

Evidencia de cobertura 2024

L I N E T
LIMITED INCOME NET PROGRAM

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2024

Evidencia de cobertura:

Su cobertura para medicamentos recetados de Medicare como afiliado al Programa NET para personas con ingresos limitados (LI NET, por sus siglas en inglés)

Este documento le proporciona los detalles sobre su cobertura para medicamentos recetados de Medicare del 1 de enero al 31 de diciembre de 2024. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

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

Este plan, el Programa NET para personas con ingresos limitados (LI NET), es ofrecido por Medicare y es administrado por Humana Insurance Company y Humana Insurance Company of New York. (Cuando esta *Evidencia de cobertura* dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, significa Humana Insurance Company. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, quiere decir LI NET).

Este documento está disponible de forma gratuita en español. Esta información también está disponible en distintos formatos, como Braille, letra de imprenta grande y audio. Si necesita información sobre el plan en otro formato, comuníquese con Atención al cliente al número indicado arriba.

Los beneficios, primas, deducibles y/o copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2025.

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

- La prima y los costos compartidos de su plan.
- Los beneficios por medicamentos recetados.
- Cómo presentar una queja si usted no está satisfecho con un servicio o tratamiento.
- Cómo ponerse en contacto con nosotros si necesita más ayuda, y
- Otras protecciones requeridas por la ley de Medicare.

Aprobación de la OMB 0938-1051 (fecha de vencimiento: 29 de febrero de 2024)

Evidencia de cobertura 2024**Índice**

CAPÍTULO 1: <i>Comenzar como afiliado</i>	6
SECCIÓN 1 Introducción	7
SECCIÓN 2 ¿Qué hace que sea elegible para ser afiliado del plan?	8
SECCIÓN 3 Materiales importantes que recibirá relacionados a la afiliación	9
SECCIÓN 4 Sus costos mensuales para LI NET	9
SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual	12
SECCIÓN 6 Cómo mantener actualizado el expediente de afiliado del plan	12
SECCIÓN 7 Cómo funciona otro seguro con nuestro plan	13
CAPÍTULO 2: <i>Números de teléfono y recursos importantes</i>	15
SECCIÓN 1 Contactos de LI NET (cómo ponerse en contacto con nosotros, incluido cómo contactarse con Atención al cliente)	16
SECCIÓN 2 Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal Medicare)	19
SECCIÓN 3 Programa estatal de asistencia en seguros de salud o SHIP (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)	21
SECCIÓN 4 Organización para el mejoramiento de la calidad	21
SECCIÓN 5 Seguro Social	22
SECCIÓN 6 Medicaid	22
SECCIÓN 7 Información sobre programas de ayuda para el pago de medicamentos recetados	23
SECCIÓN 8 Cómo ponerse en contacto con la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios	25
SECCIÓN 9 ¿Tiene un seguro grupal u otro seguro de salud de un empleador?	26
CAPÍTULO 3: <i>Uso de la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D</i>	27
SECCIÓN 1 Introducción	28
SECCIÓN 2 Surta su receta en cualquier farmacia	28
SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben ser elegibles para la Parte D	29
SECCIÓN 4 Existen restricciones en la cobertura de algunos medicamentos	30

SECCIÓN 5	¿Qué pasa si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera en que le gustaría?.....	31
SECCIÓN 6	¿Qué pasa si su cobertura cambia para uno de sus medicamentos?	32
SECCIÓN 7	¿Qué tipos de medicamentos <i>no</i> están cubiertos por el plan?.....	33
SECCIÓN 8	Surtir una receta	34
SECCIÓN 9	Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales	34
SECCIÓN 10	Programas sobre seguridad farmacológica y cómo controlar medicamentos	36
CAPÍTULO 4: <i>Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D</i>.....		39
SECCIÓN 1	Introducción	40
SECCIÓN 2	Lo que usted paga por un medicamento depende de la etapa de pago de medicamentos en la que se encuentre en el momento de recibirlo	42
SECCIÓN 3	Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y en qué etapa de pago se encuentran	43
SECCIÓN 4	LI NET no tiene deducible.....	44
SECCIÓN 5	Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga una parte de los costos de los medicamentos y usted paga su propia parte	44
SECCIÓN 6	LI NET no tiene período sin cobertura	46
SECCIÓN 7	Durante la Etapa de cobertura catastrófica, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos por la Parte D	47
SECCIÓN 8	Vacunas de la Parte D. Lo que paga depende de cómo y dónde las obtenga ..	47
CAPÍTULO 5: <i>Cómo pedirnos que paguemos nuestra parte de los costos de los medicamentos cubiertos</i>.....		50
SECCIÓN 1	Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de sus medicamentos cubiertos.....	51
SECCIÓN 2	Cómo pedirnos que le devolvamos lo que haya pagado	52
SECCIÓN 3	Tendremos en cuenta su solicitud de pago y le comunicaremos si la aceptamos o no	52
CAPÍTULO 6: <i>Sus derechos y responsabilidades</i>.....		54
SECCIÓN 1	Nuestro plan debe respetar sus derechos y consciencia cultural como afiliado del plan.....	55
SECCIÓN 2	Algunas responsabilidades que tiene como afiliado al plan	64

CAPÍTULO 7: <i>Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)</i>	66
SECCIÓN 1 Introducción	67
SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada	67
SECCIÓN 3 ¿Qué proceso debe utilizar para resolver su problema?.....	68
SECCIÓN 4 Guía básica sobre decisiones de cobertura y apelaciones.....	69
SECCIÓN 5 Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.....	71
SECCIÓN 6 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y a niveles superiores	79
SECCIÓN 7 Cómo presentar una queja sobre la calidad del cuidado, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes	81
CAPÍTULO 8: <i>Finalización de su afiliación al plan</i>	85
SECCIÓN 1 Introducción a la finalización de su afiliación a nuestro plan.....	86
SECCIÓN 2 ¿Cómo puede terminar su afiliación a nuestro plan?	86
SECCIÓN 3 Hasta que finalice su afiliación, deberá seguir obteniendo sus medicamentos a través de nuestro plan.....	86
SECCIÓN 4 LI NET debe finalizar su afiliación al plan en ciertas situaciones.....	86
CAPÍTULO 9: <i>Avisos legales</i>	88
SECCIÓN 1 Aviso sobre la ley aplicable	89
SECCIÓN 2 Aviso sobre la no discriminación.....	89
SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare.....	89
SECCIÓN 4 Avisos adicionales sobre subrogación (recuperación de un tercero)	90
SECCIÓN 5 Aviso sobre la coordinación de beneficios	91
CAPÍTULO 10: <i>Definiciones de términos importantes</i>	95
Anexo A <i>Información de contacto de la agencia estatal</i>	102
Enumera los nombres, direcciones, números de teléfono y otra información de contacto de una serie de recursos útiles en su estado.	

CAPÍTULO 1:

Comenzar como afiliado

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1	Usted cuenta con afiliación a LI NET, que es un plan de medicamentos recetados de Medicare
--------------------	---

Usted cuenta con cobertura de Original Medicare u otro plan de salud para recibir cobertura de cuidado de la salud, y está recibiendo su 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 de <i>Evidencia de cobertura</i>?
--------------------	---

Este documento de *Evidencia de cobertura* le indica cómo obtener sus medicamentos recetados. Le explica sus derechos y responsabilidades, lo que está cubierto, lo que paga como afiliado al plan y cómo presentar una queja si no está conforme con una decisión o tratamiento.

Las palabras *cobertura* y *medicamentos cubiertos* hacen referencia a la cobertura para medicamentos recetados de la que dispone como afiliado a LI NET.

Es importante que conozca las normas del plan y la cobertura que tiene a su disposición. Le animamos a que dedique un tiempo para leer este documento de *Evidencia de cobertura*.

Si algo para usted es confuso, tiene una inquietud o simplemente quiere hacer alguna pregunta, comuníquese con Atención al cliente.

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

Esta *Evidencia de cobertura* forma parte de nuestro contrato con usted sobre cómo LI NET cubre su cuidado. Otras partes de este contrato incluyen su carta de confirmación de afiliación y cualquier aviso que reciba de nuestra parte sobre cambios en su cobertura o condiciones que afecten su cobertura. Estos avisos a veces se llaman *cláusulas* o *enmiendas*.

El contrato estará en vigencia durante los meses en los que esté inscrito en LI NET entre el 1 de enero de 2024 y el 31 de diciembre de 2024.

Cada año calendario, Medicare nos permite introducir cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos modificar los costos y beneficios de LI NET después del 31 de diciembre de 2024. También nosotros podemos optar por dejar de ofrecer el plan en su área de servicio después del 31 de diciembre de 2024.

Capítulo 1: Comenzar como afiliado

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar LI NET cada año. Usted puede seguir recibiendo cada año la cobertura de Medicare como afiliado de nuestro plan siempre que decidamos seguir ofreciéndolo y Medicare renueve su aprobación del plan.

SECCIÓN 2 ¿Qué hace que sea elegible para ser afiliado del plan?**Sección 2.1 Sus requisitos de elegibilidad**

Usted es elegible para afiliarse a nuestro plan siempre que:

- Tenga la Parte A o la Parte B de Medicare (o tenga tanto la Parte A como la Parte B).
- Reúna los requisitos para la Parte D de Medicare.
- No esté afiliado actualmente a otro plan de la Parte D.
- No esté afiliado a un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos recetados.
- No esté afiliado actualmente a un determinado tipo de plan de salud colectivo del empleador/sindicato.
- No haya optado por no participar en el proceso de afiliación automática de Medicare.
- Tenga Medicaid o reúna los requisitos para recibir la Ayuda Adicional de Medicare.
- -- y -- sea ciudadano de los Estados Unidos o resida legalmente en los Estados Unidos.
- -- y -- viva en nuestra área geográfica de servicio (en la sección 2.2 se describe nuestra área de servicio). No se considera que las personas encarceladas vivan en el área geográfica de servicio aunque se encuentren físicamente en ella.

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

LI NET solo está disponible para las personas que residen en el área de servicio de nuestro plan. Para seguir siendo un afiliado de nuestro plan, debe seguir residiendo en el área de servicio del plan. A continuación se describe el área de servicio.

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

Si se muda, debe llamar a Servicios para afiliados y actualizar sus datos.

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

Sección 2.3 Ciudadanía estadounidense o estancia legal

El afiliado a un plan de salud de Medicare debe ser ciudadano estadounidense o encontrarse legalmente en Estados Unidos. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificará a LI NET si usted no reúne los requisitos para seguir siendo afiliado por este motivo. LI NET deberá desafiliarle si no cumple este requisito.

SECCIÓN 3 Materiales importantes que recibirá relacionados a la afiliación

Sección 3.1 Su carta de confirmación de afiliación

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

Lleve la carta consigo en todo momento y no olvide mostrar su tarjeta cuando adquiera medicamentos cubiertos. Si la carta se daña, se pierde o se la roban, llame inmediatamente a Atención al cliente y le enviaremos una nueva.

Es posible que tenga que utilizar su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para que Original Medicare le proporcione cobertura por servicios y cuidado médico.

SECCIÓN 4 Sus costos mensuales para LI NET

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

- Prima mensual de la Parte B de Medicare (sección 4.2)
- Cantidad de ajuste mensual relacionada con los ingresos (sección 4.4)

Sección 4.1 Prima del plan

Usted no paga una prima mensual separada por el plan LI NET.

Sección 4.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare

Muchos afiliados deben pagar otras primas de Medicare

Debe seguir pagando las primas de Medicare para seguir siendo un afiliado al plan. Esto incluye la prima de la Parte B. También puede incluir una prima de la Parte A que afecta a los afiliados que no son elegibles para la Parte A sin prima.

Sección 4.3 Multa por afiliación tardía de la Parte D

Algunos miembros están obligados a pagar una **multa por afiliación tardía** de la Parte D. La multa por afiliación tardía de la Parte D es una prima adicional que debe pagarse por la cobertura de la Parte D si, en cualquier momento una vez finalizado su período de inscripción inicial, hay un periodo de 63 días o más seguidos en los que no ha tenido cobertura de la Parte D u otra cobertura válida para medicamentos recetados. La cobertura válida para medicamentos

Capítulo 1: Comenzar como afiliado

recetados es aquella que cumple las normas mínimas de Medicare, ya que se espera que pague, de media, al menos lo mismo que la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare. El costo de la multa por inscripción tardía depende del tiempo que haya estado sin cobertura de la Parte D u otra cobertura válida para medicamentos recetados. Tendrá que pagar esta multa mientras tenga cobertura de la Parte D.

Cuando usted se afilia por primera vez en LI NET, nosotros le comunicaremos la cantidad de la multa.

Usted No tendrá que pagarla si:

- Recibe “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos recetados.
- Ha estado menos de 63 días seguidos sin cobertura válida.
- Ha tenido cobertura válida de medicamentos a través de otra fuente, como un antiguo empleador, sindicato, TRICARE o el Departamento de Asuntos de Veteranos. Su aseguradora o su departamento de recursos humanos le indicarán cada año si su cobertura de medicamentos es una cobertura válida. Esta información puede enviarse a usted por carta o incluirse en un boletín informativo del plan. Guarde esta información porque puede necesitarla si más adelante se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.
 - **Tenga en cuenta:** En cualquier notificación debe constar que usted tenía una cobertura válida para medicamentos recetados que se espera que pague tanto como el plan estándar de medicamentos recetados de Medicare.
 - **Tenga en cuenta: Lo siguiente** *No* se consideran cobertura válida para medicamentos recetados las tarjetas de descuento para medicamentos recetados, las clínicas gratuitas y los sitios web de descuentos en medicamentos.

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

- Si usted estuvo 63 días o más sin cobertura de la Parte D u otra cobertura válida para medicamentos recetados después de haber cumplido por primera vez los requisitos para afiliarse en la Parte D, el plan contará el número de meses completos que estuvo sin cobertura. La multa es del 1% por cada mes que no haya tenido cobertura válida. Por ejemplo, si se pasa 14 meses sin cobertura, la multa será del 14%.
- A continuación, Medicare determina la cantidad de la prima mensual media de los planes de medicamentos de Medicare en el país del año anterior. Para 2024, esta cantidad media de la prima es de \$34.70.
- Para calcular la multa mensual, multiplique el porcentaje de la multa por la prima mensual media y redondee la cifra a los 10 céntimos más próximos. En este ejemplo, sería el 14% por \$34.70, lo que equivale a \$4.90. Esto se redondea a \$4.90. Esta cantidad se agregaría **a la prima mensual de quien tuviera una multa por afiliación tardía de la Parte D.**

Capítulo 1: Comenzar como afiliado

Hay tres cosas importantes a tener en cuenta sobre esta multa mensual por afiliación tardía de la Parte D:

- En primer lugar, **la multa puede cambiar cada año** porque la prima mensual media puede variar cada año.
- En segundo lugar, **seguirá pagando una multa** cada mes mientras esté inscrito en un plan que tenga beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare, incluso si cambia de plan.
- En tercer lugar, si tiene menos de 65 años y recibe actualmente beneficios de Medicare, la multa por afiliación tardía de la Parte D se reiniciará cuando cumpla 65 años. Después de los 65 años, la multa por afiliación tardía de la Parte D se basará únicamente en los meses que no tenga cobertura después del período de inscripción inicial para envejecer en Medicare.

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

Sección 4.4	Cantidad de ajuste mensual relacionada con los ingresos
--------------------	--

Es posible que algunos afiliados deban abonar un recargo, conocido como Cantidad de ajuste mensual relacionada con los ingresos de la Parte D, también conocido como IRMAA (por sus siglas en inglés). El recargo se calcula a partir de los ingresos brutos ajustados modificados que figuran en su declaración del IRS de hace dos años. Si este importe es superior a una determinada cantidad, pagará el importe de la prima ordinaria y la IRMAA adicional. Para obtener más información sobre la cantidad adicional que es posible que tenga que pagar en función de sus ingresos, visite <https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans>.

Si tiene que pagar una cantidad adicional, el Seguro Social, y no su plan de Medicare, le enviará una carta indicándole cuál será esa cantidad adicional. La cantidad adicional se retendrá de su cheque de beneficios del Seguro Social, de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios o de la Oficina de Gestión de Personal, independientemente de cómo pague habitualmente la prima de su plan, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir la cantidad adicional adeudada. Si su cheque de beneficios no es suficiente para cubrir la cantidad adicional, recibirá una factura de Medicare. **Debe pagar la cantidad adicional al gobierno. No se puede pagar con la prima mensual del plan. Si no abona la cantidad adicional, se le dará de baja del plan y perderá la cobertura de los medicamentos recetados.**

Si no está de acuerdo con el pago de una cantidad adicional, puede solicitarle al Seguro Social que revise la decisión. Para obtener más información sobre cómo hacerlo, póngase en contacto con el Seguro Social al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual

Sección 5.1	¿Podemos modificar la prima mensual de su plan durante el año?
--------------------	---

No. No estamos autorizados a modificar la cantidad que cobramos por la prima mensual del plan durante el año. Si la prima mensual del plan cambia para el próximo año, se lo comunicaremos en septiembre y el cambio entrará en vigor el 1 de enero.

Sin embargo, en algunos casos la parte de la prima que tiene que pagar puede cambiar a lo largo del año. Esto sucede si pasa a ser elegible para el programa “Ayuda Adicional” o si pierde su elegibilidad para el programa “Ayuda Adicional” durante el año. Si un afiliado reúne los requisitos para recibir “Ayuda Adicional” con los costos de sus medicamentos recetados, el programa de “Ayuda Adicional” pagará parte de la prima mensual del plan del afiliado. El afiliado que deje de ser elegible durante el año tendrá que empezar a pagar la totalidad de la prima mensual. Encontrará más información sobre el programa “Ayuda Adicional” en el capítulo 2, sección 7.

SECCIÓN 6 Cómo mantener actualizado el expediente de afiliado del plan

Su expediente de afiliado contiene la información de su formulario de afiliación, incluida su dirección y número de teléfono. Muestra la cobertura específica de su plan.

Los farmacéuticos necesitan tener información correcta sobre usted. Estos proveedores utilizan su expediente de afiliación para saber qué medicamentos están cubiertos y los importes de los costos compartidos que le corresponden. Por eso, es muy importante que nos ayude a mantener sus datos actualizados.

Háganos saber acerca de estas modificaciones:

- Modificaciones en su nombre, dirección o número de teléfono;
- Modificaciones en cualquier otro seguro médico o de cobertura de medicamentos que tenga (por ejemplo, de su empleador, del empleador de su esposo/a o pareja doméstica, compensación laboral o Medicaid);
- Si tiene alguna reclamación por responsabilidad, por ejemplo, una reclamación por un accidente automovilístico;
- Si ingreso a un hogar de ancianos;
- Si usted cambio de persona responsable designada (por ejemplo, un cuidador).

Si se modifica alguno de estos datos, infórmenos llamando a Atención al cliente.

Capítulo 1: Comenzar como afiliado

También es importante contactarse con el Seguro Social si se muda o cambia de dirección postal. Encontrará los números de teléfono y la información de contacto del Seguro Social en el capítulo 2, sección 5.

SECCIÓN 7 Cómo funciona otro seguro con nuestro plan

Otros seguros

Medicare nos solicita que le pidamos información sobre cualquier otro seguro médico o cobertura de medicamentos que tenga. Esto se debe a que debemos coordinar cualquier otra cobertura que tenga con los beneficios de nuestro plan. Esto se denomina **Coordinación de beneficios**.

Una vez al año, le enviaremos una carta con la lista de otras coberturas médicas o de medicamentos de las que tengamos conocimiento. Lea detenidamente esta información. Si es correcta, usted no tiene que hacer nada. Si la información es incorrecta o si tiene otra cobertura que no figura en la lista, 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 correctamente y a tiempo.

Cuando usted tiene otro seguro (como la cobertura de salud grupal de su empleador), existen normas establecidas por Medicare que deciden si paga primero nuestro plan o su otro seguro. El seguro que paga primero se denomina pagador principal y paga hasta los límites de su cobertura. El que paga en segundo lugar, llamado pagador secundario, solo paga si quedan costos sin cubrir por la cobertura primaria. Puede que el pagador secundario no pague todos los costos no cubiertos. Si usted tiene otro seguro, dígaselo a su médico, hospital y farmacia.

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

- Si tiene cobertura como jubilado, Medicare paga primero.
- Si la cobertura grupal en el plan de salud se basa en su empleo actual o en el de un afiliado de su familia, quién paga primero depende de su edad, del número de personas que trabajan para su empleador y de si tiene Medicare por edad, discapacidad o enfermedad renal en etapa terminal (ESRD, por sus siglas en inglés):
 - Si tiene menos de 65 años, tiene discapacidad y usted o un miembro de su familia sigue trabajando, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 100 o más empleados o al menos un empleador en un plan de múltiples empleadores tiene más de 100 empleados.
 - Si tiene más de 65 años y usted o su esposo/a o pareja doméstica siguen trabajando, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 20 o más empleados o al menos un empleador en un plan de múltiples empleadores tiene más de 20 empleados.
- Si es beneficiario de Medicare por padecer una ESRD, su plan de salud grupal pagará primero durante los primeros 30 meses a partir del momento en que sea elegible para Medicare.

