Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2027

Evidencia de Cobertura para 2027:

La cobertura para medicamentos de Medicare como miembro de Wellcare Value Script (PDP)

Este documento proporciona detalles acerca de su cobertura para medicamentos de Medicare desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2027. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

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

- Su prima del plan y su costo compartido
- Sus beneficios de medicamentos
- Cómo presentar una queja si no está satisfecho con un servicio o tratamiento
- Cómo comunicarse con nosotros
- Otras protecciones requeridas por la ley de Medicare

En caso de tener preguntas acerca de este documento, llame a Servicios para los miembros al 1-888-550-5252 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Horario de atención: Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. Esta llamada es gratuita.

Este plan, Wellcare Value Script (PDP), es ofrecido por WELLCARE PRESCRIPTION INSURANCE, INC. (Cuando en esta *Evidencia de Cobertura* dice “nosotros”, “nos” o “nuestro/a”, hace referencia a WELLCARE PRESCRIPTION INSURANCE, INC. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a Wellcare Value Script (PDP)).

Este documento está disponible de forma gratuita en español. Debemos proporcionarle información de una manera que sea conveniente para usted (en otro idioma que no sea en español), (en braille, en audio, en tamaño de letra grande). Llame a Servicios para los miembros si usted necesita información del plan en otro formato.

OMB Approval 0938-1051 (Expira: 31 de julio de 2029)
7108205_NA7PDGEOCSPA_M_0146
S4802146000

Los beneficios, las primas, los deducibles, y/o los copagos o el coseguro podrían cambiar el 1 de enero de 2028.

Nuestro(a) formulario y/o red de farmacias podría(n) cambiar en cualquier momento. Usted recibirá un aviso sobre cualquier cambio que podría afectarle con al menos 30 días de anticipación.

Índice

CAPÍTULO 1: Primeros pasos como miembro 5

SECCIÓN 1 Usted es un miembro de Wellcare Value Script (PDP) 5

SECCIÓN 2 Requisitos de elegibilidad del plan 6

SECCIÓN 3 Materiales importantes para miembros 7

SECCIÓN 4 Resumen de costos importantes para 2027 8

SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual 14

SECCIÓN 6 Mantenga actualizado su registro de miembro en el plan 17

SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan 18

CAPÍTULO 2: Números de teléfono y recursos 20

SECCIÓN 1 Contactos de nuestro plan 20

SECCIÓN 2 Cómo recibir ayuda de Medicare 23

SECCIÓN 3 Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) 25

SECCIÓN 4 Organización para la mejora de la calidad (Quality Improvement Organization, QIO) 26

SECCIÓN 5 Seguro Social 27

SECCIÓN 6 Medicaid 28

SECCIÓN 7 Programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos con receta 29

SECCIÓN 8 Junta de jubilación para ferroviarios (RRB) 33

SECCIÓN 9 Si usted tiene un seguro grupal u otro seguro médico de un empleador 33

CAPÍTULO 3: Utilizar la cobertura del plan para los medicamentos de la Parte D 35

SECCIÓN 1 Normas básicas para la cobertura de nuestro plan de los medicamentos de la Parte D 35

SECCIÓN 2 Obtenga sus medicamentos con receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo de nuestro plan 36

SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar en la Lista de medicamentos de nuestro plan 41

SECCIÓN 4 Medicamentos con restricciones de cobertura 43

SECCIÓN 5 ¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera? 45

SECCIÓN 6 Nuestra Lista de medicamentos puede sufrir modificaciones durante el año..... 47

SECCIÓN 7 Tipos de medicamentos que no cubrimos 50

SECCIÓN 8 Cómo surtir un medicamento 51

SECCIÓN 9 Cobertura para medicamentos de la Parte D en situaciones especiales..... 51

SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad y administración de los medicamentos..... 54

CAPÍTULO 4: Lo que le corresponde pagar por los medicamentos de la Parte D..... 57

SECCIÓN 1 Lo que usted paga por los medicamentos de la Parte D 57

SECCIÓN 2 Etapas de pago de los medicamentos para los miembros de nuestro plan 60

SECCIÓN 3 Su *Explicación de beneficios de la* Parte D *(Explanation of Benefits, EOB)* explica en qué etapa de pago se encuentra usted..... 60

SECCIÓN 4 La Etapa del deducible 62

SECCIÓN 5 La Etapa de cobertura inicial..... 62

SECCIÓN 6 La Etapa de cobertura en situaciones catastróficas 72

SECCIÓN 7 Lo que le corresponde pagar por las vacunas de la Parte D..... 72

CAPÍTULO 5: Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de los costos de los medicamentos cubiertos 75

SECCIÓN 1 Situaciones cuando debe pedirnos que paguemos la parte que nos corresponde de los medicamentos cubiertos..... 75

SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos un reembolso 76

SECCIÓN 3 Analizaremos su solicitud de pago y decidiremos si le pagaremos o no 77

CAPÍTULO 6: Sus derechos y responsabilidades 79

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales 79

SECCIÓN 2 Sus responsabilidades como miembro de nuestro plan 85

CAPÍTULO 7: Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas) .. 86

SECCIÓN 1 Qué hacer si tiene un problema o una inquietud 86
SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada 86
SECCIÓN 3 Qué proceso utilizar para su problema 87
SECCIÓN 4 Una guía para las decisiones de cobertura y las apelaciones 88
SECCIÓN 5 Medicamentos de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación 90
SECCIÓN 6 Cómo llevar su apelación a los Nivel 3, 4 y 5 101
SECCIÓN 7 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes 102

CAPÍTULO 8: Cancelación de su membresía en nuestro plan 107
SECCIÓN 1 Cancelación de su membresía en nuestro plan 107
SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan? 107
SECCIÓN 3 Cómo cancelar su membresía en nuestro plan 110
SECCIÓN 4 Hasta que se cancele su membresía, debe seguir recibiendo medicamentos a través de nuestro plan 111
SECCIÓN 5 Wellcare Value Script (PDP) debe cancelar la membresía en su plan en ciertas situaciones 111

CAPÍTULO 9: Avisos legales 113
SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes vigentes 113
SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación 113
SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare 114
SECCIÓN 4 Recuperación de beneficios pagados por nuestro plan en virtud de su plan Wellcare Value Script (PDP) 114
SECCIÓN 5 Tarjeta de miembro 116
SECCIÓN 6 Contratistas independientes 117
SECCIÓN 7 Fraude al plan de salud 117
SECCIÓN 8 Circunstancias ajenas al plan 117

Índice

CAPÍTULO 10: Definiciones..... 118

CAPÍTULO 1:

Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 1 Usted es un miembro de Wellcare Value Script (PDP)

Sección 1.1 Usted está inscrito en Wellcare Value Script (PDP), que es un plan de medicamentos de Medicare

Su atención médica está cubierta por Original Medicare u otro plan de salud, y ha elegido recibir la cobertura para medicamentos de Medicare a través de nuestro plan, Wellcare Value Script (PDP).

Wellcare Value Script (PDP) es un plan de medicamentos (PDP) de Medicare. Como todos los planes de Medicare, este plan de medicamentos de Medicare está aprobado por Medicare y es administrado por una compañía privada.

Sección 1.2 Información legal sobre la *Evidencia de Cobertura*

Esta *Evidencia de Cobertura* es parte de nuestro contrato con usted sobre cómo nuestro plan cubre su atención. Otras partes de este contrato incluyen su formulario de inscripción, la *Lista de medicamentos cubiertos* (Formulario) y cualquier aviso que usted reciba de nuestra parte acerca de los cambios a su cobertura o de las condiciones que afectan su cobertura. En ocasiones, estos avisos se denominan *cláusulas adicionales* o *enmiendas*.

El contrato está vigente durante los meses en los que esté inscrito en nuestro plan entre el 1 de enero de 2027 y el 31 de diciembre de 2027.

Medicare nos permite que hagamos cambios a los planes que ofrecemos cada año calendario. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de después del 31 de diciembre de 2027. También podemos decidir dejar de ofrecer el plan en su área de servicio después del 31 de diciembre de 2027.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar nuestro plan cada año. Usted puede seguir obteniendo la cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan solo si elegimos continuar ofreciendo nuestro plan y si Medicare renueva la aprobación de nuestro plan.

SECCIÓN 2 Requisitos de elegibilidad del plan

Sección 2.1 Requisitos de elegibilidad

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

- Tenga la Parte A o la Parte B de Medicare (o tanto la Parte A como la Parte B)
- Usted vive en nuestra área geográfica de servicio (descrita en la Sección 2.2). No se considera que las personas encarceladas vivan en el área de servicio geográfica, aun si se encuentran físicamente en esta área.
- Usted es un ciudadano o nacional de los Estados Unidos, o un no ciudadano elegible.

Sección 2.2 Área de servicio del plan para Wellcare Value Script (PDP)

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

Nuestra área de servicio incluye este estado: Florida.

Si usted se muda fuera del área de servicio de nuestro plan, no puede seguir siendo miembro de este plan. Comuníquese con Servicios para los miembros al 1-888-550-5252 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para consultar si contamos con algún plan en su nueva área. Si se muda, tendrá un Período de inscripción especial que le permitirá cambiar a Original Medicare o inscribirse en un plan de Medicare en su nueva ubicación.

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

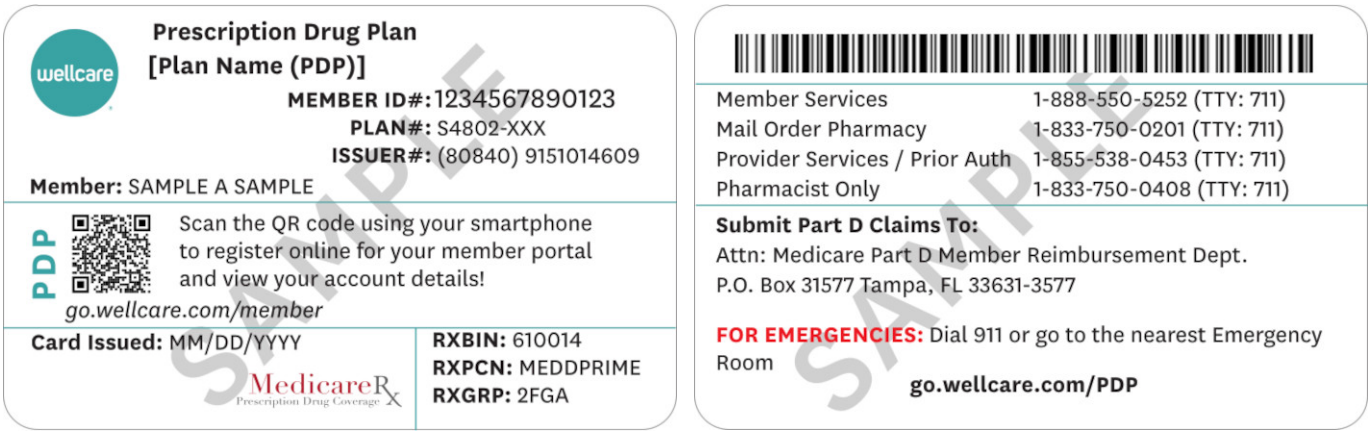
Sección 2.3 Ciudadano o nacional de los Estados Unidos, o un no ciudadano elegible

Debe ser ciudadano estadounidense o nacional o un no ciudadano elegible para ser miembro de un plan de salud de Medicare. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificará a Wellcare Value Script (PDP) si usted no es elegible para permanecer como miembro de nuestro plan. Wellcare Value Script (PDP) debe cancelar su inscripción si no cumple con este requisito.

SECCIÓN 3 Materiales importantes para miembros

Sección 3.1 Tarjeta de miembro de nuestro plan

Utilice su tarjeta de miembro para los medicamentos con receta que obtenga en las farmacias de la red. También debe mostrarle su tarjeta de Medicaid al proveedor, si la tiene. Muestra de la tarjeta de miembro:



Lleve su tarjeta en todo momento y recuerde mostrarla cuando reciba los medicamentos cubiertos. Si la tarjeta de miembro de nuestro plan está dañada, se le pierde o se la roban, llame de inmediato a Servicios para los miembros al 1-888-550-5252 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y le enviaremos una tarjeta nueva.

Usted podría necesitar usar la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para obtener atención médica y servicios cubiertos por Original Medicare.

Sección 3.2 Directorio de farmacias

El *Directorio de farmacias* go.wellcare.com/2027providerdirectories enumera los proveedores actuales de nuestra red. Las **farmacias de la red** son farmacias que aceptan surtir recetas para los miembros de nuestro plan. Puede utilizar el *Directorio de farmacias* para encontrar la farmacia de la red que desea utilizar. Consulte el Capítulo 3, Sección 2.4 para obtener información sobre cuándo puede usar farmacias que no están en la red de nuestro plan.

El *Directorio de farmacias* también le indicará qué farmacias de nuestra red tienen un costo compartido preferido, que puede ser inferior al costo compartido estándar ofrecido por otras farmacias de la red para algunos medicamentos.

Si no tiene un *Directorio de farmacias*, puede solicitar una copia a Servicios para los miembros al 1-888-550-5252 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). También puede encontrar esta información en nuestro sitio web en go.wellcare.com/2027providerdirectories.

Sección 3.3 Lista de medicamentos (formulario)

Nuestro plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos* (también llamada la Lista de medicamentos o el formulario). Indica cuáles medicamentos con receta están cubiertos por el beneficio de la Parte D incluidos en Wellcare Value Script (PDP). Los medicamentos de esta lista son seleccionados por nuestro plan, con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La Lista de medicamentos debe cumplir con los requisitos de Medicare. Los medicamentos con precios negociados conforme al Programa de negociación de precios de medicamentos de Medicare (Medicare Drug Price Negotiation Program) se incluirán en su Lista de medicamentos, a menos que hayan sido eliminados o reemplazados como se describe en el Capítulo 3, Sección 6. Medicare ha aprobado la Lista de medicamentos de Wellcare Value Script (PDP).

