja formal**.
- “**Presentar una queja**” también se llama “**presentar una queja formal**”.
- Utilizar el proceso para quejas** también se llama **utilizar el proceso para presentar una queja formal**.
- Una **queja rápida** también se llama **queja formal acelerada**.

Paso 7.3 Paso a paso: Cómo presentar una queja

Paso 1: Contáctenos de inmediato, ya sea por teléfono o por escrito.

- Normalmente, llamar a Atención al cliente es el primer paso.** Si hay algo más que debe hacer, Atención al cliente se lo hará saber.
- Si no desea llamar por teléfono (o llamó y no quedó satisfecho), puede enviarnos su queja por escrito.** Si presenta su queja por escrito, responderemos por escrito.

- Instrucciones para la presentación de quejas Presente una queja formal llamando a Atención al cliente al 1-800-783-1307 TTY: 711.

Envíe una queja formal por escrito a:

Limited Income NET Program

P.O. Box 14310

Lexington, KY 40512-4310

Cuando presente una queja formal, proporcione:

- Nombre
 - Dirección
 - Número de teléfono
 - Número de identificación del afiliado
 - Un resumen de la queja y cualquier contacto previo con nosotros en relación con la queja
 - La acción que nos está solicitando
 - Su firma o la firma de su representante autorizado y la fecha. Si desea que un amigo, un familiar, su médico, o alguna otra persona sea su representante, llame a Atención al cliente y solicite el formulario de Designación de un representante. (El formulario también se encuentra en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf). El formulario le da a esa persona permiso para actuar en su nombre. Debe estar firmado por usted y por la persona que usted desee que actúe en su nombre. Debe darnos una copia del formulario firmado.
- El **plazo** para presentar una queja es de **60 días calendario** a partir del momento en que usted tuvo el problema del cual desea quejarse.

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

- **Si es posible, le responderemos de forma inmediata.** Si nos llama para presentar una queja, es posible que le demos una respuesta en la misma llamada telefónica.
- **La mayoría de las quejas se responden en un plazo de 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora es por mejor interés o si usted solicita más tiempo, podemos demorarnos hasta 14 días calendario más (44 días calendario en total) para responder a su queja. Si decidimos extendernos más días, le informaremos por escrito.
- **Si presenta una queja porque rechazamos su solicitud de una *decisión de cobertura rápida* o una *apelación rápida*, automáticamente le brindaremos una *queja rápida*.** Si tiene una *queja rápida*, significa que le daremos una respuesta en un **plazo de 24 horas**.
- **Si no estamos de acuerdo** con su queja de forma parcial o total, o no asumimos responsabilidad por el problema por el cual presenta la queja, incluiremos las razones en nuestra respuesta.

Sección 7.4 También puede presentar quejas sobre la calidad del cuidado médico ante 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 directamente ante la Organización para el mejoramiento de la calidad.** La Organización para el mejoramiento de la calidad es un grupo de médicos que ejercen su profesión y otros expertos en cuidado de la salud a los que el gobierno federal les paga por verificar y mejorar el cuidado que se brinda a los pacientes de Medicare. El capítulo 2 contiene información de contacto.

O

- **Puede presentar su queja tanto ante la Organización para el mejoramiento de la calidad como ante nosotros al mismo tiempo.**

Sección 7.5 Paso a paso: Cómo presentar una queja

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

CAPÍTULO 8:

Cómo finalizar su afiliación al plan

SECCIÓN 1 Introducción a la finalización de su afiliación a nuestro plan

La finalización de su afiliación a LI NET puede ser **voluntaria** (su propia elección) o **involuntaria** (la elección de otros):

- Usted podría abandonar nuestro plan porque decidió que quiere hacerlo. En las secciones 2 y 3 encontrará información sobre cómo finalizar su afiliación voluntariamente.
- También existen algunas situaciones limitadas en las cuales estamos obligados a finalizar su afiliación. En la Sección 4 encontrará información sobre situaciones en las que debemos finalizar su afiliación.

Si abandona nuestro plan, este debe seguir proporcionándole los medicamentos recetados y usted debe seguir pagando sus costos compartidos hasta que finalice su afiliación.

SECCIÓN 2 ¿Cómo puede finalizar su afiliación a nuestro plan?

Puede cancelar su afiliación a nuestro plan llamando a Atención al cliente al 1-800-783-1307 (TTY: 711). Tenga en cuenta que una vez finalizada su afiliación, Medicare dejará de pagar sus medicamentos hasta que se inscriba en otro plan de medicamentos recetados de Medicare.

SECCIÓN 3 Hasta que finaliza su afiliación, usted debe seguir recibiendo sus medicamentos a través de nuestro plan

Hasta que finalice su afiliación y comience su nueva cobertura de Medicare, deberá seguir recibiendo sus medicamentos recetados a través de nuestro plan.

- Siga utilizando cualquier farmacia para surtir sus recetas.

SECCIÓN 4 LI NET debe finalizar su afiliación al plan en determinadas situaciones

Sección 4.1 ¿Cuándo debemos finalizar su afiliación al plan?

LI NET debe finalizar su afiliación al plan si sucede alguna de las siguientes cosas:

- Si deja de tener la Parte A y la Parte B (o ambas).
- Si se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si lo encarcelan (va a prisión).
- Si ya no es ciudadano de los Estados Unidos o no tiene el estatus de presencia legal en los Estados Unidos.

- Si usted miente u oculta información sobre otro seguro que tiene que le brinda cobertura para medicamentos recetados.
- Si nos da información incorrecta de manera intencional cuando se afilia a nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos hacer que deje nuestro plan por este motivo sin primero obtener permiso de Medicare).
- Si continuamente se comporta de una forma que es perturbadora y nos dificulta proveerle cuidado médico a usted y a otros afiliados de nuestro plan. (No podemos hacer que deje nuestro plan por este motivo sin primero obtener permiso de Medicare).
- Si permite que otra persona utilice su tarjeta de afiliado para obtener medicamentos recetados. (No podemos hacer que deje nuestro plan por este motivo sin primero obtener permiso de Medicare).
 - Si finalizamos su afiliación por este motivo, Medicare podría hacer que su caso sea investigado por el Inspector General.

¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene preguntas o desea obtener más información sobre cómo podemos finalizar su afiliación, llame a Atención al cliente.

Sección 4.2 <u>No podemos</u> pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud

LI NET no puede pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud.

¿Qué debería hacer si sucede esto?

Si cree que se le está solicitando que abandone el plan por una razón relacionada con su salud, debe llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. TTY: 1-877- 486-2048.

Sección 4.3 Usted tiene derecho a presentar una queja si finalizamos su afiliación a nuestro plan
--

Si finalizamos su afiliación a nuestro plan, debemos informarle por escrito los motivos por los que la finalizamos. También debemos explicarle cómo presentar una queja o queja formal sobre nuestra decisión de finalizar su afiliación.

CAPÍTULO 9:

Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre la ley aplicable

La ley principal que se aplica a esta *Evidencia de cobertura* es el Título XVIII de la Ley de Seguro Social, así como los reglamentos que crean conforme a dicha ley los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés). Además, también pueden aplicarse otras leyes federales y, en determinadas circunstancias, las leyes del estado donde reside. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades incluso si las leyes no están incluidas o no se explican en este documento.

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación

No discriminamos por razones de raza, origen étnico, origen nacional, color, religión, sexo, género, edad, orientación sexual, discapacidad mental o física, estado de salud, experiencia de reclamaciones, historia clínica, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que ofrecen planes Medicare con cobertura de medicamentos recetados, como nuestro plan, deberán observar las leyes federales contra la discriminación, incluido el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley de Cuidado de Salud Asequible, cualquier otra ley pertinente a organizaciones que reciban fondos federales y cualquier otra ley o regla aplicable por cualquier otro motivo.

Si desea obtener más información o tiene dudas acerca de 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 local. También puede consultar la información de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos en <https://www.hhs.gov/ocr/index.html>.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda con el acceso al cuidado médico, llámenos a Atención al cliente. Si tiene una queja, como un problema con el acceso en silla de ruedas, Atención al cliente puede brindarle ayuda.

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

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar los medicamentos recetados de Medicare cubiertos por los que Medicare no es el pagador principal. Según los reglamentos de los CMS establecidos en el Título 42 del Código de Reglamentaciones Federales (CFR, por sus siglas en inglés), secciones 422.108 y 423.462, LI NET, como patrocinador del plan de medicamentos recetados de Medicare, ejercerá los mismos derechos de recuperación que ejerce el Secretario conforme a los reglamentos de los CMS en las subsecciones B a D de la parte 411 del Título 42 del CFR, y las reglas establecidas en esta sección sustituyen a cualquier ley estatal.

SECCIÓN 4 Aviso adicional sobre la subrogación (recuperación de terceros)

Nuestro derecho a recuperar el pago.

Capítulo 9: Avisos legales

Si le pagamos una reclamación, tenemos derechos de subrogación. Esta es una disposición muy común en materia de seguros, que significa que tenemos derecho a recuperar la cantidad que pagamos por su reclamación de cualquier tercero que sea responsable de sus gastos médicos o beneficios relacionados con su lesión, enfermedad o afección.

Usted nos asigna su derecho a iniciar acciones legales contra cualquier tercero responsable y acepta lo siguiente:

1. Proveer la información relevante que solicitemos, y
2. Participar en cualquier fase de acciones legales, como revelación, declaraciones juradas y testimonio en juicio, si fuera necesario.

Si no coopera con nosotros o con nuestros representantes, o si hace algo que afecta a nuestros derechos, podemos iniciar acciones legales contra usted. Usted también acepta no ceder sus derechos a iniciar acciones legales a otra persona sin nuestro consentimiento por escrito.

Nuestro derecho de reembolso

También tenemos derecho a obtener un reembolso si un tercero responsable le paga a usted directamente. Si recibe alguna cantidad como producto de un fallo, liquidación u otro pago de cualquier tercero, debe reembolsarnos a nosotros de inmediato, hasta por la cantidad que pagamos por su reclamación.

Nuestros derechos tienen prioridad

Nuestros derechos de recuperación y reembolso tienen prioridad sobre otras demandas y no se verán afectados por ninguna otra doctrina equitativa. Esto significa que tenemos el derecho de recuperar la cantidad que pagamos, aun cuando usted no haya recibido ninguna compensación del tercero responsable por todos los costos relacionados con su lesión o enfermedad. Si usted no está de acuerdo con nuestras gestiones para recuperar un pago, tiene derecho a apelar, como se explica en el Capítulo 7.

No estamos obligados a procurar el reembolso o iniciar acciones legales contra un tercero, en función de nuestro propio beneficio ni en su nombre. Nuestros derechos conforme a la ley de Medicare y esta *Evidencia de cobertura* no resultarán afectados si no participamos en cualquier acción legal que usted inicie con relación a su lesión, enfermedad o afección.

SECCIÓN 5 Aviso sobre la coordinación de beneficios

¿Por qué tenemos que saber si usted tiene otra cobertura?

Nosotros coordinamos los beneficios según las reglas de pagador secundario de Medicare, que nos permiten facturar, o autorizar a un proveedor de servicios que facture, a otras compañías de seguro médico, planes, pólizas, empleadores u otras entidades cuando el otro pagador es responsable del pago de los servicios que usted recibió. También estamos autorizados a cobrarle o facturarle a usted cantidades que el otro pagador ya le haya pagado por dichos servicios. Tendremos todos los derechos conferidos al programa Medicare según las reglas de pagador secundario de Medicare.

¿Quién paga en primer lugar cuando usted tiene otra cobertura?

Capítulo 9: Avisos legales

Cuando usted tiene una cobertura adicional, la forma en que coordinamos su cobertura depende de su situación. Con la coordinación de los beneficios, con frecuencia usted recibirá cuidado médico de la forma usual a través de los proveedores de nuestro plan, y el otro plan o planes que tenga simplemente ayudarán a pagar el cuidado médico recibido. Si tiene una cobertura de salud grupal, posiblemente pueda potenciar al máximo los beneficios que tiene disponibles si utiliza los proveedores que participan en el plan grupal y en nuestro plan. En otras situaciones, como en el caso de los beneficios que no cubre nuestro plan, puede recibir el cuidado fuera de nuestro plan.

Planes de salud grupal de un empleador y de una organización de empleados

Algunas veces, un plan de salud grupal debe proporcionarle beneficios de salud antes de que nosotros le proporcionemos sus beneficios de salud. Esto sucede si:

- Usted tiene cobertura de un plan de salud grupal (incluidos los planes del empleador y de organizaciones de empleados), ya sea directamente o a través de su esposo/a, y
- El empleador tiene veinte (20) o más empleados (según lo determinan las reglas de Medicare), y
- Usted no está cubierto por Medicare debido a discapacidad o enfermedad renal en etapa terminal (ESRD, por sus siglas en inglés).