Capítulo 1: Comenzar como afiliado

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

- Seguro sin determinación de culpabilidad (incluido el seguro de automóvil)
- Seguro de responsabilidad (incluido el seguro de automóvil)
- Beneficios por neumoconiosis por pulmón negro
- Seguro de compensación para trabajadores

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

CAPÍTULO 2:

Números de teléfono y recursos importantes

SECCIÓN 1 Contactos de LI NET (cómo ponerse en contacto con nosotros, incluido cómo contactarse con Atención al cliente)

Cómo contactarse con Atención al cliente de nuestro plan

Si necesita ayuda con reclamaciones, facturación o tiene preguntas sobre la carta de confirmación de afiliación, llame o escriba a Atención al cliente de LI NET. Estaremos encantados de ayudarle.

Método	Atención al cliente – Información de contacto
POR TELÉFONO	1-800-783-1307 Las llamadas a este número son gratuitas. De lunes a viernes de 8 a.m. a 7 p.m., hora del este El Departamento de atención al cliente ofrece servicios gratuitos de interpretación para personas que no hablan inglés.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es el mismo que figura arriba.
POR FAX	1-877-210-5592
POR CARTA	Limited Income NET Program P.O. Box 14310 Lexington, KY 40515-4310
SITIO WEB	Humana.com/LI NET

Cómo contactarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura o una apelación

Una decisión de cobertura es una determinación que tomamos sobre dicha cobertura o sobre la cantidad que pagaremos por sus medicamentos recetados de la Parte D. Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hayamos tomado. Para más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura o apelaciones sobre sus medicamentos recetados de la Parte D, consulte el capítulo 7 (*Qué 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
POR TELÉFONO	1-800-783-1307 Las llamadas a este número son gratuitas. De lunes a viernes de 8 a.m. a 7 p.m., hora del este
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es el mismo que figura arriba.
POR FAX	1-855-605-6385 solo para determinaciones de cobertura
POR CARTA	Limited Income NET Program P.O. Box 14310 Lexington, KY 40512-4310
SITIO WEB	Humana.com/LI NET

Método	Apelaciones para medicamentos recetados de la Parte D – Información de contacto
POR TELÉFONO	1-800-783-1307 Las llamadas a este número son gratuitas. De lunes a viernes de 8 a.m. a 7 p.m., hora del este.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es el mismo que figura arriba.
POR FAX	1-877-556-7005
POR CARTA	Limited Income NET Program P.O. Box 14310 Lexington, KY 40512-4310
SITIO WEB	Humana.com/LI NET

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes**Cómo ponerse en contacto con nosotros para presentar una queja**

Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre una de nuestras farmacias de la red, incluida una queja sobre la calidad de su cuidado. Este tipo de queja no implica disputas sobre cobertura o pagos. Para más información sobre 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
POR TELÉFONO	1-800-783-1307 Las llamadas a este número son gratuitas. De lunes a viernes de 8 a.m. a 7 p.m., hora del este.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es el mismo que figura arriba.
POR FAX	1-877-556-7005
POR CARTA	Limited Income NET Program P.O. Box 14310 Lexington, KY 40512-4310
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja sobre LI NET directamente a Medicare. Para presentar una queja en línea a Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx

Dónde enviar una solicitud de pago de nuestra parte del costo de un medicamento que usted ha recibido

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

Tenga en cuenta: Si nos envía una solicitud de pago y denegamos alguna parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Para más información, consulte el capítulo 7 (*Qué 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
POR TELÉFONO	1-800-783-1307 Las llamadas a este número son gratuitas. De lunes a viernes de 8 a.m. a 7 p.m., hora del este.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es el mismo que figura arriba.
POR FAX	1-877-210-5592
POR CARTA	Limited Income NET Program P.O. Box 14310 Lexington, KY 40512-4310
SITIO WEB	Humana.com/LI NET

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

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

La agencia federal a cargo de Medicare se denomina Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (a veces llamados CMS, por sus siglas en inglés). Esta agencia tiene contrato con los planes de medicamentos recetados de Medicare, entre los que nos encontramos nosotros.

Método	Medicare – Información de contacto
POR TELÉFONO	1-800-MEDICARE, o 1-800-633-4227 Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Método	Medicare – Información de contacto
TTY	1-877-486-2048 Este número requiere de un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.
SITIO WEB	www.Medicare.gov Este es el sitio web oficial del gobierno para Medicare. Le ofrece información actualizada y temas de actualidad sobre Medicare. Proporciona también información sobre hospitales, hogares de ancianos, médicos, agencias de cuidado de la salud en el hogar y centros para diálisis. Incluye documentos que puede imprimir directamente desde su computadora. También puede encontrar contactos de Medicare en su estado. En el sitio web de Medicare también encontrará información detallada sobre su elegibilidad a Medicare y las opciones de afiliación con las siguientes herramientas: <ul style="list-style-type: none">• Herramienta de elegibilidad de Medicare: Proporciona información sobre el estado de elegibilidad para Medicare.• Medicare Plan Finder: Aquí se ofrece información personalizada sobre los planes de medicamentos recetados de Medicare disponibles, los planes de salud de Medicare y las pólizas de Medigap (el seguro suplementario de Medicare) en su área. Estas herramientas proporcionan un cálculo estimado de cuáles podrían ser sus gastos de desembolso personal en los distintos planes de Medicare.
SITIO WEB (continuación)	También puede utilizar el sitio web para comunicarle a Medicare cualquier queja que tenga sobre LI NET: <ul style="list-style-type: none">• Hable con Medicare sobre su queja: Puede presentar una queja sobre LI NET directamente a Medicare. Para presentar una queja a Medicare, vaya a www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma muy seriamente sus quejas y usará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa Medicare. Si no tiene una computadora, podrá pedir ayuda en la biblioteca local o centro para personas de la tercera edad. Allí le ayudarán a navegar en este sitio web usando sus computadoras. También puede llamar a Medicare y comentarles cuál es la información que necesita. Buscarán la información en el sitio web y la revisarán con usted. (Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE [1-800-633-4227], las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

SECCIÓN 3 Programa estatal de asistencia en seguros de salud o SHIP (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 gubernamental que cuenta con asesores capacitados en todos los estados. La información de contacto de su SHIP se encuentra en el “Anexo A” al reverso de este documento.

El SHIP es un programa estatal independiente (no vinculado a ninguna compañía de seguros ni plan de salud) que recibe fondos del gobierno federal para ofrecer asesoramiento local gratuito sobre seguros de salud a los beneficiarios de Medicare.

Los asesores de SHIP pueden ayudarle a conocer sus derechos en relación con Medicare, a presentar quejas sobre su cuidado médico o tratamiento y a solucionar problemas con sus facturas de Medicare. Los asesores de SHIP también pueden ayudarle con preguntas o problemas relacionados con Medicare. También pueden ayudarle a comprender sus opciones de planes de Medicare y a responder preguntas sobre el cambio de planes.

MÉTODO DE ACCESO A SHIP y OTROS RECURSOS:

- Visite <https://www.shiphelp.org> (Haga clic en SHIP LOCATOR [Localizador SHIP] en el centro de la página)
- Seleccione su ESTADO de la lista. Esto le llevará a una página con números de teléfono y recursos específicos de su estado.

SECCIÓN 4 Organización para el mejoramiento de la calidad

En cada estado hay una Organización para el mejoramiento de la calidad designada a prestar servicios a los beneficiarios de Medicare. La información de contacto de la Organización para el mejoramiento de la calidad de su estado se encuentra en el “Anexo A” al reverso de este documento.

La Organización para el mejoramiento de la calidad cuenta con un grupo de médicos y otros profesionales del cuidado de la salud pagados por Medicare para controlar y ayudar a mejorar la calidad del cuidado a los beneficiarios de Medicare. La Organización para el mejoramiento de la calidad es una organización independiente. No está relacionada con nuestro plan.

Debe ponerse en contacto con su Organización para el mejoramiento de la calidad si tiene alguna queja sobre la calidad del cuidado que ha recibido. Por ejemplo, puede ponerse en

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

contacto con su Organización para el mejoramiento de la calidad si le dieron un medicamento equivocado o si le dieron medicamentos cuya interacción no es beneficiosa.

SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social es responsable de determinar la elegibilidad y gestionar la afiliación en Medicare. Los ciudadanos estadounidenses y los residentes permanentes legales que tengan 65 años o más, o que padezcan una discapacidad o una enfermedad renal en etapa terminal y cumplan determinadas condiciones son elegibles para Medicare. Si ya recibe cheques del Seguro Social, la afiliación a Medicare es automática. Si no recibe cheques del Seguro Social, tiene que afiliarse en Medicare. Para solicitar Medicare, puede llamar o acudir a su oficina local del Seguro Social.

El Seguro Social también se encarga de determinar quién tiene que pagar una cantidad extra por su cobertura de medicamentos de la Parte D por tener unos ingresos más elevados. Si ha recibido una carta del Seguro Social en donde se le informa que tiene que pagar una cantidad adicional y tiene preguntas; o bien, si sus ingresos disminuyeron debido a un acontecimiento que le cambió la vida, puede llamar al Seguro Social para solicitar una reconsideración.

Si se muda o cambia de dirección postal, es importante que se ponga en contacto con el Seguro Social para comunicárselo.

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

SECCIÓN 6 Medicaid

Medicaid es un programa conjunto del gobierno federal y estatal que ayuda a solventar los gastos médicos de determinadas personas con ingresos y recursos limitados. Algunas personas

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

con Medicare también son elegibles para Medicaid. Los programas ofrecidos a través de Medicaid ayudan a los beneficiarios de Medicare a pagar sus gastos de Medicare, como las primas. Estos **Programas de Ahorro de Medicare** incluyen:

- **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, coseguros y copagos). (Algunas personas con 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 con SLMB también son elegibles para los beneficios completos de Medicaid [SLMB +]).
- **Persona elegible (QI, por sus siglas en inglés):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Individuos con discapacidad y empleados calificados (QDWI, por sus siglas en inglés):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A.

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

SECCIÓN 7 Información sobre programas de ayuda para el pago de medicamentos recetados

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

Programa de “Ayuda Adicional” de Medicare

Medicare ofrece “Ayuda Adicional” para pagar los costos de los medicamentos recetados a las personas con ingresos y recursos limitados. Los recursos incluyen sus ahorros y acciones, pero no su casa ni su automóvil. Si es elegible, recibirá ayuda para pagar la prima mensual, el deducible anual y los copagos y coseguros de las recetas de cualquier plan de medicamentos de Medicare. Esta “Ayuda Adicional” también cuenta para sus gastos de desembolso personal.

Si es elegible automáticamente para recibir la “Ayuda Adicional”, Medicare le enviará una carta por correo, no tendrá que solicitarla. Si no reúne los requisitos automáticamente, es posible que pueda obtener “Ayuda Adicional” para pagar las primas y los costos de sus medicamentos recetados. Para saber si es elegible para obtener la “Ayuda Adicional”, llame a los siguientes números:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- La oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, de 8 a.m. a 7 p.m. de lunes a viernes. Los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes).

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

- Su oficina estatal de Medicaid (solicitudes). (Consulte la sección 6 de este capítulo para obtener información de contacto).

Si cree que es elegible para la “Ayuda Adicional” y considera que está pagando una cantidad incorrecta de costos compartidos cuando adquiere sus medicamentos recetados en una farmacia, nuestro plan tiene un proceso para que solicite ayuda y obtenga evidencia de su nivel de copago adecuado o, si ya tiene dicha evidencia, para que nos la proporcione.

- Si ya tiene un documento que acredite que sea elegible para recibir la “Ayuda Adicional”, también puede mostrarlo la próxima vez que vaya a una farmacia a que le surtan una receta. Puede utilizar cualquiera de los siguientes documentos para proporcionarnos pruebas o para presentarlos como prueba en la farmacia.

Comprobante de que ya califica para la “Ayuda Adicional”

- Una copia de su tarjeta de Medicaid en la que figure su nombre y la fecha en que pasó a ser elegible para la “Ayuda Adicional”. La fecha tiene que ser en el mes de julio o la más reciente del año anterior.
- Una carta de la Administración del Seguro Social en la que conste que califica para la “Ayuda Adicional”. Esta carta puede llamarse Información importante, Carta de concesión, Aviso de cambio o Aviso de acción.

Prueba de que su seguro de Medicaid está activo

- Una copia de cualquier documento estatal o cualquier copia impresa del sistema estatal que muestre que su seguro de Medicaid está activo. La fecha activa mostrada tiene que ser en el mes de julio o la más reciente del año anterior.

Comprobante de un pago por una estadía en un centro médico

Su estadía en el centro médico debe durar al menos un mes completo y debe ser en el mes de julio o la más reciente del año anterior.

- Un extracto de la factura del centro que muestre el pago de Medicaid
- Una copia de cualquier documento estatal o copia impresa del sistema estatal que muestre que Medicaid realizó el pago por usted

Si primero muestra en la farmacia uno de los documentos mencionados como comprobante, envíenos también una copia. 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 las evidencias que demuestren su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que pueda pagar el copago correcto cuando adquiera su próxima receta en la farmacia. Si paga de más por su copago, se lo reembolsaremos. Le enviaremos un cheque por la cantidad de lo que haya pagado de más o se lo descontaremos de futuros copagos. Si la farmacia no le ha cobrado el copago y le figura como deuda, podemos efectuar el pago directamente a la farmacia. Si un estado pagó en su nombre, podemos efectuar el pago directamente al estado. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con Atención al cliente.

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

Muchos estados y las Islas Vírgenes de EE.UU. ofrecen ayuda para pagar las recetas, las primas del plan de medicamentos u otros gastos de medicamentos. Si está inscrito en un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP, por sus siglas en inglés) o en cualquier otro programa que ofrezca cobertura para los medicamentos de la Parte D (que no sean la “Ayuda Adicional”), seguirá recibiendo el descuento del 70% en los medicamentos de marca cubiertos. Además, el plan paga el 5% de los costos de los medicamentos de marca en el período sin cobertura. Tanto el descuento del 70% como el 5% pagado por el plan se aplican al precio del medicamento antes de cualquier SPAP u otra cobertura.

¿Qué ocurre si tiene cobertura de un Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP, por sus siglas en inglés)? ¿Qué es el ADAP?

El Programas de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP, por sus siglas en inglés) ayuda a las personas que viven con el VIH/SIDA y son elegibles para ADAP a tener acceso a medicamentos contra el VIH que pueden salvarles la vida. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también están en el formulario de ADAP son elegibles para la asistencia de costos compartidos de medicamentos recetados a través del ADAP que opera en su estado. **Tenga en cuenta:** Para ser elegible para el ADAP que opera en su Estado, las personas deben cumplir ciertos requisitos, lo que incluye el comprobante de residencia en el Estado y la condición de portador de VIH, tener ingresos limitados según lo definido por el Estado, y la condición de no asegurado/con cobertura inadecuada.

Programas estatales de asistencia farmacéutica

Muchos estados tienen programas estatales de asistencia farmacéutica que ayudan a algunas personas a pagar los medicamentos recetados en función de sus necesidades económicas, edad, afección médica o discapacidad. Cada estado tiene normas diferentes para proporcionar cobertura de medicamentos a sus afiliados.

Puede contactar con su Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica para obtener más información. La información de contacto de su Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica se encuentra en el “Anexo A” al final de este documento.

SECCIÓN 8 Cómo ponerse en contacto 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 de la nación y sus familias. Si recibe Medicare a través de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios, es importante que les comunique si se muda o cambia de dirección postal. Si tiene preguntas sobre sus beneficios de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios, póngase en contacto con la agencia.

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

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

Si usted (o su esposo/a o pareja doméstica) recibe beneficios grupales para jubilados de su empleador o grupo de jubilados (o el de su esposo/a o pareja doméstica) como parte de este plan, puede llamar al administrador de beneficios del empleador/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 empleador o de su jubilación (o de su esposo/a o pareja doméstica). (Los números de teléfono de Atención al cliente se encuentran en la contraportada de este documento). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048) si tiene preguntas relacionadas con la cobertura de Medicare de este plan.

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

CAPÍTULO 3:

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

SECCIÓN 1 Introducción

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

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

- La Parte A de Medicare cubre los medicamentos que se le administran durante las estadias cubiertas por Medicare en el hospital o en un centro de enfermería especializada.
- La Parte B de Medicare también cubre algunos medicamentos. Los medicamentos de la Parte B incluyen algunos medicamentos de quimioterapia, algunas 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 Original Medicare. (Si desea más información sobre esta cobertura, consulte el manual *Medicare y usted 2024*). Los medicamentos recetados de la Parte D están cubiertos por nuestro plan.

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

Por lo general, el plan cubrirá sus medicamentos siempre que siga estas normas básicas:

- Debe tener un proveedor (un médico, dentista u otro profesional que receta) que le haga una receta que debe ser válida según la legislación estatal aplicable.
- Su profesional que receta no debe figurar en las Listas de exclusión o preclusión de Medicare.
- Su medicamento debe ser un medicamento cubierto por la Parte D de Medicare. Su medicamento debe ser usado para una indicación médicamente aceptada. Una *indicación médicamente aceptada* es un uso de un medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o está respaldado por ciertas referencias. (Consulte la sección 3 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada).

SECCIÓN 2 Surta su receta en cualquier farmacia

Sección 2.1 Utilice cualquier farmacia
--

En la mayoría de los casos, sus recetas están cubiertas en cualquier farmacia.

El término *medicamentos cubiertos* se refiere a todos los medicamentos recetados de la Parte D que están cubiertos por Medicare.

Sección 2.2 Farmacias especializadas**¿Qué pasa si necesita una farmacia especializada?**

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

- Farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusión en el hogar.
- Farmacias que proporcionan medicamentos a los residentes de un centro de cuidados de largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés). Normalmente, un centro de LTC (como un hogar de ancianos) tiene su propia farmacia. Si tiene alguna dificultad para acceder a los beneficios de la Parte D en un centro de LTC, comuníquese con Atención al cliente.
- Farmacias que prestan servicios a Indian Health Service o al Programa de salud para nativos americanos tribales o urbanos (no disponible en Puerto Rico). Excepto en emergencias, solo los nativos americanos y los nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias.
- Farmacias que dispensan medicamentos que están restringidos por la FDA a ciertos lugares o que requieren un manejo especial, coordinación de proveedores o educación sobre su uso. (**Tenga en cuenta:** Esta situación no debería ocurrir de manera frecuente).

Para localizar una farmacia especializada, llame a Atención al cliente.

Sección 2.3 Solicitar un reembolso al plan**¿Cómo se solicita el reembolso al plan?**

Si tiene que pagar el costo total (en lugar de los costos compartidos normales) 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 solicitar el reembolso al plan).

SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben ser elegibles para la Parte D**Sección 3.1 Todos los medicamentos de la Parte D están cubiertos**

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

Por lo general, cubriremos un medicamento siempre y cuando usted siga las demás normas de cobertura explicadas en este capítulo y el uso del medicamento sea una indicación médicamente aceptada. Una *indicación médicamente aceptada* es un uso del medicamento que esté:

- Aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos para el diagnóstico o la afección para la que se prescribe.

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

- -- o -- Apoyado por ciertas referencias, como American Hospital Formulary Service Drug Information y DRUGDEX Information System.

El plan cubre tanto medicamentos de marca como medicamentos genéricos.

Un medicamento de marca es un medicamento recetado que se vende bajo un nombre de marca registrada propiedad del fabricante del medicamento. Los medicamentos de marca más complejos que los medicamentos típicos (por ejemplo, medicamentos que se basan en una proteína) se llaman productos biológicos.

Un medicamento genérico es un medicamento recetado que tiene los mismos principios activos que el medicamento de marca. Por lo general, un genérico funciona igual de bien que el medicamento de marca y suele ser más económico. Existen medicamentos genéricos sustitutos de muchos medicamentos de marca disponibles.

¿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 más información, consulte la sección 7.1 de este capítulo).

Sección 3.2	Existen dos niveles de costos compartidos para los medicamentos
--------------------	--

Cada medicamento se encuentra en uno de los dos niveles de costos compartidos. En general, cuanto más alto sea el nivel de costos compartidos, mayor será el costo que usted paga por el medicamento:

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

En el capítulo 4 (*Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D*) se indica la cantidad que paga por los medicamentos de cada nivel de costos compartidos.

SECCIÓN 4 **Existen restricciones en la cobertura de algunos medicamentos**

Sección 4.1	¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?
--------------------	--

Hay reglas especiales que restringen la manera y el tiempo en que el plan cubre ciertos medicamentos recetados. Un equipo de médicos y farmacéuticos elaboró estas normas para animarle a usted y a su proveedor a utilizar los medicamentos de la forma más eficaz.

Sección 4.2 ¿Cuáles son los tipos de restricciones?

En las secciones siguientes encontrará más información sobre los tipos de restricciones que aplicamos a determinados medicamentos.

Si hay alguna restricción para su medicamento, generalmente significará que usted o su proveedor tendrán que dar algunos pasos adicionales para que nosotros cubramos dicho medicamento. Póngase en contacto con Atención al cliente para saber qué debe hacer usted o su proveedor para obtener la cobertura del medicamento. Si desea quedar exento de la restricción, deberá utilizar el proceso de decisión de cobertura y solicitarnos que hagamos una excepción. Es posible que aceptemos o no eximirle de la restricción. (Consulte el capítulo 7).