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

Le proporcionaremos una copia de la Lista de medicamentos. Para obtener la información más completa y actualizada sobre los medicamentos cubiertos, visite go.wellcare.com/druglist-2 o llame a Servicios para los miembros al 1-888-550-5252 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

SECCIÓN 4 Resumen de costos importantes para 2027

	Sus costos en 2027
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser mayor o menor que este monto. Consulte la Sección 4.1 para conocer los detalles.	**$5.30**
Cobertura para medicamentos de la Parte D (Consulte el Capítulo 4 para obtener más información acerca de las etapas del deducible anual, de cobertura inicial y de cobertura en situaciones catastróficas).	**Deducible de la cobertura para medicamentos de la Parte D** **$700 con excepción de los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D.**

	Sus costos en 2027
	Copago/Coseguro durante la Etapa de cobertura inicial: **Medicamentos de Nivel 1:** **costo compartido estándar: $20 de copago** **costo compartido preferido: $0 de copago** **Medicamentos de Nivel 2:** **costo compartido estándar: 25% de coseguro** **Usted no paga más de $35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.** **costo compartido preferido: 25% de coseguro** **Usted no paga más de $35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.** **Medicamentos de Nivel 3:** **costo compartido estándar: 45% de coseguro** **Usted no paga más de $35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.** **costo compartido preferido: 45% de coseguro** **Usted no paga más de $35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.**

	Sus costos en 2027
	Medicamentos de Nivel 4: **costo compartido estándar: 15% de coseguro** **costo compartido preferido: 15% de coseguro** **Medicamentos de Nivel 5:** **costo compartido estándar: 25% de coseguro** **costo compartido preferido: 25% de coseguro** **Medicamentos de Nivel 6:** **costo compartido estándar: $11 de copago** **costo compartido preferido: $11 de copago** **Etapa de cobertura en situaciones catastróficas:** **Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por los medicamentos de la Parte D cubiertos.**

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

- Prima del plan (Sección 4.1)
- Prima mensual de la Parte B de Medicare (Sección 4.2)
- Multa por inscripción tardía de la Parte D (Sección 4.3)
- Monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso (Sección 4.4)
- Monto del Plan de pago de recetas de Medicare (Sección 4.5)

Sección 4.1 Prima del Plan

Como miembro de nuestro plan, usted paga una prima mensual del plan. Para 2027, la prima mensual es $5.30.

En algunos casos, la prima de nuestro plan podría ser menor

El programa de Ayuda adicional ayuda a las personas con recursos limitados a pagar los medicamentos. Conozca más de este programa en Capítulo 2, Sección 7. Si reúne los requisitos, la inscripción en este programa podría reducir la prima mensual del plan.

Si *ya está* recibiendo ayuda de este programa, **la información de las primas en esta *Evidencia de Cobertura* puede no aplicarse en su caso**. Le enviamos un inserto separado, que se denomina *Evidencia de Cobertura para personas que reciben Ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta* también denominada Low-Income Subsidy Rider o LIS Rider (Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS), que le informa sobre la cobertura para sus medicamentos. Si no tiene este inserto, llame a Servicios para los miembros al 1-888-550-5252 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y pida la Cláusula adicional LIS.

Las primas de la Parte B y la Parte D de Medicare varían para las personas que tienen distintos ingresos. Si tiene preguntas sobre estas primas, revise su copia *de Medicare y Usted 2027 (Medicare & You 2027)* , la sección titulada Costos de Medicare 2027 (*Medicare Cost* 2027). Descargue una copia desde el sitio web de Medicare en (Medicare.gov/medicare-and-you) o solicite una copia impresa por teléfono llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 4.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare

A algunos miembros se les exige que paguen otras primas de Medicare

Usted debe tener la Parte A y/o la Parte B para inscribirse en un plan de la Parte D. Si bien la mayoría de las personas no tienen que pagar la Parte A, algunas sí deben hacerlo. Si usted tiene que pagar la Parte A, también debe tener la Parte B y, además de pagar la prima mensual del plan, **usted debe seguir pagando sus primas de Medicare para seguir siendo miembro de nuestro plan.**

Sección 4.3 Multa por inscripción tardía de la Parte D

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

La multa por inscripción tardía de la Parte D se agrega a su prima mensual. Cuando se inscribe por primera vez en Wellcare Value Script (PDP), le informamos el monto de la multa. Si no paga su multa por inscripción tardía de la Parte D, podría perder sus beneficios de medicamentos con receta.

Usted **no** tiene que pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D, si:

- Recibe Ayuda adicional de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos.
- Usted estuvo menos de 63 días consecutivos sin la Parte D u otra cobertura acreditable.
- Ha tenido una cobertura acreditable para medicamentos a través de otra fuente, (como un empleador anterior, un sindicato, TRICARE o la Administración de Salud de Veteranos (Veterans Health Administration, VA)). Su asegurador o departamento de recursos humanos le informarán cada año si su cobertura para medicamentos es una cobertura acreditable. Puede recibir esta información en una carta o boletín informativo de ese plan. Conserve esta información porque podría necesitarla si se inscribe más adelante se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.
    - **Nota**: Cualquier carta o aviso debe indicar que tenía una cobertura acreditable para medicamentos con receta que se preveía que pagaría el mismo monto que el plan estándar de medicamentos de Medicare.
    - **Nota**: Las tarjetas de descuento para medicamentos con receta, las clínicas gratuitas y los sitios web para el descuento de medicamentos no son cobertura acreditable para medicamentos con receta.

Medicare determina el monto de la multa por inscripción tardía de la Parte D. Así es como funciona:

- Si estuvo 63 días o más sin la Parte D u otra cobertura acreditable para medicamentos con receta después de ser elegible por primera vez para inscribirse en la Parte D, nuestro plan contará la cantidad de meses completos que no tuvo cobertura.
- Medicare determina el monto de la prima mensual promedio para los planes de medicamentos de Medicare en la nación desde el año anterior (prima base nacional del beneficiario). Para 2027, el monto promedio de la prima es de $41.33.
- Para calcular su multa mensual, Medicare multiplica el número de meses sin cobertura (porcentaje de multa) por el 1 % de la prima base nacional del beneficiario y luego redondea esa cantidad a los 10 centavos más cercanos. Por ejemplo, si supera 14 meses sin la Parte D u otra cobertura acreditable, la multa sería 14% multiplicado por $41.33, que es igual a $5.79. Esto se redondea a $5.80. Este monto se agregará **a la prima mensual de una persona con una multa por inscripción tardía de la Parte D**.

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

- **La multa puede cambiar cada año**, ya que la prima base nacional del beneficiario puede cambiar cada año.
- **Por lo general, usted seguirá pagando una multa** cada mes durante el tiempo que esté inscrito en un plan que incluya los beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare, incluso si cambia de plan.

- Si usted es *menor* de 65 y está inscrito en Medicare, la multa por inscripción tardía en la Parte D se reajustará cuando cumpla 65 años. Después de los 65 años, su multa por inscripción tardía de la Parte D se basará solo en los meses en los que no tenga cobertura después de su período de inscripción inicial por cumplir la edad necesaria para Medicare.

Si está en desacuerdo con su multa por inscripción tardía de la Parte D, usted o su representante pueden solicitar una reconsideración (apelación) de la multa. La reconsideración es evaluada por una organización de revisión independiente que no está relacionada con nosotros. Por lo general, debe solicitar la reconsideración **dentro de los 60 días** a partir de la fecha de la primera carta que recibió en la que se le informa que debe pagar una multa por inscripción tardía. Sin embargo, si usted pagó una multa antes de ingresar a nuestro plan, por lo general no tendrá otra oportunidad de solicitar una reconsideración de esa multa por inscripción tardía.

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

Sección 4.4 Monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso

Es posible que algunos miembros deban pagar un cargo adicional, conocido como el Monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso, también conocido como IRMAA (Income Related Monthly Adjustment Amount), de la Parte D. El cargo adicional se calcula utilizando su ingreso bruto ajustado modificado según lo informado en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años. Si este monto es superior a cierto monto, pagará el monto de la prima estándar y el IRMAA adicional. Para obtener más información sobre el monto adicional que quizás deba pagar según sus ingresos, visite Medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans.

Si debe pagar un IRMAA adicional, el Seguro Social, no su plan de Medicare, le enviará una carta en la que se le indicará cuál será ese monto adicional. El monto adicional será retenido de su cheque de beneficios del Seguro Social, de la Junta de jubilación para ferroviarios o de la Oficina de Administración de personal, independientemente de cómo pague siempre su prima de su plan, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir el monto adicional adeudado. Si el monto de su cheque de beneficios no cubre el monto adicional, recibirá una factura de Medicare. **Deberá pagar el IRMAA adicional al gobierno. No se puede pagar con su prima mensual del plan. Si no paga el IRMAA adicional, su inscripción en nuestro plan se cancelará y perderá la cobertura para medicamentos con receta.**

Si está en desacuerdo con pagar el IRMAA adicional, puede solicitar al Seguro Social que revise la decisión. Para obtener más información al respecto, comuníquese con el Seguro Social al 1-800-772-1213 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778).

Sección 4.5 Monto del plan de pago de medicamentos con receta de Medicare

Si está participando en el plan de pago de recetas de Medicare, cada mes pagará la prima de su plan (si la tiene) y recibirá una factura de su plan de medicamentos por sus medicamentos con receta (en lugar de pagar en la farmacia). Su factura mensual se basa en lo que usted debe por cualquier receta que obtenga, además del saldo del mes anterior, dividido por la cantidad de meses que le quedan del año.

El Capítulo 2, Sección 7 explica más acerca del plan de pago de recetas de Medicare. Si no está de acuerdo con el monto facturado como parte de esta opción de pago, puede seguir los pasos descritos en el Capítulo 7 para presentar una queja o apelación.

SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual

Sección 5.1 Cómo pagar la prima de su plan

Hay seis maneras en las que puede pagar su prima del plan.

Opción 1: Pagar con cheque

Usted puede decidir pagar la prima mensual de su plan directamente a nuestro plan a través de un cheque o giro postal. Incluya su número de identificación de miembro del plan con su pago. Los cupones de las primas se enviarán por correo una vez que se haya confirmado la inscripción y en diciembre en el caso de los miembros activos. Puede solicitar cupones de reemplazo llamando a Servicios para los miembros.

El pago de la prima mensual del plan debe hacerse antes del día 20 de cada mes. Puede hacer el pago enviando un cheque o giro postal junto con su comprobante de pago a:

Wellcare
PO Box 75510
Chicago, IL 60675-5510

Los cheques y giros postales deben pagarse a Wellcare Value Script (PDP), y no a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services CMS) ni al Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (Health and Human Services Department HHS). Los pagos de la prima no se pueden hacer en la oficina del plan.

Opción 2: Puede pagar en línea

En lugar de enviar un cheque por correo cada mes, puede solicitar que la prima mensual del plan se deduzca de su cuenta de cheques o de ahorros, o incluso que se cobre directamente a su tarjeta de crédito. Puede realizar un pago único o configurar un cronograma mensual en go.wellcare.com/PDP. Asegúrese de iniciar sesión con su cuenta existente. Si es un usuario nuevo, deberá crear una cuenta.

Comuníquese con Servicios para los miembros para obtener más información sobre cómo pagar prima del plan de esta forma. Con gusto lo ayudaremos a configurar este proceso.

Opción 3: Pedir que prima del plan se descuente de su cheque mensual del Seguro Social

Usted puede pedir que prima del plan se descuente de su cheque mensual del Seguro Social. Comuníquese con Servicios para los miembros para obtener más información sobre cómo pagar su prima mensual del plan de esta forma. Con gusto lo ayudaremos a configurar este proceso.

Nota: Si usted previamente eligió la retención del cheque del Seguro Social como su método de pago, y el plan no tiene o no sigue teniendo una prima mensual, su método de pago se ha establecido automáticamente como factura directa. Si el plan cambia una prima mensual del plan en un año nuevo en lo sucesivo, usted debe comunicarse con nosotros para completar una nueva opción de pago por medio de retención.

Opción 4: Puede hacer que prima del plan se retire de su cheque mensual de la Junta de jubilación para ferroviarios (Railroad Retirement Board, RRB)

Puede hacer que prima del plan se retire de su cheque mensual de la Junta de jubilación para ferroviarios (Railroad Retirement Board, RRB). Comuníquese con Servicios para los miembros para obtener más información sobre cómo pagar su prima del plan de esta forma. Con gusto lo ayudaremos a configurar este proceso.

Nota: Si previamente eligió como método de pago el cheque de la Junta de jubilación para ferroviarios y el plan no tenía, o no continúa teniendo, una prima mensual, su método de pago cambió automáticamente a facturación directa. Si el plan cobra una prima mensual del plan en un nuevo año después, debe comunicarse con nosotros para completar una nueva opción de retención de pago.

Opción 5: Puede hacer retiros automáticos o transferencias electrónicas de fondos (Electronic Funds Transfer, EFT)

En lugar de pagar con cheque, puede hacer que la prima mensual del plan se deduzca automáticamente de su cuenta corriente o de ahorros. Los retiros automáticos se hacen mensualmente y se deducen entre el 15 y el 20 de cada mes por la prima del mes en curso.

Puede registrarse para la Transferencia electrónica de fondos en nuestro sitio web en go.wellcare.com/PDP o llamar a nuestro departamento de Servicios para los miembros. Si decide registrarse en línea, asegúrese de completar todas las secciones del formulario. Cuando se configura la Transferencia electrónica de fondos en nuestro sitio web o con Servicios para los miembros, el proceso normalmente demora unos días en completarse. Le enviaremos una carta para informarle que la configuración se realizó correctamente.

También puede solicitar un formulario que debe completar y devolvérnoslo. Siga las instrucciones del formulario, complételo y devuélvanoslo. Una vez que recibamos su documentación, el proceso puede demorar hasta dos meses en entrar en vigencia. Debe seguir pagando su factura mensual hasta que se le notifique por correo el mes en que comenzarán los retiros por Transferencia electrónica de fondos.

Opción 6: Puede pagar en efectivo

También puede pagar en efectivo en una ubicación de CheckFreePay cercana. Para localizar un CheckFreePay, puede llamar al 1-800-877-8021 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o iniciar sesión en www.CHECKFREEPAY.com para encontrar la ubicación más cercana a usted. Necesitará presentar su identificación de miembro y/o cupón cuando realice su pago en efectivo.

Cambiar la forma en que paga su prima del plan. Si decide cambiar cómo usted paga su prima del plan, pueden pasar hasta 3 meses para que su nuevo método de pago entre en vigencia. Mientras procesamos su nuevo método de pago, usted es responsable de asegurarse de que su prima del plan se pague a tiempo. Para cambiar su método de pago, ingrese a su Portal para los miembros o puede llamar a Servicios para los miembros en cualquier momento durante el año.

Si tiene problemas para pagar su prima del plan

Debemos recibir el pago de su prima del plan en nuestra oficina a más tardar el día 20°. Si no recibimos su pago antes del día 20° del mes, le enviaremos un aviso en el que le informamos que su membresía en nuestro plan se cancelará si no recibimos el pago de su prima del plan en un plazo de tres (3) meses calendario desde el día 1° del mes de cobertura.

Si debe una multa por inscripción tardía de la Parte D, debe pagar la multa para mantener su cobertura para medicamentos con receta.

Si tiene problemas para pagar su prima del plan a tiempo, comuníquese con Servicios para los miembros al 1-888-550-5252 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para ver si podemos remitirlo a programas que lo ayuden con la prima de su plan.