Si el empleador tiene menos de veinte (20) empleados, por lo general, nosotros le proveeremos los beneficios de salud primarios. Si tiene cobertura para jubilados a través de un plan de salud grupal, ya sea directamente o a través de su esposo/a, por lo general, nosotros le proveeremos los beneficios de salud primarios. Se aplican reglas especiales si usted tiene o desarrolla enfermedad renal en etapa terminal.

Planes de salud grupales del empleador y de organizaciones de empleados para personas con discapacidades

Si usted tiene cobertura a través de un plan de salud grupal y tiene Medicare debido a una discapacidad, por lo general, le proveeremos los beneficios de salud primarios. Esto sucede si:

- Usted tiene menos de 65 años de edad, y
- Usted no tiene enfermedad renal en etapa terminal, y
- No tiene cobertura directamente o a través de su esposo/a bajo un plan de salud grupal grande.

Un plan de salud grupal grande es un plan de salud que ofrece un empleador con 100 o más empleados o un empleador que forma parte de un plan de varios empleadores en el cual cualquiera de los empleadores que participan en el plan tiene 100 o más empleados.

Si tiene cobertura a través de un plan de salud grupal grande, ya sea directamente o a través de su esposo/a, el plan de salud grupal grande debe proveerle los beneficios de salud antes de que nosotros lo hagamos. Esto sucede si:

- Usted no tiene enfermedad renal en etapa terminal, y
- Tiene menos de 65 años de edad y tiene Medicare debido a una discapacidad.

Capítulo 9: Avisos legales

En dichos casos, le proporcionaremos solo aquellos beneficios que no cubra por el plan grupal grande de su empleador. Se aplican reglas especiales si usted tiene o desarrolla enfermedad renal en etapa terminal.

Planes de salud grupal de un empleador y de una organización de empleados para personas con enfermedad renal en etapa terminal (ESRD, por sus siglas en inglés)

Si es elegible para Medicare o comienza a ser elegible para Medicare debido a enfermedad renal en etapa terminal y tiene cobertura a través del plan de salud grupal de un empleador o de una organización de empleados, ya sea directamente o a través de su esposo/a, su plan de salud grupal es responsable de proveerle los beneficios de salud primarios durante los primeros treinta (30) meses después de que comienza a ser elegible para Medicare debido a su enfermedad renal en etapa terminal. Durante ese tiempo, le proveeremos una cobertura secundaria y le proporcionamos la cobertura primaria de allí en adelante. Si ya tiene Medicare debido a su edad o a una discapacidad cuando desarrolla la enfermedad renal en etapa terminal, le proveeremos la cobertura primaria.

Programa de compensación laboral y similares

Si usted sufre una enfermedad o lesión relacionada con el trabajo y cuenta con beneficios de seguro de compensación laboral, este debe proveerle sus beneficios en primer lugar con respecto a cualquier costo de cuidado de la salud relacionado con su enfermedad o lesión laboral antes de que nosotros proveamos beneficio alguno de conformidad con esta *Evidencia de cobertura* por servicios brindados por motivo de su enfermedad o lesión relacionada con el trabajo.

Accidentes y lesiones

Se aplican las reglas de Pagador secundario de Medicare si usted ha sufrido un accidente o una lesión. Si usted dispone de beneficios conforme a una cobertura “Med Pay” de responsabilidad objetiva (no-fault), de seguro de automóvil, de accidentes o de seguro de responsabilidad civil, la compañía de seguro médico que brinda la cobertura de “Med Pay”, de responsabilidad objetiva (no-fault), de seguro de automóvil, de accidentes o de responsabilidad civil debe proveerle sus beneficios en primer lugar por cualquier costo de servicios de salud relacionado con el accidente o la lesión antes de que nosotros le proveamos beneficio alguno por servicios relacionados con el accidente o la lesión.

Las reclamaciones a través del seguro de responsabilidad civil suelen no resolverse rápidamente. Podemos realizar pagos condicionales mientras la reclamación de responsabilidad está en trámite. También podemos recibir una reclamación y no saber que una reclamación de responsabilidad o de otro tipo está en trámite. En estas situaciones, nuestros pagos son condicionales. Debemos recibir un reembolso de los pagos condicionales cuando se reciba el pago del seguro o de responsabilidad civil.

Si usted recuperó gastos médicos de un tercero, nosotros tenemos derecho a recuperar los pagos que hemos hecho sin tener en cuenta ninguna estipulación de acuerdo. Las estipulaciones de que el acuerdo no incluye daño por gastos médicos no se tendrán en cuenta. Reconoceremos la asignación de los pagos del seguro de responsabilidad civil a pérdidas no médicas solamente cuando el pago se base en una orden judicial basada en los méritos del caso. No procuraremos recuperar ninguna parte de una indemnización que el tribunal designe adecuadamente como pago por pérdidas no relacionadas con servicios médicos (por ejemplo, pérdidas en la propiedad).

Capítulo 9: Avisos legales

Cuando proveemos beneficios en forma de servicios, tendremos derecho a un reembolso basado en el valor razonable de los beneficios provistos.

No duplicación de los beneficios

No duplicaremos ningún beneficio o pago que usted reciba conforme a una cobertura de seguro de automóvil, de accidentes, de responsabilidad civil o de otro tipo. Usted acepta notificarnos cuando disponga de dicha cobertura y es su responsabilidad tomar todas las medidas necesarias para recibir los beneficios o pagos conforme a dicha cobertura de seguro de automóvil, de accidentes, de responsabilidad civil o de otro tipo. Podremos procurar el reembolso del valor razonable de cualquier beneficio que hayamos provisto en el caso de que se hayan duplicado los beneficios a los que usted tiene derecho conforme a dicha cobertura. Usted está obligado a cooperar con nosotros para obtener el pago de una cobertura de seguro de automóvil, de accidentes, de responsabilidad civil o de otra compañía de seguro médico.

Si le proveemos beneficios antes que cualquier otro tipo de cobertura de salud que usted pueda tener, podemos procurar la recuperación de esos beneficios de acuerdo con las normas de pagador secundario de Medicare. Consulte también la sección 4 de este capítulo, Aviso adicional sobre subrogación (recuperación de un tercero), para obtener más información sobre nuestros derechos de recuperación.

Más información

Esto es solo un breve resumen. El hecho de que paguemos en primer o segundo lugar, o que no paguemos, depende de los tipos de seguro adicional que usted tenga y de las reglas de Medicare que se apliquen a su situación. Para obtener más información, consulte el manual publicado por el gobierno llamado “*Medicare y otros beneficios de salud: su guía sobre quién paga primero*”. Es CMS Pub. N.º 02179. Asegúrese de consultar la versión más actualizada. Otros detalles se explican en las reglas de pagador secundario de Medicare, como la forma en que se determina la cantidad de personas empleadas por un empleador según la cual se implementa la coordinación de beneficios. Las reglas son publicadas en el *Código de reglamentos federales*.

Derechos de apelación

Si no está de acuerdo con alguna decisión o medida de nuestro plan respecto a las reglas de coordinación de beneficios y pagos descritas anteriormente, debe seguir los procedimientos explicados en el Capítulo 7 *Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)* de esta Evidencia de cobertura.

CAPÍTULO 10:

Definiciones de palabras importantes

Afiliado (afiliado de nuestro plan o afiliado del plan): persona que cuenta con Medicare y que es elegible para recibir servicios cubiertos, cuya afiliación a nuestro plan está confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés).

Apelación: una apelación es lo que puede hacer si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar una solicitud de cobertura para medicamentos recetados o el pago de medicamentos que ya recibió.

Área de servicio: un área geográfica donde debe vivir para inscribirse en un plan de medicamentos recetados en particular. Si usted se muda en forma permanente fuera del área de servicio, el plan puede desafiliarlo.

Atención al cliente: departamento dentro de nuestro plan a cargo de responder sus preguntas sobre afiliación, beneficios, quejas formales y apelaciones.

Autorización previa: aprobación anticipada para obtener determinados medicamentos.

Ayuda adicional: programa de Medicare para ayudar a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos recetados de Medicare, como las primas, los deducibles y el coseguro.

Biosimilar: un 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 (Consulte “**Biosimilares intercambiables**”).

Biosimilar intercambiable: 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 el potencial de sustitución automática. La sustitución automática en la farmacia está sujeta a la legislación estatal.

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

Cobertura para medicamentos recetados de Medicare (Parte D de Medicare): seguro que ayuda a los pacientes ambulatorios a pagar los medicamentos recetados, las vacunas, los productos biológicos y algunos suministros que no estén cubiertos por las Partes A o B de Medicare.

Copago: la cantidad que usted posiblemente deba pagar como la parte del costo que le corresponde por un medicamento recetado. El copago es una cantidad fija (por ejemplo \$10) en lugar de un porcentaje.

Costos compartidos: costos compartidos hace referencia a las cantidades que debe pagar un afiliado al recibir medicamentos. Los costos compartidos incluyen cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) toda cantidad de deducible que un plan puede imponer antes de cubrir los medicamentos; (2) toda cantidad de *copago* fija que un plan requiere cuando se recibe un medicamento específico; o (3) toda cantidad de *coseguro*, un porcentaje de la cantidad total pagada por un medicamento que requiere un plan cuando se recibe un medicamento específico.

Coseguro: una cantidad que tendría que pagar, expresada como un porcentaje (por ejemplo 20%), como la parte que le corresponde del costo por medicamentos recetados.

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

Desafiliarse o Desafiliación: el proceso para terminar su afiliación a nuestro plan.

Determinación de cobertura: decisión sobre si un medicamento recetado lo cubre el plan y la cantidad, si la hubiera, que usted debe pagar por el medicamento recetado. En general, si lleva su receta a una farmacia y la farmacia le informa que el medicamento recetado no está cubierto por su plan, esto no constituye una determinación de cobertura. Debe llamar o escribir al plan para solicitar una decisión formal sobre la cobertura. En este documento, las determinaciones de cobertura se conocen como *decisiones de cobertura*.

Emergencia: una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente que no es experta en el tema y con un conocimiento promedio de medicina y salud, consideran que usted presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida (y, si es una mujer embarazada, la pérdida de un niño por nacer), la pérdida de una extremidad, la pérdida del funcionamiento de una extremidad o la pérdida o la generación de una disfunción grave en una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor fuerte o una afección médica que empeora rápidamente.

Etapas de cobertura catastrófica: la etapa en el Beneficio de medicamentos de la Parte D que comienza cuando usted (u otras partes autorizadas en su nombre) han gastado \$2,000 por medicamentos cubiertos de la Parte D durante el año cubierto. Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D.

Etapas de cobertura inicial: esta es la etapa antes de que sus gastos de desembolso personal del año hayan alcanzado la cantidad umbral de este tipo de gastos.

Evidencia de cobertura (EOC, por sus siglas en inglés) e Información de divulgación: este documento, junto con su formulario de afiliación y cualquier otro documento adjunto, cláusula u otra cobertura opcional seleccionada, explica su cobertura, lo que nosotros tenemos que hacer, sus derechos y lo que usted tiene que hacer como afiliado de nuestro plan.

Excepción: un tipo de decisión de cobertura que, si se aprueba, le permite obtener un medicamento que no está incluido en nuestro formulario (una excepción al formulario), o recibir un medicamento no preferido con un nivel inferior de costos compartidos (una excepción de nivel). También puede solicitar una excepción si nuestro plan le exige que pruebe otro medicamento antes de recibir el que solicita, si nuestro plan exige una autorización previa para un medicamento y usted desea que no apliquemos la restricción de criterios, o si nuestro plan limita la cantidad o la dosis del medicamento que solicita (una excepción al formulario).

Gastos de desembolso personal: consulte la definición de costos compartidos más arriba. El requisito de costos compartidos del afiliado de pagar una parte de los medicamentos recibidos también se conoce como el requisito de gastos *de desembolso personal*.

Capítulo 10: Definiciones de palabras importantes

Indicación medicamento aceptada: uso de un medicamento aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o respaldado por determinadas referencias, como la Información sobre medicamentos del American Hospital Formulary Service y el Sistema de Información DRUGDEX de Micromedex.

Ingreso suplementario de seguridad (SSI, por sus siglas en inglés): beneficio mensual pagado por el Seguro Social a las personas con ingresos y recursos limitados que están discapacitadas, están ciegas o tienen más de 65 años de edad. Los beneficios del SSI no son los mismos que los del Seguro Social.

Límites de cantidad: una herramienta de administración diseñada para limitar el uso de determinados medicamentos por motivos de calidad, seguridad o utilización. Los límites pueden basarse en la cantidad de medicamento que cubrimos por receta médica o durante un período determinado.