Cómo obtener una aprobación anticipada del plan

Para determinados medicamentos, usted o su proveedor deben obtener la aprobación del plan antes de que aceptemos cubrir el medicamento. Esto se llama **autorización previa**. Se establece para garantizar la seguridad de la medicación y ayudar a orientar el uso adecuado de determinados medicamentos. Si no obtiene esta aprobación, es posible que el plan no cubra el medicamento.

Límites de cantidad

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

SECCIÓN 5 ¿Qué pasa si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera en que le gustaría?

Sección 5.1 Hay cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera en que le gustaría

Hay situaciones en las que hay un medicamento recetado que está tomando, o uno que usted y su proveedor creen que debería tomar, que no está en nuestro formulario o sí lo está pero con restricciones. Por ejemplo:

- Es posible que el medicamento no esté cubierto en absoluto.
- El medicamento está cubierto, pero existen normas o restricciones adicionales sobre la cobertura de ese medicamento, como se explica en la sección 4.
- Hay cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto como a usted le gustaría. Si su medicamento no está cubierto o si está restringido, vaya a la sección 5.2 para saber qué puede hacer.

Sección 5.2	¿Qué puede hacer si su medicamento no está cubierto o si tiene algún tipo de restricción?
--------------------	--

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

- Puede cambiar de medicamento.

Hable con su proveedor para saber si existe otro medicamento cubierto por el plan que le pueda funcionar de la misma manera.

- Puede solicitar una excepción y pedir al plan que cubra el medicamento o que le elimine las restricciones.

Usted y su proveedor pueden solicitar al plan que haga una excepción y cubra el medicamento de la forma que a usted le gustaría. Si su proveedor le dice que tiene razones médicas que justifican que nos pida una excepción, puede ayudarle a solicitarla. Por ejemplo, puede pedir al plan que cubra un medicamento aunque no esté incluido en la “Lista de medicamentos” del plan. O puede pedirle al plan que haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones. Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, consulte cómo hacerlo en el capítulo 7, sección 5.4. Allí se le explica los procedimientos y las fechas límite establecidas por Medicare para garantizar que su solicitud se tramite de manera rápida y justa.

SECCIÓN 6 **¿Qué pasa si su cobertura cambia para uno de sus medicamentos?**

Sección 6.1	¿Qué ocurre si cambia la cobertura de un medicamento que está tomando?
--------------------	---

Información sobre cambios en la cobertura de medicamentos

Cuando se producen cambios, publicamos la información en nuestro sitio web. A continuación, le indicamos los momentos en los que recibirá una notificación directa si se realizan cambios en un medicamento que esté tomando.

Cambios en su cobertura de medicamentos que le afectan durante el año del plan en curso

- **Medicamentos que no son seguros y otros medicamentos retirados del mercado**
 - A veces, se puede considerar que un medicamento no es seguro o retirarse del mercado por otro motivo. Si está tomando ese medicamento, se lo diremos enseguida.
 - Su profesional que receta también estará al corriente de este cambio y podrá ayudarle a encontrar otro medicamento para su afección.

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

Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos

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

Si obtiene medicamentos que están excluidos, deberá pagarlos de su bolsillo. Si apela y se determina que el medicamento solicitado no está excluido según la Parte D, lo pagaremos o lo cubriremos. (Para más información sobre cómo apelar una decisión, consulte el capítulo 7).

A continuación le indicamos tres normas generales sobre los medicamentos que los planes de medicamentos de Medicare no cubrirán en virtud de la Parte D:

- La cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto por la Parte A o la Parte B de Medicare.
- Nuestro plan no puede cubrir un medicamento adquirido fuera de Estados Unidos o sus territorios.
- Por lo general, nuestro plan no puede cubrir el uso fuera de la indicación. El *uso fuera de la indicación* es cualquier uso del medicamento distinto de los indicados en la etiqueta de un medicamento aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos.
- La cobertura para *uso fuera de la indicación* se permite solo cuando el uso está respaldado por ciertas referencias, como American Hospital Formulary Service Drug Information y DRUGDEX Information System.

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

- medicamentos no recetados (también llamados medicamentos de venta sin receta);
- medicamentos para estimular la fertilidad;
- medicamentos usados para calmar los síntomas del resfriado o la tos;
- medicamentos con fines cosméticos o para ayudar al crecimiento del cabello;
- vitaminas recetadas y productos minerales, excepto vitaminas prenatales y preparados con flúor;
- medicamentos utilizados para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil;
- medicamentos para el tratamiento de la anorexia, pérdida de peso o aumento de peso;
- medicamentos para pacientes ambulatorios para los que el fabricante pretende exigir que las pruebas asociadas o los servicios de seguimiento se adquieran exclusivamente al fabricante como condición para la venta.

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

Si recibe “Ayuda Adicional” para pagar sus recetas, el programa “Ayuda Adicional” no pagará los medicamentos que normalmente no están cubiertos. Sin embargo, si tiene cobertura de medicamentos a través de Medicaid, es posible que su programa estatal de Medicaid cubra algunos medicamentos recetados que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare. Póngase en contacto con el programa Medicaid de su estado para determinar qué cobertura de medicamentos puede estar disponible para usted. (Puede encontrar números de teléfono e información de contacto de Medicaid en el “Anexo A” en el reverso de este documento).

SECCIÓN 8 Surtir una receta

Sección 8.1 Proporcione su información de afiliación

Para surtir su receta, proporcione su carta de confirmación de afiliación a cualquier farmacia que usted elija. La farmacia facturará automáticamente al plan *nuestra* parte del costo del medicamento. Tendrá que pagar a la farmacia *su* parte del costo cuando recoja su medicamento recetado.

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

Si no lleva consigo la información de afiliación al plan cuando surta 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 puede obtener la información necesaria, **es posible que usted tenga que pagar el costo total del medicamento recetado cuando vaya a recibirlo.** (Puede **pedirnos que le reembolsemos** nuestra parte del costo. Consulte el capítulo 5, sección 2 para obtener información sobre cómo solicitarle reembolso al plan).

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

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

Si le admiten en un hospital o en un centro de enfermería especializada, Original Medicare (o su plan de salud de Medicare con cobertura de las Partes A y B, si corresponde) cubrirá, por lo general, el costo de sus medicamentos recetados durante su hospitalización. Cuando salga del hospital o del centro de enfermería especializada, nuestro plan seguirá cubriendo sus medicamentos recetados, siempre y cuando los medicamentos cumplan con todas nuestras reglas de cobertura descritas en este capítulo.

Sección 9.2 ¿Qué ocurre si reside en un centro de cuidados a largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés)?

Generalmente, un centro LTC como un hogar de ancianos, utiliza su propia farmacia o una farmacia que suministra medicamentos a sus residentes. Si reside en un centro LTC, puede obtener sus medicamentos recetados a través de la farmacia del centro o de la que usted utilice.

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

Su afiliación a LI NET no afecta la cobertura de los medicamentos cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare. Si cumple los requisitos de cobertura de Medicare, su medicamento seguirá estando cubierto por la Parte A o la Parte B de Medicare, aunque esté afiliado a este plan. Además, si su medicamento estuviese cubierto por la Parte A o la Parte B de Medicare, nuestro plan no podría cubrirlo, aunque usted decida 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. Pero los medicamentos nunca están cubiertos por la Parte B y por nuestro plan al mismo tiempo. En general, su farmacéutico o proveedor determinará si debe facturar el medicamento a la Parte B de Medicare o a LI NET.

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

Si actualmente tiene una póliza Medigap que incluye la cobertura de medicamentos recetados, debe ponerse en contacto con su emisor de Medigap e informarle que se ha afiliado a nuestro plan. Si decide mantener su póliza Medigap actual, la entidad emisora de Medigap eliminará la parte de su póliza Medigap de la cobertura para medicamentos recetados y le bajará la prima.

Cada año, su compañía de seguros Medigap le enviará una notificación en la que le indicará si su cobertura para medicamentos recetados es válida y las opciones que tiene para ello.

(Si la cobertura de la póliza Medigap es válida, significa que se espera que pague, de media, al menos tanto como la cobertura para medicamentos recetados estándar de Medicare). El aviso también le explicará cuánto se reduciría su prima si elimina la parte de cobertura para medicamentos recetados de su póliza Medigap. Si no ha recibido este aviso, o si no lo encuentra, póngase en contacto con su compañía de seguros Medigap y solicite otra copia.

Sección 9.5 ¿Qué ocurre si también recibe cobertura de medicamentos de un empleador o de un plan grupal para jubilados?

Si actualmente tiene otra cobertura para medicamentos recetados a través de su empleador o de un plan grupal para jubilados (o el de su esposo/a o pareja doméstica), póngase en contacto

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

con el **administrador de beneficios de ese grupo**. Él o ella puede ayudarle a determinar cómo funcionará su cobertura para medicamentos recetados actual con nuestro plan.

En general, si tiene cobertura del empleador o de un plan grupal para jubilados, la cobertura de medicamentos que reciba de nosotros será *secundaria* a la cobertura de grupo. Eso significa que su cobertura de grupo pagaría primero.

Nota especial sobre la cobertura válida:

Cada año, su empleador o plan grupal para jubilados debe enviarle un aviso que le indique si su cobertura para medicamentos recetados para el siguiente año calendario es válida.

Si la cobertura del plan grupal es válida, significa que el plan tiene una cobertura de medicamentos que se espera que pague, de media, al menos tanto como la cobertura para medicamentos recetados estándar de Medicare.

Guarde este aviso sobre la cobertura válida porque puede necesitarlo más adelante. Si se afilia en un plan de Medicare que incluye la cobertura de medicamentos de la Parte D, es posible que necesite estos avisos para demostrar que ha mantenido la cobertura válida. Si no ha recibido el aviso de cobertura válida, solicite una copia al administrador de beneficios del empleador o del plan grupal para jubilados, o al empleador o sindicato.

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

El hospicio y nuestro plan no cubren el mismo medicamento al mismo tiempo. Si está afiliado a un hospicio de Medicare y necesita determinados medicamentos (por ejemplo, medicamentos para las náuseas, laxantes, analgésicos o ansiolíticos) que no están cubiertos por su hospicio porque no están relacionados con su enfermedad terminal y afecciones relacionadas, nuestro plan debe recibir una notificación del profesional que receta o del proveedor de su hospicio indicando que el medicamento no está relacionado antes de que nuestro plan pueda cubrirlo.

Para evitar retrasos en la recepción de estos medicamentos que deberían estar cubiertos por nuestro plan, pídale a su proveedor del hospicio o al profesional que receta que notifique sobre esto antes de que le surtan la receta.

En caso de que usted revoque su elección o se le dé de alta del hospicio, nuestro plan debe cubrir sus medicamentos tal y como se explica en este documento. Para evitar retrasos en la farmacia cuando finalice su beneficio de hospicio de Medicare, lleve documentación a la farmacia para verificar su revocación o alta.

SECCIÓN 10 **Programas sobre seguridad farmacológica y cómo controlar medicamentos**

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

Realizamos revisiones del consumo de medicamentos de nuestros afiliados para asegurarnos de que reciben un cuidado seguro y adecuado.

Hacemos una revisión cada vez que surte una receta. También revisamos nuestros expedientes regularmente. Durante estas revisiones, buscamos problemas potenciales como los siguientes:

- Posibles errores de medicamentos;
- Medicamentos que pueden no ser necesarios porque está tomando otro medicamento para tratar la misma afección;
- Medicamentos que pueden no ser seguros o apropiados debido a su edad o género;
- Ciertas combinaciones de medicamentos que podrían perjudicarlo si se toman al mismo tiempo;
- Recetas de medicamentos con ingredientes a los que es alérgico;
- Posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que esté tomando; o
- Cantidades de medicamentos opioides para el dolor que no son seguras.

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

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

Tenemos un programa que ayuda a garantizar que los afiliados utilicen de forma segura los opioides con receta y otros medicamentos de los que se abusa con frecuencia. Este servicio se llama el Programa de administración de medicamentos (DMP, por sus siglas en inglés). Si usa medicamentos opioides que obtiene de varios médicos o farmacias o si tuvo una sobredosis de opioides recientemente, podemos hablar con sus médicos para asegurarnos que su uso de estos medicamentos es apropiado y necesario por razones médicas. Si al trabajar con sus médicos decidimos que es posible que usted no esté usando los medicamentos opioides o con benzodiazepinas recetados de manera segura, es posible que limitemos la forma en que obtiene esos medicamentos. Si le incluimos en nuestro DMP, estas pueden ser las limitaciones:

- Exigirle a usted que obtenga todas sus recetas de medicamentos opioides o con benzodiazepinas en determinadas farmacia(s);
- Exigirle a usted que todas las recetas de medicamentos opioides o con benzodiazepinas se las haga un médico(s) específico;
- Limitarle a usted la cantidad de medicamentos opiáceos o con benzodiazepinas que le cubrimos.

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

Si tenemos previsto limitar la forma en que puede recibir estos medicamentos o la cantidad que puede recibir, le enviaremos una carta con antelación.

La carta le dirá si limitaremos la cobertura de estos medicamentos para usted, o si se le pedirá que obtenga las recetas de estos medicamentos solo de un médico o farmacia específica. Tendrá una oportunidad de decirnos qué médicos o farmacias prefiere usar y cualquier otra información que crea que es importante que sepamos. Después de que haya tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar la cobertura de estos medicamentos, le enviaremos otra carta confirmando la limitación. Si cree que cometimos un error o no está de acuerdo con nuestra decisión o con la limitación, usted y su profesional que receta tienen derecho a apelar. Si apela, revisaremos su caso y le informaremos nuestra nueva decisión. Si seguimos negando cualquier parte de su solicitud relacionada con las limitaciones que se aplican al acceso a sus medicamentos, enviaremos automáticamente su caso a un revisor independiente fuera de nuestro plan. Consulte el capítulo 7 para obtener información sobre cómo solicitar una apelación.

No se le incluirá en nuestro DMP si usted padece determinadas afecciones médicas, como dolor activo relacionado con el cáncer o anemia falciforme, si recibe cuidados de hospicio, paliativos o al final de la vida o si vive en un centro de cuidados a largo plazo.

CAPÍTULO 4:

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

¿Recibe actualmente ayuda para pagar sus medicamentos?

Si participa en un programa que le ayuda a pagar sus medicamentos, **parte de la información de esta *Evidencia de cobertura* sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D no se aplica a usted.**

SECCIÓN 1 Introducción

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

Este capítulo se centra en lo que usted paga por los medicamentos recetados de la Parte D. Para simplificar, en este capítulo utilizaremos el término *medicamento* para referirnos a los medicamentos recetados de la Parte D. Como se explica en el capítulo 3, no todos los medicamentos son medicamentos de la Parte D; algunos medicamentos están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y otros medicamentos están excluidos de la cobertura de Medicare por ley.

Para comprender la información sobre los pagos, debe saber qué medicamentos están cubiertos, dónde surtir sus recetas y qué normas debe seguir cuando adquiere 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 distintos 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 formas en las que se le puede pedir que los pague.

- El **deducible** es la cantidad que usted paga por los medicamentos antes de que nuestro plan empiece a abonar la parte que le corresponde.
- El **copago** es una cantidad fija que usted paga cada vez que surte una receta.
- El **coseguro** es un porcentaje del costo total del medicamento que usted paga cada vez que surte una receta.

Sección 1.3	Cómo calcula Medicare los gastos de desembolso personal
--------------------	--

Medicare tiene normas sobre lo que cuenta y lo que *no* cuenta para sus gastos de desembolso personal. Estas son las normas que debemos seguir para controlar 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 se trate de medicamentos cubiertos por la Parte D y haya seguido las normas de cobertura de medicamentos que se explican en el capítulo 3):

- La cantidad que paga por los medicamentos cuando se encuentra en la Etapa de cobertura inicial.
- Cualquier pago que haya efectuado durante este año calendario como afiliado a otro plan de medicamentos recetados de Medicare antes de afiliarse a nuestro plan.

Es importante quién paga:

- Si **usted mismo** efectúa estos pagos, se incluyen en sus gastos de desembolso personal.
- Estos pagos *también se incluyen* en sus gastos de desembolso personal si los realizan en su nombre **otras personas u organizaciones determinadas**. Esto incluye los pagos de sus medicamentos realizados por un amigo o familiar, por la mayoría de las organizaciones benéficas, por los programas de asistencia para medicamentos contra el SIDA, por un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica que esté acreditado por Medicare o por Indian Health Service. También se incluyen los pagos efectuados por el programa “Ayuda Adicional” de Medicare.
- Algunos pagos efectuados por el Programa de Medicare de descuentos durante el período sin cobertura están incluidos en los gastos de desembolso personal. Se incluye la cantidad que paga el fabricante por sus medicamentos de marca. Pero no se incluye la cantidad que el plan paga por sus medicamentos genéricos.

Pasar a la Etapa de cobertura catastrófica:

Cuando usted (o quienes paguen en su nombre) haya gastado un total de **\$8,000** 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

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

- Medicamentos que compra fuera de Estados Unidos y sus territorios.
- Medicamentos no cubiertos por nuestro plan.
- Medicamentos que no pertenecen a la Parte D, incluidos los medicamentos recetados cubiertos por la Parte A o la Parte B y otros medicamentos excluidos de la cobertura de Medicare.
- Pagos que realiza por medicamentos recetados que normalmente no están cubiertos en un Plan de medicamentos recetados de Medicare.

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

Sección 3.1 Le enviamos un resumen mensual llamado *SmartSummary*

Nuestro plan lleva un registro de los costos de sus medicamentos recetados y de los pagos que ha efectuado cuando surte o reabastece sus recetas en la farmacia. De este modo, podemos indicarle cuándo ha pasado de una etapa de pago de medicamentos a la siguiente. En concreto, hacemos un seguimiento de dos tipos de costos:

- Hacemos un seguimiento de cuánto ha pagado. Esto se denomina **gastos de desembolso personal**.
- Llevamos la cuenta de sus **costos totales de medicamentos**. Se trata del importe que usted paga de desembolso personal, o que otros pagan en su nombre, más la cantidad que paga el plan.

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

- **Información de ese mes.** Este informe contiene los datos de pago de las recetas que ha surtido durante el mes anterior. Muestra el costo total de los medicamentos, lo que pagó el plan y lo que pagaron usted y otras personas en su nombre.
- **Los totales del año desde el 1 de enero.** Esto se denomina información *del año hasta la fecha*. Muestra los costos totales de los medicamentos y los pagos totales por sus medicamentos desde que empezó el año.
- **Información sobre el precio de los medicamentos.** Esta información mostrará el precio total del medicamento y la información sobre los aumentos de precio desde el primer surtido para cada reclamación de receta de la misma cantidad.
- **Recetas alternativas de menor costo disponibles.** Incluye información sobre otros medicamentos disponibles con costos compartidos inferiores para cada reclamación de receta.

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

Para hacer un seguimiento de los costos de sus medicamentos y de los pagos que realiza por ellos, utilizamos los registros que obtenemos de las farmacias. A continuación le indicamos cómo puede ayudarnos a mantener sus datos correctos y actualizados:

- **Muestre su carta de confirmación de afiliación cada vez que le surtan una receta.** Esto nos ayuda a asegurarnos de que sabemos qué recetas surte y cuánto paga.

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

- **Asegúrese que tengamos la información que necesitamos.** Hay ocasiones en las que usted tendrá que pagar el costo total de un medicamento recetado. En estos casos, no recibiremos automáticamente la información que necesitamos para llevar un control de sus gastos de desembolso personal. Para ayudarnos a llevar la cuenta de sus gastos de desembolso personal, entréguenos copias de sus recibos. Estos son algunos ejemplos de casos en los que debe darnos copias de los recibos de sus medicamentos:
 - Cuando compre un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o usando una tarjeta de descuento que no sea parte de los beneficios de nuestro plan.
 - Cuando haya realizado un copago por medicamentos que se proporcionan en virtud de un programa de asistencia al paciente del fabricante de medicamentos.
 - Siempre que haya comprado medicamentos cubiertos y haya pagado el precio completo de un medicamento cubierto en circunstancias especiales.
 - Si le facturan un medicamento cubierto, puede solicitarle a nuestro plan que paguemos la parte del costo que nos corresponde. Para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo, consulte el capítulo 5, sección 2.
- **Envíenos la información sobre los pagos que algún tercero haya hecho por usted.** Los pagos hechos por otras personas y organizaciones también cuentan para sus gastos de desembolso personal. Por ejemplo, los pagos efectuados por un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica, un Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP, por sus siglas en inglés), Servicio de salud Indígena (Indian Health Service) y la mayoría de las organizaciones benéficas cuentan para sus gastos de desembolso personal. Le pedimos que lleve un registro de estos pagos y que nos lo envíe para que podamos hacer un seguimiento de sus gastos.
- **Revise el informe escrito que le enviamos.** Cuando reciba un *SmartSummary*, revíselo para asegurarse de que la información está completa y es correcta. Si cree que falta algo o tiene alguna pregunta, llámenos a Atención al cliente. Asegúrese de guardar estos informes.

SECCIÓN 4 LI NET no tiene deducible

LI NET no tiene deducible. La Etapa de cobertura inicial comienza cuando usted surte la primera receta del año. Consulte la sección 5 para obtener información sobre la cobertura en la Etapa de cobertura inicial.