Si cancelamos su membresía porque no pagó su prima del plan, Original Medicare aún brindará su cobertura médica. Posiblemente, no podrá recibir la cobertura para medicamentos de la Parte D sino hasta el año siguiente si se inscribe en un plan nuevo durante el Período de inscripción abierta. (Si supera los 63 días sin cobertura acreditable para medicamentos, tal vez tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D mientras tenga la cobertura de la Parte D).

En el momento en que cancelemos su membresía, usted podría seguir debiéndonos las primas. Tenemos derecho a solicitar el pago del monto que adeude. En el futuro, si desea volver a inscribirse en nuestro plan (u otro plan que ofrecemos), deberá pagar el monto adeudado antes de poder inscribirse.

Si usted considera que hemos cancelado su membresía por error, puede presentar una queja (también conocida como reclamo). Si experimentó una circunstancia de emergencia de fuerza mayor que le impidió pagar su prima del plan dentro de nuestro período de gracia, puede presentar una queja. En el caso de las quejas, revisaremos nuestra decisión nuevamente. Consulte el Capítulo 7 para saber cómo presentar una queja o llámenos al 1-888-550-5252. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. los usuarios de TTY deben llamar al 711. Debe presentar su queja antes de los 60 días calendario posteriores a la fecha de cancelación de su membresía.

Sección 5.2 La prima mensual de su plan no cambiará durante el año

No podemos cambiar el monto de la prima mensual de nuestro plan durante el año. Si la prima mensual del plan llegara a cambiar el próximo año, se lo informaremos en septiembre, y la nueva prima entrará en vigencia el 1 de enero.

Si resulta ser elegible para Ayuda adicional o pierde su elegibilidad para Ayuda adicional durante el año, la parte de la prima de su plan que usted tiene que pagar podría cambiar. Si usted reúne los requisitos para Ayuda adicional con sus costos de cobertura para medicamentos, Ayuda adicional paga parte de sus primas mensuales del plan. Si usted pierde su elegibilidad para Ayuda adicional durante el año, será necesario que comience a pagar la prima mensual completa. Encontrará más información sobre Ayuda adicional en el Capítulo 2, Sección 7.

SECCIÓN 6 Mantenga actualizado su registro de miembro en el plan

Su registro de miembro contiene información del formulario de inscripción, incluso su dirección y número de teléfono. Muestra su cobertura específica del plan.

Los farmacéuticos de la red de nuestro plan **utilizan su registro de miembro para saber cuáles son los medicamentos que están cubiertos y los montos de costo compartido.** Es por ello que es muy importante que nos ayude a mantener actualizada su información.

Si tiene alguno de estos cambios, infórmenos:

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono
- Cambios en cualquier otra cobertura de salud que tenga (por ejemplo, de su empleador, del empleador de su cónyuge o pareja doméstica, compensación laboral o Medicaid)
- Cualquier reclamación de responsabilidad civil, por ejemplo, por un accidente automovilístico
- Si ingresa en un centro de cuidados
- Si cambia la parte responsable designada por usted (como un cuidador)

Si hay algún cambio en esta información, llame a Servicios para los miembros al 1-888-550-5252 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Los miembros podrían iniciar sesión en su cuenta segura del portal para miembros en go.wellcare.com/PDP.

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

SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Medicare requiere que recopilemos información sobre cualquier otra cobertura para atención médica o para medicamentos que usted tenga para que podamos coordinar cualquier otra cobertura con los beneficios que usted tiene en virtud de nuestro plan. Esto se denomina **Coordinación de beneficios**.

Una vez al año, le enviaremos una carta con más información de las demás coberturas para atención médica o de cobertura para medicamentos que sean de nuestro conocimiento. Lea detenidamente esta información. Si es correcta, no será necesario que usted haga nada. Si la información no es correcta, o si usted cuenta con alguna otra cobertura que no se menciona, llame a Servicios para los miembros al 1-888-550-5252 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Usted podría necesitar proporcionarles el número de identificación de miembro de nuestro plan a sus otros seguros (una vez que confirme su identidad) para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

Cuando usted tiene otro seguro (como una cobertura de salud grupal del empleador), las normas establecidas por Medicare determinan si nuestro plan o su otro seguro paga en primer término. El seguro que paga primero ("pagador principal") paga hasta el máximo de su cobertura. El seguro que paga en segundo término ("pagador secundario") solo paga si quedaron costos sin cubrir de la cobertura principal. El pagador secundario puede no pagar los costos sin cubrir. Si usted tiene otro seguro, infórmeles a su médico, hospital y farmacia.

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

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

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

- Seguro sin culpa (incluido el seguro automovilístico)

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

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

CAPÍTULO 2:

Números de teléfono y recursos

SECCIÓN 1 Contactos de nuestro plan

Para obtener ayuda con las reclamaciones, la facturación, o preguntas sobre la tarjeta de miembro, llame o escriba a Wellcare Value Script (PDP) Servicios para los miembros. Con gusto lo ayudaremos.

Servicios para los miembros: Información de contacto	
Llame al	1-888-550-5252 Las llamadas a este número son gratuitas. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. Tenga en cuenta que, fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados federales del 1 de abril al 30 de septiembre, nuestro sistema telefónico automatizado puede atender su llamada. Si deja un mensaje de voz, incluya su nombre y número telefónico, y un miembro del equipo le devolverá la llamada en un (1) día hábil. Servicios para los miembros 1-888-550-5252 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) también ofrece un servicio gratuito de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril al 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m.
Escriba a	Wellcare PO Box 31370 Tampa, FL 33631-3370
Sitio web	go.wellcare.com/PDP

Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos en relación con su cobertura o al monto que pagaremos por sus medicamentos de la Parte D. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura o apelaciones sobre sus medicamentos de la Parte D, consulte el Capítulo 7.

Decisiones de cobertura para sus medicamentos con receta de la Parte D: Información de contacto	
Llame al	1-888-550-5252 Las llamadas a este número son gratuitas. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m.
Fax	1-866-388-1767
Escriba a	Wellcare Pharmacy - Coverage Determinations P.O. Box 31397 Tampa, FL 33631-3397
Sitio web	go.wellcare.com/coveragedetermination

Apelaciones sobre medicamentos de la Parte D: Información de contacto	
Llame al	1-888-550-5252 Las llamadas a este número son gratuitas. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m.

Apelaciones sobre medicamentos de la Parte D: Información de contacto	
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m.
Fax	1-866-388-1766
Escriba a	Medicare Part D Appeals Attn: Medicare Pharmacy Appeals P.O. Box 31383 Tampa, FL 33631-3383
Sitio web	go.wellcare.com/PDP

Cómo presentar una queja

Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre alguna de nuestras farmacias de la red, incluso respecto de la calidad de su atención. Este tipo de queja no está relacionado con disputas de cobertura ni de pago. Para obtener más información sobre cómo solicitar una queja, visite Capítulo 7.

Quejas – Información de contacto	
Llame al	1-888-550-5252 Las llamadas a este número son gratuitas. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m.
Fax	1-866-388-1769

Quejas – Información de contacto	
Escriba a	Wellcare Grievance Department P.O. Box 31384 Tampa, FL 33631-3384
Sitio web de Medicare	Para presentar una queja sobre Wellcare Value Script (PDP) directamente a Medicare, visite Medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde del costo de un medicamento que recibió

Si recibió una factura o pagó por medicamentos (como una factura de una farmacia) que usted cree que deberíamos pagar, es posible que deba solicitarle a nuestro plan un reembolso o que pague la factura de la farmacia. Consulte el Capítulo 5 para obtener más información.

Si nos envía una solicitud de pago y le denegamos alguna parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Consulte el Capítulo 7 para obtener más información.

Solicitudes de pago: información de contacto	
Escriba a	Wellcare Medicare Part D Claims Attn: Member Reimbursement Department P.O. Box 31577 Tampa, FL 33631-3577
Sitio web	go.wellcare.com/PDP

SECCIÓN 2 Cómo recibir ayuda de Medicare

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

La agencia federal a cargo de Medicare son los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS). Esta agencia celebra contratos con planes de medicamentos con receta de Medicare, incluido nuestro plan.

Medicare: Información de contacto	
Llame al	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Las llamadas a este número son gratuitas. Durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.
Chat en vivo	Chat en vivo en Medicare.gov/talk-to-someone.
Escriba a	Escriba a Medicare a PO Box 1270, Lawrence, KS 66044

Medicare: Información de contacto	
Sitio web	Medicare.gov • Obtenga información sobre los planes de salud y de medicamentos de Medicare en su área, incluidos sus costos y los servicios que brindan. • Encuentre médicos u otros proveedores de atención médica y distribuidores que participan en Medicare. • Conozca qué cubre Medicare, incluidos los servicios preventivos (como pruebas de detección, inmunizaciones o vacunas y consultas anuales de “bienestar”). • Obtenga información y formularios sobre apelaciones de Medicare. • Obtenga información sobre la calidad de la atención que brindan los planes, los centros de cuidados, los hospitales, los médicos, la agencia de atención médica a domicilio, los centros de diálisis, los hospicios, los centros de rehabilitación para pacientes internados y los hospitales de atención a largo plazo. • Busque sitios web y números de teléfono útiles. También puede utilizar el sitio web Medicare.gov para informar a Medicare sobre cualquier queja que tenga de nuestro plan. **Para presentar una queja ante Medicare,** consulte Medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma sus quejas de manera seria y utilizará esta información para mejorar la calidad del programa de Medicare.

SECCIÓN 3 Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP)

El Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa gubernamental con asesores capacitados en cada estado y que ofrece ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare. En Florida, el SHIP se denomina Florida Serving Health Insurance Needs of Elders (SHINE).

Florida Serving Health Insurance Needs of Elders (SHINE) es un programa estatal independiente (que no tiene relación con ninguna empresa de seguros ni plan de salud) que recibe fondos del gobierno federal

con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros médicos, a nivel local y de forma gratuita, a las personas que tienen Medicare.

Los asesores de Florida Serving Health Insurance Needs of Elders (SHINE) pueden ayudarlo a que entienda sus derechos en relación con Medicare, a presentar quejas sobre la atención médica o el tratamiento médico y a solucionar problemas con las facturas de Medicare. Los asesores de Florida Serving Health Insurance Needs of Elders (SHINE) también pueden ayudarlo con preguntas o problemas relacionados con Medicare y ayudarlo a comprender las opciones de los planes de Medicare y a responder preguntas sobre cómo cambiar de plan.

Florida Serving Health Insurance Needs of Elders (SHINE): Información de contacto	
Llame al	1-800-963-5337
TTY	1-800-955-8770 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultad auditiva o del habla.
Escriba a	SHINE Program, Department of Elder Affairs 4040 Esplanade Way, Suite 270 Tallahassee, FL 32399-7000
Sitio web	https://www.floridashine.org/

SECCIÓN 4 Organización para la mejora de la calidad (Quality Improvement Organization, QIO)

Una Organización para la mejora de la calidad (Quality Improvement Organization, QIO) designada que trabaja para los beneficiarios de Medicare en cada estado. Para Florida, la Organización para la mejora de la calidad se denomina Acentra Health (Florida's Quality Improvement Organization).

Acentra Health (Florida's Quality Improvement Organization) tiene un grupo de médicos y otros profesionales de la salud a quienes Medicare paga para controlar y ayudar a mejorar la calidad de la atención de las personas con Medicare. Acentra Health (Florida's Quality Improvement Organization) es una organización independiente. No tiene ninguna relación con nuestro plan.

Comuníquese con Acentra Health (Florida's Quality Improvement Organization) si tiene una queja sobre la calidad de la atención que recibió. Por ejemplo, puede comunicarse con Acentra Health (Florida's Quality Improvement Organization) si le dieron el medicamento incorrecto o si se le dieron medicamentos que interactúan de manera negativa.

Acentra Health (Florida's Quality Improvement Organization): Información de contacto	
Llame al	1-888-317-0751 9:00 a. m. a 5:00 p. m. hora local, de lunes a viernes; y de 10:00 a. m. a 4:00 p. m. los fines de semana y feriados
TTY	711
Escriba a	Acentra Health/Florida's Quality Improvement Organization 1650 Summit Lake Dr., Suite 102 Tallahassee, FL 32317
Sitio web	https://www.acentraqio.com/

SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social determina la elegibilidad y maneja las inscripciones en Medicare. El Seguro Social también es responsable de determinar quiénes deben pagar un monto adicional por la cobertura para medicamentos de la Parte D debido a que tienen un ingreso mayor. Si recibió una carta de parte del Seguro Social en la que se le indica que debe pagar el monto adicional y tiene preguntas sobre el monto, o si sus ingresos disminuyeron a causa de un acontecimiento que le cambió la vida, puede llamar al Seguro Social para solicitar una reconsideración.

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

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

Seguro Social: Información de contacto	
Sitio web	SSA.gov

SECCIÓN 6 Medicaid

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

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

Para obtener más información sobre Medicaid y los programas de ahorro de Medicare, comuníquese con Florida Medicaid.

Florida Medicaid: Información de contacto	
Llame al	1-877-711-3662 1-888-419-3456 8 a. m. - 8 p. m. ET, lunes a jueves 8 a. m. - 7 p. m. ET viernes
TTY	1-866-467-4970 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
Escriba a	Agency for Health Care Administration 2727 Mahan Drive, MS 62 Tallahassee, FL 32308
Sitio web	https://www.flmedicaidmanagedcare.com/home/index

SECCIÓN 7 Programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos con receta

El sitio web de Medicare (Medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs) brinda información sobre algunas maneras para reducir los costos de sus medicamentos con receta. Los programas a continuación pueden ayudar a las personas con ingresos limitados.

Ayuda adicional de Medicare

Medicare y el Seguro Social ofrecen un programa llamado Ayuda adicional que puede ayudar a pagar los costos de medicamentos para personas con ingresos y recursos limitados. Si reúne los requisitos, obtendrá ayuda para pagar la prima mensual del plan de medicamentos de Medicare, el deducible anual, y los copagos y el coseguro. La Ayuda adicional también cuenta para los costos que paga de su bolsillo.

Si usted califica automáticamente para la Ayuda adicional, Medicare le enviará una carta en color morado para informárselo. Si no califica automáticamente, puede presentar la solicitud en cualquier momento. Para saber si califica para recibir Ayuda adicional:

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

Cuando presente la solicitud para Ayuda adicional también puede comenzar el proceso de solicitud para un Programa de ahorros de Medicare (Medicare Savings Program, MSP). Estos programas estatales brindan ayuda con otros costos de Medicare. El Seguro Social enviará información a su estado para iniciar una solicitud de MSP, a menos que usted les diga que no lo hagan en la solicitud de Ayuda adicional.