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

Medicaid (o Asistencia médica): programa estatal y federal conjunto que ayuda con los costos médicos de algunas personas con ingresos bajos y recursos limitados. Los programas de Medicaid estatales varían, pero la mayoría de los costos del cuidado de la salud están cubiertos si es elegible para Medicare y Medicaid.

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

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

Medicamento de marca: medicamento recetado fabricado y comercializado por la compañía farmacéutica que originalmente investigó y creó el medicamento. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de ingredientes activos que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, otros fabricantes de medicamentos producen y comercializan los medicamentos genéricos y, en general, no se encuentran disponibles hasta que se vence la patente del medicamento de marca.

Medicare original (Medicare tradicional o Medicare de Cargo por servicio): Medicare original lo ofrece el gobierno, y no es un plan de salud privado como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos recetados. Con Medicare original, los servicios de Medicare se cubren por medio del pago de cantidades determinadas por el Congreso a médicos, hospitales y otros proveedores de cuidado de la salud. Puede consultar a cualquier médico, hospital u otro proveedor de cuidado de la salud que acepte Medicare. Usted tiene que pagar el deducible. Medicare paga su parte de la cantidad aprobada por Medicare y usted paga la parte que le corresponde. Medicare original tiene dos partes: la Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico) y está disponible en todos los Estados Unidos.

Capítulo 10: Definiciones de palabras importantes

Medicamento genérico: medicamento recetado que la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) determina que tiene el o los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Generalmente, un medicamento *genérico* funciona de la misma manera que un medicamento de marca y con frecuencia tiene un costo menor.

Niveles de costos compartidos: todos los medicamentos incluidos en la lista de medicamentos cubiertos se encuentran en uno de dos niveles de costos compartidos. En general, cuanto mayor sea el nivel de costos compartidos, mayor será el costo del medicamento.

Organización para el mejoramiento de la calidad (QIO, por sus siglas en inglés): un grupo de médicos especializados y otros expertos en el cuidado de la salud pagado por el gobierno federal, que se encarga de controlar y mejorar el cuidado médico que reciben los pacientes de Medicare.

Parte C: consulte Plan Medicare Advantage (MA).

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

Plan de salud de Medicare: un plan de salud de Medicare ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para proveerles a los beneficiarios afiliados, todos los servicios de las Partes A y B de Medicare. Este término incluye todos los Planes Medicare Advantage, los Planes de costo de Medicare, los Planes de necesidades especiales, los Programas de demostración o piloto y los Programa de cuidado médico integral para personas de la tercera edad (PACE, por sus siglas en inglés).

Plan Medicare Advantage (MA): también llamado Parte C de Medicare. Es un plan que ofrece una empresa privada que tiene contrato con Medicare para proporcionarle todos los beneficios de las Partes A y B de Medicare. Un plan Medicare Advantage puede ser i) una Organización para el mantenimiento de la salud (HMO, por sus siglas en inglés), ii) una Organización de proveedores preferidos (PPO, por sus siglas en inglés), iii) un Plan privado de cargo por servicio (PFFS, por sus siglas en inglés) o iv) 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 también 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 (cobertura para medicamentos recetados). Estos planes se conocen como **planes Medicare Advantage con cobertura para medicamentos recetados**.

Póliza Medigap (Seguro suplementario de Medicare): seguro suplementario de Medicare que venden compañías aseguradoras privadas para cubrir las **brechas** de Medicare original. Las pólizas Medigap solamente funcionan con Medicare original. (Un plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

Prima: pago periódico que usted realiza a Medicare, a una compañía de seguros o a un plan de cuidado de la salud para recibir cobertura de salud o medicamentos recetados.

Capítulo 10: Definiciones de palabras importantes

Producto biológico: medicamento recetado que se elabora a partir de fuentes naturales y vivas como células animales, células vegetales, bacterias o levaduras. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no pueden copiarse con exactitud, por lo que las formas alternativas se denominan biosimilares. (Consulte también “**Producto biológico original**” y “**Biosimilar**”).

Producto biológico original: producto biológico que cuenta con la aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) y sirve de comparación para fabricantes que elaboran una versión biosimilar. También se denomina producto de referencia.

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

Queja: el nombre formal para *realizar una queja es presentar una queja formal*. El proceso de queja se utiliza solo para determinados tipos de problemas. Entre ellos problemas relacionados con la calidad del cuidado, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. También incluye las quejas si su plan no respeta los plazos del proceso de apelación.

Queja formal: un tipo de queja que realiza sobre nuestro plan, nuestros proveedores, o nuestras farmacias, incluida una queja relacionada con la calidad del cuidado. Esto no incluye disputas por pagos o cobertura.

Servicios cubiertos por Medicare: servicios que cubre la Parte A y la Parte B de Medicare. El término servicios cubiertos por Medicare no incluye los beneficios adicionales, como servicios para la vista, dentales o para la audición, que pueda ofrecer un plan Medicare Advantage.

Subsidio por ingresos limitados (LIS, por sus siglas en inglés): consulte “Ayuda adicional”.

Tarifa diaria de costos compartidos: una *tarifa diaria de costos compartidos* se puede aplicar cuando el médico le receta un suministro menor a un mes completo de determinados medicamentos y usted debe pagar un copago. Una tarifa diaria de costos compartidos es el copago dividido por el número de días en el suministro de un mes. Este es un ejemplo: Si su copago para un suministro de medicamento para un mes es de \$30 y un suministro de un mes en su plan es de 30 días, su *tarifa diaria de costos compartidos* es de \$1 por día.

Tarifa de despacho: un cargo que se cobra cada vez que se despacha un medicamento cubierto para pagar el costo de surtir una receta, como el tiempo del farmacéutico para preparar y envasar el medicamento recetado.

Umbral de desembolso personal: monto máximo que paga de su bolsillo por medicamentos de la Parte D.

Anexo A

Información de contacto de agencias estatales

Información de contacto de agencias estatales

Esta sección proporciona la información de contacto de las agencias estatales a las que se hace referencia en el Capítulo 2 y en otros lugares dentro de esta Evidencia de cobertura. Si tiene problemas para encontrar la información que busca, comuníquese con Atención al cliente al número de teléfono que figura en la contraportada de este folleto.

Alabama	
Nombre del SHIP e información de contacto	Alabama Department of Senior Services 201 Monroe Street Suite 350 Montgomery, AL 36104 1-877-425-2243 (línea gratuita) 1-334-242-5594 (fax) http://www.alabamaageline.gov/
Organización para el mejoramiento de la calidad	Acentra Health 5201 W. Kennedy Blvd. Suite 900 Tampa, FL 33609 1-888-305-6759 711 (TTY) 1-844-878-7921 (Fax) https://www.keproqio.com/
Oficina estatal de Medicaid	Alabama Medicaid Agency 501 Dexter Avenue P.O Box 5624 Montgomery, AL 36104-5624 1-800-362-1504 (línea gratuita) 1-334-242-5000 (local) http://www.medicaid.alabama.gov/
Programas estatales de asistencia en farmacia	No se aplica
Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP, por su siglas en inglés)	Alabama AIDS Drug Assistance Program, HIV/AIDS Division, Alabama Department of Public Health The RSA Tower 201 Monroe Street Suite 1400 Montgomery, AL 36104 1-866-574-9964 http://www.alabamapublichealth.gov/hiv/adap.html

Anexo A: Información de contacto de agencias estatales

Alaska	
Nombre del SHIP e información de contacto	Alaska State Health Insurance Assistance Programs (SHIP) 550 W 7th Ave., Suite 1230 Anchorage, AK 99501 1-800-478-6065 (línea gratuita) 1-907-269-7800 (local) 1-800-770-8973 (TTY) (llamada gratuita) https://dhss.alaska.gov/pages/default.aspx
Organización para el mejoramiento de la calidad	Acentra Health 5201 W. Kennedy Blvd. Suite 900 Tampa, FL 33609 1-888-305-6759 711 (TTY) 1-844-878-7921 (Fax) https://www.keproqio.com/
Oficina estatal de Medicaid	Alaska Department of Health and Social Services 350 Main Street Room 304 P.O. Box 110640 Juneau, AK 99811 1-800-780-9972 (línea gratuita) 1-907-465-3030 (local) 1-907-465-3068 (fax) http://dhss.alaska.gov/dpa
Programas estatales de asistencia en farmacia	No se aplica
Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP, por su siglas en inglés)	Alaskan AIDS Assistance Association 1057 W. Fireweed Lane, Ste 102 Anchorage, AK 99503 1-800-478-2437 1-907-263-2051 (fax) http://www.alaskanids.org/index.php/client-services/adap

Anexo A: Información de contacto de agencias estatales

Arizona	
Nombre del SHIP e información de contacto	Arizona State Health Insurance Assistance Program (SHIP) 1789 W. Jefferson St. (Site Code 950A) Phoenix, AZ 85007 1-800-432-4040 (llamada gratuita) (español disponible previa solicitud) 1-602-542-4446 (local) 711 (TTY) https://des.az.gov/services/older-adults/medicare-assistance
Organización para el mejoramiento de la calidad	Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701 1-877-588-1123 1-855-887-6668 (TTY) 1-855-694-2929 (Fax) https://livantaqio.com/
Oficina estatal de Medicaid	Arizona Health Care Cost Containment System (AHCCCS) 801 E. Jefferson St. Phoenix, AZ 85034 1-800-523-0231 (línea gratuita) 1-602-417-4000 (local) 1-602-252-6536 (fax) 1-602-417-4000 (español) http://www.azahcccs.gov/
Programas estatales de asistencia en farmacia	No se aplica
Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP, por su siglas en inglés)	Office of Disease Integration and Services Arizona Department of Health Services 150 North 18th Avenue Phoenix, AZ 85007 1-800-334-1540 1-602-364-3263 (fax) 1-602-364-3610 http://www.azdhs.gov/preparedness/epidemiology-disease-control/disease-integration-services/index.php#aids-drug-assistance-program-home

Anexo A: Información de contacto de agencias estatales

Arkansas	
Nombre del SHIP e información de contacto	Senior Health Insurance Information Program (SHIIP) 1 Commerce Way Little Rock, AR 72202 1-800-224-6330 (línea gratuita) 1-501-371-2782 (local) 1-501-371-2618 (fax) 1-501-683-4468 (TTY) https://www.shiipar.com/
Organización para el mejoramiento de la calidad	Acentra Health 5201 W. Kennedy Blvd. Suite 900 Tampa, FL 33609 1-888-315-0636 711 (TTY) 1-844-878-7921 (Fax) https://www.keproqio.com/
Oficina estatal de Medicaid	Arkansas Medicaid Donaghey Plaza South PO Box 1437, Slot S401 Little Rock, AR 72203-1437 1-800-482-5431 (línea gratuita) 1-501-682-8233 (local) 1-800-482-8988 (español) 1-501-682-8820 (TTY) https://humanservices.arkansas.gov/divisions-shared-services/medical-services
Programas estatales de asistencia en farmacia	No se aplica
Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP, por su siglas en inglés)	Arkansas AIDS Drug Assistance Program Arkansas Department of Health, HIV/STD/Hepatitis C, ADAP Division 4815 West Markham Street Slot 33 Little Rock, AR 72205 1-501-661-2408 1-501-661-2082 (fax) 1-800-462-0599 https://www.healthy.arkansas.gov/programs-services/topics/ryan-white-program

Anexo A: Información de contacto de agencias estatales

California	
Nombre del SHIP e información de contacto	California Health Insurance Counseling & Advocacy Program (HICAP) 1300 National Drive Suite 200 Sacramento, CA 95834-1992 1-800-434-0222 (línea gratuita) 1-916-928-2267 (fax) 1-800-735-2929 (TTY) https://www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/
Organización para el mejoramiento de la calidad	Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701 1-877-588-1123 1-855-887-6668 (TTY) 1-855-694-2929 (Fax) https://livantaqio.com/
Oficina estatal de Medicaid	Medi-Cal (Medicaid) PO Box 997413, MS 4401 Sacramento, CA 95899-7413 1-800-541-5555 (línea gratuita) 1-916-636-1980 (local) 711 (TTY) http://www.medi-cal.ca.gov/
Programas estatales de asistencia en farmacia	No se aplica
Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP, por su siglas en inglés)	Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP, por su siglas en inglés) California Department of Public Health, Center for Infectious Diseases, Office of AIDS MS 0500, P.O. Box 997377 Sacramento, CA 95899 1-916-558-1784 https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OAadap.aspx