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

Sección 5.1	Lo que usted paga por un medicamento depende del medicamento y de dónde surte la receta
--------------------	--

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

Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga una parte del costo de los medicamentos recetados cubiertos y usted paga su propia parte (llamada cantidad de copago). La parte del costo que debe pagar usted dependerá del medicamento y de dónde surte su receta.

El plan tiene dos niveles de costos compartidos

Cada medicamento cubierto de la parte D se encuentra en uno de los dos niveles de costos compartidos. En general, cuando más alto sea el número del nivel de costos compartidos, mayor será el costo que usted pagará por el medicamento:

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

Sus opciones de farmacias

Use cualquier farmacia para surtir sus recetas.

Sección 5.2 Tabla que muestra los costos de un mes de suministro de un medicamento

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

Como se indica en la siguiente tabla, la cantidad del copago depende del nivel de costos compartidos. A veces, el costo del medicamento es inferior a su copago. En estos casos, usted paga el precio más bajo del medicamento en lugar del copago.

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

Nivel	Ayuda Adicional Nivel 1	Ayuda Adicional Nivel 2	Ayuda Adicional Nivel 3
Costos compartidos Nivel 1 (<i>genéricos</i>)	\$4.50	\$1.55	\$0.00
Costos compartidos Nivel 2 (<i>de marca</i>)	\$11.20	\$4.60	\$0.00

No pagará más de \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto.

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

Sección 5.3	Si su médico le receta un suministro menor al de un mes completo, es posible que no tenga que pagar el costo de todo el mes
--------------------	--

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

Si recibe un suministro menor al de un mes completo de determinados medicamentos, no tendrá que pagar el suministro de un mes completo.

- Si le corresponde un coseguro, pagará un *porcentaje* del costo total del medicamento. Como el coseguro se basa en el costo total del medicamento, su costo será menor, ya que el costo total del medicamento también lo será.
- Si usted es responsable de un copago por el medicamento, solo pagará por el número de días del medicamento que reciba en lugar de un mes entero. Nosotros calcularemos la cantidad que usted paga al día por el medicamento (la *tarifa diaria de costos compartidos*) y la multiplicaremos por el número de días del medicamento que reciba.

Sección 5.4	Permanecerá en la Etapa de cobertura inicial hasta que sus gastos de desembolso personal anuales alcancen \$8,000.
--------------------	---

Permanecerá en la Etapa de cobertura inicial hasta que la cantidad total de los medicamentos recetados que haya surtido alcance el **límite de \$8,000 para la Etapa de cobertura inicial**.

Permanecerá en la Etapa de cobertura inicial hasta que el total de sus gastos de desembolso personal alcance \$8,000. Entonces pasará a la Etapa de cobertura catastrófica.

El *SmartSummary* que reciba le ayudará a llevar la cuenta de lo que usted, el plan y terceros han gastado en su nombre durante el año. Muchas personas no alcanzan el límite de \$8,000 en un año.

Le comunicaremos si alcanza esta cantidad. Si alcanza esta cantidad, abandonará la Etapa de cobertura inicial y pasará a la Etapa de cobertura catastrófica. Consulte la sección 1.3 para saber cómo calcula Medicare sus gastos de desembolso directo.

SECCIÓN 6 **LI NET no tiene período sin cobertura**

LI NET no tiene período sin cobertura. Una vez superada la Etapa de cobertura inicial, pasa a la Etapa de cobertura catastrófica (consulte la sección 7).

SECCIÓN 7 Durante la Etapa de cobertura catastrófica, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos por la Parte D

Usted entra en la Etapa de cobertura catastrófica cuando sus gastos de desembolso directo han alcanzado el límite de \$8,000 para el año calendario. Una vez que esté en la Etapa de cobertura catastrófica, permanecerá en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.

- Durante esta etapa de pago, el plan abona el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no paga nada.

SECCIÓN 8 Vacunas de la Parte D. Lo que paga depende de cómo y dónde las obtenga

Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas: algunas vacunas se consideran beneficios médicos. Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D sin costo alguno para usted.

Póngase en contacto con Atención al cliente para obtener detalles de cobertura y costos compartidos sobre vacunas específicas.

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

- La primera parte de la cobertura es el costo **de la vacuna misma**.
- La segunda parte de la cobertura es el costo de **aplicarle la vacuna**. (Esto a veces se denomina administración de la vacuna).

El costo de las vacunas de la Parte D depende de tres factores:

- 1. Si la vacuna está recomendada para adultos por una organización llamada Comité Asesor de Prácticas de Inmunización (ACIP, por sus siglas en inglés).**
 - La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos están recomendadas por el ACIP y no le cuestan nada.
- 2. Dónde se recibe la vacuna.**
 - La vacuna en sí puede ser dispensada por una farmacia o suministrada por el consultorio del médico.
- 3. Quién le administra la vacuna.**
 - Un farmacéutico u otro proveedor pueden administrar la vacuna en la farmacia. Otra posibilidad es que el proveedor se la administre en el consultorio.

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

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

- A veces, cuando recibe una vacuna, tiene que pagar el costo total tanto de la vacuna en sí como del costo para que el proveedor se la administre. Puede pedir a nuestro plan que le reembolse 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.
- Otras veces, cuando reciba una vacuna, pagará solo su parte del costo en virtud de su beneficio de la Parte D. Por la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, usted no pagará nada.

A continuación, encontrará tres ejemplos de formas de recibir una vacuna de la Parte D.

Situación 1: Obtiene la vacuna de la Parte D en una farmacia. (Esta opción depende de dónde vive. Algunos estados no permiten que las farmacias administren determinadas vacunas).

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

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

- Cuando reciba la vacuna, es posible que tenga que pagar el costo total de la vacuna en sí y el costo para que el proveedor se la administre.
- En ese caso, puede solicitar a nuestro plan que pague la parte del costo que le corresponde, siguiendo los procedimientos descritos en el capítulo 5.
- En el caso de la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, se le reembolsará la cantidad total que pagó. En el caso de otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará la cantidad que pagó menos cualquier coseguro o copago por la vacuna (incluida la administración) y menos cualquier diferencia entre el importe que cobra el médico y lo que pagamos normalmente. (Si recibe “Ayuda Adicional”, le reembolsaremos esta diferencia).

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

- Por la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, usted no pagará nada por la vacuna en sí.
- Para otras vacunas de la Parte D, usted pagará a la farmacia su coseguro o copago por la vacuna en sí.

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

- Cuando su médico le administre la vacuna, es posible que tenga que pagar el costo total de este servicio.
- En ese caso, puede solicitar a nuestro plan que pague la parte del costo que le corresponde, siguiendo los procedimientos descritos en el capítulo 5.
- En el caso de la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, se le reembolsará la cantidad total que pagó. En el caso de otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará la cantidad que pagó menos cualquier coseguro o copago por la administración de la vacuna, y menos cualquier diferencia entre el importe que cobra el médico y lo que pagamos normalmente. (Si recibe “Ayuda Adicional”, le reembolsaremos esta diferencia).

CAPÍTULO 5:

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

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

A veces, cuando recibe un medicamento recetado, es posible que tenga que pagar el costo total. Otras veces, puede ocurrir que haya pagado más de lo previsto según las normas de cobertura del plan o que reciba una factura de un proveedor. En estos casos, usted puede solicitar a nuestro plan que le devuelva el dinero (devolverle el dinero suele denominarse como hacerle un *reembolso*). Puede haber fechas límite que deba cumplir para obtener el reembolso. Consulte la sección 2 de este capítulo.

Estos son algunos ejemplos de situaciones en las que puede tener que solicitar a nuestro plan que le devuelva el dinero. Todos estos ejemplos son tipos de decisiones de cobertura (para más información sobre las decisiones de cobertura, consulte el capítulo 7).

1. Cuando haya pagado el costo total de una receta porque no lleva consigo la carta de confirmación de afiliación

Si no lleva consigo la carta de confirmación de afiliación, puede pedir a la farmacia que llame al plan o que busque sus datos de afiliación. Sin embargo, si la farmacia no puede obtener la información de afiliación que necesita de inmediato, es posible que tenga que pagar usted mismo el costo total de la receta.

Guarde el recibo y envíenos una copia cuando nos pida que le reembolsemos nuestra parte del costo.

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

Es posible que usted pague el costo total de la receta porque descubre que el medicamento no está cubierto por algún motivo.

- Por ejemplo, el medicamento puede tener un requisito o restricción que usted desconocía o no cree que deba aplicársele. Si decide obtener el medicamento inmediatamente, es posible que usted tenga que pagar su costo total.
- Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos solicite el reembolso. En algunos casos, es posible que necesitemos obtener más información de su médico para reembolsarle nuestra parte del costo.

3. Si se ha afiliado a nuestro plan con carácter retroactivo

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

Si se afilió a nuestro plan con carácter retroactivo y pagó gastos de desembolso personal por alguno de sus medicamentos después de la fecha de afiliación, puede solicitarnos que le reembolsemos la parte de los gastos que nos corresponde. Tendrá que presentar la documentación para que tramitemos el reembolso.

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

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

SECCIÓN 2 **Cómo pedirnos que le devolvamos lo que haya pagado**

Puede solicitarnos que le devolvamos lo que haya pagado enviándonos una solicitud por escrito. Si envía una solicitud de este tipo, también envíe su recibo documentando el pago que ha realizado. Es conveniente que haga una copia de sus recibos para su archivo. **Debe presentarnos su reclamación dentro de los 36 meses** a partir de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.

Complete nuestro formulario de reclamación para hacer su solicitud de pago y de esta manera se asegurará de que nos brindará toda la información que necesitamos para tomar una decisión.

- No tiene que usar el formulario pero, si lo hace, nos ayudará a procesar la información más rápido.
- Puede descargar una copia del formulario de nuestro sitio web ([humana.com/ LI NET](http://humana.com/LI NET)) o llamar a Atención al cliente y solicitarlo.

Envíe por correo o por fax su solicitud de pago junto con las facturas o recibos pagados correspondientes a:

Limited Income NET Program
P.O. Box 14310
Lexington, KY 40512-4310

Fax: 1-877-210-5592

SECCIÓN 3 **Tendremos en cuenta su solicitud de pago y le comunicaremos si la aceptamos o no**

Sección 3.1 **Comprobamos si debemos cubrir el medicamento y cuánto adeudamos**

Cuando recibamos su solicitud de pago, le comunicaremos si necesitamos que nos facilite información adicional. De lo contrario, consideraremos su solicitud y tomaremos una decisión de cobertura.

- Si decidimos que el medicamento está cubierto y usted ha seguido todas las normas, le pagaremos nuestra parte del costo. Nosotros le enviaremos por correo el reembolso de nuestra parte del costo. Le enviaremos el pago dentro de los 30 días siguientes a la recepción de su solicitud.

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

- Si decidimos que el medicamento *no* está cubierto o que usted *no* ha seguido todas las normas, no pagaremos nuestra parte del costo. Le enviaremos una carta explicándole las razones por las que no le enviamos el pago y sus derechos a apelar esa decisión.

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

Si usted cree que hemos cometido 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 pidiendo que cambiemos la decisión que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago. El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y fechas límites importantes. Para más información 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 conciencia cultural como afiliado del plan

Sección 1.1	Debemos proporcionarle la información de forma que le resulte útil y acorde con su conciencia cultural (en idiomas distintos del inglés, en braille, en letra grande u otros formatos alternativos, entre otros)
--------------------	---

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 discapacitados y de los que no hablan inglés. También podemos darle información en braille, en letra grande o en otros formatos alternativos sin costo en caso de ser necesario. Se nos exige darle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted. Para obtener información de parte de nosotros de una forma que se ajuste a sus necesidades, llame a servicios a los miembros.

Si tiene alguna dificultad para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y apropiado, llame para presentar una queja formal ante el Departamento de quejas formales y apelaciones de LI NET al 1-800-783-1307, TTY 711. También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

Sección 1.2	Debemos asegurarnos de que accede sus medicamentos cubiertos de manera oportuna
--------------------	--

Tiene derecho a que le surtan o repitan sus recetas en cualquier farmacia sin largas demoras. Si cree que no está recibiendo los medicamentos de la Parte D en un plazo razonable, en el capítulo 7 se explica 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 su expediente médico y de su información de salud personal. Nosotros protegemos su información de salud personal tal como lo exigen estas leyes.

- Su *información de salud personal* incluye los datos personales que nos facilitó cuando se afilió a este plan, así como su expediente médico y otra información médica y de salud.
- Usted no solo tiene derechos sobre su información sino también para controlar cómo se utiliza su información de salud. Le entregamos un aviso por escrito, llamado *Aviso de prácticas de privacidad*, que 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 únicamente las personas autorizadas vean o modifiquen sus expedientes.
- Salvo en las circunstancias que se indican a continuación, si tenemos intención de facilitar su información de salud a alguien que no le esté proporcionando cuidados o pagando por ellos, *estamos obligados a obtener primero su permiso por escrito o el de alguien a quien usted haya otorgado poder legal para tomar decisiones en su nombre.*
- Hay ciertas excepciones que no requieren que obtengamos primero su permiso por escrito. La ley permite o exige estas excepciones.
 - Estamos obligados a facilitar información de salud a los organismos gubernamentales que controlan la calidad del cuidado.
 - Dado que usted es un afiliado de nuestro plan a través de Medicare, estamos obligados a facilitar a Medicare su información de salud, incluida la información sobre sus medicamentos recetados de la Parte D. Si Medicare divulga su información para investigación u otros usos, lo hará de acuerdo con las leyes y reglamentos federales; normalmente, esto requiere que no se comparta información que le identifique de forma exclusiva.

Puede ver la información de sus expedientes y saber cómo se ha compartido con otras personas

Tiene derecho a ver su expediente médico que figura en el plan y a obtener una copia. Podemos cobrarle una cantidad monetaria por hacer copias.

También tiene derecho a pedirnos que añadamos o corrijamos su expediente médico. Si nos lo pide, colaboraremos con su proveedor de cuidado de la salud para decidir si deben hacerse los cambios.

Tiene derecho a saber cómo se ha compartido su información de salud con otros para cualquier fin que no sea el habitual.

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

ACE de seguros Aviso de prácticas de privacidad

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED Y CÓMO PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. LÉALO DETENIDAMENTE.

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

El presente Aviso de prácticas de privacidad se aplica a todas las entidades que forman parte de la entidad cubierta afiliada (ACE, por sus siglas en inglés) de seguros, sujeta a la Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés). La ACE es un grupo de entidades cubiertas legalmente separadas que están afiliadas y se han designado a sí mismas como una sola entidad cubierta para efectos de la HIPAA. Encontrará una lista completa de los miembros de la ACE en <https://huma.na/insuranceace>.

Podemos cambiar nuestras prácticas de privacidad y los términos de este aviso en cualquier momento, según lo permitido por la ley, incluida la información que creamos o recibimos antes de realizar los cambios. Cuando hagamos un cambio importante en nuestras prácticas de privacidad, modificaremos este aviso y se lo enviaremos a los suscriptores de nuestro plan de salud.

¿Qué es la información personal o de salud confidencial?

La información personal o de salud confidencial incluye información médica y personal, como su nombre, dirección, número de teléfono, número de Seguro Social, números de cuenta, información de pago o información demográfica. El término “información” en este aviso incluye cualquier información personal y de salud confidencial. Esto incluye información creada o recibida por un proveedor de cuidado de la salud o el plan de salud. La información se refiere a sus afecciones, su salud física o mental, a la prestación de cuidado de la salud o al pago de dicho cuidado.

¿Cómo recopilamos información sobre usted?

Recopilamos información sobre usted y su familia cuando completa solicitudes y formularios. También recopilamos información de sus interacciones con nosotros, nuestros afiliados u otras personas.

Por ejemplo, podemos recibir información sobre usted de participantes en el sistema de cuidado de la salud, como su médico u hospital, así como de empleadores o administradores de planes, agencias de crédito y la Oficina de Información Médica.

¿Qué información recibimos sobre usted?

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 prima y su actividad en nuestro sitio web. Esto también incluye información sobre su plan de beneficios médicos, sus beneficios de salud y evaluaciones de riesgos para la 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. Aplicamos salvaguardas administrativas, técnicas y físicas para proteger su información de varias maneras, entre las que se incluyen las siguientes:

- Limitar las personas que pueden ver su información
- Limitar la forma en que usamos o divulgamos su información
- Informarle a usted sobre sus derechos legales con respecto a su información
- Capacitar a nuestros empleados sobre nuestros programas y procedimientos de privacidad

¿Cómo usamos y divulgamos su información?

Usamos y le divulgamos su información:

- A usted o alguien que tenga derecho legal a actuar en nombre de usted;
- A la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

Tenemos derecho a usar y divulgar su información de la siguiente manera:

- A un médico, un hospital u otro proveedor de cuidado de la salud, para que usted pueda recibir cuidado médico.
- Para actividades de pago, incluso pagos de reclamaciones por servicios cubiertos proporcionados a usted por los proveedores de cuidado de la salud y por pagos de prima de planes de salud.
- Para actividades operativas del cuidado de la salud, lo que incluye procesar su afiliación, responder sus preguntas, coordinar su cuidado, mejorar la calidad y determinar las primas.
- Para efectuar actividades de evaluación de riesgo. Sin embargo, no utilizaremos los resultados de pruebas genéticas ni haremos preguntas sobre antecedentes familiares.
- Al patrocinador de su plan, para permitirle realizar funciones de administración del plan, como actividades de elegibilidad, afiliación y desafiliación. Podemos compartir información de salud de nivel resumido con el patrocinador de su plan en ciertas situaciones. Por ejemplo, para permitir que el patrocinador de su plan obtenga ofertas de otros planes de salud. Su información médica detallada no se compartirá con el patrocinador de su plan. Le pediremos su autorización o el patrocinador de su plan debe certificar que acuerda mantener la privacidad de su información.
- Para comunicarnos con usted acerca de beneficios o servicios relacionados con la salud, recordatorios de citas o sobre alternativas de tratamiento que podrían ser de su interés. Si ha optado por no participar, no nos pondremos en contacto con usted.
- A sus familiares y amigos si usted no está disponible para comunicarse, como en una emergencia.
- A sus familiares y amigos, o a cualquier otra persona que usted identifique. Esto se aplica siempre que la información se relacione directamente con la participación de estas personas en su cuidado de la salud o el pago de dicho cuidado. Por ejemplo, si un familiar o un cuidador nos llama con conocimiento previo de una reclamación, podemos confirmar si dicha reclamación se recibió y se pagó.
- Para proporcionar información de pago al suscriptor para su justificación ante el Servicio de Impuestos Internos.

- A instituciones de salud pública, si consideramos que existe una amenaza grave para la salud o la seguridad.
- A las autoridades adecuadas si constatan cuestiones de abuso, negligencia o violencia doméstica.
- En respuesta a una orden judicial o administrativa, citación, solicitud de presentación de pruebas u otro procedimiento legal.
- A los efectos de hacer valer la ley, a autoridades militares y de cualquier otra forma que exija la ley.
- Para prestar asistencia en actividades de mitigación de desastres.
- Para programas de cumplimiento y actividades de supervisión de la salud.
- Para cumplir con nuestras obligaciones en virtud de una ley o contrato de compensación laboral.
- Para contrarrestar una amenaza grave e inminente para su salud o seguridad o para la salud y seguridad de otros.
- Para fines de investigación en circunstancias limitadas y siempre que se hayan tomado las medidas adecuadas para proteger su privacidad.
- Para la adquisición, el depósito o el trasplante de órganos, ojos o tejido.
- A médicos forenses, patólogos y directores funerarios.

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

No usaremos ni divulgaremos su información por ninguna razón que no haya sido descrita 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 autorización por escrito:

- La mayoría de los usos y las divulgaciones de notas de psicoterapia
- Para fines de comercialización
- Venta de información médica protegida

¿Qué hacemos con su información cuando ya no es afiliado?

Su información se puede seguir usando para los fines descritos en este aviso.

Esto incluye las instancias en las que no obtiene cobertura a través de nosotros. Después del período de retención legal requerido, destruiremos la información siguiendo procedimientos estrictos para mantener la confidencialidad.

¿Cuáles son mis derechos en relación con mi información?

Nuestro compromiso es responder a su solicitud de derechos de manera oportuna.

- **Acceso:** Usted tiene derecho a revisar y obtener una copia de su información que pueda ser utilizada para tomar decisiones sobre usted. También tiene derecho a recibir un resumen de dicha información de salud. En conformidad con la legislación aplicable, pondremos esta información personal a su disposición o a disposición de su representante designado.
- **Decisión de evaluación de riesgo adversa:** si rechazamos su solicitud de seguro, tiene derecho a que se le proporcione una razón para la denegación.
- **Comunicaciones alternativas:** para evitar una situación que ponga en peligro la vida, tiene derecho a recibir su información de una manera diferente o en un lugar diferente. Nos adaptaremos a su solicitud, si esta es razonable.
- **Modificación:** tiene derecho a solicitar una corrección de cualquiera de estos datos personales mediante su modificación o supresión. En un plazo de 60 días hábiles a partir de la recepción de su solicitud por escrito, le notificaremos nuestra modificación o supresión de la información en conflicto, o nuestra negación a realizar dicha corrección luego de una investigación adicional. Si nos negamos a modificar o suprimir la información en conflicto, usted tiene derecho a presentarnos una declaración por escrito de los motivos de su desacuerdo con nuestra evaluación y de lo que usted considera que es la información correcta. Pondremos dicha declaración a disposición de todas las partes que revisen la información en conflicto. *
- **Divulgación:** tiene derecho a recibir una lista de las instancias en que nosotros o nuestros asociados comerciales hemos divulgado su información. Esto no se aplica al tratamiento, pago, operaciones del plan de salud y ciertas otras actividades. Mantenemos esta información y la ponemos a su disposición durante seis años. Si solicita esta lista más de una vez en un período de 12 meses, podemos cobrarle un cargo razonable sobre la base del costo.
- **Aviso:** tiene derecho a obtener una copia por escrito de este aviso en cualquier momento.
- **Restricción:** tiene derecho a pedir que se limite la forma en que se usa o divulga su información. No estamos obligados a aceptar esas limitaciones, pero si lo hacemos, debemos respetar lo que acordemos. También tiene derecho a aceptar o dar por finalizada una limitación presentada previamente.