Si califica para la Ayuda adicional y cree que está pagando un monto incorrecto por su medicamento con receta en una farmacia, nuestro plan tiene un proceso para ayudarle a obtener evidencia del monto correcto del copago. Si ya tiene evidencia del monto correcto, podemos ayudarle a compartir esta evidencia con nosotros.

- Llame a Servicios para los miembros y comuníquele a un representante que usted considera que califica para recibir Ayuda adicional. Es posible que se requiera que usted proporcione uno de los siguientes tipos de documentación (Mejor evidencia disponible):
    - Una copia de su tarjeta de beneficiario de Medicaid en donde figure su nombre y fecha de elegibilidad durante un mes después de junio del año calendario anterior
    - Una copia de un documento estatal que confirme el estado activo de Medicaid durante un mes después de junio del año calendario anterior
    - Una impresión del archivo de inscripción electrónica estatal que muestre el estado de Medicaid durante un mes después de junio del año calendario anterior
    - Una captura de pantalla de los sistemas de Medicaid del estado que muestre el estado de Medicaid durante un mes después de junio del año calendario anterior
    - Otra documentación suministrada por el estado que muestre el estado de Medicaid durante un mes después de junio del año calendario anterior
    - Una carta de la Administración del Seguro Social (Social Security Administration, SSA) que indique que la persona recibe Ingreso complementario administrado por el Seguro Social (Supplemental Security Income, SSI)
    - Una solicitud presentada por una persona considerada elegible, donde se confirme que el beneficiario es "... automáticamente elegible para recibir ayuda adicional..." (publicación de la SSA HI 03094.605)

Si usted está internado y considera que califica para costo compartido de cero, llame a Servicios para los miembros y comuníquele al representante que usted considera que califica para ayuda adicional. Es posible que se requiera que usted proporcione uno de los siguientes tipos de documentación:

- Un comprobante de un centro que muestre el pago de Medicaid hecho en nombre de usted y que corresponda a un mes calendario completo durante un mes después de junio del año calendario anterior;
- Una copia de un documento estatal que confirme el pago de Medicaid en nombre de usted a un centro por un mes calendario completo después de junio del año calendario anterior; o
- Una captura de pantalla de los sistemas de Medicaid del estado, que muestre el estado de usted a nivel institucional, con base en una estadía de al menos un mes calendario completo con fines de pago de Medicaid durante un mes posterior a junio del año calendario anterior.

- Si no puede proporcionar la documentación descrita antes, y cree que podría calificar para recibir ayuda adicional, llame a Servicios para los miembros y un representante le ayudará.
- Cuando recibamos la evidencia que demuestre su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que pueda pagar el monto correcto cuando obtenga su próximo medicamento con receta en la farmacia. Si paga de más en su copago, le reembolsaremos, ya sea mediante un cheque o un crédito para un copago futuro. Si la farmacia no cobró su copago y usted les debe una deuda, podríamos hacer el pago directamente a la farmacia. Si el estado pagó en su nombre, podríamos pagar directamente al estado. Llame a Servicios para los miembros al 1-888-550-5252 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) si tiene preguntas.

¿Qué ocurre si tiene Ayuda adicional y cobertura del Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP)?

El Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a que las personas con VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH que salvan vidas. Los medicamentos de la Parte D de Medicare que también están en el formulario ADAP califican para la asistencia con los costos compartidos para medicamentos con receta mediante el Florida AIDS Drug Assistance Program (ADAP).

El Florida AIDS Drug Assistance Program (ADAP) es el ADAP de su estado.

El Florida AIDS Drug Assistance Program (ADAP) de su estado figura a continuación.

Florida AIDS Drug Assistance Program (ADAP): Información de contacto	
Llame al	1-844-381-2327 8 a. m. a 5 p. m. hora local, de lunes a viernes
TTY	711 1-888-503-7118 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultad auditiva o del habla.
Escriba a	HIV/AIDS Section 4052 Bald Cypress Way Tallahassee, FL 32399
Sitio web	https://www.floridahealth.gov/individual-family-health/injury-prevention-wellness/hiv-aids/hiv-aids-management/

Nota: Para ser elegible para el ADAP que funciona en su estado, las personas deben cumplir con ciertos criterios, incluso comprobante de residencia en el estado y estado de VIH, comprobante de bajos ingresos (según lo establece el estado), y estado de no asegurado/con seguro insuficiente. Si cambia de plan, notifique a su encargado local de inscripción del ADAP para que pueda continuar recibiendo asistencia. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame a Florida AIDS Drug Assistance Program (ADAP).

Plan de pago de recetas de Medicare

El Plan de pago de recetas de Medicare es una opción de pago que funciona junto con su cobertura actual para medicamentos para ayudarle a administrar los costos que paga de su bolsillo por los medicamentos cubiertos por nuestro plan al extenderlos a través **del año calendario** (enero – diciembre). Cualquier persona con un plan de medicamentos de Medicare o con un plan de salud de Medicare que tenga cobertura de medicamentos (como un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos) puede utilizar esta opción de pago. **Esta opción de pago podría ayudarlo a administrar sus gastos, pero no le ahorra dinero ni reduce los costos de sus medicamentos. Si usted está participando en el Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare y permanece en el mismo plan de la Parte D, su participación se renovará automáticamente para 2027; usted no necesita presentar una nueva solicitud de elección para seguir participando en 2027**. Para saber más acerca de esta opción de pago, llame a Servicios para los miembros al 1-888-550-5252 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visite Medicare.gov.

El plan de pago de recetas de Medicare: Información de contacto	
Llame al	1-833-750-9969 Las llamadas a este número son gratuitas, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Servicios para los miembros 1-888-550-5252 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) también ofrece un servicio gratuito de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	1-800-716-3231 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultad auditiva o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
Escriba a	Express Scripts Medicare Prescription Payment Plan PO Box 2 Saint Louis, MO 63166
Sitio web	go.wellcare.com/MPPP

SECCIÓN 8 Junta de jubilación para ferroviarios (RRB)

La Junta de jubilación para ferroviarios (Railroad Retirement Board, RRB) es una agencia federal independiente que administra los programas integrales de beneficios destinados a los trabajadores ferroviarios del país y a sus familias. Si usted recibe Medicare a través de la RRB, comunique si se muda o cambia su dirección postal. Para preguntas sobre los beneficios de la Junta de jubilación para ferroviarios (RRB), comuníquese con la agencia.

Junta de jubilación para ferroviarios (RRB): información de contacto	
Llame al	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Presione “0” para 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. Presione “1”, para acceder a la Línea de ayuda automatizada e información grabada de la RRB durante las 24 horas, incluidos los fines de semana y días feriados.
TTY	1-312-751-4701 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultad auditiva o del habla. Las llamadas a este número no son gratuitas.
Sitio web	RRB.gov

SECCIÓN 9 Si usted tiene un seguro grupal u otro seguro médico de un empleador

Si usted (o su cónyuge o pareja doméstica) obtiene beneficios de su empleador o grupo de jubilados (o del de su cónyuge o pareja doméstica) como parte de este plan, puede llamar al administrador de beneficios del empleador o sindicato o a Servicios para los miembros al 1-888-550-5252 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) si tiene alguna pregunta. Puede preguntar acerca de los beneficios de salud, las primas o el período de inscripción de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge o pareja doméstica). (Los números de teléfono de Servicios para los miembros están impresos en la contratapa de este documento). Usted puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) si tiene preguntas acerca de su cobertura de Medicare conforme a este plan. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si tiene otra cobertura para medicamentos a través de su empleador o grupo de jubilados (o del de su cónyuge o pareja doméstica), comuníquese con **el administrador de beneficios de ese grupo.** El

administrador de beneficios puede ayudarlo a comprender cómo funcionará su cobertura actual para medicamentos en relación con nuestro plan.

CAPÍTULO 3:

Utilizar la cobertura del plan para los medicamentos de la Parte D

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

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

Los dos ejemplos de medicamentos que se describieron anteriormente están cubiertos por Original Medicare. (Para obtener más información sobre esta cobertura, consulte su manual *Medicare & You 2027 (Medicare y Usted 2027)*). Nuestro plan cubre sus medicamentos con receta de la Parte D.

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

- Debe pedirle a un proveedor (médico, dentista u otra persona autorizada a dar recetas) que escriba su receta, que debe ser válida de acuerdo con las leyes estatales correspondientes.
- La persona autorizada a dar recetas no debe estar en las Listas de Exclusión o Preclusión de Medicare.
- Por lo general, debe utilizar una farmacia de la red para obtener sus medicamentos con receta. (Consulte la Sección 2) o puede obtener su receta a través del servicio de pedido por correo de nuestro plan.
- Su medicamento debe estar en la Lista de medicamentos de nuestro plan (ver la Sección 3).
- Su medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. Una “indicación médicamente aceptada” es un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) o avalado por ciertas referencias. (Para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada, consulte la Sección 3 de este capítulo).

- Su medicamento podría requerir la aprobación de nuestro plan con base en determinados criterios antes de que aceptemos cubrirlo. (Consulte la Sección 4 para obtener más información).

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

En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta están cubiertos *solo* si los obtiene en las farmacias de la red de nuestro plan. (Consulte la Sección 2.4 para obtener más información sobre cuándo cubriríamos los medicamentos con receta que obtiene en farmacias fuera de la red).

Una farmacia de la red es aquella que ha celebrado un contrato con nuestro plan para proporcionar los medicamentos cubiertos. El término "medicamentos cubiertos" significa todos los medicamentos de la Parte D que están en la Lista de medicamentos de nuestro plan.

Sección 2.1 Farmacias de la red

Cómo encontrar una farmacia de la red en su área

Para encontrar una farmacia de la red, consulte su *Directorio de farmacias*, visite nuestro sitio web (go.wellcare.com/2027providerdirectories), y/o llame a Servicios para los miembros al 1-888-550-5252 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Puede ir a cualquiera de las farmacias de la red. Algunas de las farmacias de nuestra red brindan costos compartidos preferidos que pueden ser más bajos que los costos compartidos de una farmacia que ofrece costos compartidos estándar. El *Directorio de farmacias* le indicará qué farmacias de nuestra red ofrecen un costo compartido preferido. Para obtener más información sobre qué costos que paga de su bolsillo podrían ser distintos para diferentes medicamentos, comuníquese con nosotros.

Si su farmacia deja de formar parte de la red

Si la farmacia que usted utiliza deja de formar parte de la red de nuestro plan, tendrá que buscar una nueva farmacia de la red. Si la farmacia que usa permanece en la red, pero ya no ofrece un costo compartido preferido, tal vez desee cambiar a una nueva farmacia preferida o de la red, si hay alguna disponible. Para encontrar otra farmacia en su área, llame a Servicios para los miembros al 1-888-550-5252 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o usar el *Directorio de farmacias*. También puede encontrar información en nuestro sitio web en go.wellcare.com/2027providerdirectories.

Farmacias especializadas

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

- Farmacias que proveen medicamentos para tratamientos de infusión en el hogar.

- Farmacias que proveen medicamentos para las personas que residen en un centro de atención a largo plazo (Long-Term Care, LTC). Generalmente, un centro de LTC (como un centro de cuidados) tiene su propia farmacia. Si tiene dificultad para obtener sus beneficios de la Parte D en un centro de LTC, comuníquese con Servicios para los miembros al 1-888-550-5252 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).
- Farmacias que brinden servicios al Programa de salud para la población india estadounidense urbana/tribal/del Servicio de Salud para la Población India Estadounidense (no está disponible en Puerto Rico). Salvo en caso de emergencia, solo los indios estadounidenses o los nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias de su plan dentro de la red.
- Farmacias que proveen medicamentos que están restringidos por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) para ciertas ubicaciones o que requieren un manejo especial, la coordinación del proveedor o la educación sobre su uso. Para encontrar una farmacia especializada, consulte su *Directorio de farmacias* go.wellcare.com/2027providerdirectories o llame a Servicios para los miembros al 1-888-550-5252 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Sección 2.2 Servicio de pedido por correo de nuestro plan

Para determinados tipos de medicamentos, usted puede utilizar los servicios de pedido por correo de la red de nuestro plan. Por lo general, los medicamentos que se dispensan a través del servicio de pedido por correo son los que usted toma con regularidad, para una enfermedad crónica o de larga duración. Los medicamentos que no están disponibles a través del servicio de pedido por correo de nuestro plan están marcados como **"NM"** en nuestra Lista de medicamentos.

El servicio de pedidos por correo de nuestro plan le permite solicitar un suministro de **al menos 35 días del medicamento y no más de un suministro de 90 días.**

Su copago podría ser menor cuando utiliza el servicio de pedido por correo preferido del plan. Para obtener más detalles, consulte la tabla en el Capítulo 4, Secciones 5.2 y 5.4.

Para obtener formularios de pedido e información sobre cómo obtener sus medicamentos con receta por correo, llame a Express Scripts® Pharmacy al 1-833-750-0201 (TTY: 711) durante las 24 horas, los 7 días de la semana para obtener ayuda. O bien, inicie sesión en express-scripts.com/rx. Si utiliza una farmacia de pedido por correo que no pertenece a la red del plan, su receta quedará sin cobertura.

Por lo general, el pedido a la farmacia de pedido por correo se le enviará en un plazo no mayor a 14 días. No obstante, en ocasiones, sus recetas a través del pedido por correo podrían demorarse. Para medicamentos a largo plazo que necesita de inmediato, pida a su médico dos recetas: una para un suministro de 30 días que se surtirá en una farmacia minorista participante, y otra para un suministro (de 35 a 90 días) a largo plazo que se surtirá por correo. Si tiene algún problema para surtir su suministro para 30 días en una farmacia minorista participante cuando se retrase su medicamento con receta correspondiente al pedido por correo, pídale a su farmacia minorista que llame a nuestro Centro de servicio para proveedores al 1-866-800-6111 (TTY: 1-888-816-5252), durante las 24 horas, los 7 días de la semana, para recibir asistencia. Los miembros pueden llamar a Express Scripts® Pharmacy al

1-833-750-0201 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. O bien, inicie sesión en express-scripts.com/rx.

Nuevas recetas que la farmacia recibe directamente del consultorio de su médico.
La farmacia surtirá y entregará automáticamente las recetas nuevas que reciba de los proveedores de atención médica, sin verificar con usted primero, si:

- Utilizó los servicios de pedido por correo con este plan en el pasado, o
- Se inscribió para la entrega automática de todas las recetas nuevas recibidas directamente de los proveedores de atención médica. Puede solicitar la entrega automática de todas las recetas nuevas ahora o en cualquier momento llamando a Express Scripts® Pharmacy al 1-833-750-0201 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. O bien, inicie sesión en express-scripts.com/rx.