Anexo A: Información de contacto de agencias estatales

Colorado	
Nombre del SHIP e información de contacto	Senior Health Insurance Assistance Program (SHIP) Colorado Division of Insurance 1560 Broadway, Suite 850 Denver, CO 80202 1-800-930-3745 (línea gratuita) 1-303-894-7499 (local) https://doi.colorado.gov/insurance-products/health-insurance/senior-health-care-medicare
Organización para el mejoramiento de la calidad	Acentra Health 5201 W. Kennedy Blvd. Suite 900 Tampa, FL 33609 1-888-317-0891 711 (TTY) 1-844-878-7921 (Fax) https://www.keproqio.com/
Oficina estatal de Medicaid	Health First Colorado (Medicaid) 303 E. 17th Avenue Denver, CO 80203-1818 1-800-221-3943 (línea gratuita) 1-303-866-2993 (local) 1-303-866-4411 (fax) 711 (TTY) https://www.healthfirstcolorado.com/
Programas estatales de asistencia en farmacia	Colorado Bridging the Gap Colorado Department of Public Health and Environment 4300 Cherry Creek Drive South Denver, CO 80246 1-303-692-2687 (local) 1-303-692-2716 (local) https://cdphe.colorado.gov/state-drug-assistance-program
Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP, por su siglas en inglés)	Colorado State Drug Assistance Program CDPHE Care and Treatment Program ADAP - 3800 4300 Cherry Creek Drive South Denver, CO 80246 1-303-692-2000 https://cdphe.colorado.gov/state-drug-assistance-program

Anexo A: Información de contacto de agencias estatales

Connecticut	
Nombre del SHIP e información de contacto	<p>CHOICES 55 Farmington Avenue Hartford, CT 06105-3730 1-800-994-9422 (línea gratuita) 1-860-424-5055 1-860-247-0775 (TTY) 1-860-424-4850 (Fax) https://portal.ct.gov/ADS-CHOICES</p>
Organización para el mejoramiento de la calidad	<p>Acentra Health 5201 W. Kennedy Blvd. Suite 900 Tampa, FL 33609 1-888-317-0891 711 (TTY) 1-844-878-7921 (Fax) https://www.keproqio.com/</p>
Oficina estatal de Medicaid	<p>HUSKY Health Connecticut (Medicaid) 55 Farmington Avenue Hartford, CT 06105-3730 1-855-626-6632 (línea gratuita) 1-800-842-4524 (TTY) https://portal.ct.gov/dsshhome</p>
Programas estatales de asistencia en farmacia	No se aplica
Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP, por su siglas en inglés)	<p>Connecticut AIDS Drug Assistance Program (CADAP) No hay dirección física para el programa ADAP, administrado por MagellanRx Departamento de Salud Pública de Connecticut 410 Capitol Ave. Hartford, CT 06134 1-800-424-3310 (línea gratuita) 1-800-424-7462 (fax) https://ctdph.magellanrx.com/</p>

Delaware	
Nombre del SHIP e información de contacto	<p>Delaware Medicare Assistance Bureau (DMAB) 1351 West North Street Suite 101 Dover, DE 19904 1-800-336-9500 (línea gratuita) 1-302-674-7300 (local) https://insurance.delaware.gov/divisions/dmab/</p>

Anexo A: Información de contacto de agencias estatales

Organización para el mejoramiento de la calidad	Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701 1-888-396-4646 1-888-985-2660 (TTY) 1-855-236-2423 (fax) https://livantaqio.com/
Oficina estatal de Medicaid	Delaware Health and Social Services Division of Medicaid and Medical Assistance 1901 N. DuPont Highway New Castle, DE 19720 1-800-372-2022 (línea gratuita) 1-302-255-9500 (local) 1-302-255-4429 (fax) https://www.dhss.delaware.gov/dhss/dmma/
Programas estatales de asistencia en farmacia	Delaware Prescription Assistance Program 11-13 North Church Ave Milford, DE 19963-0950 1-800-996-9969 (línea gratuita) 1-302-424-7180 https://www.dhss.delaware.gov/dhss/dmma/dpap.html
Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP, por su siglas en inglés)	Delaware AIDS Drug Assistance Program (ADAP) Thomas Collins Building 540 S. DuPont Highway Dover, DE 19901 1-302-744-1050 1-302-739-2548 (fax) http://www.ramsellcorp.com/medical_professionals/de.aspx

District of Columbia

Nombre del SHIP e información de contacto	Health Insurance Counseling Project (HICP) 500 K Street NE Washington, DC 20002 1-202-724-5626 (local) 711 (TTY) 1-202-724-2008 (fax) https://dacl.dc.gov/service/health-insurance-counseling
---	---

Anexo A: Información de contacto de agencias estatales

Organización para el mejoramiento de la calidad	Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701 1-888-396-4646 1-888-985-2660 (TTY) 1-855-236-2423 (fax) https://livantaqio.com/
Oficina estatal de Medicaid	Department of Health- District of Columbia 899 North Capitol Street NE Washington, DC 20002 1-855-532-5465 (línea gratuita) 1-202-442-5955 (local) 1-202-442-4795 (fax) 711 (TTY) http://doh.dc.gov/
Programas estatales de asistencia en farmacia	No se aplica
Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP, por su siglas en inglés)	DC AIDS Drug Assistance Program District of Columbia Department of Health, HIV/AIDS, Hepatitis, STD, and TB Administration, AIDS Drugs Assistance Program 899 North Capitol Street N.E. Washington, DC 20002 1-202-671-4900 1-202-673-4365 (fax) 1-202-671-4815 (línea directa DC ADAP) https://dchealth.dc.gov/DC-ADAP

Florida

Nombre del SHIP e información de contacto	Serving Health Insurance Needs of Elders (SHINE) Department of Elder Affairs 4040 Esplanade Way, Suite 270 Tallahassee, FL 32399- 7000 1-800-963-5337 (línea gratuita) 1-800-955-8770 (TTY) 1-850-414-2150 (fax) 1-800-963-5337 http://www.floridaSHINE.org
---	---

Anexo A: Información de contacto de agencias estatales

Organización para el mejoramiento de la calidad	Acentra Health 5201 W. Kennedy Blvd. Suite 900 Tampa, FL 33609 1-888-317-0751 711 (TTY) 1-844-878-7921 (Fax) https://www.keproqio.com/
Oficina estatal de Medicaid	Florida Medicaid 2727 Mahan Drive Tallahassee, FL 32308-5407 1-888-419-3456 (línea gratuita) 1-850-412-4000 (local) 1-850-922-2993 (fax) 1-800-955-8771 (TTY) https://ahca.myflorida.com
Programas estatales de asistencia en farmacia	No se aplica
Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP, por su siglas en inglés)	Florida AIDS Drug Assistance Program (ADAP) HIV/AIDS Section 4052 Bald Cypress Way Tallahassee, FL 32399 1-850-245-4422 1-800-545-7432 (1-800-545-SIDA) (español) 1-800-2437-101 (1-800-AIDS-101) (criollo) 1-888-503-7118 (TTY) http://www.floridahealth.gov/diseases-and-conditions/aids/adap/index.html

Georgia

Nombre del SHIP e información de contacto	GeorgiaCares 47 Trinity Ave SW Atlanta, GA 30334 1-866-552-4464 (opción 4) 1-404-657-1929 (TTY) 1-404-657-5285 (fax) https://aging.georgia.gov/georgia-ship
---	--

Anexo A: Información de contacto de agencias estatales

Organización para el mejoramiento de la calidad	Acentra Health 5201 W. Kennedy Blvd. Suite 900 Tampa, FL 33609 1-888-317-0751 711 (TTY) 1-844-878-7921 (Fax) https://www.keproqio.com/
Oficina estatal de Medicaid	Georgia Department of Community Health (DCH) (Medicaid) 2 Martin Luther King Jr Drive, SE Atlanta, GA 30334 1-800-436-7442 (línea gratuita) 1-404-656-4507 (local) http://www.dch.georgia.gov/
Programas estatales de asistencia en farmacia	No se aplica
Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP, por su siglas en inglés)	Georgia AIDS Drug Assistance Program (ADAP) Georgia Department of Public Health, Health Protection, Office of HIV/AIDS 200 Piedmont Avenue, SE Atlanta, GA 30334 1-404-656-9805 https://dph.georgia.gov/hiv-care/aids-drug-assistance-program-adap

Hawaii

Nombre del SHIP e información de contacto	Hawaii SHIP Hawaii State Department of Health No. 1 Capitol District 250 South Hotel St. Suite 406 Honolulu, HI 96813-2831 1-888-875-9229 (línea gratuita) 1-808-586-7299 (local) 1-808-586-0185 (fax) http://www.hawaiiiship.org/
Organización para el mejoramiento de la calidad	Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701 1-877-588-1123 1-855-887-6668 (TTY) 1-855-694-2929 (Fax) https://livantaqio.com/

Anexo A: Información de contacto de agencias estatales

Oficina estatal de Medicaid	Med QUEST 801 Dillingham Boulevard 3rd Floor Honolulu, HI 96817-4582 1-800-316-8005 (línea gratuita) 1-808-524-3370 (local) 1-800-603-1201 (TTY) 1-800-316-8005 (español) http://www.med-quest.us/
Programas estatales de asistencia en farmacia	No se aplica
Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP, por su siglas en inglés)	HIV Medical Management Services Harm Reduction Services Branch 728 Sunset Avenue Honolulu, HI 96816 1-808-733-4383 https://health.hawaii.gov/harmreduction/about-us/hiv-programs/hiv-medical-management-services/

Idaho

Nombre del SHIP e información de contacto	Senior Health Insurance Benefit Advisors (SHIBA) 700 West State Street 3rd Floor P.O. Box 83720 Boise, ID 83720-0043 1-800-247-4422 (línea gratuita) 1-208-334-4389 (fax) https://doi.idaho.gov/SHIBA
Organización para el mejoramiento de la calidad	Acentra Health 5201 W. Kennedy Blvd. Suite 900 Tampa, FL 33609 1-888-305-6759 711 (TTY) 1-844-878-7921 (Fax) https://www.keproqio.com/
Oficina estatal de Medicaid	Idaho Health Plan Coverage P.O Box 83720 Boise, ID 83720 1-877-456-1233 (línea gratuita) 1-208-334-6700 (local) 1-866-434-8278 (fax) http://healthandwelfare.idaho.gov/

Anexo A: Información de contacto de agencias estatales

Programas estatales de asistencia en farmacia	Idaho AIDS Drug Assistance Program (IDAGAP) Department of Health and Welfare P. O. Box 83720 Boise, ID 83720 1-800-926-2588 (línea gratuita) 1-208-334-5943 (local) http://healthandwelfare.idaho.gov/Health/FamilyPlanningSTDHIV/HIVCareandTreatment/tabid/391/Default.aspx
Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP, por su siglas en inglés)	Idaho ADAP Idaho Ryan White Part B Program 450 W. State Street P.O. Box 83720 Boise, ID 83720 1-208-334-5612 1-208-332-7346 (fax) http://www.healthandwelfare.idaho.gov/Health/HIV,STD,HepatitisPrograms/HIVCare/tabid/391/Default.aspx

Illinois

Nombre del SHIP e información de contacto	Senior Health Insurance Program (SHIP) Illinois Department on Aging One Natural Resources Way, Suite 100 Springfield, IL 62702-1271 1-800-252-8966 (línea gratuita) 1-888-206-1327 (TTY) https://ilaging.illinois.gov/ship.html
Organización para el mejoramiento de la calidad	Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701 1-888-524-9900 1-888-985-8775 (TTY) 1-855-236-2423 (fax) https://livantaqio.com/
Oficina estatal de Medicaid	Medical Assistance Program 100 South Grand Avenue East Springfield, IL 62762 1-800-843-6154 (línea gratuita) 1-217-782-4977(local) 1-866-324-5553 (TTY) https://www.dhs.state.il.us
Programas estatales de asistencia en farmacia	No se aplica

Anexo A: Información de contacto de agencias estatales

Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP, por su siglas en inglés)	Ryan White CARE and HOPWA Services Illinois Medication Assistance Program 525 West Jefferson Street, 1st Floor Springfield, IL 62761 1-800-825-3518 1-217-785-8013 (fax) https://dph.illinois.gov/topics-services/diseases-and-conditions/hiv-aids/ryan-white-care-and-hopwa-services
---	--

Indiana	
Nombre del SHIP e información de contacto	State Health Insurance Assistance Program (SHIP) 311 W. Washington Street Suite 300 Indianapolis, IN 46204-2787 1-800-452-4800 (línea gratuita) 1-765-608-2318 (local) 1-866-846-0139 (línea TTY gratuita) http://www.in.gov/ship
Organización para el mejoramiento de la calidad	Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701 1-888-524-9900 1-888-985-8775 (TTY) 1-855-236-2423 (fax) https://livantaqio.com/
Oficina estatal de Medicaid	Indiana Medicaid 402 West Washington Street P.O. Box 7083 Indianapolis, IN 46204-2243 1-800-457-4584 (línea gratuita) 1-317-233-4454 (local) 1-800-403-0864 (Fax) https://www.in.gov/medicaid/
Programas estatales de asistencia en farmacia	Hoosier RX 402 W. Washington, Rm. 372 Indianapolis, IN 46204 1-866-267-4679 (línea gratuita) 1-317-234-1381 (local) https://www.in.gov/medicaid/members/member-programs/hoosierx/