*Esto se aplica a los residentes de Massachusetts de conformidad con las reglamentaciones estatales.

Si yo creo que mi privacidad ha sido infringida, ¿qué debo hacer?

Si cree que se ha infringido su privacidad de alguna manera usted puede presentar una queja llamándonos al: 1-866-861-2762 en cualquier momento.

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

Le daremos la dirección regional de la OCR apropiada si lo solicita. Puede enviar su queja por correo electrónico a OCRComplaint@hhs.gov. Si elige presentar una queja, sus beneficios no se verán afectados y no le castigaremos ni tomaremos represalias contra usted de ninguna manera.

Apoyamos su derecho de proteger la privacidad de su información personal y de salud.

Nuestras responsabilidades

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información de salud protegida.
- Le informaremos de inmediato si se produce una infracción que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos cumplir las obligaciones y prácticas de privacidad descritas en este aviso y entregarle una copia de este.
- No usaremos ni compartiremos su información de otra manera que no sea la descrita aquí, a menos que usted nos autorice por escrito. Si nos autoriza, 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 petición del interesado, en nuestra oficina y en nuestro sitio web.

¿Cómo puedo ejercer mis derechos u obtener una copia de este aviso?

Todos sus derechos de privacidad se pueden ejercer a través de los formularios aplicables. Puede obtener cualquiera de los formularios de la siguiente manera:

- Llamándonos al 1-866-861-2762 en cualquier momento
- Visitar nuestro sitio web en es-www.humana.com seleccionando el enlace Privacy Practices (Prácticas de privacidad)
- Enviando el formulario de solicitud completo a:

Humana Inc.
Privacy Office 003/10911
101 E. Main Street
Louisville, KY 40202

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

Como afiliado a LI NET, tiene derecho a que le brindemos diferentes tipos de información.

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

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera del plan.

- **Información sobre su cobertura y las normas que debe cumplir al utilizarla.** En los capítulos 3 y 4 encontrará información sobre la cobertura para medicamentos recetados de la Parte D.
- **Información sobre por qué algo no está cubierto y qué 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 está cubierto o si su cobertura está restringida. El capítulo 7 también proporciona información sobre cómo pedirnos que cambiemos una decisión, también llamada apelación.

Sección 1.5	Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre el cuidado que recibe
--------------------	---

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

A veces, las personas quedan incapacitadas para tomar decisiones sobre el cuidado de la salud por sí mismas debido a accidentes o enfermedades graves. Usted tiene derecho a decir lo que quiere que ocurra si se encuentra en esta situación. Esto significa que, *si lo desea*, puede:

- Completar un formulario por escrito para otorgar a **alguien la autoridad legal para tomar decisiones médicas por usted** en caso de que alguna vez no pueda tomarlas por sí mismo.
- **Dar a sus médicos instrucciones por escrito** sobre cómo quiere que gestionen su cuidado médico si usted no puede tomar decisiones por sí mismo.

Los documentos legales que puede utilizar para dar sus instrucciones por adelantado en estas situaciones se llaman **instrucciones anticipadas**. Hay diferentes tipos de instrucciones anticipadas, que tienen diferentes nombres. Los documentos denominados **testamento en vida** y **poder legal para el cuidado de la salud** son ejemplos de instrucciones anticipadas.

Si desea utilizar una *instrucción anticipada* para dar sus indicaciones, esto es lo que debe hacer:

- **Obtenga el formulario.** Puede obtener un formulario de instrucciones anticipadas de su abogado, de un trabajador social o en algunas tiendas de suministros de oficina. A veces puede obtener formularios de instrucciones anticipadas de organizaciones que ofrecen información sobre Medicare.
- **Llénelo y fírmelo.** Independientemente de dónde obtenga este formulario, tenga en cuenta que se trata de un documento legal. Debería considerar pedirle a un abogado que le ayude a llenarlo.
- **Entregue copias a las personas que corresponda.** Debe entregar una copia del formulario a su médico y a la persona que nombre en el formulario como quien tome decisiones por usted si usted en caso de que no pueda. También puede entregar copias a sus amigos íntimos o familiares. Conserve una copia en su casa.

Si sabe de antemano que se le va a hospitalizar y ha firmado un documento de instrucciones anticipadas, **llévese una copia al hospital.**

- En el hospital le preguntarán si firmó un formulario de instrucción anticipada y si lo tiene con usted.
- Si no firmó un formulario de instrucción anticipada, en el hospital tienen formularios disponibles y le preguntarán si quiere firmar uno.

Recuerde que solo usted tiene la decisión de completar un documento de instrucciones anticipadas (incluso si quiere firmarlo cuando está en el hospital). Según la ley, nadie puede negarle el cuidado ni discriminarle por haber firmado o no un documento de instrucciones anticipadas.

¿Qué ocurre si no se siguen sus instrucciones?

Si usted ha firmado un documento de instrucciones anticipadas y cree que un médico o un hospital no ha seguido las instrucciones que se incluyen allí, 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 figura en el “Anexo A” al reverso de este documento.

Sección 1.6	Tiene derecho a presentar quejas y a pedirnos que reconsideremos decisiones que ya tomamos
--------------------	---

Si tiene algún problema, inquietud o queja y necesita solicitar cobertura o presentar una apelación, en el capítulo 7 de este documento se explica lo que puede hacer. Haga lo que haga (solicitar una decisión de cobertura, presentar una apelación o presentar una queja), **estamos obligados a tratarle de manera justa.**

Sección 1.7	¿Qué puede hacer si cree que no le están tratando de manera justa o que no se están respetando sus derechos?
--------------------	---

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

Si usted cree que no se le ha tratado de manera justa o que no se han respetado sus derechos debido a su raza, discapacidad, religión, sexo, salud, origen étnico, credo (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 o TTY 1-800-537-7697, o llamar a la Oficina de Derechos Civiles local.

¿Se trata de algo más?

Si usted cree que no le han tratado de manera justa o que no se han respetado sus derechos, *y no se trata de un acto de discriminación*, puede obtener ayuda para resolver el problema de las siguientes maneras:

- Puede **llamar a Atención al cliente**.
- Puede **llamar a SHIP**. Para obtener más información, 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 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

Sección 1.8 **Cómo obtener más información sobre sus derechos**

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

- Puede **llamar a Atención al cliente**.
- Puede **llamar a SHIP**. Para obtener más información, consulte el capítulo 2, sección 3.
- Puede contactarse con **Medicare**.
 - Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación *Sus Derechos y Protecciones en Medicare*. (La publicación está disponible en: www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf).
 - O puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

SECCIÓN 2 Algunas responsabilidades que tiene como afiliado al plan

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

- **Familiarícese con los medicamentos cubiertos y las normas que debe seguir para obtenerlos.** Utilice esta Evidencia de cobertura para saber qué medicamentos están cubiertos y qué normas debe seguir para obtenerlos.
 - En los capítulos 3 y 4 encontrará información detallada sobre la cobertura de los medicamentos recetados de la Parte D.
- **Comuníquenos si además de nuestro plan tiene otra cobertura para medicamentos recetados.** En el capítulo 1 le informamos sobre la coordinación de estos beneficios.
- **Informe a su médico y farmacéutico de que está afiliado a nuestro plan.** Muestre su carta de confirmación de afiliación cada vez que adquiera medicamentos recetados de la Parte D.
- **Colabore con sus médicos y otros proveedores para que le ayuden dándoles información, haciéndoles preguntas y haciendo un seguimiento de su cuidado.**
 - Para recibir el mejor cuidado, informe a sus médicos y otros proveedores de salud sobre sus problemas de salud. Siga los planes de tratamiento y las instrucciones que usted y sus médicos acuerden.

Capítulo 6: Sus derechos y responsabilidades

- Asegúrese de que sus médicos conocen todos los medicamentos que está tomando, incluidos los medicamentos de venta sin receta, las vitaminas y los suplementos.
- Si tiene alguna pregunta, asegúrese de consultar hasta obtener la respuesta deseada.
- **Pague lo que debe.** Como afiliado del plan, es responsable de pagar:
 - Para la mayoría de los medicamentos cubiertos por el plan, debe pagar su parte del costo cuando adquiera el medicamento.
- **Si se muda *dentro o fuera* del área de servicio de nuestro plan, necesitamos saberlo** para mantener actualizado su expediente de afiliado y saber cómo ponernos en contacto con usted.
- Si se muda, también es importante que lo comunique al Seguro Social (o a la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios).

CAPÍTULO 7:

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

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Qué hacer si tiene un problema o inquietud
--

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

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

Ambos procesos cuentan con la aprobación de Medicare. Cada proceso tiene un conjunto de reglas, procedimientos y fechas límite que nosotros y usted debemos seguir.

La guía de la sección 3 le ayudará a identificar el proceso adecuado que debe utilizar y lo que debe hacer.

Sección 1.2 ¿Cuáles son los términos legales?

Existen términos legales para algunas de las normas, procedimientos y tipos de fechas límite que se explican en este capítulo. Muchos de estos términos son desconocidos para la mayoría de la gente y pueden resultar difíciles de entender. Para que quede más claro, este capítulo:

- Utiliza palabras más sencillas en lugar de ciertos términos legales. Por ejemplo, este capítulo generalmente dice presentar una queja en lugar de presentar una queja formal, decisión de cobertura en lugar de determinación de cobertura o determinación de riesgo y organización de revisión independiente en lugar de Entidad de Revisión Independiente.
- También utiliza lo menos posible las abreviaturas.

Sin embargo, puede ser útil, y a veces muy importante, que conozca los términos legales correctos. Saber qué términos utilizar le ayudará a comunicarse con mayor precisión para obtener la ayuda o información adecuada a su situación. Para ayudarle a saber qué términos utilizar, incluimos términos legales cuando damos los detalles para manejar tipos específicos de situaciones.

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada

Siempre estamos disponibles para brindarle ayuda. Incluso si tiene alguna queja sobre el trato que le hemos dado, es nuestra obligación respetar su derecho al reclamo. Por lo tanto, siempre debe dirigirse al servicio al cliente para pedir ayuda. También es posible que en algunas situaciones, necesite ayuda u orientación de alguien que no esté relacionado con nosotros. A continuación le indicamos dos entidades que pueden ayudarle.

Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP)

Cada estado tiene un programa gubernamental con asesores capacitados. El programa no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los asesores de este programa pueden ayudarle a entender qué proceso debe utilizar si tiene un problema por resolver. También pueden responder a sus preguntas, darle más información y orientarle sobre lo que debe hacer.

Los servicios de los asesores del Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP) son gratuitos. Encontrará los números de teléfono y las direcciones URL de los sitios web en el “Anexo A”, al final de este documento.

Medicare

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

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

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

Si tiene un problema o una inquietud, solo tiene que leer las partes de este capítulo que correspondan a su situación. La siguiente guía puede serle de ayuda.

¿Su problema o inquietud está relacionado con sus beneficios o cobertura?

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

Sí.

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

No.

Vaya 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 **Guía básica sobre decisiones de cobertura y apelaciones**

Sección 4.1 **Solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: panorama general**

Las decisiones de cobertura y las apelaciones sirven para tratar los problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura de los medicamentos recetados, incluidos los pagos. Es el proceso que debe usar para saber si un medicamento está cubierto o no y la forma en la que está cubierto.

Solicitar decisiones de cobertura antes de recibir los beneficios

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

Tomamos una decisión de cobertura siempre que decidimos qué está cubierto y cuánto pagamos. En algunos casos, podemos decidir que un medicamento no está cubierto o que Medicare ya no lo cubre. Si no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

En circunstancias limitadas, una decisión de cobertura se desestimará, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Por ejemplo, si la solicitud está incompleta, si alguien la presenta en su nombre pero no está legalmente autorizado para ello o si usted pide que se retire su solicitud. Si desestimamos una decisión de cobertura, le enviaremos un aviso explicándole por qué se ha desestimado y cómo solicitar una revisión de la desestimación.

Presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura, antes o después de recibir un beneficio, y usted no está satisfecho, puede *apelar* la decisión. Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hayamos tomado. En determinadas circunstancias que repasaremos más adelante, puede solicitar una *apelación acelerada* o rápida de una decisión de cobertura. Su apelación la tramitarán revisores distintos de los que tomaron la decisión original.

Cuando apela una decisión por primera vez, se denomina apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que tomamos para comprobar si seguimos correctamente las normas. Cuando hayamos terminado la revisión, le comunicaremos nuestra decisión.

En circunstancias limitadas, una solicitud de apelación de Nivel 1 se desestimará, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Por ejemplo, si la solicitud está incompleta, si alguien la presenta en su nombre pero no está legalmente autorizado para ello o si usted pide que se retire su solicitud. Si desestimamos una solicitud de apelación de Nivel 1, le enviaremos un aviso explicándole por qué se ha desestimado y cómo solicitar una revisión de la desestimación.

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

Si no desestimamos su caso pero rechazamos total o parcialmente su apelación de Nivel 1, puede pasar a una apelación de Nivel 2. La apelación de Nivel 2 la lleva a cabo una organización de revisión independiente que no está relacionada con nosotros. En el caso de las apelaciones de medicamentos de la Parte D, si rechazamos total o parcialmente su apelación, deberá solicitar una apelación de Nivel 2. Las apelaciones de la Parte D se tratan con más detalle en la sección 5 de este capítulo. Si no está satisfecho con la decisión tomada en la apelación de Nivel 2, es posible que pueda continuar a través de otros niveles de apelación (en la sección 6 de este capítulo se explican los procesos de apelación de Nivel 3, 4 y 5).

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

Aquí encontrará recursos por si decide solicitar algún tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- **Puede llamar a Atención al cliente.**
- **Puede obtener ayuda gratuita** de su Programa estatal de asistencia en seguros de salud.
- **Su médico u otro profesional que receta puede hacer una solicitud por usted.** En el caso de los medicamentos recetados de la Parte D, su médico u otro profesional que receta pueden solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si se deniega su apelación de Nivel 1, su médico o profesional que receta puede solicitar una apelación de Nivel 2.
- **Puede pedir a alguien que 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 usted desea que un amigo, un familiar u 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). El formulario autoriza a esa persona a actuar en su nombre. Debe estar firmado por usted y por la persona que desea que actúe en su nombre. Deberá darnos una copia del formulario firmado.
 - Aunque podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos iniciar o completar nuestra revisión hasta que lo recibamos. Si no recibimos el formulario dentro de los 44 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud de apelación (nuestra fecha límite para tomar una decisión sobre su apelación), su solicitud de apelación se desestimarán. Si esto ocurre, le enviaremos una notificación por escrito explicándole su derecho a solicitar a la organización de revisión independiente que revise nuestra decisión de desestimar su apelación.
- **También tiene derecho a contratar a un abogado.** Puede ponerse en contacto con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado del colegio de abogados local o de otro servicio referido. También hay grupos que le prestarán servicios legales gratuitos si reúne los requisitos necesarios. Sin embargo, **no está obligado a contratar a un abogado** para solicitar cualquier tipo de decisión de cobertura o 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 Este apartado le indica qué debe hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea que le reembolsemos el importe de un medicamento de la Parte D

Sus beneficios incluyen la cobertura de muchos medicamentos recetados. Para estar cubierto, el medicamento debe utilizarse para una indicación médicamente aceptada. (Para más información sobre una indicación médicamente aceptada, consulte el capítulo 3). Para más detalles sobre los medicamentos de la Parte D, normas, restricciones y costos, consulte los capítulos 3 y 4.

- **Esta sección se refiere únicamente a los medicamentos de la Parte D.** Para simplificar las cosas, generalmente decimos *medicamento* en el resto de esta sección, en lugar de repetir *medicamento recetado cubierto para pacientes ambulatorios* o *medicamento de la Parte D* en cada instancia.
- Si no sabe si un medicamento está cubierto o si cumple las normas, puede preguntarnos. Algunos medicamentos requieren nuestra aprobación antes de cubrirlos.
- Si su farmacia le dice que su receta no puede surtirse como está indicado, la farmacia le dará un aviso por escrito explicándole cómo ponerse en contacto con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.

Decisiones de cobertura y apelaciones de la Parte D

Término legal

Una decisión de cobertura inicial sobre sus medicamentos de la Parte D se llama **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. En esta sección se explica lo que puede hacer si se encuentra en alguna de las siguientes situaciones:

- Solicitar la exención de una restricción en la cobertura del plan para un medicamento (como límites en la cantidad del medicamento que puede obtener). **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 ya compró. **Pedirnos un reembolso. Sección 5.4**

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

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

Esta sección explica cómo pedir decisiones de cobertura y cómo presentar una apelación.

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

Solicitar la eliminación de una restricción de cobertura de un medicamento se denomina a veces solicitar una **excepción de formulario**.

Si un medicamento no está cubierto como a usted le gustaría, puede pedirnos que hagamos una *excepción*. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura.

Para que tengamos en cuenta su solicitud de excepción, su médico u otro profesional que receta tendrá que explicarnos las razones médicas por las que necesita que se apruebe la excepción. En el capítulo 3 se describen las normas o restricciones adicionales que se aplican a determinados medicamentos.

Sección 5.3 Qué debe saber cuando pide una excepción**Su médico debe comunicarnos los motivos**

Su médico u otro profesional que receta debe darnos una declaración que explique las razones médicas para solicitar una excepción. Para que la decisión sea 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 excepción, nuestra aprobación suele ser válida hasta el final del año del plan. Esto se cumple siempre y cuando su médico siga recetándole el medicamento y este siga siendo seguro y eficaz para tratar su afección.
- Si rechazamos su solicitud, puede pedir otra revisión presentando una apelación.

Sección 5.4 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción**Término legal**

Una *decisión de cobertura rápida* se denomina **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 toman dentro de las **72 horas** desde que recibimos la declaración de su médico. Las **decisiones de cobertura rápidas** se toman dentro de las **24 horas** desde que recibimos la declaración de su médico.

Si su salud lo requiere, pídanos una decisión de cobertura rápida. Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir dos requisitos:

- Usted debe solicitar un *medicamento que todavía no recibió*. (No puede solicitar una decisión de cobertura rápida para que le devuelvan el dinero de un medicamento que ya ha comprado).
- Utilizar las fechas límite estándar podría *causar graves daños a su salud o perjudicar su capacidad para desempeñarse*.
- **Si usted su médico u otro profesional que receta nos indica que su salud requiere una decisión de cobertura rápida, se la concederemos automáticamente.**
- **Si usted solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta, sin el apoyo de su médico o profesional que receta, decidiremos si su estado de salud requiere que le demos una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta con lo siguiente:
 - Explicación de que utilizaremos las fechas límite estándar.
 - Explicación de que si su médico u otro profesional que receta solicita la decisión de cobertura rápida, se la concederemos automáticamente.
 - Indicación sobre cómo puede presentar una *queja rápida* sobre nuestra decisión de darle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó. Responderemos a su queja dentro de las 24 horas a partir de la fecha de recepción.

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

Empiece por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o proporcionemos cobertura al 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*, que está disponible en nuestro sitio web. En el capítulo 2 encontrará la información de contacto. Para ayudarnos a tramitar su solicitud, asegúrese de incluir su nombre, datos de contacto e información que identifique la reclamación denegada que está apelando.

Puede hacerlo usted, su médico (o cualquier profesional que receta) o su representante. También puede pedirle a un abogado que actúe en su nombre. En la sección 4 de este capítulo se explica cómo puede autorizar por escrito a otra persona para que actúe como su representante.

- **Si solicita una excepción, proporcione la *declaración de respaldo***, que contiene las razones médicas de la excepción. Su médico u otro profesional que receta puede enviarnos la declaración por fax o por correo. O bien, su médico u otro profesional que receta puede comunicarnos esto por teléfono y hacer un seguimiento enviando por fax o por correo una declaración por escrito si es necesario.

Paso 3: Espere a que analicemos su solicitud y le demos una respuesta.***Fechas límite para una decisión de cobertura rápida***

- Por regla general, debemos darle una respuesta dentro de las **24 horas** a partir de la recepción de su solicitud.
 - En los casos excepcionales, le daremos una respuesta dentro de las 24 horas a partir de la recepción de la declaración del médico. Le daremos una respuesta antes si su estado de salud así lo requiere.
 - Si no cumplimos esta fecha límite, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a una parte o a la totalidad de lo que solicitó**, debemos proporcionarle la cobertura acordada dentro de las 24 horas a partir de la recepción de su solicitud o de la declaración del médico que respalde su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es negativa a una parte o a la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que le explicaremos por qué hemos dicho que no. También le diremos cómo puede apelar.