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

Si utilizó el pedido por correo en el pasado y no desea que la farmacia surta y envíe automáticamente cada medicamento con receta nuevo, comuníquese con nosotros llamando Express Scripts® Pharmacy al 1-833-750-0201 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. O bien, inicie sesión en express-scripts.com/rx.

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

Para cancelar los envíos automáticos de las nuevas recetas recibidas directamente del consultorio del proveedor de atención médica, comuníquese con nosotros llamando al Express Scripts® Pharmacy al 1-833-750-0201 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. O bien, inicie sesión en express-scripts.com/rx.

Resurtidos de recetas médicas de pedido por correo. Para resurtir sus medicamentos, usted tiene la opción de inscribirse en un programa de resurtido automático. En este programa, comenzamos a procesar su siguiente resurtido automáticamente cuando nuestros registros muestren que se está por quedar sin su medicamento. La farmacia se comunicará con usted antes del envío de cada resurtido para asegurarse de que necesite más medicamento, y usted puede cancelar los resurtidos programados si tiene suficiente medicamento o si su medicamento ha cambiado.

Si usted elige no usar nuestro programa de resurtido automático, pero desea que la farmacia de pedido por correo le envíe su receta, póngase en contacto con su farmacia 21 días antes de que su receta actual se acabe. Esto asegurará que su pedido se le envíe a tiempo.

Para cancelar la participación en nuestro programa que prepara automáticamente resurtidos de pedido por correo, comuníquese con nosotros llamando o a su farmacia de pedido por correo:

- **Express Scripts® Pharmacy: 1-833-750-0201 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).**

Si recibe automáticamente por correo un resurtido que no desea, puede ser elegible para un reembolso.

Sección 2.3 Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo

Nuestro plan ofrece 2 maneras de obtener un suministro a largo plazo (también denominado suministro extendido) de medicamentos de mantenimiento en la Lista de medicamentos de nuestro plan. (Los medicamentos de mantenimiento son aquellos que toma con regularidad para una afección crónica o a largo plazo).

1. Algunas farmacias minoristas de nuestra red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Su *Directorio de farmacias* go.wellcare.com/2027providerdirectories le indica cuáles farmacias de nuestra red pueden darle suministros a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar a Servicios para los miembros al 1-888-550-5252 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información.
2. También puede recibir medicamentos de mantenimiento a través de nuestro programa de pedidos por correo. Consulte la Sección 2.2 para obtener más información.

Sección 2.4 Uso de una farmacia que no está en la red de nuestro plan

Por lo general, cubrimos los medicamentos que se obtienen en una farmacia fuera de la red *solo* si no puede utilizar una farmacia de la red. Contamos con farmacias de la red fuera del área de servicio, en las que puede obtener medicamentos con receta como miembro de nuestro plan. **Primero consulte con Servicios para los miembros al 1-888-550-5252 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)** para ver si hay alguna farmacia de la red cerca.

Cubrimos los medicamentos con receta surtidos en una farmacia fuera de la red solo en estas circunstancias:

Viajes: Obtener cobertura cuando viaja o se encuentra fuera del área de servicio del plan.

- Si toma un medicamento con receta regularmente y va a viajar, asegúrese de revisar su suministro del medicamento antes de salir. Cuando sea posible, lleve consigo todos los medicamentos que vaya a necesitar. Usted podría pedir sus medicamentos con receta con anticipación a través de nuestro servicio de farmacia de pedido por correo.
- Si viaja dentro de los Estados Unidos y sus territorios y se enferma, o pierde o se le agotan sus medicamentos con receta, cubriremos los medicamentos con receta que se obtengan en una

farmacia fuera de la red. En esta situación, tendrá que pagar el costo total (en lugar de pagar solo su copago) cuando obtenga su receta. Puede solicitarnos que le paguemos por la parte que nos corresponde del costo presentando el formulario de reclamación de un medicamento con receta. Si acude a una farmacia fuera de la red, es posible que usted sea responsable de pagar la diferencia entre lo que pagaríamos por una receta surtida en una farmacia de la red y lo que la farmacia fuera de la red cobró por su receta. Para saber cómo presentar una reclamación de un medicamento con receta para solicitarnos que le reembolsemos lo que usted pagó, consulte la Sección 2 del Capítulo 5.

- También puede llamar a Servicios para los miembros para averiguar si hay una farmacia de la red en la zona a la que viaja.
- No podemos pagar ninguna receta que se surta en farmacias fuera de los Estados Unidos y sus territorios, ni siquiera en caso de emergencia médica.

Emergencia médica: ¿Qué ocurre si necesito una receta debido a una emergencia médica o porque necesité atención urgente?

- Cubriremos las recetas que se obtengan en una farmacia fuera de la red si las recetas están relacionadas con la atención de urgencia o la emergencia médica. En esta situación, tendrá que pagar el costo total (en lugar de pagar solo su copago) cuando obtenga su receta. Puede solicitarnos que le reembolsemos la parte que nos corresponde del costo presentando un formulario de reclamación. Si acude a una farmacia fuera de la red, es posible que usted sea responsable de pagar la diferencia entre lo que pagaríamos por una receta surtida en una farmacia de la red y lo que la farmacia fuera de la red cobró por su receta. Para saber cómo presentar una reclamación de reembolso, consulte la Sección 2 del Capítulo 5.

Situaciones adicionales: En otras ocasiones usted puede obtener cobertura para su receta si acude a una farmacia fuera de la red.

- Cubriremos su receta en una farmacia fuera de la red si aplica al menos uno de los siguientes casos:
    - Si no puede obtener un medicamento cubierto de manera oportuna dentro de nuestra área de servicio porque no hay farmacias de la red a una distancia razonable en automóvil que ofrezcan servicio las 24 horas.
    - Si está intentando surtir un medicamento con receta que no se encuentra habitualmente en existencia en una farmacia minorista o de pedido por correo de la red que sea accesible (incluidos los medicamentos de costo elevado y los medicamentos únicos).
    - Si va a recibir una vacuna que es médicamente necesaria, pero sin cobertura de la Parte B de Medicare y se administra en el consultorio de su médico.
    - Si obtiene un medicamento con receta de una farmacia perteneciente a una institución mientras usted es un paciente en una clínica de cirugía para pacientes externos u otro entrono para pacientes externos.

- En el caso de todas las situaciones mencionadas anteriormente, es posible que usted reciba un suministro de medicamentos con receta de hasta 30 días. Además, es probable que tenga que pagar el cargo de la farmacia fuera de la red por el medicamento y presentar la documentación para recibir el reembolso de nuestro plan. Asegúrese de incluir una explicación de la situación por la que usó una farmacia fuera de nuestra red. Esto ayudará con el procesamiento de su solicitud de reembolso.

Generalmente, si debe usar una farmacia fuera de la red, deberá pagar el costo total (y no la parte normal que le corresponde) en el momento en que surta la receta. Puede solicitarnos que le reembolsemos la parte que nos corresponde pagar del costo. (La Sección 2 del Capítulo 5 incluye información acerca de cómo puede solicitar un reembolso a nuestro plan). Es posible que deba pagar la diferencia entre lo que paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia dentro de la red.

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

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

Nuestro plan tiene una *Lista* de *medicamentos cubiertos* (Formulario). En esta *Evidencia de Cobertura*, **la denominamos la Lista de medicamentos.**

El plan, con la colaboración de un equipo de médicos y farmacéuticos, selecciona los medicamentos de la lista. La lista cumple con los requisitos de Medicare y ha sido aprobada por Medicare. La Lista de medicamentos solo muestra los medicamentos que están cubiertos por la Parte D de Medicare.

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

- Aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) para el diagnóstico o afección para la que fue recetado, o
- Avalado por ciertas referencias, como American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de Información DRUGDEX de Micromedex.

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

Un medicamento de marca es un medicamento con receta vendido bajo una marca registrada comercial propiedad del fabricante del medicamento. Los productos biológicos son medicamentos más complejos que los medicamentos habituales. En la Lista de medicamentos, cuando nos referimos a medicamentos, esto podría significar un medicamento o un producto biológico.

Un medicamento genérico es un medicamento con receta que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Los productos biológicos tienen alternativas denominadas biosimilares. Por lo general, los genéricos y los biosimilares funcionan tan bien como los de marca o el producto biológico original y, generalmente, cuestan menos. Existen medicamentos genéricos sustitutos disponibles para muchos medicamentos de marca y alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son biosimilares intercambiables y, según las leyes estatales, pueden sustituir al producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, al igual que los medicamentos genéricos pueden sustituir a los medicamentos de marca.

Consulte el Capítulo 10 para obtener definiciones de tipos de medicamentos que pueden estar incluidos en la Lista de medicamentos.

Medicamentos que no están en nuestra Lista de medicamentos

Nuestro plan no cubre todos los medicamentos con receta.

- En algunos casos, la ley no permite que ningún plan de Medicare cubra ciertos tipos de medicamentos. (Para obtener más información, consulte la Sección 7).
- En otros casos, hemos decidido no incluir en la Lista de medicamentos un medicamento en particular.
- En algunos casos, es posible que pueda obtener un medicamento que no está en la Lista de medicamentos. (Para obtener más información, consulte el Capítulo 7).

Sección 3.2 Seis niveles de costo compartido para los medicamentos que figuran en la Lista de medicamentos

Cada medicamento en la Lista de medicamentos de nuestro plan se encuentra en uno de los seis niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el nivel, mayor será el costo del medicamento que le corresponderá pagar:

- Nivel 1 (Medicamentos genéricos) incluye medicamentos genéricos preferidos y podría incluir algunos medicamentos de marca. Este es el nivel de costo compartido más bajo.
- Nivel 2 (Medicamentos de marca preferida) incluye medicamentos de marca preferida y podría incluir algunos medicamentos genéricos.
- Nivel 3 (Medicamentos no preferidos) incluye medicamentos de marca no preferidos y medicamentos genéricos no preferidos.
- Nivel 4 (Medicamentos inyectables) - incluye medicamentos selectos que se administran mediante inyección o que se usan para prevenir enfermedades (vacunas).

- Nivel 5 (Medicamentos especializados) incluye medicamentos de marca y genéricos con un costo elevado. Los medicamentos que están en este nivel no son elegibles para excepciones de pago en un nivel más bajo. Este es el nivel de costo compartido más alto.
- Nivel 6 (Medicamentos para cuidados selectos) - incluye medicamentos genéricos y/o medicamentos de marca selectos que se usan para tratar afecciones específicas.

Para averiguar en qué nivel de costo compartido está su medicamento, consulte la Lista de medicamentos de nuestro plan. El monto que usted debe pagar por los medicamentos en cada nivel de costo compartido se incluye en el Capítulo 4.

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

Para saber si un medicamento está en nuestra Lista de medicamentos, tiene estas opciones:

- Consulte la Lista de medicamentos más reciente que le enviamos electrónicamente.
- Visite el sitio web de nuestro plan (go.wellcare.com/PDP). La Lista de medicamentos en el sitio web siempre es la más actualizada.
- Llame a Servicios para los miembros al 1-888-550-5252 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para averiguar si un medicamento en particular está incluido en la Lista de medicamentos de nuestro plan o para pedir una copia de la lista.
- Utilice la “Real-Time Benefit Tool” (Herramienta de beneficios en tiempo real) de nuestro plan (go.wellcare.com/PDP) para buscar medicamentos en la Lista de medicamentos para ver un valor estimativo de lo que pagará y si hay medicamentos alternativos en la Lista de medicamentos que podrían tratar la misma afección. También puede llamar a Servicios para los miembros al 1-888-550-5252 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

SECCIÓN 4 Medicamentos con restricciones de cobertura

Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?

Para ciertos medicamentos con receta, existen normas especiales que limitan cómo y cuándo nuestro plan los cubre. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrollaron estas normas para alentarlo a usted y a su proveedor a usar los medicamentos de la forma más eficaz. Para averiguar si alguna de estas restricciones se aplica a un medicamento que está tomando o desea tomar, consulte la Lista de medicamentos.

Si un medicamento seguro y de bajo costo funcionará médicamente tan bien como uno de mayor costo, las normas de nuestro plan están destinadas a alentarlo a usted y a su proveedor a usar esa opción más económica.

Tenga en cuenta que, a veces un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra Lista de medicamentos. Esto se debe a que los mismos medicamentos pueden variar en función de la concentración, la cantidad o la forma del medicamento recetado por su proveedor de atención médica, y pueden aplicar distintas restricciones o costos compartidos a las distintas versiones del medicamento (por ejemplo, 10 mg en comparación con 100 mg, uno por día en comparación con 2 por día, comprimido en comparación con líquido).

Sección 4.2 Tipos de restricciones

Si hay una restricción para su medicamento, por lo general significa que usted o su proveedor deberán seguir pasos adicionales para que nosotros cubramos el medicamento. Llame a Servicios para los miembros al 1-888-550-5252 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para averiguar qué pueden hacer usted o su proveedor para obtener la cobertura del medicamento. **Si desea pedirnos que eliminemos la restricción, tendrá que usar el proceso de decisiones de cobertura para solicitarnos una excepción**. Podemos estar o no estar de acuerdo con eliminar la restricción para usted. (Consulte el Capítulo 7).

Obtener la aprobación del plan por adelantado

Para determinados medicamentos, usted o su proveedor necesitan obtener la aprobación de nuestro plan a partir de criterios específicos antes de que aceptemos cubrir el medicamento para usted. Esto se denomina **autorización previa**. Esto se implementa para garantizar la seguridad de los medicamentos y ayudar a guiar el uso adecuado de ciertos medicamentos. Si no obtiene esta aprobación, es posible que nuestro plan no cubra el medicamento. Los criterios de autorización previa de nuestro plan se pueden obtener llamando a Servicios para los miembros al 1-888-550-5252 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o en nuestro sitio web go.wellcare.com/enhanced-pa.

Probar un medicamento diferente primero

Este requisito hace que usted trate de utilizar medicamentos menos costosos, pero generalmente igual de eficaces antes de que nuestro plan le brinde cobertura para otro medicamento. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma afección, nuestro plan puede requerir que pruebe el medicamento A primero. Si el medicamento A no le funciona, entonces nuestro plan cubrirá el medicamento B. Este requisito de probar primero un medicamento diferente se denomina **tratamiento escalonado.** Los criterios de tratamiento escalonado de nuestro plan se pueden obtener llamando a Servicios para los miembros al 1-888-550-5252 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o en nuestro sitio web go.wellcare.com/enhanced-st.