Anexo A: Información de contacto de agencias estatales

Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP, por su siglas en inglés)	Indiana AIDS Drug Assistance Program Indiana State Department of Health, HIV/STD Viral Hepatitis Division 2 N Meridian St. Suite 6C Indianapolis, IN 46204 1-800-382-9480 http://www.in.gov/health/
---	--

Iowa	
Nombre del SHIP e información de contacto	Senior Health Insurance Information Program (SHIIP) Iowa Insurance Division 1963 Bell Avenue Suite 100 Des Moines, IA 50315 1-800-351-4664 (línea gratuita) 1-800-735-2942 (línea TTY gratuita) 1-515-654-6500 (fax) https://shiip.iowa.gov/
Organización para el mejoramiento de la calidad	Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701 1-888-524-9900 1-888-985-8775 (TTY) 1-855-236-2423 (fax) https://livantaqio.com/
Oficina estatal de Medicaid	Iowa HHS (Medicaid) 1305 E Walnut St Des Moines, IA 50319-0114 1-800-338-8366 (línea gratuita) 1-515-256-4606 (local) 1-515-725-1351 (fax) 1-800-735-2942 (TTY) http://dhs.iowa.gov/iahealthlink
Programas estatales de asistencia en farmacia	No se aplica
Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP, por su siglas en inglés)	Care & Support Services - The Ryan White Part B Program Iowa Department of Public Health 321 E. 12th Street Des Moines, IA 50319 1-515-380-6942 (Holly Hanson, coordinadora) http://idph.iowa.gov/hivstdhep/hiv/support

Anexo A: Información de contacto de agencias estatales

Kansas	
Nombre del SHIP e información de contacto	Senior Health Insurance Counseling for Kansas (SHICK) New England Building 503 S. Kansas Avenue Topeka, KS 66603-3404 1-800-860-5260 1-785-296-0256 (fax) 1-785-296-4986 (local) https://kdads.ks.gov/kdads-commissions/long-term-services-supports/aging-services/medicare-programs/shick
Organización para el mejoramiento de la calidad	Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701 1-888-524-9900 1-888-985-8775 (TTY) 1-855-236-2423 (fax) https://livantaqio.com/
Oficina estatal de Medicaid	DCR (Formerly Department of Social and Rehabilitation Services of Kansas) Curtis State Office Building 1000 SW Jackson Topeka, KS 66612 1-800-766-9012 (línea gratuita) 1-785-296-1500 (local) http://www.kdheks.gov/
Programas estatales de asistencia en farmacia	No se aplica
Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP, por su siglas en inglés)	Kansas AIDS Drug Assistance Program (ADAP) Curtis State Office Building 1000 SW Jackson Suite 210 Topeka, KS 66612 1-785-296-6174 1-785-559-4225 (fax) https://www.kdhe.ks.gov/355/The-Ryan-White-Part-B-Program

Anexo A: Información de contacto de agencias estatales

Kentucky	
Nombre del SHIP e información de contacto	State Health Insurance Assistance Program (SHIP) 275 East Main Street, 3E-E Frankfort, KY 40621 1-877-293-7447 (línea gratuita) 1-502-564-6930 (local) https://chfs.ky.gov/agencies/dail/Pages/ship.aspx
Organización para el mejoramiento de la calidad	Acentra Health 5201 W. Kennedy Blvd. Suite 900 Tampa, FL 33609 1-888-317-0751 711 (TTY) 1-844-878-7921 (Fax) https://www.keproqio.com/
Oficina estatal de Medicaid	Department for Medicaid Services (DMS) 275 East Main Street 6W-A Frankfort, KY 40621 1-800-635-2570 (línea gratuita) 1-502-564-4321 (local) 711 (TTY) https://chfs.ky.gov/agencies/dms/Pages/default.aspx
Programas estatales de asistencia en farmacia	No se aplica
Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP, por su siglas en inglés)	Kentucky HIV/AIDS Care Coordinator Program (KHCCP) Kentucky Cabinet for Public Health and Family Services 275 East Main Street HS2E-C Frankfort, KY 40621 502-564-6539 1-877-353-9380 (fax) 1-800-420-7431 https://chfs.ky.gov/agencies/dph/dehp/hab/Pages/services.aspx

Anexo A: Información de contacto de agencias estatales

Louisiana	
Nombre del SHIP e información de contacto	Senior Health Insurance Information Program (SHIIP) 1702 N. Third Street P.O. Box 94214 Baton Rouge, LA 70802 1-800-259-5300 (línea gratuita) 1-225-342-5301 (local) 1-800-259-5301 http://www.ldi.la.gov/SHIIP/
Organización para el mejoramiento de la calidad	Acentra Health 5201 W. Kennedy Blvd. Suite 900 Tampa, FL 33609 1-888-317-0751 711 (TTY) 1-844-878-7921 (Fax) https://www.keproqio.com/
Oficina estatal de Medicaid	Healthy Louisiana (Medicaid) Louisiana Department of Health 628 N. 4th Street Baton Rouge, LA 70802 1-888-342-6207 (línea gratuita) 1-225-342-9500 (local) 1-877-523-2987 (fax) https://ldh.la.gov/subhome/1
Programas estatales de asistencia en farmacia	No se aplica
Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP, por su siglas en inglés)	Louisiana Health Access Program Department of Health & Hospitals Louisiana Health Access Program (LA HAP) 1450 Poydras St Suite 2136 New Orleans, LA 70112 1-504-568-7474 1-504-568-3157 (fax) http://www.lahap.org

Anexo A: Información de contacto de agencias estatales

Maine	
Nombre del SHIP e información de contacto	Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP, por sus siglas en inglés) de Maine 109 Capitol Street 11 State House Station Augusta, ME 04333 1-800-262-2232 (línea gratuita) Servicio de retransmisión de Maine 711 (TTY) 1-207-287-3005 (fax) 1-207-287-3707 (local) https://www.maine.gov/dhhs/oads/get-support/older-adults-disabilities/older-adult-services/ship-medicare-assistance
Organización para el mejoramiento de la calidad	Acentra Health 5201 W. Kennedy Blvd. Suite 900 Tampa, FL 33609 1-888-317-0751 711 (TTY) 1-844-878-7921 (Fax) https://www.keproqio.com/
Oficina estatal de Medicaid	Maine Department of Health and Human Services (Medicaid) 109 Capitol St. Augusta, ME 04333-0011 1-800-977-6740 (línea gratuita) 1-207-287-3707 (local) 1-207-287-3005 (fax) 711 (TTY) http://www.maine.gov/dhhs/
Programas estatales de asistencia en farmacia	Maine Low Cost Drugs for the Elderly or Disabled Program Office of MaineCare Services 221 State Street Augusta, ME 04333 1-866-796-2463 https://www.maine.gov/dhhs/oms/member-resources/pharmacy-benefits

Anexo A: Información de contacto de agencias estatales

Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP, por su siglas en inglés)	Maine Ryan White Program ADAP 40 State House Station Augusta, ME 04330 1-207-287-3747 1-207-287-3498 (fax) http://www.maine.gov/dhhs/mecdc/infectious-disease/hiv-std/contacts/adap.shtml
---	--

Maryland

Nombre del SHIP e información de contacto	Maryland Department of Aging -Senior Health Insurance Assistance Program (SHIP) 301 West Preston Street Suite 1007 Baltimore, MD 21201 1-800-243-3425 (línea gratuita) 1-410-767-1100 (local) 1-844-627-5465 (fuera del estado) 711 (TTY) https://aging.maryland.gov/Pages/state-health-insurance-program.aspx
Organización para el mejoramiento de la calidad	Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701 1-888-396-4646 1-888-985-2660 (TTY) 1-855-236-2423 (fax) https://livantaqio.com/
Oficina estatal de Medicaid	Maryland Medicaid Program 201 West Preston St. Baltimore, MD 21201-2399 1-800-638-3403 (línea gratuita) https://health.maryland.gov/mmcp/Pages/home.aspx
Programas estatales de asistencia en farmacia	Maryland Senior Prescription Drug Assistance Program Maryland SPDAP c/o International Software Systems Inc. P.O. Box 749 Greenbelt, CT 20768-0749 1-800-551-5995 (línea gratuita) 1-410-767-5000 (local) 1-800-877-5156 (línea gratuita) 1-800-847-8217 (fax) http://marylandspdap.com

Anexo A: Información de contacto de agencias estatales

Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP, por su siglas en inglés)	Maryland AIDS Drug Assistance Program 201 W. Preston Street Baltimore, MD 21201-2399 1-410-767-6500 1-410-333-2608 (fax) 1-877-463-3464 https://health.maryland.gov/phpa/OIDPCS/Pages/MADAP.aspx
---	---

Massachusetts	
Nombre del SHIP e información de contacto	Serving Health Information Needs of Elders (SHINE) Executive Office of Elder Affairs One Ashburton Place, 5 floor Boston, MA 02108 1-800-243-4636 (línea gratuita) 1-617-727-7750 (local) 1-617-727-9368 (fax) 1-877-610-0241 (línea TTY gratuita) https://www.mass.gov/health-insurance-counseling
Organización para el mejoramiento de la calidad	Acentra Health 5201 W. Kennedy Blvd. Suite 900 Tampa, FL 33609 1-888-319-8452 711 (TTY) 1-844-878-7921 (Fax) https://www.keproqio.com/
Oficina estatal de Medicaid	MassHealth 100 Hancock Street 6th Floor Quincy, MA 02171 1-800-841-2900 (línea gratuita) 1-800-497-4648 (TTY) http://www.mass.gov/masshealth
Programas estatales de asistencia en farmacia	Massachusetts Prescription Advantage P.O. Box 15153 Worcester, MA 01615-0153 1-800-243-4636 ext. 2 (línea gratuita) 1-508-793-1166 (fax) https://www.prescriptionadvantagemma.org/

Anexo A: Información de contacto de agencias estatales

Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP, por su siglas en inglés)	Massachusetts HIV Drug Assistance Program (HDAP) CRI 529 Main Street Suite 301 Charlestown, MA 02129 1-617-502-1700 1-617-502-1703 (fax) http://crine.org/hdap
---	--

Michigan	
Nombre del SHIP e información de contacto	MMAP, Inc. 6105 West St. Joseph Hwy Suite 204 Lansing, MI 48917 1-800-803-7174 (línea gratuita) www.mmapinc.org
Organización para el mejoramiento de la calidad	Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701 1-888-524-9900 1-888-985-8775 (TTY) 1-855-236-2423 (fax) https://livantaqio.com/
Oficina estatal de Medicaid	Michigan Department of Health and Human Services (Medicaid) 333 S. Grand Ave P.O. Box 30195 Lansing, MI 48909 1-800-642-3195 (línea gratuita) 711 (TTY) https://www.michigan.gov/mdhhs
Programas estatales de asistencia en farmacia	No se aplica
Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP, por su siglas en inglés)	Michigan Drug Assistance Program (MIDAP) Michigan Drug Assistance Program, HIV Care Section, Division of Health, Wellness and Disease Control 109 Michigan Avenue 9th Floor Lansing, MI 48913 1-888-826-6565 1-517-335-7723 (fax) 1-517-335-8376 https://www.michigan.gov/mdhhs/keep-mi-healthy/chronicdiseases/hivsti/michigan-drug-assistance-program

Anexo A: Información de contacto de agencias estatales

Minnesota	
Nombre del SHIP e información de contacto	Minnesota State Health Insurance Assistance Program/ Senior LinkAge Line Elmer L. Anderson Human Services 540 Cedar Street (dirección de la oficina) St. Paul, MN 55164 1-800-333-2433 (línea gratuita) 1-651-431-2500 (local) 1-651-431-7453 (fax) https://mn.gov/senior-linkage-line/
Organización para el mejoramiento de la calidad	Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701 1-888-524-9900 1-888-985-8775 (TTY) 1-855-236-2423 (fax) https://livantaqio.com/
Oficina estatal de Medicaid	Department of Human Services of Minnesota - MinnesotaCare PO Box 64838 St. Paul, MN 55164-0838 1-800-657-3672 (línea gratuita) 1-651-297-3862 (local) 1-651-282-5100 (fax) http://mn.gov/dhs/
Programas estatales de asistencia en farmacia	No se aplica
Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP, por su siglas en inglés)	HIV: medication program (ADAP) HIV/AIDS Programs, Minnesota Department of Human Services PO Box 64972 St. Paul, MN 55164 1-651-431-2414 1-651-431-7414 (fax) https://mn.gov/dhs/people-we-serve/adults/health-care/hiv-aids/programs-services/medications.jsp