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

- Por lo general, debemos darle una respuesta **dentro de las 72 horas** a partir de la recepción de su solicitud.
 - En los casos excepcionales, le daremos una respuesta dentro de las 72 horas a partir de la recepción de la declaración del médico. Le daremos una respuesta antes si su estado de salud así lo requiere.
 - Si no cumplimos esta fecha límite, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a una parte o a la totalidad de lo que solicitó**, debemos **proporcionarle la cobertura** acordada **dentro de las 72 horas** a partir de la recepción de su solicitud o de la declaración del médico que respalde su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es negativa a una parte o a la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que le explicaremos por qué hemos dicho que no. También le diremos cómo puede apelar.

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

- Debemos darle nuestra respuesta a más tardar **en 14 días calendario** después de recibir su pedido.
 - Si no cumplimos esta fecha límite, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde la revisará una organización de revisión independiente.

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

- **Si nuestra respuesta es afirmativa a una parte o a la totalidad de lo que solicitó,** también estamos obligados a realizarle el pago dentro de los 14 días calendario a partir de la recepción de su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es negativa a una parte o a la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito en la que le explicaremos por qué hemos dicho que no. También le diremos cómo puede apelar.

Paso 4: Presente una apelación si es que denegamos su solicitud de cobertura.

- Si nuestra respuesta es negativa, tiene derecho a pedirnos que reconsideremos esta decisión presentando una apelación. Esto significa volver a solicitar la cobertura de medicamentos que desea. Si presenta una apelación, 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 un medicamento de la Parte D se denomina **determinación**.

Una *apelación rápida* también se llama **determinación acelerada**.

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

Una apelación estándar suele hacerse en un plazo de 7 días. Una apelación rápida suele hacerse en un plazo de 72 horas. Si su salud lo exige, pida una apelación rápida

- Si está apelando una decisión que hemos tomado sobre un medicamento que todavía no recibió, 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 obtener una *decisión de cobertura rápida* mencionados en la sección 5.4 de este capítulo.

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

- **Para apelaciones estándar, presente una solicitud por escrito.** En el capítulo 2 encontrará la información de contacto.
- **Para apelaciones rápidas, presente su apelación por escrito o llámenos al 1-800-783-1307 TTY: 711.** En el capítulo 2 encontrará la 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. Asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información relativa a su reclamación para ayudarnos a tramitar su solicitud.

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

- **Debe presentar su solicitud de apelación en un plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha de la notificación escrita que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si no cumple esta fecha límite y tiene una buena razón para no hacerlo, explique la razón del retraso cuando presente su apelación. Podemos darle más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de causa justificada pueden ser una enfermedad grave que le haya impedido ponerse en contacto con nosotros o si le hemos proporcionado información incorrecta o incompleta sobre la fecha límite para solicitar una apelación.
- **Puede pedir una copia de la información de su apelación y añadir más datos.** Usted y su médico pueden añadir más información en apoyo de su apelación.

Paso 3: Espere a que analicemos su apelación y le demos una respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, volvemos a examinar detenidamente toda la información sobre su solicitud de cobertura. Comprobamos si cumplimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud.
- Es posible que nos contactemos con usted o con su médico u otro profesional que receta para obtener más información.

Fechas límite para una apelación rápida

- En el caso de las apelaciones rápidas, debemos darle una respuesta **dentro de las 72 horas a partir de la recepción de su apelación**. Le daremos nuestra respuesta más rápido, si su salud nos exige hacerlo.
 - Si no le damos una respuesta dentro de las 72 horas, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde la revisará una organización de revisión independiente. La sección 5.6 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a una parte o a la totalidad de lo que solicitó**, debemos proporcionarle la cobertura acordada dentro de las 72 horas a partir de la recepción de su apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa a una parte o a la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que le explicaremos por qué hemos dicho que no. También le diremos cómo puede apelar.

Fechas límite para una apelación estándar por un medicamento que todavía no recibió

- En el caso de las apelaciones estándar, debemos darle una respuesta **en un plazo de 7 días calendario** a partir de la recepción de su apelación. Le comunicaremos nuestra decisión antes si todavía no ha recibido el medicamento y su estado de salud así lo requiere.
 - Si no le comunicamos la decisión en un plazo de 7 días calendario, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde la revisará una organización de revisión independiente. La sección 5.6 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a una parte o a la totalidad de lo que solicitó**, debemos proporcionarle la cobertura tan pronto como lo requiera su estado de salud, pero en **7 días calendario** como máximo después de recibir su apelación.

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

- **Si nuestra respuesta es negativa a una parte o a la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que le explicaremos por qué hemos dicho que no. También le diremos cómo puede apelar.

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

- Debemos darle nuestra respuesta a más tardar en **14 días calendario** después de recibir su pedido.
 - Si no cumplimos esta fecha límite, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a una parte o a la totalidad de lo que solicitó**, también estamos obligados a realizarle el pago dentro de los 30 días calendario a partir de la recepción de su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es negativa a una parte o a la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que le explicaremos por qué hemos dicho que no. También le diremos cómo puede apelar.

Paso 4: Si nuestra respuesta a su apelación es negativa, usted decide si quiere continuar con el proceso y presentar *otra* apelación.

- Si decide presentar otra apelación, significa que su apelación pasa 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**. A veces se la denomina **IRE**, por sus siglas en inglés.

La **organización de revisión independiente** es una **organización independiente contratada por Medicare**. No está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización decide si la decisión que tomamos es correcta o si debe modificarse. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Usted (su representante, su médico o cualquier profesional que receta) se debe poner en contacto con la organización de revisión independiente y solicitar una revisión de su caso.

- Si rechazamos su apelación de Nivel 1, la notificación escrita 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 presentar esta apelación de Nivel 2, qué fechas límite debe respetar y cómo ponerse en contacto con la organización de revisión. Sin embargo, si no completamos nuestra revisión dentro de las fechas límite aplicables, o tomamos una decisión que no es favorable respecto a la determinación de riesgo según nuestro programa de gestión de medicamentos, remitiremos automáticamente su reclamación a la IRE.

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

- Enviaremos la información que tengamos sobre su apelación a esta organización. Esta información se denomina su **archivo del caso**. **Tiene derecho a pedirnos una copia de su archivo del caso**. Estamos autorizados a cobrarle una tarifa por copiar y enviarle esta información.
- Tiene derecho a facilitar a la organización de revisión independiente información adicional en apoyo de su apelación.

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

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

Fechas límite para una apelación rápida

- Si su salud lo exige, solicite a la organización de revisión independiente una *apelación rápida*.
- Si la organización acepta darle una *apelación rápida*, debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de su solicitud de apelación.

Fechas límite para una apelación estándar

- En el caso de las apelaciones estándar, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 7 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación, si ésta se refiere a un medicamento que todavía no recibió. Si solicita que le reembolsemos el importe de un medicamento que ya compró, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 14 días calendario** posteriores a la recepción de su solicitud.

Paso 3: La organización de revisión independiente le da su respuesta.***En el caso de las apelaciones rápidas:***

- **Si la respuesta de la organización de revisión independiente es afirmativa a una parte o a la totalidad de lo que solicitó**, debemos proporcionar la cobertura de medicamentos aprobada por la organización de revisión **dentro de las 24 horas** posteriores a la recepción de la decisión de la organización de revisión.

En el caso de las apelaciones estándar:

- **Si la respuesta de la organización de revisión independiente es afirmativa a una parte o a la totalidad de su solicitud de cobertura**, debemos **proporcionar la cobertura de medicamentos** aprobada por la organización de revisión **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de la decisión de la organización de revisión.
- **Si la respuesta de la organización de revisión independiente es afirmativa a una parte o a la totalidad de su solicitud de reembolso de un medicamento que ya compró**, **estamos obligados a enviarle el pago dentro de los 30 días calendario posteriores a la recepción de la decisión de la organización de revisión**.

¿Qué ocurre si la respuesta de la organización de revisión a su apelación es negativa?

Si la respuesta de esta organización es negativa a una parte o a la totalidad de su **apelación**, significa que está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud (o parte de ella). (Esto se llama *confirmar la decisión*. También se llama *rechazar su apelación*). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta con lo siguiente:

- Explicación de su decisión.
- Notificación sobre el derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita alcanza un determinado mínimo. Si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita es demasiado bajo, no podrá presentar otra apelación y la decisión del Nivel 2 será definitiva.
- Explicación del valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelación.

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

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelación).
- Si desea pasar al Nivel 3 de apelación, los detalles sobre cómo hacerlo figuran en la notificación escrita que recibe tras la decisión sobre su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 estará a cargo de un juez de derecho administrativo o un abogado. En la sección 6 de este capítulo encontrará más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

SECCIÓN 6 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y a niveles superiores

Sección 6.1 Apelación de Niveles 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 otra de Nivel 2, y ambas fueron rechazadas.

Si el valor del medicamento por el que ha apelado alcanza una determinada cantidad en dólares, es posible que pueda pasar a otros niveles de apelación. Si la cantidad en dólares es inferior, no podrá seguir apelando. La respuesta escrita que reciba a su apelación de Nivel 2 le explicará con quién debe ponerse en contacto y qué debe 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 parecida. A continuación se indica quién se encarga de la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

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

- **Si la respuesta es afirmativa, el proceso de apelación concluye allí.** Debemos autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos aprobada por el juez de derecho administrativo o el abogado adjudicador **dentro de las 72 horas (24 horas en caso de apelación acelerada) o efectuar el pago a más tardar 30 días calendario** después de recibir la decisión.
- **Si el juez de derecho administrativo o el abogado adjudicador rechaza su apelación, el proceso de apelación puede haber finalizado o no.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación habrá finalizado.
 - Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. En el aviso que reciba se le indicará lo que debe hacer para una apelación de Nivel 4.

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

- **Si la respuesta es afirmativa, el proceso de apelación concluye allí.** Debemos autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos aprobada por el Consejo **dentro de las 72 horas (24 horas en caso de apelación acelerada) o efectuar el pago a más tardar 30 días calendario** después de recibir la decisión.
- **Si la respuesta es negativa, el proceso de recurso puede haber finalizado o no.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación habrá finalizado.
 - Si no quiere aceptar la decisión, tiene la posibilidad de pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación o deniega su solicitud de revisión, la notificación le indicará si las normas le permiten pasar al Nivel 5 de apelación. También le indicará con quién debe ponerse en contacto y qué debe hacer a continuación si decide continuar con su apelación.

Apelación de Nivel 5 Un juez del Tribunal Federal de Distrito revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si *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 tipo de problemas se tratan en el proceso de queja?**

El proceso de queja se utiliza *únicamente* para determinados tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad del cuidado, los tiempos de espera y el servicio al cliente. Estos son algunos ejemplos de los tipos de problemas que resuelve el proceso de quejas.

Queja	Ejemplo
Calidad de su cuidado	<ul style="list-style-type: none"> • ¿No está conforme con la calidad del cuidado que recibió?
Respeto por 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 ha sido grosero o le ha faltado al respeto? • ¿No está conforme con nuestra Atención al cliente? • ¿Cree que le están animando a abandonar el plan?
Tiempos de espera	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Tuvo que esperar demasiado a los farmacéuticos? ¿Esperó de manera prolongada a nuestra Atención al cliente u otro personal del plan? <ul style="list-style-type: none"> ○ Los ejemplos incluyen esperar demasiado al teléfono, en la sala de espera 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 obtiene de nosotros	<ul style="list-style-type: none"> • ¿No le dimos el aviso necesario? • ¿Es difícil entender nuestra información escrita?
Puntualidad (todos estos tipos de quejas se refieren a la <i>puntualidad</i> de nuestras acciones ligadas a decisiones de	<p>Si ha solicitado una decisión de cobertura o presentado una apelación y cree que no respondemos con la suficiente rapidez, puede presentar una queja al respecto. Estos son algunos ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Puede presentar una queja si nos solicitó una <i>decisión de cobertura rápida</i> o una <i>apelación rápida</i> y nuestra respuesta fue negativa. • También puede presentar una queja si considera que no estamos cumpliendo los plazos de las decisiones de cobertura o las apelaciones.

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

Queja	Ejemplo
cobertura y apelaciones)	<ul style="list-style-type: none"> • Otra situación en la que puede hacerlo es si considera que no estamos cumpliendo los plazos para cubrirle o reembolsarle determinados medicamentos que fueron aprobados. • También puede hacerlo si considera que no cumplimos las fechas límite para remitir su caso a la organización de revisión independiente.

Sección 7.2 Cómo presentar una queja**Términos legales**

- Una **queja** también se conoce como **queja formal**.
- **Presentar una queja** también se conoce como **presentar una queja formal**.
- **Utilizar el proceso para presentar quejas** también se denomina **utilizar el proceso para presentar una queja formal**.
- Una **queja rápida** también se conoce como **queja formal acelerada**.

Sección 7.3 Paso a paso: Cómo presentar una queja**Paso 1: Póngase en contacto con nosotros de inmediato, por teléfono o por escrito.**

- **Normalmente, el primer paso es llamar a Atención al cliente.** Si tiene que hacer algo más, se lo comunicarán desde Atención al cliente.
- **Si no desea llamar (o llamó y no quedó conforme), puede plasmar su queja por escrito y enviárnosla.** Si presenta su queja por escrito, responderemos a su queja por el mismo medio.

Instrucciones para la presentación de una queja formal Para presentar una queja formal de manera verbal comuníquese con Atención al cliente al 1-800-783-1307 TTY 711.

Para enviar una queja formal por escrito, hágalo a la siguiente dirección:

Limited Income NET Program
P.O. Box 14310
Lexington, KY 40512-4310

Al presentar una queja formal, le pedimos que nos proporcione lo siguiente:

- Nombre
- Dirección
- Número de teléfono
- Número de identificación del afiliado
- Un resumen de la queja y cualquier contacto previo con nosotros que esté relacionado
- La acción que nos solicita

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

- Su firma o la de su representante autorizado y la fecha. Si usted desea que un amigo, un familiar, su médico u 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). El formulario autoriza a esa persona a actuar en su nombre. Debe estar firmado por usted y por la persona que desea que actúe en su nombre. Deberá darnos una copia del formulario firmado.
- La **fecha límite** para presentar una queja es de **60 días calendario** a partir del momento en que tuvo el problema por el que presentó la queja.

Paso 2: Estudiamos su queja y le damos una respuesta.

- **Si es posible, le contestaremos a la brevedad.** Si nos llama para presentar una queja, es posible que podamos contestarle en la misma llamada telefónica.
- **La mayoría de las quejas se contestan en un plazo de 30 días calendario.** Si necesitamos más información y el retraso le es conveniente o si nos pide más tiempo, podríamos tardar hasta 14 días calendario adicionales (en total 44 días calendario) para responder a su queja. Si decidimos tomarnos más días, se lo comunicaremos por escrito.
- **Si presenta una queja porque rechazamos su solicitud para una *decisión de cobertura rápida* o una *apelación rápida*, le concederemos automáticamente una *queja rápida*.** Si tiene una *queja rápida*, le daremos una respuesta **dentro de las 24 horas**.
- **Si no estamos de acuerdo** con una parte o la totalidad de su queja o no asumimos la responsabilidad del problema por el que se queja, incluiremos nuestras razones cuando le proporcionemos la respuesta.

Sección 7.4 También puede presentar quejas sobre la calidad del cuidado a la Organización para el mejoramiento de la calidad

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

- **Puede presentar su queja directamente a la Organización para el mejoramiento de la calidad.** La Organización para el mejoramiento de la calidad es un grupo de médicos y otros expertos en el cuidado de la salud que están financiados por el gobierno federal para revisar y mejorar el cuidado que se da a los pacientes de Medicare. En el capítulo 2 encontrará la información de contacto.

O bien

- **Puede presentar su queja en simultáneo a la Organización para el mejoramiento de la calidad y a nosotros.**

Sección 7.5 También puede hablar con Medicare sobre su queja

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

CAPÍTULO 8:

Finalización de 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** (por decisión propia) o **involuntaria** (por decisión de terceros):

- Puede abandonar nuestro plan si tomó la decisión de que *quiere* dejarlo. En las secciones 2 y 3 encontrará información sobre cómo finalizar su afiliación de forma voluntaria.
- También hay situaciones limitadas en las que estamos obligados a finalizar su afiliación. En la sección 5 le informamos sobre las situaciones en las que debemos finalizar su afiliación.

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

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

Puede terminar su afiliación a nuestro plan llamando a Atención al cliente al 1-800-783-1307, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 7 p.m., hora del este. TTY 711. Tenga en cuenta que una vez terminada su afiliación, Medicare dejará de pagar sus medicamentos hasta que se afilie en otro plan de medicamentos recetados de Medicare.

SECCIÓN 3 Hasta que finalice su afiliación, deberá seguir obteniendo sus medicamentos a través de nuestro plan

Hasta que finalice su afiliación y comience su nueva cobertura de Medicare, deberá seguir obteniendo 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 ciertas situaciones

Sección 4.1 ¿En qué ocasiones debemos finalizar su afiliación al plan?

LI NET debe finalizar su afiliación al plan si se produce alguna de las siguientes situaciones:

- Si ya no tiene la Parte A o la Parte B de Medicare (o ambas).
- Si se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si está fuera de nuestra área de servicio durante más de 12 meses.
 - Si se muda o realiza un viaje largo, llame a Atención al cliente para averiguar si el lugar al que se muda o viaja está dentro del área de cobertura de nuestro plan.

- Si le encarcelan (va a prisión).
- Si ya no es ciudadano de los Estados Unidos o no se encuentra legalmente en los Estados Unidos.
- Si miente u oculta información sobre otro seguro que tenga y que ofrezca cobertura para medicamentos recetados.
- Si nos da información incorrecta intencionalmente al inscribirse en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad. (No podemos obligarle a abandonar nuestro plan por este motivo a menos que obtengamos antes el permiso de Medicare).
- Si se comporta continuamente de forma perturbadora y nos dificulta su cuidado y el de otros miembros de nuestro plan. (No podemos obligarle a abandonar nuestro plan por este motivo a menos que obtengamos antes el permiso de Medicare).
- Si deja que otra persona utilice su carta de confirmación de afiliación para obtener medicamentos recetados. (No podemos obligarle a abandonar nuestro plan por este motivo a menos que obtengamos antes el permiso de Medicare).
 - Si finalizamos su afiliación por este motivo, Medicare puede hacer que el inspector general investigue su caso.

¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene alguna pregunta o desea más información sobre en qué ocasiones podemos finalizar su afiliación, llame a Atención al cliente.

Sección 4.2	<u>No podemos</u> pedirle que abandone 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 debe hacer si esto sucede?

Si cree que le están pidiendo que abandone nuestro plan por un motivo relacionado con su salud, llame 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	Tiene derecho a presentar una queja si terminamos su afiliación a nuestro plan
--------------------	---

Si terminamos su participación en nuestro plan, debemos enviarle por escrito nuestros motivos. También debemos explicarle cómo puede presentar una queja formal o una queja 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 este documento de *Evidencia de cobertura* es el Título XVIII de la Ley de Seguro Social y los reglamentos creados bajo dicha ley por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, o CMS. Además, pueden aplicarse otras leyes federales y, en determinadas circunstancias, las leyes del estado en el que vive. Esto puede tener un impacto en sus derechos y responsabilidades aunque las leyes no estén incluidas o explicadas en este documento.

SECCIÓN 2 Aviso sobre la no discriminación

No discriminamos por motivos de raza, origen étnico, origen nacional, color, religión, sexo, género, edad, orientación sexual, discapacidad mental o física, estado de salud, experiencia en reclamos, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que proporcionan planes de medicamentos recetados de Medicare, como nuestro plan, deben obedecer las leyes federales contra la discriminación, incluido el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, la sección 1557 de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio, todas las demás leyes que se aplican a las organizaciones que obtienen financiación federal y cualquier otra ley y norma que se aplique por cualquier otro motivo.

Si desea más información o tiene inquietudes relacionadas a 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 alguna discapacidad y necesita ayuda para acceder al cuidado, llame a Atención al cliente. Si tiene alguna queja, como un problema con el acceso en silla de ruedas, el Departamento de Atención al Cliente puede ayudarle.

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 para los que Medicare no es el pagador principal. De acuerdo con las regulaciones de los CMS como figuran en el Título 42 del Código Federal de Regulaciones (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 bajo las regulaciones de los CMS, como se menciona en las subsecciones B a D de la parte 411 del Título 42 del CFR. Además, las reglas establecidas en esta sección reemplazan cualquier ley estatal.

SECCIÓN 4 Avisos adicionales sobre subrogación (recuperación de un tercero)

Nuestro derecho a recuperar el pago.

Si pagamos una reclamación por usted, tenemos derechos de subrogación. Esta es una cláusula de seguro muy común que significa que tenemos derecho a recuperar la cantidad que pagamos por su reclamación de cualquier pagador externo que sea responsable de los gastos médicos o beneficios relacionados con su lesión, enfermedad o afección.

Usted nos cede su derecho a entablar acciones legales contra cualquier pagador externo responsable, y se compromete a:

1. proporcionar toda la información pertinente que le solicitemos; y
2. participar en cualquier fase de la acción legal, como la presentación de pruebas, las declaraciones y el testimonio en juicio, si es necesario.