Límites de cantidad

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

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

Hay situaciones en las que hay un medicamento con receta que está tomando o que usted y su proveedor piensan que debería tomar, no está en nuestra Lista de medicamentos o tiene restricciones. Por ejemplo:

- El medicamento podría no estar cubierto en absoluto. O una versión genérica del medicamento podría tener cobertura, pero la versión de marca que desea tomar no está cubierta.
- El medicamento está cubierto, pero se aplican normas o restricciones adicionales respecto de la cobertura.
- El medicamento está cubierto, pero se encuentra en un nivel de costo compartido que hace que la parte que le corresponde de los costos sea más alta de lo que usted cree que debería ser.

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que hace que sus costos sean más altos de lo que cree que deberían ser, consulte la Sección 5.1 para obtener información sobre lo que puede hacer.

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

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

Usted podría obtener un suministro temporal

En ciertas circunstancias, nuestro plan debe proporcionar un suministro temporal de un medicamento que ya está tomando. Este suministro temporal le da tiempo para consultar con su proveedor acerca del cambio.

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

- **Si usted es un miembro nuevo,** nosotros cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros **90 días** de su membresía en nuestro plan.
- **Si estuvo en nuestro plan el año anterior**, cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros **90 días** del año calendario.
- Este suministro temporal será por un máximo de 30 días en una farmacia minorista o bien, un suministro de 31 días en una farmacia de atención a largo plazo. Si su receta es para menos días, permitiremos varios surtidos para proporcionar hasta un suministro máximo de 30 días de

medicamento en una farmacia minorista, o un suministro de 31 días de medicamento en una farmacia de atención a largo plazo. El medicamento con receta debe obtenerse en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo podría suministrar el medicamento en cantidades más pequeñas cada vez para evitar el desperdicio).

- **Para los miembros que han sido miembros de nuestro plan por más de 90 días y residen en un centro de atención a largo plazo (Long-Term Care, LTC) y necesitan un suministro de inmediato:**

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

- **Para aquellos miembros que presentan un cambio en su nivel de atención (como en el caso de una transferencia desde un centro de atención a largo plazo u hospital o hacia este) y que necesitan un suministro de inmediato:**

  Cubrimos un suministro para 30 días, o menos si su receta se escribe para menos días (en cuyo caso permitiremos que realice surtidos múltiples para proporcionar un suministro del medicamento por hasta un total de 30 días).

En caso de tener preguntas acerca de un suministro temporal, llame a Servicios para los miembros al 1-888-550-5252 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

En el período durante el cual use el suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se agote este suministro temporal. Tiene 2 opciones:

Opción 1. Puede cambiar a otro medicamento

Hable con su proveedor para ver si hay un medicamento diferente cubierto por nuestro plan que podría funcionar igual de bien para usted. Llame a Servicios para los miembros al 1-888-550-5252 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y pida una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que funcione para usted.

Opción 2. Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitarle a nuestro plan que haga una excepción y cubra el medicamento en la forma en que desearía que estuviera cubierto. Si su proveedor dice que usted tiene razones médicas que justifican que nos pida una excepción, su proveedor puede ayudarlo a solicitar una excepción. Por ejemplo, usted puede pedirle a nuestro plan que cubra un medicamento, aunque no esté en la Lista de medicamentos de nuestro plan. O bien, puede pedirle a nuestro plan que haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

Si usted o su proveedor desean solicitar una excepción, consulte el Capítulo 7, Sección 5.4 para saber qué tiene que hacer. También le explica los procedimientos y los plazos que han sido establecidos por Medicare para asegurarse de que su solicitud se administre en forma inmediata y justa.

Sección 5.1 Qué hacer si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera demasiado alto

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

Puede cambiar a otro medicamento

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera muy alto, hable con su proveedor. Podría haber un medicamento diferente en un nivel de costo compartido inferior que podría funcionar igual de bien para usted. Llame a Servicios para los miembros al 1-888-550-5252 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y pida una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que podría funcionar para usted.

Puede solicitar una excepción

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

Si usted o su proveedor desean solicitar una excepción, el Capítulo 7, Sección 5.4 le explica lo que tiene que hacer. También le explica los procedimientos y los plazos que han sido establecidos por Medicare para asegurarse de que su solicitud se trate en forma inmediata y justa.

Los medicamentos en nuestro Nivel 5 (medicamentos especializados) no califican para este tipo de excepción. No disminuimos el monto de costo compartido de los medicamentos en este nivel.

SECCIÓN 6 Nuestra Lista de medicamentos puede sufrir modificaciones durante el año

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

- **Añadir o eliminar medicamentos de la Lista de medicamentos**
- **Pasar un medicamento a un nivel de costo compartido más alto o más bajo**
- **Agregar o quitar una restricción respecto de la cobertura de un medicamento**
- **Sustituir un medicamento de marca por una versión genérica del medicamento**

- Sustituir un producto biológico original por una versión biosimilar intercambiable del producto biológico

Debemos cumplir los requisitos de Medicare antes de cambiar la Lista de medicamentos de nuestro plan.

Información sobre cambios en la cobertura para medicamentos

Cuando se realizan cambios en la Lista de medicamentos, publicamos información en nuestro sitio web sobre esos cambios. También actualizamos nuestra Lista de medicamentos en línea regularmente. A veces recibirá un aviso directo si se realizan cambios en un medicamento que toma.

Cambios en la cobertura para medicamentos que lo afectan durante este año del plan

- **Agregar medicamentos nuevos a la Lista de medicamentos e inmediatamente eliminar o realizar cambios en un medicamento similar de la Lista de medicamentos.**
    - Cuando agreguemos una nueva versión de un medicamento en la Lista de medicamentos, podríamos eliminar inmediatamente un medicamento similar de la Lista de medicamentos, mover el medicamento similar a un nivel de costo compartido diferente, agregar nuevas restricciones o ambas cosas. La nueva versión del medicamento estará en el mismo nivel de costo compartido o en un nivel de costo compartido más bajo y con las mismas restricciones o menos.
    - Realizaremos estos cambios inmediatos solo si agregamos una nueva versión genérica de una marca de medicamento o si agregamos ciertas versiones nuevas de biosimilares de un producto biológico original que ya estaba incluido en la Lista de medicamentos.
    - Podemos realizar estos cambios inmediatamente y decírselo más adelante, incluso si está tomando el medicamento que quitamos o cambiamos. Si toma el medicamento similar en el momento en el que realizamos el cambio, le proporcionaremos información sobre los cambios específicos que hagamos.
- **Agregar medicamentos a la Lista de medicamentos y eliminar o hacer cambios en un medicamento similar en la Lista de medicamentos**
    - Cuando agreguemos otra versión de un medicamento a la Lista de medicamentos, podemos eliminar un medicamento similar de la Lista de medicamentos, moverlo a un nivel de costo compartido diferente, agregar nuevas restricciones, o ambas cosas. La versión del medicamento que agreguemos estará en el mismo nivel de costo compartido o en un nivel de costo compartido más bajo y con las mismas restricciones o menos.
    - Realizaremos estos cambios solo si agregamos una nueva versión genérica de un medicamento de marca o si agregamos ciertas nuevas versiones biosimilares de un producto biológico original que ya estaba en la Lista de medicamentos.

- Le comunicaremos, al menos, 30 días antes de que realicemos el cambio, o le informaremos sobre el cambio y cubriremos un resurtido para 30 días de la versión del medicamento que está tomando.

- **Eliminar medicamentos no seguros y otros medicamentos de la Lista de medicamentos que se retiran del mercado.**
  - A veces, un medicamento podría considerarse no seguro o retirarse del mercado por otra razón. Si esto ocurre, podremos eliminar inmediatamente el medicamento de la Lista de medicamentos. Si toma ese medicamento, le informaremos después de que realicemos el cambio.

- **Hacer otros cambios sobre medicamentos de la Lista de medicamentos.**
  - Podemos hacer otros cambios que afecten los medicamentos que toma una vez que el año haya comenzado. Por ejemplo, nos basamos en el recuadro de advertencias de la FDA o en nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare.
  - Le comunicaremos, al menos, 30 días antes de que realicemos estos cambios, o le informaremos sobre el cambio, y cubriremos un resurtido adicional para 30 días del medicamento que está tomando.

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

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

Podemos realizar ciertos cambios en la Lista de medicamentos que no se describen anteriormente. En estos casos, el cambio no se aplicará a usted si está tomando el medicamento cuando se realiza el cambio; sin embargo, es probable que estos cambios lo afecten a partir del 1 de enero del próximo año del plan si permanece en el mismo plan.

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

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

Si cualquiera de estos cambios ocurre con un medicamento que toma (excepto por un retiro del mercado, el reemplazo de un medicamento de marca por un medicamento genérico u otro cambio

mencionado en las secciones anteriores), el cambio no afectará su uso ni lo que usted paga como la parte que le corresponde del costo hasta el 1 de enero del próximo año.

No le informaremos sobre estos tipos de cambios directamente durante el año actual del plan. Deberá consultar la Lista de medicamentos para el próximo año del plan (cuando la lista esté disponible durante el período de inscripción abierta) para ver si hay algún cambio en los medicamentos que toma que lo afectará durante el próximo año del plan.

SECCIÓN 7 Tipos de medicamentos que no cubrimos

Algunos tipos de medicamentos con receta están *excluidos*. Esto significa que Medicare no paga estos medicamentos.

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

A continuación, se presentan 3 normas generales sobre medicamentos que el plan de medicamentos de Medicare no cubrirá según la Parte D:

- La cobertura para medicamentos de la Parte D de nuestro plan no cubrirá un medicamento que estaría cubierto en la Parte A o la Parte B de Medicare.
- Nuestro plan no puede cubrir un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos o sus territorios.
- Nuestro plan no puede cubrir el uso para una *indicación no autorizada* de un medicamento cuando el uso no está avalado por ciertas referencias, como American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de Información DRUGDEX de Micromedex. *Indicación no autorizada* es cualquier uso distinto al indicado en la etiqueta de un medicamento aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos.

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

- Medicamentos sin receta (también denominados medicamentos de venta libre)
- Medicamentos utilizados para estimular la fertilidad
- Medicamentos utilizados para el alivio de la tos o los síntomas del resfriado
- Medicamentos para fines estéticos o para promover el crecimiento del cabello
- Vitaminas con receta y productos minerales, salvo las vitaminas prenatales y preparaciones de fluoruro
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de disfunción sexual o eréctil

- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la anorexia, la pérdida de peso o el aumento de peso
- Medicamentos para pacientes externos cuyo fabricante exija, como condición de venta, que se realicen exámenes relacionados con estos o servicios de supervisión se compren exclusivamente al fabricante

Si está recibiendo Ayuda adicional para pagar sus medicamentos con receta, el programa Ayuda adicional no pagará los medicamentos que por lo general no cubre. Si tiene una cobertura para medicamentos a través de Medicaid, el programa Medicaid de su estado puede cubrir algunos medicamentos con receta que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare. Comuníquese con el programa Medicaid de su estado para determinar la cobertura para medicamentos disponible para usted. (Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto de Medicaid en Capítulo 2, Sección 6).

SECCIÓN 8 Cómo surtir un medicamento

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

Si usted no tiene su información de miembro de nuestro plan, usted o su farmacia pueden llamar a nuestro plan para obtener la información necesaria, o puede pedirle a la farmacia que busque la información de inscripción de nuestro plan.

Si la farmacia no puede recibir la información necesaria, **es posible que usted deba pagar el costo total del medicamento con receta cuando lo retire**. Entonces puede **solicitarnos que le reembolsemos** la parte que nos corresponde. Consulte la Sección 2 del Capítulo 5 para obtener información sobre cómo solicitar el reembolso al plan.

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

Sección 9.1 En un hospital o centro de atención de enfermería especializada para estadía cubierta por nuestro plan

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

Sección 9.2 Como residente en un centro de atención a largo plazo (LTC)

Por lo general, un centro de atención de largo plazo (Long-Term Care, LTC) (como un centro de cuidados) tiene su propia farmacia, o usa una farmacia que suministra medicamentos para todos sus residentes. Si usted reside en un centro de LTC, puede obtener sus medicamentos con receta a través de la farmacia del centro o la que utiliza el centro, siempre y cuando sea parte de nuestra red.

Consulte su *Directorio de farmacias* en go.wellcare.com/2027providerdirectories para averiguar si la farmacia del centro de LTC o la que utiliza el centro forma parte de nuestra red. Si no es así, o si usted necesita más información, llame a Servicios para los miembros al 1-888-550-5252 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Si usted está en un centro de LTC, debemos asegurarnos de que pueda recibir regularmente sus beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias de LTC.

Si es residente de un centro de LTC y necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de Medicamentos o tiene algún tipo de restricción, consulte la Sección 5 para obtener más información sobre un suministro temporal o de emergencia.

Sección 9.3 Si está tomando medicamentos que cubre Original Medicare

Su inscripción en nuestro plan no afecta su cobertura para medicamentos cubiertos en virtud de la Parte A o de la Parte B de Medicare. Si usted reúne los requisitos para la cobertura de Medicare, sus medicamentos continuarán estando cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare, aunque esté inscrito en nuestro plan. Además, si su medicamento estuviera cubierto por la Parte A o la Parte B de Medicare, nuestro plan no puede cubrirlo, ni siquiera si decide no inscribirse en la Parte A ni en la Parte B.

Es posible que la Parte B de Medicare cubra algunos medicamentos en algunas situaciones y a través de nuestro plan en otras situaciones. Los medicamentos nunca están cubiertos por la Parte B y por nuestro plan al mismo tiempo. Por lo general, su farmacéutico o proveedor determinarán si deben facturarle por el medicamento a la Parte B de Medicare o a nuestro plan.

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

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

Cada año, su compañía de seguros de Medigap debe enviarle un aviso en el que se le informe si su cobertura para medicamentos con receta es acreditable y las opciones que tiene para la cobertura para medicamentos. (Si la cobertura de la póliza Medigap es acreditable, quiere decir que, en promedio, paga, al menos, lo mismo que la cobertura para medicamentos estándar de Medicare). El aviso también

le explicará cuánto se reducirá su prima si elimina la parte de la cobertura para medicamentos con receta de su póliza Medigap. Si no recibió este aviso o si no puede encontrarlo, póngase en contacto con la compañía de seguros de Medigap y pida otra copia.

Sección 9.5 Si también tiene cobertura para medicamentos del plan de un empleador o grupo de jubilados

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

En general, si tiene cobertura de su empleador o grupo de jubilados, la cobertura para medicamentos que le brindemos será *complementaria* a la cobertura de su grupo. Eso significa que la cobertura de su grupo paga primero.

Nota especial sobre la cobertura acreditable:

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

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

Guarde cualquier aviso sobre la cobertura acreditable porque puede necesitar estos avisos más adelante para demostrar que mantuvo una cobertura acreditable. Si no recibió el aviso sobre la cobertura acreditable, solicite una copia al administrador de beneficios de su empleador o grupo de jubilados o al empleador o sindicato.