Anexo A: Información de contacto de agencias estatales

Mississippi	
Nombre del SHIP e información de contacto	MS Dept of Human Services - Division of Aging & Adult Services 200 South Lamar St. Jackson, MS 39201 1-844-822-4622 (línea gratuita) 1-601-359-4500 (local) http://www.mdhs.ms.gov/adults-seniors/
Organización para el mejoramiento de la calidad	Acentra Health 5201 W. Kennedy Blvd. Suite 900 Tampa, FL 33609 1-888-317-0751 711 (TTY) 1-844-878-7921 (Fax) https://www.keproqio.com/
Oficina estatal de Medicaid	Mississippi Division of Medicaid 550 High Street Suite 1000 Jackson, MS 39201 1-800-421-2408 (línea gratuita) 1-601-359-6050 (local) 1-601-359-6294 (fax) 1-228-206-6062 (videoteléfono) http://www.medicaid.ms.gov/
Programas estatales de asistencia en farmacia	No se aplica
Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP, por su siglas en inglés)	HIV Care and Treatment Program Office of STD/HIV Care and Treatment Division P.O. Box 1700 Jackson, MS 39215 1-888-343-7373 1-601-362-4782 (fax) 1-601-362-4879 https://msdh.ms.gov/msdhsite/_static/14,13047,150.html

Missouri	
Nombre del SHIP e información de contacto	Missouri SHIP 1105 Lakeview Avenue Columbia, MO 65201 1-800-390-3330 (línea gratuita) 1-573-817-8300 (local) http://www.missouriclaim.org

Anexo A: Información de contacto de agencias estatales

Organización para el mejoramiento de la calidad	Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701 1-888-755-5580 1-888-985-9295 (TTY) 1-855-694-2929 (Fax) https://livantaqio.com/
Oficina estatal de Medicaid	MO HealthNet (Medicaid) 615 Howerton Court P.O. Box 6500 Jefferson City, MO 65102-6500 1-855-373-4636 (línea gratuita) 1-573-751-3425 (local) 1-800-735-2966 (TTY) http://www.dss.mo.gov/mhd/
Programas estatales de asistencia en farmacia	Missouri RX Plan P.O. Box 6500 Jefferson City, MO 65102 1-800-375-1406 (línea gratuita) 1-573-751-6963 https://dss.mo.gov/mhd/faq/pages/faqmo_rx.htm
Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP, por su siglas en inglés)	Missouri AIDS Drug Assistance Program Bureau of HIV, STD, and Hepatitis, Missouri Department of Health & Senior Services PO Box 570 Jefferson City, MO 65102 1-573-751-6439 1-573-751-6447 (fax) 1-888-252-8045 http://health.mo.gov/living/healthcondiseases/communicable/hivaids/casemgmt.php

Montana

Nombre del SHIP e información de contacto	Montana State Health Insurance Assistance Program (SHIP) 1100 N Last Chance Gulch 4th Floor Helena, MT 59601 1-800-551-3191 (línea gratuita) https://dphhs.mt.gov/sltc/aging/ship
---	---

Anexo A: Información de contacto de agencias estatales

Organización para el mejoramiento de la calidad	Acentra Health 5201 W. Kennedy Blvd. Suite 900 Tampa, FL 33609 1-888-317-0891 711 (TTY) 1-844-878-7921 (Fax) https://www.keproqio.com/
Oficina estatal de Medicaid	Montana Department of Public Health and Human Services (Medicaid) 111 North Sanders Street Helena, MT 59601-4520 1-800-362-8312 (línea gratuita) 1-406-444-1970 1-406-444-1861 (fax) http://www.dphhs.mt.gov/
Programas estatales de asistencia en farmacia	Montana Big Sky RX Program P.O. Box 202915 Helena, MT 59620-2915 1-866-369-1233 (llamada gratuita - dentro del estado) 1-406-444-1233 (local) 1-406-444-3846 (fax) http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/BigSky
Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP, por su siglas en inglés)	Ryan White HIV/AIDS Program (RWHAP) Cogswell Building Room C-211 1400 Broadway Helena, MT 59620 1-406-444-3565 1-406-444-6842 (fax) https://dphhs.mt.gov/publichealth/hivstd/treatment/mtryanwhiteprog

Nebraska

Nombre del SHIP e información de contacto	Nebraska Senior Health Insurance Information Program (SHIIP) The Nebraska Department of Insurance P.O. Box 95087 Lincoln, NE 68509-5807 1-800-234-7119 (línea gratuita) 1-402-471-2201 1-402-471-4610 (fax) http://www.doi.nebraska.gov/shiip/
---	--

Anexo A: Información de contacto de agencias estatales

Organización para el mejoramiento de la calidad	Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701 1-888-755-5580 1-888-985-9295 (TTY) 1-855-694-2929 (Fax) https://livantaqio.com/
Oficina estatal de Medicaid	Nebraska Department of Health and Human Services (Medicaid) 301 Centennial Mall South Lincoln, NE 68509 1-855-632-7633 (línea gratuita) 1-402-471-3121 (local) 1-402-471-9209 (fax) 1-800-833-7352 (línea TTY gratuita) http://dhhs.ne.gov/Pages/default.aspx
Programas estatales de asistencia en farmacia	No se aplica
Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP, por su siglas en inglés)	Nebraska AIDS Drug Assistance Program Nebraska Department of Health & Human Services P.O. Box 95026 Lincoln, NE 68509 1-402-471-2101 https://dhhs.ne.gov/Pages/HIV-Care.aspx

Nevada

Nombre del SHIP e información de contacto	State Health Insurance Assistance Program (SHIP) 3416 Goni Road, Suite D-132 Carson City, NV 89706 1-800-307-4444 (línea gratuita) 1-775-687-4210 https://adsd.nv.gov/Programs/Seniors/SHIP/SHIP_Prog/
Organización para el mejoramiento de la calidad	Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701 1-888-755-5580 1-888-985-9295 (TTY) 1-855-694-2929 (Fax) https://livantaqio.com/

Anexo A: Información de contacto de agencias estatales

Oficina estatal de Medicaid	Department of Health and Human Services Division of Health Care Financing and Policy (Medicaid) 1100 E. William Street Suite 102 Carson City, NV 89701 1-877-638-3472 1-775-684-3600 (local) 711 (TTY) https://www.medicaid.nv.gov
Programas estatales de asistencia en farmacia	No se aplica
Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP, por su siglas en inglés)	Nevada AIDS Drug Assistance Program Office of HIV/AIDS 2290 S. Jones Blvd Suite 110 Las Vegas, NV 89146 1-702-486-0768 (Sarah Cowan, coordinadora NMAP/ADAP) 1-702-274-2453 https://endhivnevada.org/adap-nmap/

New Hampshire

Nombre del SHIP e información de contacto	NH SHIP - ServiceLink Aging and Disability Resource Center 129 Pleasant Street Concord, NH 03301-3857 1-866-634-9412 (línea gratuita) 1-844-275-3447 https://www.servicelink.nh.gov/medicare/index.htm
Organización para el mejoramiento de la calidad	Acentra Health 5201 W. Kennedy Blvd. Suite 900 Tampa, FL 33609 1-888-319-8452 711 (TTY) 1-844-878-7921 (Fax) https://www.keproqio.com/
Oficina estatal de Medicaid	New Hampshire Medicaid 129 Pleasant Street Concord, NH 03301 1-844-275-3447 (línea gratuita) 1-603-271-4344 (local) 1-800-735-2964 (línea TTY gratuita) https://www.dhhs.nh.gov/

Anexo A: Información de contacto de agencias estatales

Programas estatales de asistencia en farmacia	No se aplica
Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP, por su siglas en inglés)	New Hampshire AIDS Drug Assistance Program DHHS- NH CARE Program 29 Hazen Drive Concord, NH 03301 1-800-852-3345 1-603-271-9000 http://www.dhhs.nh.gov

New Jersey

Nombre del SHIP e información de contacto	State Health Insurance Assistance Program (SHIP) P.O. Box 715 Trenton, NJ 08625-0715 1-800-792-8820 (línea gratuita) 1-877-222-3737 https://nj.gov/humanservices/doas/services/q-z/ship/
Organización para el mejoramiento de la calidad	Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701 1-866-815-5440 1-866-868-2289 (TTY) 1-855-236-2423 (fax) https://livantaqio.com/
Oficina estatal de Medicaid	NJ Family Care P.O. Box 712 Trenton, NJ 08625-0712 1-800-356-1561 (línea gratuita) 1-877-294-4356 (TTY) http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs
Programas estatales de asistencia en farmacia	New Jersey Senior Gold Prescription Discount Program New Jersey Department of Health and Senior Services Senior Gold Discount Program P.O. Box 715 Trenton, NJ 08625 1-800-792-9745 (línea gratuita) https://nj.gov/humanservices/doas/services/q-z/senior-gold/

Anexo A: Información de contacto de agencias estatales

Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP, por su siglas en inglés)	AIDS Drug Distribution Program (ADDP) New Jersey ADDP Office PO Box 722 Trenton, NJ 08625 1-877-613-4533 1-609-588-7037 (fax) https://www.nj.gov/health/hivstdtb/hiv-aids/medica
---	---

New Mexico	
Nombre del SHIP e información de contacto	New Mexico ADRC 2550 Cerrillos Road Santa Fe, NM 87505 1-800-432-2080 (línea gratuita) 1-505-476-4937 (TTY) http://www.nmaging.state.nm.us/
Organización para el mejoramiento de la calidad	Acentra Health 5201 W. Kennedy Blvd. Suite 900 Tampa, FL 33609 1-888-315-0636 711 (TTY) 1-844-878-7921 (Fax) https://www.keproqio.com/
Oficina estatal de Medicaid	Department of Human Services of New Mexico P.O. Box 2348 Santa Fe, NM 87504-2348 1-888-997-2583 (línea gratuita) 1-505-827-3100 (local) 1-800-432-6217 (español) 1-855-227-5485 (TTY) http://www.newmexico.gov/
Programas estatales de asistencia en farmacia	No se aplica
Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP, por su siglas en inglés)	New Mexico AIDS Drug Assistance Program HIV Services Program 1190 S St. Francis Drive Suite 2-1200 Santa Fe, NM 87502 1-505-476-3628 1-505-827-0561 (fax) 1-833-796-8773 https://nmhealth.org/about/phd/idb/hats/

Anexo A: Información de contacto de agencias estatales

New York	
Nombre del SHIP e información de contacto	Health Insurance Information Counseling and Assistance Program (HIICAP) 2 Empire State Plaza, 5th Floor Albany, NY 12223 1-800-432-2080 (línea gratuita) https://aging.ny.gov/health-insurance-information-counseling-and-assistance
Organización para el mejoramiento de la calidad	Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701 1-866-815-5440 1-866-868-2289 (TTY) 1-855-236-2423 (fax) https://livantaqio.com/
Oficina estatal de Medicaid	New York State Department of Health (SDOH) (Medicaid) Office of Medicaid Management 800 North Pearl Street Albany, NY 12204 1-800-541-2831 (línea gratuita) 1-518-473-3782 (local) https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/members/
Programas estatales de asistencia en farmacia	New York State Elderly Pharmaceutical Insurance Coverage (EPIC) EPIC P.O. Box 15018 Albany, NY 12212-5018 1-800-332-3742 (línea gratuita) https://www.health.ny.gov/health_care/epic/
Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP, por su siglas en inglés)	New York AIDS Drug Assistance Program HIV Uninsured Care Programs Empire Station P.O. Box 2052 Albany, NY 12220 1-800-542-2437 http://www.health.ny.gov/diseases/aids/general/resources/adap

Anexo A: Información de contacto de agencias estatales

North Carolina	
Nombre del SHIP e información de contacto	Seniors' Health Insurance Information Program (SHIIP) 3200 Beechleaf Court Raleigh, NC 27604 1-855-408-1212 (línea gratuita) 1-919-807-6900 1-919-807-6800 https://www.ncdoi.gov/consumers/medicare-and-seniors-health-insurance-information-program-shiip
Organización para el mejoramiento de la calidad	Acentra Health 5201 W. Kennedy Blvd. Suite 900 Tampa, FL 33609 1-888-317-0751 711 (TTY) 1-844-878-7921 (Fax) https://www.keproqio.com/
Oficina estatal de Medicaid	North Carolina, Division of Health Benefits (Medicaid) 2501 Mail Service Center Raleigh, NC 27699-2101 1-800-662-7030 (línea gratuita) 1-919-855-4100 (local) 1-919-733-6608 (fax) https://dma.ncdhhs.gov/
Programas estatales de asistencia en farmacia	North Carolina HIV SPAP 1902 Mail Service Center Raleigh, NC 27699-1902 1-877-466-2232 (línea gratuita) 1-919-733-3419 (local) 1-919-733-0490 (fax) https://epi.dph.ncdhhs.gov/cd/hiv/hmap.html
Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP, por su siglas en inglés)	HIV Medication Assistance Program (HMAP) NC Department of Health and Human Services Division of Public Health, Epidemiology Section Communicable Disease Branch 1907 Mail Service Center Raleigh, NC 27699 1-877-466-2232 1-919-733-9161 1-919-715-7540 http://epi.publichealth.nc.gov/cd/hiv/hmap.html