Si no coopera con nosotros o nuestros representantes, o hace algo que interfiera con nuestros derechos, podemos entablar acciones legales contra usted. También se compromete a no ceder su derecho a entablar acciones legales a terceros sin nuestro consentimiento por escrito.

Nuestro derecho de reembolso

También tenemos derecho a que se nos reembolse si un tercero responsable le paga a usted directamente. Si recibe alguna cantidad en concepto de sentencia, acuerdo u otro pago de un pagador externo, debe reembolsárnosla de inmediato, hasta el monto que hayamos pagado por su reclamación.

Nuestros derechos tienen prioridad

Nuestros derechos de recuperación y reembolso tienen prioridad por sobre otras reclamaciones, y no se verán afectados por ninguna doctrina equitativa. Esto significa que tenemos derecho a recuperar la cantidad que pagamos, incluso cuando el pagador externo responsable no lo haya compensado por todos los gastos relacionados con su lesión o enfermedad. Si no está de acuerdo con nuestros esfuerzos por recuperar el pago, tiene derecho a apelar, como se explica en el capítulo 7.

No estamos obligados a solicitar el reembolso ni a entablar acciones legales contra un pagador externo, ni en beneficio propio ni en el suyo. Nuestros derechos según la ley de Medicare y esta *Evidencia de cobertura* no se verán afectados si no participamos en una acción legal relacionada con su lesión, enfermedad o afección que usted entable.

SECCIÓN 5 Aviso sobre la coordinación de beneficios

¿Por qué necesitamos saber si tiene otra cobertura?

Coordinamos los beneficios de acuerdo con las normas del pagador secundario de Medicare, que nos permiten facturar, o autorizar a un proveedor de servicios a facturar, a otras compañías de seguro médico, planes, pólizas, empleadores u otras entidades cuando el otro pagador es responsable del pago de los servicios que se le han prestado. Asimismo, estamos autorizados a cobrarle o facturarle las cantidades que el otro pagador ya le haya abonado por dichos servicios. Tendremos todos los derechos reconocidos al programa Medicare en virtud de las normas de pagador secundario de Medicare.

¿Quién paga primero cuando usted tiene otra cobertura?

Si tiene una cobertura adicional, la forma de coordinarla dependerá de su situación. Con la coordinación de beneficios, a menudo recibirá el cuidado habitual a través de los proveedores de nuestro plan, y el otro u otros planes que tenga simplemente le ayudarán a pagar el cuidado que reciba. Si tiene una cobertura de salud grupal, puede aprovechar al máximo los beneficios de los que dispone si recurre a proveedores que participen en su plan de grupo y en nuestro plan. En otras situaciones, como en el caso de los beneficios que no están cubiertos por nuestro plan, es posible que reciba el cuidado fuera de nuestro plan.

Planes de salud grupales para empleadores y organizaciones de empleados

A veces, un plan de salud grupal debe proporcionarle beneficios de salud antes de que nosotros se los proporcionemos. Este se produce si:

- Usted tiene cobertura en virtud 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;
- El empleador tiene veinte (20) o más empleados (según lo determinan las normas de Medicare); y
- Usted no está cubierto por Medicare debido a una discapacidad o a una enfermedad renal en etapa terminal (ESRD, por sus siglas en inglés).

Si el empleador tiene menos de veinte (20) empleados, por lo general le proporcionaremos sus beneficios de salud primarios. Si tiene cobertura de jubilado en virtud de un plan de salud grupal, ya sea directamente o a través de su esposo/a, por lo general le proporcionaremos los beneficios de salud primarios. Se aplican normas especiales si padece o desarrolla una enfermedad renal en etapa terminal (ESRD, por sus siglas en inglés).

Planes de salud grupales para empleadores y organizaciones de empleados para personas discapacitadas

Capítulo 9: Avisos legales

Si tiene cobertura de un plan de salud grupal y tiene Medicare porque tiene una discapacidad, por lo general le proporcionaremos los beneficios de salud primarios. Este se produce si:

- Usted tiene menos de 65 años de edad;
- Usted no tiene ESRD; y
- Usted no tiene cobertura directamente o a través de su esposo/a bajo un plan de salud para grandes grupos.

Un plan de salud para grandes grupos es un plan de salud ofrecido por un empleador con 100 o más empleados, o por un empleador que forma parte de un plan de empleador múltiple en el que cualquier empleador que participe en el plan tiene 100 o más empleados. Si tiene cobertura de un plan de salud para grandes grupos, ya sea directamente o a través de su esposo/a, su plan de salud para grandes grupos debe proporcionarle beneficios de salud antes de que nosotros se los proporcionemos. Este se produce si:

- Usted no tiene ESRD; y
- Usted tiene menos de 65 años y tiene Medicare basado en una discapacidad.

En estos casos, solo le proporcionaremos los beneficios no cubiertos por el plan del empleador para grandes grupos. Se aplican normas especiales si padece o desarrolla ESRD.

Planes de salud grupales para empleadores y organizaciones de empleados para personas con enfermedad renal en etapa terminal (ESRD)

Si es o pasa a ser elegible para Medicare debido a ESRD y tiene cobertura en virtud de un plan de salud grupal de un empleador u organización de empleados, ya sea directamente o a través de su esposo/a, su plan de salud grupal es responsable de proporcionarle beneficios de salud primarios durante los primeros treinta (30) meses después de que pase a ser elegible para Medicare debido a su ESRD. Le proporcionaremos una cobertura secundaria durante este período y le proporcionaremos una cobertura primaria a partir de ese momento. Si ya está afiliado a Medicare por edad o discapacidad cuando padece una ESRD, le proporcionaremos cobertura primaria.

Seguro de compensación para trabajadores y programas similares

Si sufrió una enfermedad o lesión relacionada con el trabajo y tiene derecho a los beneficios de compensación para trabajadores, esta debe proporcionar primero sus beneficios para cualquier costo de cuidado de la salud relacionado con su enfermedad o lesión relacionada con el trabajo antes de que le proporcionemos cualquier beneficio en virtud de esta *Evidencia de cobertura* por servicios prestados en relación con su enfermedad o lesión relacionada con el trabajo.

Accidentes y lesiones

Las normas del pagador secundario de Medicare corresponden si sufrió un accidente o una lesión. Si dispone de los beneficios de la cobertura “Med Pay”, sin determinación de culpabilidad, de

Capítulo 9: Avisos legales

automóviles, de accidentes o de responsabilidad civil, esta cobertura “Med Pay” debe proporcionar primero sus beneficios para cualquier costo de cuidado de la salud relacionado con el accidente o lesión antes de que nosotros lo hagamos por el mismo motivo.

Las reclamaciones de seguros de responsabilidad civil no suelen resolverse con prontitud. Podemos efectuar pagos condicionales mientras esté pendiente la reclamación de responsabilidad civil. Asimismo, podemos recibir una reclamación y no saber que está pendiente una reclamación de responsabilidad civil o de otro tipo. En estas situaciones, nuestros pagos son condicionales. Debemos recibir el reembolso de los pagos condicionales cuando se reciba el pago del seguro o de la responsabilidad civil.

Si usted recupera de un pagador externo gastos médicos, tenemos derecho a recuperar los pagos que hayamos efectuado sin tener en cuenta las estipulaciones de cualquier acuerdo de conciliación. No se tendrán en cuenta las estipulaciones de que el acuerdo no incluye daños y perjuicios por gastos médicos. Reconoceremos las asignaciones de pagos de responsabilidad a pérdidas no médicas solo cuando el pago se base en una orden judicial sobre el fondo del caso. No solicitaremos el reembolso de ninguna parte de un fallo que el tribunal haya designado adecuadamente como pago por pérdidas distintas de los servicios médicos (por ejemplo, pérdidas materiales).

Cuando proporcionemos beneficios en forma de servicios, tendremos derecho al reembolso sobre la base del valor razonable de los beneficios proporcionados.

No duplicación de beneficios

No duplicaremos ningún beneficio o pago que usted reciba en virtud de cualquier cobertura de automóvil, accidente, responsabilidad civil o de otro tipo. Usted se compromete a notificarnos cuando disponga de dicha cobertura, y es su responsabilidad tomar las medidas necesarias para recibir beneficios o pagos en virtud de dicha cobertura de automóvil, accidente, responsabilidad civil u otra cobertura. Podemos solicitar el reembolso del valor razonable de cualquier beneficio que hayamos proporcionado en caso de que hayamos duplicado los beneficios a los que tiene derecho en virtud de dicha cobertura. Es su obligación cooperar con nosotros para obtener el pago de cualquier cobertura de automóvil, accidente o responsabilidad civil u otra compañía de seguro médico.

Si le proporcionamos beneficios antes que cualquier otro tipo de cobertura médica que pueda tener, podemos solicitar la recuperación de esos beneficios de acuerdo con las normas del pagador secundario de Medicare. Consulte también la sección 4 de este capítulo, Avisos adicionales sobre subrogación (recuperación de un tercero) para obtener más información sobre nuestros derechos de recuperación.

Más información

Este es solo un breve resumen. El hecho de que paguemos primeros o segundos, o no paguemos en absoluto, depende del tipo de seguro adicional que tenga y de las normas de Medicare que correspondan a su situación. Para más información, consulte el folleto publicado por el gobierno titulado “*Medicare y otros beneficios sanitarios: Su guía sobre quién paga primero*”. Es la publicación de los CMS n.º 02179. Asegúrese de consultar la versión más reciente. Otros detalles se explican en las normas del pagador secundario de Medicare, como la forma en que debe

Capítulo 9: Avisos legales

determinarse el número de personas empleadas por un empleador a efectos de las normas de coordinación de beneficios. Las normas se publican en el *Código de Reglamentos Federales*.

Derechos de apelación

Si no está de acuerdo con alguna decisión o acción de nuestro plan en relación con la coordinación de beneficios y las normas de pago descritas anteriormente, debe seguir los procedimientos explicados en el capítulo 7 *Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)* en esta *Evidencia de cobertura*.

CAPÍTULO 10:

Definiciones de términos importantes

Capítulo 10: Definiciones de términos importantes

Afiliado (afiliado de nuestro plan o afiliado del plan): persona con Medicare que reúne los requisitos para recibir los servicios cubiertos, que se ha afiliado en nuestro plan y cuya afiliación ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés).

Apelación: una apelación es algo que usted hace si no está de acuerdo con nuestra decisión de denegar una solicitud de cobertura de medicamentos recetados o el pago de medicamentos que ya recibió.

Área de servicio: área geográfica en la que debe residir para afiliarse a un determinado plan de medicamentos recetados. El plan puede desafiliarle si se muda permanentemente fuera del área de servicio del plan.

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

Autorización previa: aprobación por adelantado para obtener determinados medicamentos.

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

Cantidad de ajuste mensual relacionada con los ingresos (IRMAA, por sus siglas en inglés): si sus ingresos brutos ajustados modificados, tal y como figuran en su declaración de ingresos del Servicio de Rentas Internas (IRS, por sus siglas en inglés) de hace 2 años, superan una determinada cantidad, pagará la cantidad de la prima estándar y una Cantidad de ajuste mensual relacionada con los ingresos, también conocida como IRMAA. La IRMAA es un cargo adicional que se agrega a la prima. Menos del 5% de las personas con Medicare se ven afectadas, por lo que la mayoría no pagará una prima más alta.

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

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

Cobertura válida para medicamentos recetados: cobertura de medicamentos recetados (por ejemplo, de un empleador o sindicato) que se espera que pague, de media, al menos tanto como la cobertura para medicamentos recetados estándar de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura cuando reúnen los requisitos para Medicare generalmente pueden mantenerla sin pagar una multa si deciden afiliarse en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare más adelante.

Copago: cantidad estimada que puede tener que pagar como parte del costo de un medicamento recetado. Un copago es una cantidad fija (por ejemplo, \$10), en lugar de un porcentaje.

Coseguro: cantidad estimada que puede llegar a pagar, expresada en un porcentaje (por ejemplo, el 20%), como parte del costo de los medicamentos recetados.

Capítulo 10: Definiciones de términos importantes

Costos compartidos: los costos compartidos hacen referencia a las cantidades que el afiliado tiene que pagar cuando recibe medicamentos. Los costos compartidos incluyen cualquier combinación de los tres tipos de pagos a continuación: (1) cualquier cantidad deducible que un plan pueda imponer antes de que los medicamentos estén cubiertos; (2) cualquier cantidad fija de *copago* que un plan exija cuando se recibe un medicamento específico; o (3) cualquier cantidad de *coseguro*, un porcentaje de la cantidad total pagada por un medicamento, que un plan exija cuando se recibe un medicamento específico.

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

Desafiliarse o desafiliación: proceso por el que finaliza su afiliación a nuestro plan.

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

Emergencia: por emergencia médica se entiende que usted, o cualquier otra persona prudente con conocimientos promedio de salud y medicina, considera que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar perder la vida (y si es una mujer embarazada, perder un feto), perder una extremidad o su función, o perder o sufrir deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección 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 acreditadas en su nombre) hayan gastado **\$8,000** en medicamentos cubiertos de la Parte D durante el año cubierto. Durante esta etapa de pago, el plan abona el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no paga nada.

Etapas de cobertura inicial: etapa anterior a que sus gastos de desembolso personal para el año alcancen los **\$8,000**.

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 donde se explique su cobertura, lo que debemos hacer, sus derechos y lo que tiene que hacer como afiliado de nuestro plan.

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

Capítulo 10: Definiciones de términos importantes

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

Indicación médicamente aceptada: uso de un medicamento aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o respaldado por determinados libros de referencia.

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

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

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

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

Medicamento de marca: medicamento recetado fabricado y vendido por la empresa farmacéutica que lo investigó y desarrolló originalmente. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de principio activo que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otros fabricantes de medicamentos y, por lo general, no están disponibles hasta que ha caducado la patente del medicamento de marca.

Medicamento genérico: medicamento recetado aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) que contiene los mismos principios activos que el medicamento de marca. Generalmente, un medicamento *genérico* funciona igual que un medicamento de marca y suele costar menos.

Medicamentos cubiertos: término que utilizamos 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 todos los medicamentos de la Parte D o no. El Congreso excluyó la cobertura de ciertas categorías de medicamentos como medicamentos de la Parte D.

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 con enfermedad renal en etapa terminal (en general, aquellas con insuficiencia renal permanente que necesitan diálisis o un trasplante de riñón).

Capítulo 10: Definiciones de términos importantes

Multa por afiliación tardía de la Parte D: una cantidad que se añade a su prima mensual para la cobertura de medicamentos de Medicare si se queda sin cobertura válida (cobertura que se espera que pague, de media, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare) durante un periodo continuado de 63 días o más después de ser elegible por primera vez para inscribirse en un plan de la Parte D.

Nivel de costos compartidos: cada medicamento de la lista de medicamentos cubiertos se encuentra en uno de los dos niveles de costos compartidos. En general, cuanto más alto sea el nivel de costos compartidos, mayor será el costo que usted paga por el medicamento.

Organización para el mejoramiento de la calidad (QIO): grupo de médicos y otros expertos en el cuidado de la salud que están financiados por el gobierno federal para revisar y mejorar el cuidado que se da a los pacientes de Medicare.

Original Medicare (*Medicare tradicional o Medicare de cargo por servicio*): Original Medicare que ofrece el gobierno y no un plan de salud privado como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos recetados. En Original Medicare, los servicios de Medicare están cubiertos mediante el pago a médicos, hospitales y otros proveedores de cuidado de la salud de cantidades establecidas por el Congreso. Puede visitar a cualquier médico, hospital o proveedor de cuidado de la salud que acepte Medicare. Debe pagar el deducible. Medicare paga su parte de la cantidad aprobada por Medicare y usted paga la suya. Medicare Original tiene dos partes: La Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico) y está disponible en todos los Estados Unidos.

Parte C: consulte el plan Medicare Advantage (MA).

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

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

Período especial de inscripción: período establecido en el que los afiliados pueden cambiar de plan de salud o de medicamentos o volver a Original Medicare. Las situaciones en las que puede ser elegible para un Período especial de inscripción incluyen: mudarse fuera del área de servicio, estar recibiendo “Ayuda Adicional” con los costos de sus medicamentos recetados, mudarse a un hogar de ancianos o violación de nuestro contrato con usted.

Plan de salud de Medicare: plan de salud de Medicare ofrecido por una empresa privada que tiene un contrato con Medicare para proporcionar los beneficios de la Parte A y la Parte B a las personas con Medicare que se afilian en el plan. Este término incluye todos los planes Medicare Advantage, los planes de costos de Medicare, los planes de necesidades especiales, los programas piloto/de demostración y los programas de cuidado integral para personas mayores (PACE, por sus siglas en inglés).

Plan Medicare Advantage (MA, por sus siglas en inglés): a veces denominado Parte C de Medicare. Plan ofrecido por una empresa privada que tiene un contrato con Medicare para

Capítulo 10: Definiciones de términos importantes

proporcionarle todos los beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare. Un plan Medicare Advantage puede ser una i) Organización para el mantenimiento de la salud (HMO, por sus siglas en inglés), ii) Organización de proveedores preferidos (PPO, por sus siglas en inglés), iii) un plan privado de cargo por servicio (PFFS, por sus siglas en inglés) iv) o un plan de cuenta de ahorros médicos de Medicare (MSA, por sus siglas en inglés). Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan Medicare Advantage HMO o PPO 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 denominan **planes Medicare Advantage con cobertura para medicamentos recetados**.

Póliza Medigap (seguro suplementario de Medicare): seguro suplementario de Medicare vendido por compañías de seguros privadas para cubrir **lo que falta** en Original Medicare. Las pólizas Medigap solo funcionan con Original Medicare. (Un plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

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

Programa de Medicare de descuentos durante el período sin cobertura: programa que ofrece descuentos en la mayoría de los medicamentos de marca cubiertos de la Parte D a los afiliados de la Parte D que han alcanzado la Etapa de período sin cobertura y que aún no reciben “Ayuda Adicional”. Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y determinados fabricantes de medicamentos.

Queja formal: tipo de queja que usted presenta sobre nuestro plan, proveedores o farmacias, que incluye una queja relativa a la calidad de su cuidado. No incluye disputas sobre cobertura o pagos.

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

Servicios cubiertos por Medicare: servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. El término servicios cubiertos por Medicare no incluye los beneficios adicionales como los oftalmológicos, dentales o auditivos que puede ofrecer un plan Medicare Advantage.

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

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

Capítulo 10: Definiciones de términos importantes

Tarifa diaria de costos compartidos: puede aplicarse una *tarifa diaria de costos compartidos* cuando su médico le receta un suministro para menos de un mes completo de determinados medicamentos y usted debe abonar un copago. La tarifa diaria de costos compartidos es el copago dividido por el número de días de un mes de suministro. He aquí un ejemplo: Si el copago por el suministro de un medicamento para un mes es de \$30, y el suministro para un mes en su plan es de 30 días, entonces su *tarifa diaria de costos compartidos* es de \$1 por día.

Terapia por fases: herramienta de utilización que le exige que pruebe primero otro medicamento para tratar su afección médica antes de que cubramos el medicamento que su médico pueda haberle recetado inicialmente.