Sección 9.6 Si usted se encuentra en un hospicio certificado por Medicare

El hospicio y nuestro plan no cubren el mismo medicamento al mismo tiempo. Si está inscrito en un hospicio de Medicare y necesita ciertos medicamentos (p. ej., un medicamento contra las náuseas, un laxante, un analgésico o un ansiolítico) que no están cubiertos por el hospicio porque no está relacionado con su enfermedad terminal o sus afecciones relacionadas, la persona autorizada a dar recetas o su proveedor del hospicio debe notificar a nuestro plan que el medicamento no está relacionado antes de que el plan pueda cubrir el medicamento. Para evitar retrasos en la recepción de estos medicamentos que deberían estar cubiertos por nuestro plan, pregunte a su proveedor de hospicio o persona autorizada a dar recetas que le proporcione un aviso antes de que se surta su receta.

En caso de que usted revoque su elección de hospicio o que reciba el alta del hospicio, nuestro plan debe cubrir sus medicamentos como se explica en este documento. Para evitar demoras en la farmacia

cuando finaliza un beneficio de hospicio de Medicare, presente la documentación en la farmacia para verificar su revocación o alta.

SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad y administración de los medicamentos

Llevamos a cabo revisiones sobre los usos de medicamentos para asegurarnos de que nuestros miembros reciban una atención segura y adecuada.

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

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

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

Sección 10.1 Programa de administración de medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar de manera segura los medicamentos opioides

Tenemos un programa que ayuda a garantizar que los miembros usen de manera segura los opioides con receta y otros medicamentos que son mal usados con frecuencia. Este programa se denomina Programa de administración de medicamentos (Drug Management Program, DMP). Si utiliza medicamentos opioides que obtiene de diferentes personas autorizadas a dar recetas o farmacias, o si tuvo una sobredosis reciente de opioides, podemos hablar con sus personas autorizadas a dar recetas para asegurarnos de que su uso de los medicamentos opioides sea apropiado y médicamente necesario. Trabajaremos junto con quienes están autorizados a darle las recetas, si decidimos que su uso de los medicamentos opioides o benzodiazepina con receta podría no ser seguro, podríamos limitar la manera en que obtiene esos medicamentos. Si lo ubicamos en nuestro DMP, las limitaciones pueden ser las siguientes:

- Solicitarle que obtenga todos sus medicamentos opioides o benzodiazepina con receta en determinadas farmacias.
- Requerir que obtenga todos sus medicamentos opioides o benzodiazepinas con receta de determinada(s) persona(s) autorizada(s) para dar recetas
- Limitar la cantidad de medicamentos opioides o benzodiazepina que cubriremos para usted

Si planeamos limitar cómo obtiene estos medicamentos o cuánto puede obtener, le enviaremos una carta por adelantado. La carta, le indicará si limitaremos la cobertura de estos medicamentos para usted o si se le pedirá que obtenga los medicamentos con receta solo de una persona autorizada a dar recetas o farmacia específicas. Tendrá la oportunidad de informarnos qué personas autorizadas para darle recetas o farmacias prefiere usar, y brindarnos cualquier otra información que considere que es importante que conozcamos. Después de que haya tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos, le enviaremos otra carta en la que se confirme la limitación. Si considera que nos hemos equivocado o no está de acuerdo con nuestra decisión o con respecto a la limitación que impusimos, usted y la persona autorizada a dar recetas tienen derecho a presentar una apelación. Si presenta una apelación, revisaremos su caso y le comunicaremos una nueva decisión. Si seguimos denegando cualquier parte de su solicitud relacionada con las limitaciones que se aplican a su acceso a los medicamentos, automáticamente le enviaremos su caso a un revisor independiente fuera de nuestro plan. Consulte el Capítulo 7 para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

No se lo colocará en un Programa de Administración de Medicamentos (Drug Management Program, DMP) si usted tiene determinadas afecciones, como dolor relacionado con un cáncer o enfermedad de células falciformes, o si recibe atención en un hospicio, paliativo o de final de vida, o vive en un centro de atención a largo plazo.

Sección 10.2 Programa de manejo del tratamiento farmacológico (MTM) para ayudar a los miembros a administrar los medicamentos

Tenemos un programa que puede ayudar a nuestros miembros con necesidades de salud complejas. Nuestro programa se denomina Programa de manejo del tratamiento farmacológico (Medication Therapy Management, MTM). Este programa es voluntario y gratuito. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrollaron el programa para nosotros para ayudar a garantizar que nuestros miembros aprovechen al máximo el beneficio de los medicamentos que toman.

Algunos miembros que tienen ciertas enfermedades crónicas y toman medicamentos que superan un monto específico de los costos de los medicamentos o se encuentran en un Programa de administración de medicamentos (Drug Management Program, DMP) para ayudarlos a usar opioides de manera segura, pueden obtener servicios a través de un Programa de manejo del tratamiento farmacológico (Medication Therapy Management, MTM). Si reúne los requisitos para participar en el programa, un farmacéutico u otro profesional de la salud llevará a cabo una revisión integral de todos sus medicamentos. Durante la revisión, puede hablar sobre sus medicamentos, los costos o cualquier problema o pregunta que tenga sobre sus medicamentos con receta y de venta libre. Recibirá un

resumen escrito que tiene una lista de tareas recomendadas que incluye los pasos que debe seguir para obtener los mejores resultados de sus medicamentos. También obtendrá una lista de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que está tomando, cuánto debería tomar, el momento donde debería tomarlos y la razón por la que los está tomando. Además, los miembros del programa de MTM recibirán información sobre la eliminación segura de medicamentos con receta que sean sustancias controladas.

Es una buena idea hablar con su médico sobre los pasos a seguir recomendados y su lista de medicamentos. Lleve el resumen con usted a su consulta o en cualquier momento que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. También tenga su lista de medicamentos actualizada y llévela con usted (por ejemplo, con su identificación) si acude al hospital o a la sala de emergencias.

Si tenemos un programa que se adapte a sus necesidades, lo inscribiremos automáticamente en él y le enviaremos la información. Si usted decide no participar, notifíquelo y retiraremos su participación. En caso de tener preguntas acerca de este programa, llame a Servicios para los miembros al 1-888-550-5252 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

CAPÍTULO 4:

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

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

Si participa en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos, **parte de la información de esta *Evidencia de Cobertura* sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D no puede aplicarse en su caso**. Nosotros le enviamos un inserto separado que se denomina *Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs (Cláusula adicional a la Evidencia de Cobertura para las personas que reciben Ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta)* (también denominada *Low-Income Subsidy Rider* o *LIS Rider* (Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS)), que le informa sobre la cobertura para sus medicamentos. Si no tiene este inserto, llame a Servicios para los miembros al 1-888-550-5252 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicite la *Cláusula adicional Rider*.

Para simplificar las cosas, en este capítulo usamos el término “medicamento” en el sentido de un medicamento con receta de la Parte D. No todos los medicamentos son medicamentos de la Parte D. Algunos medicamentos están cubiertos a través de la Parte A o de la Parte B de Medicare y otros medicamentos están excluidos, por ley, de la cobertura de Medicare.

Para comprender la información de pago, usted necesita saber qué medicamentos están cubiertos, dónde obtener sus medicamentos con receta y cuáles son las normas que debe seguir cuando obtiene sus medicamentos cubiertos. El Capítulo 3 explica estas normas. Cuando usted utiliza la “Real-Time Benefit Tool” (Herramienta de beneficios en tiempo real) de nuestro plan para buscar la cobertura de un medicamento go.wellcare.com/PDP, el costo que observa muestra un estimado de los costos que paga de su bolsillo que se espera que usted pague. También puede obtener información proporcionada por la “Herramienta de beneficios en tiempo real” llamando a Servicios para los miembros al 1-888-550-5252 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Sección 1.1 Tipos de costos que puede llegar a tener que pagar de su bolsillo por los medicamentos cubiertos

Hay 3 diferentes tipos de costos que paga de su bolsillo por los medicamentos de la Parte D que se le podría pedir que pague:

- **Deducible** es el monto que paga por los medicamentos antes de que nuestro plan comience a pagar la parte que nos corresponde.
- **Copago** es un monto fijo que usted paga cada vez que obtiene un medicamento con receta.
- **Coseguro** es un porcentaje del costo total del medicamento que usted paga cada vez que obtiene un medicamento con receta.

Sección 1.2 Cómo calcula Medicare los costos que paga de su bolsillo

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

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

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

- El monto que paga por los medicamentos cuando está en las siguientes etapas de pago de los medicamentos:
  - La Etapa del deducible
  - La Etapa de cobertura inicial
- Cualquier pago que haya efectuado durante este año calendario como miembro de un plan de medicamentos de Medicare diferente antes de inscribirse en nuestro plan.
- Cualquier pago por sus medicamentos que hayan hecho familiares o amigos
- Cualquier pago por sus medicamentos realizado por Ayuda adicional de Medicare, planes de parte del empleador o del sindicado, Servicio de Salud para la Población India Estadounidense, programas de asistencia con medicamentos para el SIDA, y la mayoría de las organizaciones benéficas

Paso a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas:

Cuando usted (o los que pagan en su nombre) haya gastado un total de $2,400 en costos que paga de su bolsillo en el año calendario, pasa de la Etapa de cobertura inicial a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

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

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

- Su prima mensual
- Medicamentos que compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios
- Medicamentos que nuestro plan no cubre
- Medicamentos que obtiene en una farmacia fuera de la red que no cumplen con los requisitos de nuestro plan para la cobertura fuera de la red
- Medicamentos que no pertenecen a la Parte D, incluidos los medicamentos con receta cubiertos por la Parte A o la Parte B, y otros medicamentos excluidos de la cobertura por Medicare
- Pagos que usted realiza por medicamentos que normalmente no están cubiertos en un Plan de medicamentos con receta de Medicare
- Pagos por sus medicamentos realizados por determinados planes de seguros y programas de salud financiados por el gobierno, como TRICARE y Administración de Salud de Veteranos (Veterans Health Administration, VA)
- Pagos por sus medicamentos realizados por un tercero con la obligación legal de pagar los costos de los medicamentos con receta (por ejemplo, compensación laboral)
- Pagos realizados por los fabricantes de medicamentos conforme al Programa de descuentos del fabricante

Recordatorio: Si cualquier otra organización, como las que mencionamos más arriba, paga parte o la totalidad de los costos que paga de su bolsillo por los medicamentos, usted debe informarlo a nuestro plan llamando al 1-888-550-5252 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Registro de los costos que usted paga de su bolsillo

- La *Explicación de Beneficios (Explanation of Benefits, EOB) de la Parte D* que usted recibe, incluye el monto actual de los costos que paga de su bolsillo. Cuando este monto alcance los $2,400, la *Explicación de beneficios (Explanation of Benefits, EOB) de la Parte D* le indicará que dejó la Etapa de cobertura inicial y pasa a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** Consulte la Sección 3.1 para saber qué puede hacer para asegurarse de que nuestros registros de lo que gastó estén completos y actualizados.

SECCIÓN 2 Etapas de pago de los medicamentos para los miembros de nuestro plan

Hay **3 etapas de pago de los medicamentos** para su cobertura para medicamentos a través de nuestro plan La cantidad que paga por un medicamento depende de la etapa en la que se encuentre cuando obtenga un medicamento con receta o un resurtido. Recuerde que siempre será responsable de la prima mensual del plan, independientemente de la etapa de pago del medicamento. Los detalles de cada etapa se explican en este capítulo. Las etapas son las siguientes:

- **Etapa 1: Etapa del deducible anual**
- **Etapa 2: Etapa de cobertura inicial**
- **Etapa 3: Etapa de cobertura en situaciones catastróficas**

SECCIÓN 3 Su *Explicación de beneficios de la* Parte D *(Explanation of Benefits, EOB)* explica en qué etapa de pago se encuentra usted

Nuestro plan hace un seguimiento de sus costos de medicamentos con receta y de los pagos que hace cuando obtiene medicamentos con receta en la farmacia. De esta manera, podemos decirle cuándo pasó de una etapa de pago de los medicamentos a la siguiente etapa. Registramos 2 tipos de costos:

- **Costos que paga de su bolsillo:** esto corresponde a cuánto ha pagado usted. Esto incluye lo que usted pagó cuando obtiene un medicamento cubierto de la Parte D, cualquier pago por sus medicamentos realizado por su familia o amigos, y cualquier pago realizado por sus medicamentos por Ayuda adicional de Medicare, los planes de salud de un empleador o un sindicato, el Servicio de Salud para la Población India Estadounidense, programas de asistencia de medicamentos para el SIDA, organizaciones benéficas y la mayoría de los Programas estatales de asistencia farmacéutica (State Pharmaceutical Assistance Programs, SPAP).
- **Costos totales de los medicamentos:** esto es el total de todos los pagos realizados por sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Aquí se incluye lo que nuestro plan pagó, lo que usted pagó y lo que otros programas u organizaciones pagaron por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

Si obtuvo uno o más medicamentos con receta a través de nuestro plan durante el mes anterior, le enviaremos una *Explicación de beneficios (Explanation of Benefits, EOB) de la Parte D*. La *EOB de la Parte D* incluye:

- **Información para ese mes.** Este informe proporciona más información de pago sobre medicamentos con receta que obtuvo el mes anterior. Muestra los costos totales de los medicamentos, lo que nuestro plan pagó y lo que usted y otros pagaron en su nombre.

- **Los totales para el año desde el 1 de enero.** Esto muestra los costos totales de los medicamentos y los pagos totales por sus medicamentos desde el inicio del año.
- **Información sobre los precios de los medicamentos.** Esto muestra el precio total del medicamento e información sobre cambios en el precio desde el primer resurtido por cada reclamación de medicamento con receta de la misma cantidad.
- **Medicamentos con receta alternativos disponibles a un costo menor.** Esto incluye información sobre otros medicamentos con menor costo compartido disponibles para cada reclamación de un medicamento con receta, si corresponde.