Anexo A: Información de contacto de agencias estatales

North Dakota	
Nombre del SHIP e información de contacto	Senior Health Insurance Counseling (SHIC) North Dakota Insurance Department 600 East Boulevard Ave. Bismarck, ND 58505-0320 1-888-575-6611 (línea gratuita) 1-701-328-2440 (local) 1-800-366-6888 (TTY) https://www.insurance.nd.gov/consumers/medicare-assistance
Organización para el mejoramiento de la calidad	Acentra Health 5201 W. Kennedy Blvd. Suite 900 Tampa, FL 33609 1-888-317-0751 711 (TTY) 1-844-878-7921 (Fax) https://www.keproqio.com/
Oficina estatal de Medicaid	North Dakota Medicaid 600 East Boulevard Ave Dept 325 Bismarck, ND 58505-0250 1-800-755-2604 (línea gratuita) 1-701-328-7068 (local) 1-701-328-1544 (fax) 1-800-366-6888 (TTY) https://www.hhs.nd.gov/healthcare/medicaid
Programas estatales de asistencia en farmacia	No se aplica
Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP, por su siglas en inglés)	North Dakota AIDS Drug Assistance Program North Dakota Department of Health, Division of Disease Control 2635 E. Main Avenue P.O. Box 5520 Bismarck, ND 58506-5520 1-701-328-6272 1-701-328-6280 (fax) 1-800-472-2180 (línea gratuita) https://www.ndhealth.gov/hiv/RyanWhite/

Anexo A: Información de contacto de agencias estatales

Ohio	
Nombre del SHIP e información de contacto	Ohio Senior Health Insurance Information Program (OSHIIP) 50 W Town Street Suite 300 Columbus, OH 43215 1-800-686-1578 (línea gratuita) 1-614-644-3745 (TTY) 1-614-644-2658 (local) http://www.insurance.ohio.gov
Organización para el mejoramiento de la calidad	Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701 1-888-524-9900 1-888-985-8775 (TTY) 1-855-236-2423 (fax) https://livantaqio.com/
Oficina estatal de Medicaid	Ohio Medicaid 50 West Town Street Suite 400 Columbus, OH 43215- 4197 1-800-324-8680 (línea gratuita) 614-280-0977 (fax) 711 (TTY) http://medicaid.ohio.gov/
Programas estatales de asistencia en farmacia	No se aplica
Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP, por su siglas en inglés)	Ohio HIV Drug Assistance Program (OHDAP) Ohio AIDS Drug Assistance Program (ADAP), HIV Client Services, Ohio Department of Health 246 N. High Street Columbus, OH 43215 1-800-777-4775 1-614-995-0775 https://odh.ohio.gov/know-our-programs/Ryan-White-Part-B-HIV-Client-Services/AIDS-Drug-Assistance-Program/

Anexo A: Información de contacto de agencias estatales

Oklahoma	
Nombre del SHIP e información de contacto	Oklahoma Medicare Assistance Program (MAP) 400 NE 50th Street Oklahoma City, OK 73105 1-800-763-2828 (llamada gratuita) (solo dentro del estado) 1-405-521-2828 (local) (fuera del estado solamente) 1-405-521-6635 (fax) https://www.oid.ok.gov/consumers/information-for-seniors/
Organización para el mejoramiento de la calidad	Acentra Health 5201 W. Kennedy Blvd. Suite 900 Tampa, FL 33609 1-888-315-0636 711 (TTY) 1-844-878-7921 (Fax) https://www.keproqio.com/
Oficina estatal de Medicaid	SoonerCare (Medicaid) 4345 N. Lincoln Blvd. Oklahoma City, OK 73105- 5101 1-800-987-7767 (línea gratuita) 1-405-522-7300 (local) 1-405-522-7100 (fax) 711 (TTY) https://www.oklahoma.gov/ohca.html
Programas estatales de asistencia en farmacia	No se aplica
Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP, por su siglas en inglés)	Oklahoma AIDS Drug Assistance Program HIV/STD Services Division Oklahoma State Department of Health 1000 N.E. Tenth St Mail Drop 0308 Oklahoma City, OK 73117-1299 1-405-271-4636 https://oklahoma.gov/health.html

Oregon	
Nombre del SHIP e información de contacto	Senior Health Insurance Benefits Assistance (SHIBA) P.O. Box 14480 Salem, OR 97309 1-800-722-4134 (línea gratuita) 1-503-947-7979 (local) https://shiba.oregon.gov/Pages/index.aspx

Anexo A: Información de contacto de agencias estatales

Organización para el mejoramiento de la calidad	Acentra Health 5201 W. Kennedy Blvd. Suite 900 Tampa, FL 33609 1-888-315-0636 711 (TTY) 1-844-878-7921 (Fax) https://www.keproqio.com/
Oficina estatal de Medicaid	Oregon Health Authority 500 Summer Street NE, E-15 Salem, OR 97301 1-800-375-2863 (línea gratuita) 1-503-947-2340 (local) 1-503-947-5461 (fax) 1-503-945-6214 (TTY) http://www.oregon.gov/oha
Programas estatales de asistencia en farmacia	No se aplica
Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP, por su siglas en inglés)	CAREAssist Program 800 NE Oregon Street, Suite 1105 Portland, OR 97232 1-971-673-0144 1-971-673-0177 (fax) https://www.oregon.gov/oha/ph/DiseasesConditions/HIVSTDViralHepatitis/HIVCareTreatment/CAREAssist/Pages/index.aspx

Pennsylvania

Nombre del SHIP e información de contacto	APPRISE 555 Walnut Street 5th Floor Harrisburg, PA 17101- 1919 1-800-783-7067 (línea gratuita) 1-717-783-1550 (local) https://www.aging.pa.gov/Pages/default.aspx
Organización para el mejoramiento de la calidad	Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701 1-888-396-4646 1-888-985-2660 (TTY) 1-855-236-2423 (fax) https://livantaqio.com/

Anexo A: Información de contacto de agencias estatales

Oficina estatal de Medicaid	Pennsylvania Department of Human Services (Medicaid) Forum Place 6th Floor P.O. Box 8025 Harrisburg, PA 17105-8025 1-800-692-7462 (línea gratuita) 1-800-451-5886 (TDD) www.dhs.pa.gov
Programas estatales de asistencia en farmacia	Pharmaceutical Assistance Contract for the Elderly (PACE) PACE/Pacenet Program P.O. Box 8806 Harrisburg, PA 17105- 8806 1-800-225-7223 (línea gratuita) 1-717-651-3600 (local) 1-888-656-0372 (fax) https://www.aging.pa.gov/aging-services/prescriptions/Pages/default.aspx
Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP, por su siglas en inglés)	Pennsylvania AIDS Drug Assistance Program (ADAP) Pennsylvania Department of Health Special Pharmaceutical Benefits Program 625 Forster Street H&W Bldg, Rm 611 Harrisburg, PA 17120 1-800-922-9384 1-888-656-0372 (fax) https://www.health.pa.gov/topics/programs/HIV/Pages/Special-Pharmaceutical-Benefits.aspx

Rhode Island

Nombre del SHIP e información de contacto	Senior Health Insurance Program (SHIP) Office of Healthy Aging 25 Howard Ave, Building 57 Cranston, RI 02920 1-888-884-8721 (local) 1-401-462-0740 (TTY) 1-401-462-3000 https://oha.ri.gov/
Organización para el mejoramiento de la calidad	Acentra Health 5201 W. Kennedy Blvd. Suite 900 Tampa, FL 33609 1-888-319-8452 711 (TTY) 1-844-878-7921 (Fax) https://www.keproqio.com/

Anexo A: Información de contacto de agencias estatales

Oficina estatal de Medicaid	Executive Office of Health and Human Services Louis Pasteur Building 57 Howard Avenue Cranston, RI 02920 1-855-697-4347 (línea gratuita) 1-401-462-5274 (local) 1-800-745-5555 (TTY) 1-401-462-3677 (fax) http://www.ohhs.ri.gov/contact/
Programas estatales de asistencia en farmacia	Rhode Island Pharmaceutical Assistance for the Elderly (RIPAE) Attn: RIPAE, Rhode Island Department of Elderly Affairs 74 West Road 2nd Floor, Hazard Building Cranston, RI 02920 1-401-462-0530 (local) 1-401-462-0740 (TTY) https://oha.ri.gov/what-we-do/access/health-insurance-coaching/drug-cost-assistance
Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP, por su siglas en inglés)	Ryan White HIV/AIDS Program Executive Office of Health & Human Services Virks Building, 3 West Road Suite 227 Cranston, RI 02920 1-401-462-3295 1-401-462-3677 (fax) https://eohhs.ri.gov/Consumer/Adults/RyanWhiteHIVAIDS.aspx

South Carolina

Nombre del SHIP e información de contacto	(I-CARE) Insurance Counseling Assistance and Referrals for Elders 1301 Gervais Street Suite 350 Columbia, SC 29201 1-800-868-9095 (línea gratuita) 1-803-734-9900 (local) 1-803-734-9886 (fax) https://aging.sc.gov/
---	---

Anexo A: Información de contacto de agencias estatales

Organización para el mejoramiento de la calidad	Acentra Health 5201 W. Kennedy Blvd. Suite 900 Tampa, FL 33609 1-888-319-8452 711 (TTY) 1-844-878-7921 (Fax) https://www.keproqio.com/
Oficina estatal de Medicaid	South Carolina Department of Health and Human Services (Medicaid) P.O. Box 8206 Columbia, SC 29202-8206 1-888-549-0820 (línea gratuita) 1-803-898-2500 (local) 1-888-842-3620 (TTY) http://www.scdhhs.gov
Programas estatales de asistencia en farmacia	No se aplica
Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP, por su siglas en inglés)	South Carolina AIDS Drug Assistance Program (ADAP) DHEC Constituent Services 2600 Bull Street Columbia, SC 29211 1-800-856-9954 (línea gratuita) https://scdhec.gov/aids-drug-assistance-program

South Dakota

Nombre del SHIP e información de contacto	Senior Health Information and Insurance Education (SHIINE) 2500 W. 46th St. Suite 101 Sioux Falls, SD 57105 1-800-536-8197 (línea gratuita) http://www.shiine.net
Organización para el mejoramiento de la calidad	Acentra Health 5201 W. Kennedy Blvd. Suite 900 Tampa, FL 33609 1-888-319-8452 711 (TTY) 1-844-878-7921 (Fax) https://www.keproqio.com/

Anexo A: Información de contacto de agencias estatales

Oficina estatal de Medicaid	South Dakota Medical Assistance Program (Medicaid) 700 Governors Drive Richard F. Kneip Bldg Pierre, SD 57501-2291 1-800-597-1603 (línea gratuita) 1-605-773-3165 (local) http://dss.sd.gov/
Programas estatales de asistencia en farmacia	No se aplica
Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP, por su siglas en inglés)	South Dakota AIDS Drug Assistance Program (ADAP) South Dakota Department of Health, Ryan White Part B CARE Program 615 E. 4th St. Pierre, SD 57501 1-800-592-1861 1-605-773-3737 https://doh.sd.gov/

Tennessee

Nombre del SHIP e información de contacto	Tennessee Commission on Aging & Disability -TN SHIP 502 Deaderick Street 9th Floor Nashville, TN 37243-0860 1-877-801-0044 (línea gratuita) 1-800 848-0299 (línea TDD gratuita) https://www.tn.gov/aging/our-programs/state-health-insurance-assistance-program--ship-.html
Organización para el mejoramiento de la calidad	Acentra Health 5201 W. Kennedy Blvd. Suite 900 Tampa, FL 33609 1-888-319-8452 711 (TTY) 1-844-878-7921 (Fax) https://www.keproqio.com/
Oficina estatal de Medicaid	TennCare (Medicaid) 310 Great Circle Road Nashville, TN 37243 1-800-342-3145 (línea gratuita) 1-877-779-3103 (TTY) 1-855-259-0701 (español) 1-615-532-7322 (fax) http://www.tn.gov/tenncare/