Anexo A

Información de contacto de la agencia estatal

Información de contacto de la agencia estatal

En esta sección encontrará la información de contacto de los organismos estatales a los que se hace referencia en el capítulo 2 y en otros apartados de esta Evidencia de cobertura. Si tiene problemas para encontrar la información que busca, comuníquese con Atención al cliente al número de teléfono que aparece 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	KEPRO 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	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 farmacéutica	No se aplica
Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA	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 la agencia estatal

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) (línea gratuita) https://dhss.alaska.gov/pages/default.aspx
Organización para el mejoramiento de la calidad	KEPRO 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	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 farmacéutica	No se aplica
Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA	Alaskan AIDS Assistance Association 1057 W. Fireweed Lane, Ste 102 Anchorage, AK 99503 1-800-478-2437 1-907-263-2051 (fax) http://www.alaskanaims.org/index.php/client-services/adap

Anexo A Información de contacto de la agencia estatal

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 (línea gratuita) (en español según 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 (línea en español) http://www.azahcccs.gov/
Programas estatales de asistencia farmacéutica	No se aplica
Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA	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 la agencia estatal

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	KEPRO 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 farmacéutica	No se aplica
Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA	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) https://www.healthy.arkansas.gov/programs-services/topics/ryan-white-program

Anexo A Información de contacto de la agencia estatal

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) http://www.aging.ca.gov/HICAP/
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 farmacéutica	No se aplica
Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA	Aids Drug Assistance Program 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 la agencia estatal

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	KEPRO 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) 1570 Grant Street Denver, CO 80203-1818 1-800-221-3943 (línea gratuita) 1-303-866-2993 (local) 1-303-866-4411 (fax) 711 (TTY) https://www.colorado.gov/hcpf
Programas estatales de asistencia farmacéutica	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	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 la agencia estatal

Connecticut	
Nombre del SHIP e información de contacto	<p>CHOICES 55 Farmington Avenue Hartford, CT 06105-3730 1-800-537-2549 (línea gratuita) 1-860-424-5055 1-860-247-0775 (TTY) 1-860-424-4852 (fax) https://portal.ct.gov/ADS-CHOICES</p>
Organización para el mejoramiento de la calidad	<p>KEPRO 5201 W. Kennedy Blvd. Suite 900 Tampa, FL 33609 1-888-319-8452 711 (TTY) 1-844-878-7921 (Fax) https://www.keproqio.com/</p>
Oficina estatal de Medicaid	<p>HUSKY Health Connecticut 55 Farmington Avenue Hartford, CT 06105-3730 1-855-626-6632 (línea gratuita) 1-860-424-4908 (local) 1-800-842-4524 (TTY) http://www.ct.gov/dss/site/default.asp</p>
Programas estatales de asistencia farmacéutica	<p>Connecticut Pharmaceutical Assistance Contract to the Elderly and Disabled Program (PACE) P.O. Box 5011 Hartford, CT 06102 1-855-481-6777 (línea gratuita) 1-860-269-2029 (local) https://www.payingforseniorcare.com/prescription-drugs/assistance-for-the-elderly.html</p>
Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA	<p>Connecticut AIDS Drug Assistance Program (CADAP) No hay dirección física para el programa ADAP, administrado por MagellanRx en representación del 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>

Anexo A Información de contacto de la agencia estatal

Delaware	
Nombre del SHIP e información de contacto	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/
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/medicaid.html
Programas estatales de asistencia farmacéutica	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	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

Anexo A Información de contacto de la agencia estatal

Distrito de 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
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 farmacéutica	No se aplica
Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA	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 del ADAP de DC) https://dchealth.dc.gov/DC-ADAP

Anexo A Información de contacto de la agencia estatal

Florida	
Nombre del SHIP e información de contacto	Serving Health Insurance Needs of Elders (SHINE) 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 (español) http://www.floridaSHINE.org
Organización para el mejoramiento de la calidad	KEPRO 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/Medicaid/index.shtml
Programas estatales de asistencia farmacéutica	No se aplica
Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA	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) (línea en español) 1-800-2437-101 (1-800-AIDS-101) (línea en lengua criolla) 1-888-503-7118 (TTY) http://www.floridahealth.gov/diseases-and-conditions/aids/adap/index.html

Anexo A Información de contacto de la agencia estatal

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
Organización para el mejoramiento de la calidad	KEPRO 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 farmacéutica	No se aplica
Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA	Georgia AIDS Drug Assistance Program (ADAP) Georgia Department of Public Health, Health Protection, Office of HIV/AIDS 2 Peachtree St, NW Atlanta, GA 30303 1-404-656-9805 https://dph.georgia.gov/hiv-care/aids-drug-assistance-program-adap

Anexo A Información de contacto de la agencia estatal

Hawái	
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/
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 (línea en español) http://www.med-quest.us/
Programas estatales de asistencia farmacéutica	No se aplica
Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA	HIV Medical Management Services Harm Reduction Services Branch 728 Sunset Avenue Honolulu, HI 96816 1-808-733-9360 https://health.hawaii.gov/harmreduction/about-us/hiv-programs/hiv-medical-management-services/

Anexo A Información de contacto de la agencia estatal

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	KEPRO 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/
Programas estatales de asistencia farmacéutica	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	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

Anexo A Información de contacto de la agencia estatal

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 farmacéutica	No se aplica
Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA	Ryan White CARE and HOPWA Services Illinois Medication Assistance Program 525 West Jefferson Street, 1 st 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

Anexo A Información de contacto de la agencia estatal

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 gratuita TTY) 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 farmacéutica	Hoosier RX P.O. Box 6224 Indianapolis, IN 46206 1-866-267-4679 (línea gratuita) 1-317-234-1381 (local) https://www.in.gov/medicaid/members/member-programs/hoosierx/
Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA	Indiana AIDS Drug Assistance Program Indiana State Department of Health, HIV/STD Viral Hepatitis Division 2 N Meridian St. Suite 6C Indianapolis, IN 46204 1-866-588-4948 http://www.in.gov/isdh/17740.htm

Anexo A Información de contacto de la agencia estatal

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 gratuita TTY) 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 1-888-755-5580 1-888-985-9295 (TTY) 1-855-694-2929 (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 farmacéutica	No se aplica
Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA	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 la agencia estatal

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 1-888-755-5580 1-888-985-9295 (TTY) 1-855-694-2929 (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 farmacéutica	No se aplica
Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA	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 la agencia estatal

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	KEPRO 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) https://chfs.ky.gov/agencies/dms/Pages/default.aspx
Programas estatales de asistencia farmacéutica	No se aplica
Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA	Kentucky HIV/AIDS Care Coordinator Program (KHCCP) Kentucky Cabinet for Public Health and Family Services 275 East Main Street HS2E-C Frankfort, KY 40621 1-866-510-0005 1-877-353-9380 (fax) https://chfs.ky.gov/agencies/dph/dehp/hab/Pages/services.aspx

Anexo A Información de contacto de la agencia estatal

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.lidi.la.gov/SHIIP/
Organización para el mejoramiento de la calidad	KEPRO 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	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 farmacéutica	No se aplica
Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA	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 la agencia estatal

Maine	
Nombre del SHIP e información de contacto	Maine State Health Insurance Assistance Program (SHIP) 109 Capitol Street 11 State House Station Augusta, ME 04333 1-800-262-2232 (línea gratuita) Maine relay 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	KEPRO 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	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 farmacéutica	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
Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA	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

Anexo A Información de contacto de la agencia estatal

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 (llamadas 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 farmacéutica	Maryland Senior Prescription Drug Assistance Program Maryland SPDAP c/o Pool Administrators 628 Hebron Avenue Suite 100 Glastonbury, CT 06033 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
Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA	Maryland AIDS Drug Assistance Program 1223 W. Pratt Street Baltimore, MD 21223 1-410-767-6535 1-410-333-2608 (fax) https://health.maryland.gov/phpa/OIDPCS/Pages/MADAP.aspx

Anexo A Información de contacto de la agencia estatal

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 gratuita TTY) https://www.mass.gov/health-insurance-counseling
Organización para el mejoramiento de la calidad	KEPRO 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 farmacéutica	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/
Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA	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

Anexo A Información de contacto de la agencia estatal

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 farmacéutica	No se aplica
Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA	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) https://www.michigan.gov/mdhhs/keep-mi-healthy/chronicdiseases/hivsti/michigan-drug-assistance-program

Anexo A Información de contacto de la agencia estatal

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 farmacéutica	No se aplica
Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA	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 la agencia estatal

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	KEPRO 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) 1-601-359-6048 (fax) 1-228-206-6062 (videollamada) http://www.medicaid.ms.gov/
Programas estatales de asistencia farmacéutica	No se aplica
Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA	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

Anexo A Información de contacto de la agencia estatal

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.missouricclaim.org
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 farmacéutica	Missouri RX Plan P.O. Box 6500 Jefferson City, MO 65102 1-800-375-1406 (línea gratuita) https://dss.mo.gov/mhd/faq/pages/faqmo_rx.htm
Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA	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) http://health.mo.gov/living/healthcondiseases/communicable/hivaids/casemgmt.php

Anexo A Información de contacto de la agencia estatal

Montana	
Nombre del SHIP e información de contacto	Montana State Health Insurance Assistance Program (SHIP) 1100 N Last Chance Gulch 4 th Floor Helena, MT 59601 1-800-551-3191 (línea gratuita) https://dphhs.mt.gov/sltc/aging/ship
Organización para el mejoramiento de la calidad	KEPRO 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	State of Montana Department of Public Health and Human Services (Medicaid) 1400 Broadway Cogswell Building P.O. Box 202951 Helena, MT 59601-8005 1-800-362-8312 (línea gratuita) 1-406-444-4455 (local) 1-406-444-1861 (fax) http://www.dphhs.mt.gov/
Programas estatales de asistencia farmacéutica	Montana Big Sky RX Program P.O. Box 202915 Helena, MT 59620-2915 1-866-369-1233 (línea 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	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

Anexo A Información de contacto de la agencia estatal

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/
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) P.O. Box 95026 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 gratuita TTY) http://dhhs.ne.gov/Pages/default.aspx
Programas estatales de asistencia farmacéutica	No se aplica
Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA	Nebraska AIDS Drug Assistance Program Nebraska Department of Health & Human Services P.O. Box 95026 Lincoln, NE 68509 1-402-471-2101 http://dhhs.ne.gov/Pages/Ryan-White.aspx

Anexo A Información de contacto de la agencia estatal

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 1-877-588-1123 1-855-887-6668 (TTY) 1-855-694-2929 (Fax) https://livantaqio.com/
Oficina estatal de Medicaid	Department of Health and Human Services Division of Health Care Financing and Policy (Medicaid) 1100 E. William Street Suite 101 Carson City, NV 89701 1-800-992-0900 (línea gratuita) 1-775-684-3676 (local) 711 (TTY) https://www.medicaid.nv.gov
Programas estatales de asistencia farmacéutica	Nevada Senior Rx Program Nevada Senior Rx Dept of Health and Human Services 3320 W. Sahara Ave Ste 100 Las Vegas, NV 89102 1-866-303-6323 (línea gratuita) 1-775-687-4210 (local) http://adsd.nv.gov/Programs/Seniors/SeniorRx/SrRxProg/
Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA	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/end-hiv-nevada-program/ne

Anexo A Información de contacto de la agencia estatal

Nuevo 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) https://www.servicelink.nh.gov/medicare/index.htm
Organización para el mejoramiento de la calidad	KEPRO 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 (TTY línea gratuita) https://www.dhhs.nh.gov/
Programas estatales de asistencia farmacéutica	No se aplica
Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA	New Hampshire AIDS Drug Assistance Program DHHS- NH CARE Program 29 Hazen Drive Concord, NH 03301 1-800-852-3345 1-603-271-4502 http://www.dhhs.nh.gov

Anexo A Información de contacto de la agencia estatal

Nueva 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 http://www.state.nj.us/humanservices/doas/services/ship/index.html
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 farmacéutica	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) http://www.state.nj.us/humanservices/doas/services/seniorgold/
Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA	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

Anexo A Información de contacto de la agencia estatal

Nuevo México	
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	KEPRO 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 (línea en español) 1-855-227-5485 (TTY) http://www.newmexico.gov/
Programas estatales de asistencia farmacéutica	No se aplica
Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA	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) https://nmhealth.org/about/phd/idb/hats/

Anexo A Información de contacto de la agencia estatal

Nueva York	
Nombre del SHIP e información de contacto	Health Insurance Information Counseling and Assistance Program (HIICAP) 2 Empire State Plaza, 5 th Floor Albany, NY 12223 1-800-701-0501 (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 farmacéutica	New York State Elderly Pharmaceutical Insurance Coverage (EPIC) EPIC P.O. Box 15018 Albany, NY 12212-5018 1-800-332-3742 (línea gratuita) http://www.health.state.ny.us/nysdoh/epic/faq.htm
Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA	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 la agencia estatal

Carolina del Norte	
Nombre del SHIP e información de contacto	Seniors' Health Insurance Information Program (SHIIP) 325 N. Salisbury Street Raleigh, NC 27603-5926 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	KEPRO 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 farmacéutica	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	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 1-919-733-0490 (fax) 1-919-733-9161 http://epi.publichealth.nc.gov/cd/hiv/hmap.html

Anexo A Información de contacto de la agencia estatal

Dakota del Norte	
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	KEPRO 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	North Dakota Department of Human Resources 600 East Blvd. 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) http://www.nd.gov/dhs/
Programas estatales de asistencia farmacéutica	No se aplica
Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA	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 1-701-328-2378 1-701-328-0338 (fax) 1-800-472-2180 (línea gratuita) https://www.ndhealth.gov/hiv/RyanWhite/

Anexo A Información de contacto de la agencia estatal

Ohio	
Nombre del SHIP e información de contacto	Ohio Senior Health Insurance Information Program (OSHIP) 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 Department of Medicaid (ODM) 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 farmacéutica	No se aplica
Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA	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 https://odh.ohio.gov/know-our-programs/Ryan-White-Part-B-HIV-Client-Services/AIDS-Drug-Assistance-Program/

Anexo A Información de contacto de la agencia estatal

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 (línea gratuita) (solo dentro del estado) 1-405-521-2828 (local) (solo fuera del estado) https://www.oid.ok.gov/consumers/information-for-seniors/
Organización para el mejoramiento de la calidad	KEPRO 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) https://www.oklahoma.gov/ohca.html
Programas estatales de asistencia farmacéutica	No se aplica
Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA	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/content/dam/ok/en/health/health2/aem-documents/prevention-and-preparedness/sexual-health-harm-reduction/provider-info/training-material/hiv-hdapbrochure14.pdf

Anexo A Información de contacto de la agencia estatal

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
Organización para el mejoramiento de la calidad	KEPRO 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	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 farmacéutica	No se aplica
Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA	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

Anexo A Información de contacto de la agencia estatal

Pennsylvania	
Nombre del SHIP e información de contacto	<p>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</p>
Organización para el mejoramiento de la calidad	<p>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/</p>
Oficina estatal de Medicaid	<p>Pennsylvania Department of Human Services (Medicaid) Forum Place 6th Floor P.O. Box 8025 Harrisburg, PA 17105-8025 1-800-692-7462 (línea gratuita) 1-717-772-1145 (local) 1-800-451-5886 (TDD) www.dhs.pa.gov</p>
Programas estatales de asistencia farmacéutica	<p>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</p>
Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA	<p>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</p>

Anexo A Información de contacto de la agencia estatal

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	KEPRO 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	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 farmacéutica	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	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 1-401-462-3297 (fax) https://eohhs.ri.gov/Consumer/Adults/RyanWhiteHIVAIDS.aspx

Anexo A Información de contacto de la agencia estatal

Carolina del Sur	
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/
Organización para el mejoramiento de la calidad	KEPRO 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	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 farmacéutica	No se aplica
Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA	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

Anexo A Información de contacto de la agencia estatal

Dakota del Sur	
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	KEPRO 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	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) 1-800-305-9673 (línea en español) http://dss.sd.gov/
Programas estatales de asistencia farmacéutica	No se aplica
Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA	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/diseases/infectious/ryanwhite

Anexo A Información de contacto de la agencia estatal

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 gratuita TDD) https://www.tn.gov/aging/our-programs/state-health-insurance-assistance-program--ship-.html
Organización para el mejoramiento de la calidad	KEPRO 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	TennCare (Medicaid) 310 Great Circle Road Nashville, TN 37243 1-800-342-3145 (línea gratuita) 1-877-779-3103 (línea gratuita TTY) 1-855-259-0701 (línea en español) 1-615-532-7322 (fax) http://www.tn.gov/tenncare/
Programas estatales de asistencia farmacéutica	No se aplica
Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA	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

Anexo A Información de contacto de la agencia estatal

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	KEPRO 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	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
Programas estatales de asistencia farmacéutica	Texas Kidney Health Care Program (KHC) Department of State Health Services, MC 1938 P.O. Box 149347 Austin, TX 78714 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	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) 1-737-255-4300 https://www.dshs.texas.gov/hivstd/meds/

Anexo A Información de contacto de la agencia estatal

Utah	
Nombre del SHIP e información de contacto	Senior Health Insurance Information Program (SHIP) 195 North 1950 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	KEPRO 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	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) 800-346-4128 (TTY) 1-866-608-9422 (español) https://medicaid.utah.gov/
Programas estatales de asistencia farmacéutica	No se aplica
Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA	Ryan White HIV/AIDS Program Utah Department of Health, Bureau of Epidemiology 288 North 1460 West Box 142104 Salt Lake City, UT 84114-2104 1-801-538-6191 1-801-538-9913 (fax) https://ptc.health.utah.gov/treatment/ryan-white/

Anexo A Información de contacto de la agencia estatal

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	KEPRO 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 farmacéutica	Vpharm 312 Hurricane Lane Suite 201 Williston, VT 05495 1-800-250-8427 (línea gratuita) https://dvha.vermont.gov/members/prescription-assistance
Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA	Health Resources and Services Administration (HRSA) Vermont Department of Health, Vermont Medication Assistance Program 108 Cherry Street- P.O. BOX 70 Burlington, VT 05402 1-802-951-4005 1-802-863-7314 https://www.healthvermont.gov/immunizations-infectious-disease/hiv/care

Anexo A Información de contacto de la agencia estatal

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 gratuita TTY) 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 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) http://www.dmas.virginia.gov/
Programas estatales de asistencia farmacéutica	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) http://166.67.66.226/epidemiology/DiseasePrevention/Programs/ADAP/
Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA	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/

Anexo A Información de contacto de la agencia estatal

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	KEPRO 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 farmacéutica	No se aplica
Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA	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

Anexo A Información de contacto de la agencia estatal

West Virginia	
Nombre del SHIP e información de contacto	West Virginia State Health Insurance Assistance Program (WV SHIP) 1900 Kanawha Blvd. East 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 farmacéutica	No se aplica
Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA	West Virginia AIDS Drug Assistance Program (ADAP) Jay Adams, HIV Care Coordinator P.O. BOX 6360 Wheeling, WV 26003 1-304-232-6822 http://oeps.wv.gov/rwp/pages/default.aspx

Anexo A Información de contacto de la agencia estatal

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 1-888-524-9900 1-888-985-8775 (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 farmacéutica	Wisconsin SeniorCare P.O. Box 6710 Madison, WI 53716- 0710 1-800-657-2038 (línea gratuita) http://www.dhs.wisconsin.gov/seniorcare/
Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA	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

Anexo A Información de contacto de la agencia estatal

Wyoming	
Nombre del SHIP e información de contacto	Wyoming State Health Insurance Information Program (WSHIP) 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	KEPRO 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 Suite 4 Cheyenne, WY 82002 1-866-571-0944 (línea gratuita) 1-307-777-7531 (local) 1-307-777-6964 (fax) https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/
Programas estatales de asistencia farmacéutica	No se aplica
Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA	Wyoming Aids Drug Assistance Program (ADAP) Wyoming Department of Health 401 Hathaway Building Cheyenne, WY 82002 1-307-777-7529 (Debi Anderson, directora de la unidad de CDU) 1-307-777-5279 (fax) https://health.wyo.gov/publichealth/communicable-disease-unit/hiv aids/

Importante

Es importante que reciba un trato justo.

El Programa NET para personas con ingresos limitados (LI NET) no discrimina ni excluye a las personas por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual, género, identidad de género, ascendencia, origen étnico, estado civil, religión o idioma.

La discriminación es ilegal. LI NET cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables.

Si cree que fue víctima de discriminación por parte LI NET, hay maneras de obtener ayuda.

- Puede presentar una queja, también conocida como queja formal:
Discrimination Grievances, P.O. Box 14618, Lexington, KY 40512-4618
Si necesita ayuda para presentar una queja formal, llame al **1-800-783-1307** o bien, si utiliza un **TTY**, llame al **711**.
- También puede presentar una queja de derechos civiles ante el **U.S. Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.)**, Oficina de Derechos Civiles, por medios electrónicos a través del portal de quejas disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o ante el **U.S. Department of Health and Human Services**, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, **1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)**. Los formularios de quejas están disponibles en <https://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.
- **Residentes de California:** También puede llamar al número gratuito de la línea directa del Departamento de Seguros de California (California Department of Insurance): **1-800-927-HELP (4357)**, para presentar una queja formal.

Tiene a su disposición recursos y servicios auxiliares gratuitos.

1-800-783-1307 (TTY: 711)

LI NET provee recursos y servicios auxiliares gratuitos, como intérpretes acreditados de lenguaje de señas, interpretación remota por videollamada e información escrita en otros formatos para personas con discapacidades cuando dichos recursos y servicios auxiliares sean necesarios para garantizar la igualdad de oportunidades de participación.

Multi-Language Insert

Multi-language Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-800-783-1307 (TTY: 711). Someone who speaks English can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-800-783-1307 (TTY: 711). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-800-783-1307 (TTY: 711)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-800-783-1307 (TTY: 711)。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-800-783-1307 (TTY: 711). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French : Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-800-783-1307 (TTY : 711). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider.
Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-800-783-1307 (TTY: 711) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-800-783-1307 (TTY: 711). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-800-783-1307 (TTY: 711) 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-800-783-1307 (TTY: 711). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الإتصال بنا على (1-800-783-1307 (TTY: 711). سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य तथा दवा की थ्योजना के बारे में आपके ककसी भी प्रश्न के ज्वाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाकिथ्या सेवाएँ उपिब्ध हैं. एक दुभाकिथ्या प्राप्त् करने के लिए, बस हमें 1-800-783-1307 (TTY: 711) पर फोन करें. कोई व्यलति जो कहन्ददी बोि्ता है आपकी मदद कर सकता है. थ्यह एक मुफ्त सेवा है.

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-800-783-1307 (TTY: 711). Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portugués: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-800-783-1307 (TTY: 711). Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-800-783-1307 (TTY: 711). Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-800-783-1307 (TTY: 711). Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康健康保険と薬品処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-800-783-1307 (TTY: 711) にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。

Atención al cliente de LI NET

Método	Atención al cliente – Información de contacto
POR TELÉFONO	1-800-783-1307 Las llamadas a este número son gratuitas. De lunes a viernes de 8 a.m. a 7 p.m., hora del este. El Departamento de Atención al Cliente ofrece servicios gratuitos de interpretación para personas que no hablan inglés.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de servicio es el mismo mencionado anteriormente.
POR FAX	1-877-210-5592
POR CARTA	Limited Income NET Program P.O. Box 14310 Lexington, KY 40512-4310
SITIO WEB	Humana.com/LI NET

El Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP) es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal para ofrecer asesoramiento local gratuito sobre seguros de salud a los beneficiarios de Medicare.

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

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