Anexo A: Información de contacto de agencias estatales

Programas estatales de asistencia en farmacia	No se aplica
Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP, por su siglas en inglés)	Ryan White Part B Program TN Department of Health, HIV/STD Program, Ryan White Part B Services 710 James Robertson Parkway, 4th Floor, Andrew Johnson Tower Nashville, TN 37243 1-615-741-7500 1-800-525-2437 https://www.tn.gov/health/health-program-areas/std/std/ryan-white-part-b-program.html

Texas	
Nombre del SHIP e información de contacto	Texas Department of Aging and Disability Services (HICAP) 1100 West 49th Street Austin, TX 78756 1-800-252-9240 (línea gratuita) 1-512-438-3538 (fax) https://hhs.texas.gov/services/health/medicare
Organización para el mejoramiento de la calidad	Acentra Health 5201 W. Kennedy Blvd. Suite 900 Tampa, FL 33609 1-888-319-8452 711 (TTY) 1-844-878-7921 (Fax) https://www.keproqio.com/
Oficina estatal de Medicaid	Texas Health and Human Services Commission (HHSC) Medicaid Program 4601 West Guadalupe Street Austin, TX 78751 1-800-252-8263 (línea gratuita) 1-512-424-6500 (local) 1-512-424-6597 (TTY) https://www.hhs.texas.gov/services/health/medicaid-chip

Anexo A: Información de contacto de agencias estatales

Programas estatales de asistencia en farmacia	Texas Kidney Health Care Program (KHC) Department of State Health Services, MC 1938 P.O. Box 149030 Austin, TX 78714-9947 1-800-222-3986 (línea gratuita) 1-512-776-7150 (local) https://www.hhs.texas.gov/services/health/kidney-health-care
Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP, por su siglas en inglés)	Texas HIV Medication Program (THMP) Texas HIV Medication Program, ATTN: MSJA, MC 1873 P.O. Box 149347 Austin, TX 78714 1-800-255-1090 1-512-533-3178 (fax) (elegibilidad) 1-737-255-4300 https://www.dshs.texas.gov/hivstd/meds/

Utah	
Nombre del SHIP e información de contacto	Senior Health Insurance Information Program (SHIP) 288 North 1460 West Salt Lake City, UT 84116 1-800-541-7735 (línea gratuita) 1-801-538-3910 (local) 1-801-538-4395 (fax) https://daas.utah.gov/seniors/
Organización para el mejoramiento de la calidad	Acentra Health 5201 W. Kennedy Blvd. Suite 900 Tampa, FL 33609 1-888-319-8452 711 (TTY) 1-844-878-7921 (Fax) https://www.keproqio.com/
Oficina estatal de Medicaid	Utah Department of Health Medicaid Multi-Agency State Office Building 195 North 1950 West Salt Lake City, UT 84116 1-800-662-9651 (línea gratuita) 1-801-538-6155 (local) 1-800-346-4128 (TTY) 1-866-608-9422 (español) https://medicaid.utah.gov/

Anexo A: Información de contacto de agencias estatales

Programas estatales de asistencia en farmacia	No se aplica
Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP, por su siglas en inglés)	Ryan White HIV/AIDS Program Utah Department of Health, Bureau of Epidemiology 288 North 1460 West Box 142104 Salt Lake City, UT 84116-2104 1-801-538-6191 1-801-538-9913 (fax) https://epi.utah.gov/

Vermont	
Nombre del SHIP e información de contacto	State Health Insurance Assistance Program (SHIP) 27 Main Street Suite 14 Montpelier, VT 05602 1-800-642-5119 (línea gratuita) 1-802-225-6210 (local) http://www.vermont4a.org/
Organización para el mejoramiento de la calidad	Acentra Health 5201 W. Kennedy Blvd. Suite 900 Tampa, FL 33609 1-888-319-8452 711 (TTY) 1-844-878-7921 (Fax) https://www.keproqio.com/
Oficina estatal de Medicaid	Agency of Human Services of Vermont Center Building 280 State Drive Waterbury, VT 05671 1-800-250-8427 (línea gratuita) 1-802-241-0440 (local) 1-802-879-5962 (fax) http://humanservices.vermont.gov/
Programas estatales de asistencia en farmacia	VPharm Green Mountain Care Application and Document Processing Center 280 State Drive, NOB 1 South Waterbury, VT 05671-1500 1-800-250-8427 (línea gratuita) https://dvha.vermont.gov/members/prescription-assistance

Anexo A: Información de contacto de agencias estatales

Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP, por su siglas en inglés)	Health Resources and Services Administration (HRSA) Vermont Department of Health, Vermont Medication Assistance Program 108 Cherry Street- P.O. BOX 70 Burlington, VT 05402 1-800-464-4343 1-802-863-7200 https://www.healthvermont.gov/immunizations-infectious-disease/hiv/care
---	---

Virginia	
Nombre del SHIP e información de contacto	Virginia Insurance Counseling and Assistance Program (VICAP) 1610 Forest Avenue Suite 100 Henrico, VA 23229 1-800-552-3402 (línea gratuita) 1-804-662-9333 (local) 1-804-552-3402 (línea TTY gratuita) http://www.vda.virginia.gov
Organización para el mejoramiento de la calidad	Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701 1-888-396-4646 1-888-985-2660 (TTY) 1-855-236-2423 (fax) https://livantaqio.com/
Oficina estatal de Medicaid	Department of Medical Assistance Services (Medicaid) 600 East Broad Street Suite 1300 Richmond, VA 23219 1-855-242-8282 (línea gratuita) 1-804-786-7933 (local) 1-888-221-1590 (TTY) https://www.dmas.virginia.gov/for-members/
Programas estatales de asistencia en farmacia	Virginia State Pharmaceutical Assistance Program HCS Unit, 1st Floor James Madison Building 109 Governor Street Richmond, VA 23219 1-855-362-0658 (línea gratuita) 1-804-864-8050 (fax) https://www.vdh.virginia.gov/disease-prevention/vamap/

Anexo A: Información de contacto de agencias estatales

Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP, por su siglas en inglés)	VIRGINIA MEDICATION ASSISTANCE PROGRAM (VA MAP) Virginia Department of Health, HCS Unit 1st Floor, James Madison Building 109 Governor Street Richmond, VA 23219 1-855-362-0658 1-804-864-8050 https://www.vdh.virginia.gov/disease-prevention/vamap/
---	--

Washington	
Nombre del SHIP e información de contacto	Statewide Health Insurance Benefits Advisors (SHIBA) Office of the Insurance Commissioner P.O. Box 40255 Olympia, WA 98504-0255 1-800-562-6900 (línea gratuita) 1-360-586-0241 (TTY) http://www.insurance.wa.gov/shiba
Organización para el mejoramiento de la calidad	Acentra Health 5201 W. Kennedy Blvd. Suite 900 Tampa, FL 33609 1-888-305-6759 711 (TTY) 1-844-878-7921 (Fax) https://www.keproqio.com/
Oficina estatal de Medicaid	Apple Health (Medicaid) Cherry Street Plaza 626 8th Avenue SE P.O. Box 45531 Olympia, WA 98501 1-800-562-3022 (línea gratuita) 711 (TTY) http://www.hca.wa.gov/
Programas estatales de asistencia en farmacia	No se aplica

Anexo A: Información de contacto de agencias estatales

Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP, por su siglas en inglés)	Washington State AIDS Drug Assistance Program (ADAP) Early Intervention Program (EIP) Client Services P.O. Box 47841 Olympia, WA 98504 1-877-376-9316 (en el estado de Washington) 1-360-664-2216 (fax) 1-360-236-3426 http://www.doh.wa.gov/YouandYourFamily/IllnessandDisease/HIVAIDS/HIVCareClientServices/ADAPandEIP
---	---

West Virginia	
Nombre del SHIP e información de contacto	West Virginia State Health Insurance Assistance Program (WV SHIP) 1900 Kanawha Blvd. Este Charleston, WV 25305 1-877-987-4463 (línea gratuita) 1-304-558-3317 (local) 1-304-558-0004 (fax) www.wvship.org
Organización para el mejoramiento de la calidad	Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701 1-888-396-4646 1-888-985-2660 (TTY) 1-855-236-2423 (fax) https://livantaqio.com/
Oficina estatal de Medicaid	West Virginia Department of Health and Human Resources (Medicaid) 350 Capitol Street Room 251 Charleston, WV 25301-3709 1-800-642-8589 (línea gratuita) 1-304-558-1700 (local) 1-855-889-4325 (TTY) http://www.dhhr.wv.gov/bms
Programas estatales de asistencia en farmacia	No se aplica

Anexo A: Información de contacto de agencias estatales

Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP, por su siglas en inglés)	West Virginia AIDS Drug Assistance Program (ADAP) Jay Adams, coordinador de cuidado de VIH P.O. BOX 6360 Wheeling, WV 26003 1-304-232-6822 http://oeeps.wv.gov/rwp/pages/default.aspx
---	---

Wisconsin	
Nombre del SHIP e información de contacto	WI State Health Ins. Assist. Program (SHIP) 1 West Wilson Street Madison, WI 53703 1-800-242-1060 (línea gratuita) 711 o 1-800-947-3529 (TTY) 1-608-266-1865 (local) www.dhs.wisconsin.gov/benefit-specialists/ship.htm
Organización para el mejoramiento de la calidad	Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701 1-888-396-4646 1-888-985-2660 (TTY) 1-855-236-2423 (fax) https://livantaqio.com/
Oficina estatal de Medicaid	Wisconsin Department of Health Services (Medicaid) 1 West Wilson Street Madison, WI 53703-3445 1-800-362-3002 (línea gratuita) 1-608-266-1865 (local) 1-800-947-3529 (TTY) http://www.dhs.wisconsin.gov
Programas estatales de asistencia en farmacia	Wisconsin SeniorCare P.O. Box 6710 Madison, WI 53716- 0710 1-800-657-2038 (línea gratuita) http://www.dhs.wisconsin.gov/seniorcare/

Anexo A: Información de contacto de agencias estatales

Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP, por su siglas en inglés)	Wisconsin AIDS/HIV Drug Assistance and Insurance Assistance Programs Division of Public Health, Attn: ADAP P.O. Box 2659 Madison, WI 53701 1-800-991-5532 1-608-266-1288 (fax) 1-608-267-6875 https://www.dhs.wisconsin.gov/hiv/adap.htm
---	--

Wyoming	
Nombre del SHIP e información de contacto	Wyoming State Health Insurance Information Program (WSHIIP) 106 West Adams Riverton, WY 82501 1-800-856-4398 (línea gratuita) 1-307-856-6880 (local) 1-307-856-4466 (fax) www.wyomingseniors.com
Organización para el mejoramiento de la calidad	Acentra Health 5201 W. Kennedy Blvd. Suite 900 Tampa, FL 33609 1-888-317-0891 711 (TTY) 1-844-878-7921 (Fax) https://www.keproqio.com/
Oficina estatal de Medicaid	Wyoming Department of Health, Division of Healthcare Financing (Medicaid) 122 West 25th St 4th Floor West Cheyenne, WY 82001 1-866-571-0944 (línea gratuita) 1-307-777-7656 (local) 1-307-777-6964 (fax) https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/
Programas estatales de asistencia en farmacia	No se aplica

Anexo A: Información de contacto de agencias estatales

Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP, por su siglas en inglés)	Wyoming Aids Drug Assistance Program (ADAP) Wyoming Department of Health 401 Hathaway Building Cheyenne, WY 82002 1-307-777-7529 (Debi Anderson, administradora de la Unidad CDU) 1-307-777-5279 (fax) https://health.wyo.gov/publichealth/communicable-disease-unit/hivaids/
---	--



Método	Atención al cliente – Información de contacto
LLAMADA	<p>1-800-783-1307</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. [De lunes a viernes, de 8 a.m. a 7 p.m., hora del este].</p> <p>Atención al cliente también ofrece servicios de intérpretes de idiomas gratuitos para las personas que no hablan inglés.</p>
TTY	<p>711</p> <p>Este número requiere un equipo telefónico especial y es únicamente para personas con dificultades auditivas o del habla.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención figura más arriba.</p>
FAX	1-877-210-5592
POR ESCRITO	<p>Limited Income NET Program</p> <p>P.O. Box 14310</p> <p>Lexington, KY 40512-4310</p>
SITIO WEB	es-www.humana.com/LINET

Programa estatal de asistencia en seguros de salud

El Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP, por sus siglas en inglés) es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para dar asesoramiento local y gratuito sobre seguros de salud a las personas con Medicare.

La información de contacto de su SHIP se encuentra en el “Anexo A” de este documento.

Declaración de divulgación de la PRA Según la Ley de Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una solicitud de recopilación de información, a menos que esta tenga un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB, por sus siglas en inglés). El número de control OMB actualmente válido para esta recopilación de información es 0938-1051. Si tiene algún comentario o sugerencia para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.