Sección 3.1 Ayúdenos a mantener al día nuestra información sobre sus pagos de los medicamentos

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

- **Muestre su tarjeta de miembro cada vez que obtenga un medicamento con receta**. Esto ayuda a que sepamos acerca de los medicamentos con receta que obtiene y lo que paga.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** En ocasiones, es posible que pague el costo total de un medicamento con receta. En estos casos, no recibiremos automáticamente la información que necesitamos para mantener el seguimiento de los costos que paga de su bolsillo. Para ayudarnos a mantener un registro de los costos que paga de su bolsillo, bríndenos copias de sus recibos. **Ejemplos de cuándo debe darnos copias de sus recibos de medicamentos:**
    - Cuando usted compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuento que no sea parte del beneficio de nuestro plan.
    - Cuando paga un copago por los medicamentos proporcionados en virtud de un programa de asistencia al paciente del fabricante del medicamento.
    - Cada vez que compre medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red o que pague el precio total de un medicamento cubierto en circunstancias especiales.
    - Si se le factura por un medicamento cubierto, puede pedirle a nuestro plan que pague la parte que nos corresponde del costo. Para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo, consulte el Capítulo 5, Sección 2.
- **Envíenos información sobre los pagos que terceros hayan realizado por usted.** Los pagos realizados por otras personas u organizaciones también se tienen en cuenta en los costos que paga de su bolsillo. Por ejemplo, los pagos realizados por un programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP), el Servicio de Salud para la Población India Estadounidense y las organizaciones benéficas se tienen en cuenta para los

costos que paga de su bolsillo. Lleve un registro de estos pagos y envíelos para que podamos hacer un seguimiento de sus costos.

- **Revise el informe que le enviamos por escrito.** Cuando reciba una *EOB de la Parte D*, revísela para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si usted considera que falta algo o si tiene preguntas, llame a Servicios para los miembros al 1-888-550-5252 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). **En vez de recibir por correo una copia en papel *de la Explicación de beneficios de la Parte D (Parte D de la EOB)*, ahora tiene la opción de recibir una versión electrónica.** Usted podría solicitarla visitando https://www.express-scripts.com/. Si elige esta opción, recibirá un correo electrónico cuando *su eEOB de la Parte D* esté disponible para consultar, imprimir o descargar. Las *EOB de la Parte D* electrónicas también se conocen como copias digitales de las *EOB de la Parte D*. Estas son copias exactas (imágenes) de la *Parte D de la EOB* impresas. Asegúrese de guardar estos informes.

SECCIÓN 4 La Etapa del deducible

La Etapa del deducible es la primera etapa de pago de su cobertura para medicamentos. El deducible no se aplica a productos de insulina cubiertos ni a la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, incluidas las vacunas contra el herpes zóster, el tétanos y para los viajes. Pagará un deducible anual de $700 en medicamentos de Nivel 2 (medicamentos de marca preferidos), Nivel 3 (medicamentos no preferidos), Nivel 4 (medicamentos inyectables), y Nivel 5 (medicamentos especializados). **Debe pagar el costo total de sus medicamentos de Nivel 2 (medicamentos de marca preferidos), Nivel 3 (medicamentos no preferidos), Nivel 4 (medicamentos inyectables), y Nivel 5 (medicamentos especializados)** hasta que alcance el monto del deducible de nuestro plan. Para todos los demás medicamentos, no deberá pagar ningún deducible. El **costo total** suele ser inferior al precio total habitual del medicamento, ya que nuestro plan negoció costos más bajos para la mayoría de los medicamentos en farmacias de la red. El costo total no puede exceder el precio justo máximo más los costos de suministro para los medicamentos con precios negociados conforme al Programa de negociación de precios de medicamentos de Medicare (Medicare Drug Price Negotiation Program).

Una vez que pague $700 por sus medicamentos de Nivel 2 (medicamentos de marca preferidos), Nivel 3 (medicamentos no preferidos), Nivel 4 (medicamentos inyectables), y Nivel 5 (medicamentos especializados), usted deja la Etapa del deducible y pasa a la Etapa de cobertura inicial.

SECCIÓN 5 La Etapa de cobertura inicial

Sección 5.1 Lo que paga por un medicamento depende del medicamento y de dónde obtiene los medicamentos con receta

Durante la Etapa de cobertura inicial, nuestro plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos con receta cubiertos y usted paga su parte (el monto de copago *o* coseguro). La parte

que le corresponde del costo variará según el medicamento y dónde obtiene los medicamentos con receta.

Nuestro plan tiene seis niveles de costo compartido

Cada medicamento en la Lista de medicamentos de nuestro plan se encuentra en uno de los seis niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el nivel de costo compartido, mayor será el costo del medicamento que le corresponderá pagar:

- Nivel 1 (Medicamentos genéricos) incluye medicamentos genéricos preferidos y podría incluir algunos medicamentos de marca. Este es el nivel de costo compartido más bajo.
- Nivel 2 (Medicamentos de marca preferida) incluye medicamentos de marca preferida y podría incluir algunos medicamentos genéricos. Usted no paga más de $35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.
- Nivel 3 (Medicamentos no preferidos) incluye medicamentos de marca no preferidos y medicamentos genéricos no preferidos. Usted no paga más de $35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.
- Nivel 4 (Medicamentos inyectables) - incluye medicamentos selectos que se administran mediante inyección o que se usan para prevenir enfermedades (vacunas).
- Nivel 5 (Medicamentos especializados) incluye medicamentos de marca y genéricos con un costo elevado. Los medicamentos que están en este nivel no son elegibles para excepciones de pago en un nivel más bajo. Este es el nivel de costo compartido más alto.
- Nivel 6 (Medicamentos para cuidados selectos) - incluye medicamentos genéricos y/o medicamentos de marca selectos que se usan para tratar afecciones específicas.

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

Sus opciones de farmacias

Cuánto paga usted por un medicamento depende de que lo adquiera a través de:

- Una farmacia minorista de la red que ofrece un costo compartido estándar
- Una farmacia minorista de la red que ofrece un costo compartido preferido. Es posible que los costos sean inferiores en las farmacias que ofrecen un costo compartido preferido
- Una farmacia que no es de la red de nuestro plan. Cubrimos medicamentos con receta surtidos en farmacias fuera de la red solo en situaciones limitadas. Consulte el Capítulo 3, Sección 2.4 para averiguar cuándo cubriremos los medicamentos con receta que obtiene en una farmacia fuera de la red.
- La farmacia de pedido por correo de nuestro plan

Para obtener más información sobre estas opciones de farmacias y la obtención de los medicamentos con receta, consulte el Capítulo 3 y el *Directorio de farmacias* de nuestro plan en go.wellcare.com/2027providerdirectories.

Sección 5.2 Sus costos por un suministro para *un mes* de un medicamento cubierto

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

El monto del copago o coseguro depende del nivel de costo compartido.

En ocasiones, el costo del medicamento es inferior al copago. En estos casos, usted pagará el precio que sea menor por el medicamento, en lugar del copago.

Sus costos por un suministro para *un mes* de un medicamento cubierto de la Parte D

Nivel	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (suministro para hasta 30 días)	Costo compartido minorista preferido (dentro de la red) (suministro para hasta 30 días)	Costo compartido estándar de pedido por correo (suministro para hasta 34 días)	Costo compartido de pedido por correo preferido (suministro para hasta 34 días)	Costo compartido de atención a largo plazo (Long-Term Care, LTC) (suministro para hasta 31 días)	Costo compartido fuera de la red (La cobertura se limita a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 3 para obtener más información (suministro para hasta 30 días)
Nivel 1 de costo compartido (Genérico - incluye medicamentos genéricos preferidos y podría incluir algunos medicamentos de marca).	$20	$0	No está cubierto un suministro para un mes (34 días o menos) de una receta de pedido por correo.	No está cubierto un suministro para un mes (34 días o menos) de una receta de pedido por correo.	$20	$20

Nivel	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (suministro para hasta 30 días)	Costo compartido minorista preferido (dentro de la red) (suministro para hasta 30 días)	Costo compartido estándar de pedido por correo (suministro para hasta 34 días)	Costo compartido de pedido por correo preferido (suministro para hasta 34 días)	Costo compartido de atención a largo plazo (Long-Term Care, LTC) (suministro para hasta 31 días)	Costo compartido fuera de la red (La cobertura se limita a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 3 para obtener más información (suministro para hasta 30 días)
Nivel 2 de costo compartido (Medicamentos de marca preferida - incluye medicamentos de marca preferida y podría incluir algunos medicamentos genéricos).	25%	25%	No está cubierto un suministro para un mes (34 días o menos) de una receta de pedido por correo.	No está cubierto un suministro para un mes (34 días o menos) de una receta de pedido por correo.	25%	25%
Nivel 3 de costo compartido (Medicamentos no preferidos - incluye medicamentos de marca no preferidos y medicamentos genéricos no preferidos).	45%	45%	No está cubierto un suministro para un mes (34 días o menos) de una receta de pedido por correo.	No está cubierto un suministro para un mes (34 días o menos) de una receta de pedido por correo.	45%	45%

Nivel	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (suministro para hasta 30 días)	Costo compartido minorista preferido (dentro de la red) (suministro para hasta 30 días)	Costo compartido estándar de pedido por correo (suministro para hasta 34 días)	Costo compartido de pedido por correo preferido (suministro para hasta 34 días)	Costo compartido de atención a largo plazo (Long-Term Care, LTC) (suministro para hasta 31 días)	Costo compartido fuera de la red (La cobertura se limita a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 3 para obtener más información (suministro para hasta 30 días)
Nivel 4 de costo compartido (Medicamentos inyectables - incluye medicamentos selectos que se administran mediante inyección o que se usan para prevenir enfermedades (vacunas)).	15%	15%	No está cubierto un suministro para un mes (34 días o menos) de una receta de pedido por correo.	No está cubierto un suministro para un mes (34 días o menos) de una receta de pedido por correo.	15%	15%

Nivel	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (suministro para hasta 30 días)	Costo compartido minorista preferido (dentro de la red) (suministro para hasta 30 días)	Costo compartido estándar de pedido por correo (suministro para hasta 34 días)	Costo compartido de pedido por correo preferido (suministro para hasta 34 días)	Costo compartido de atención a largo plazo (Long-Term Care, LTC) (suministro para hasta 31 días)	Costo compartido fuera de la red (La cobertura se limita a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 3 para obtener más información (suministro para hasta 30 días)
Nivel 5 de costo compartido (Medicamentos especializados - incluye medicamentos de marca y genéricos con un costo elevado. Los medicamentos que están en este nivel no son elegibles para excepciones de pago en un nivel más bajo).	25%	25%	No está cubierto un suministro para un mes (34 días o menos) de una receta de pedido por correo.	No está cubierto un suministro para un mes (34 días o menos) de una receta de pedido por correo.	25%	25%

Nivel	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (suministro para hasta 30 días)	Costo compartido minorista preferido (dentro de la red) (suministro para hasta 30 días)	Costo compartido estándar de pedido por correo (suministro para hasta 34 días)	Costo compartido de pedido por correo preferido (suministro para hasta 34 días)	Costo compartido de atención a largo plazo (Long-Term Care, LTC) (suministro para hasta 31 días)	Costo compartido fuera de la red (La cobertura se limita a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 3 para obtener más información (suministro para hasta 30 días)
Nivel 6 de costo compartido (Medicamentos para cuidados selectos - incluye los medicamentos genéricos y medicamentos de marca selectos que se emplean para tratar afecciones específicas).	$11	$11	No está cubierto un suministro para un mes (34 días o menos) de una receta de pedido por correo.	No está cubierto un suministro para un mes (34 días o menos) de una receta de pedido por correo.	$11	$11

No pagará más de $35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto independientemente del nivel de costo compartido, incluso si no ha pagado su deducible.

Para obtener más información sobre el costo compartido de las vacunas de la Parte D, consulte la Sección 7 de este capítulo.

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

Por lo general, el monto que usted paga por un medicamento cubre el suministro para un mes completo. Es posible que, en algunos casos, a usted o a su médico le gustaría obtener un suministro de

un medicamento para menos de un mes (por ejemplo, cuando prueba por primera vez un medicamento). También puede pedirle a su médico que le recete, y a su farmacéutico que le entregue, un suministro para menos de un mes completo de sus medicamentos si esto lo ayuda a planificar mejor las fechas de resurtido.

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

- Si es responsable de pagar un coseguro, paga un porcentaje del costo total del medicamento. Dado que el coseguro se basa en el costo total del medicamento, su costo será menor ya que el costo total del medicamento será menor.
- Si usted es responsable de pagar un copago por el medicamento, solo pagará por la cantidad de días del medicamento que reciba en lugar del mes completo. Calculamos el monto que paga por día por su medicamento (el *costo compartido diario*) y lo multiplicamos por la cantidad de días del medicamento que recibe.

Sección 5.4 Sus costos por un suministro *a largo plazo* (suministro para 61- 90 días) de un medicamento de la Parte D cubierto

Para algunos medicamentos, puede obtener un suministro a largo plazo (también denominado *suministro extendido*). Un suministro a largo plazo es un suministro para 61-90 días.

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

La parte que le corresponde del costo cuando recibe un suministro *a largo plazo* (61- 90 días) de un medicamento cubierto de la Parte D

Nivel	**Costo compartido minorista estándar (dentro de la red)** (suministro para 61-90 días)	**Costo compartido minorista preferido (dentro de la red)** (suministro para 61-90 días)	**Costo compartido estándar de pedido por correo** (suministro para 61-90 días)	**Costo compartido de pedido por correo preferido** (suministro para 61-90 días)
Nivel 1 de costo compartido (Genérico - incluye medicamentos genéricos preferidos y podría incluir algunos medicamentos de marca).	$60	$0	$60	$0
Nivel 2 de costo compartido (Medicamentos de marca preferida - incluye medicamentos de marca preferida y podría incluir algunos medicamentos genéricos).	25%	25%	25%	25%
Nivel 3 de costo compartido (Medicamentos no preferidos - incluye medicamentos de marca no preferidos y medicamentos genéricos no preferidos).	45%	45%	45%	45%

Nivel	**Costo compartido minorista estándar (dentro de la red)** (suministro para 61-90 días)	**Costo compartido minorista preferido (dentro de la red)** (suministro para 61-90 días)	**Costo compartido estándar de pedido por correo** (suministro para 61-90 días)	**Costo compartido de pedido por correo preferido** (suministro para 61-90 días)
Nivel 4 de costo compartido (Medicamentos inyectables - incluye medicamentos selectos que se administran mediante inyección o que se usan para prevenir enfermedades (vacunas)).	15%	15%	15%	15%
Nivel 5 de costo compartido (Medicamentos especializados - incluye medicamentos de marca y genéricos con un costo elevado. Los medicamentos que están en este nivel no son elegibles para excepciones de pago en un nivel más bajo).	**No hay suministro a largo plazo para medicamentos de Nivel 5.**			
Nivel 6 de costo compartido (Medicamentos para cuidados selectos - incluye los medicamentos genéricos y medicamentos de marca selectos que se emplean para tratar afecciones específicas).	$33	$33	$33	$33

No pagará más de $70 por un suministro para hasta por 2 meses o $105 por un suministro para hasta 3 meses de cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de costo compartido, incluso si usted no ha pagado su deducible.

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

Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que los costos totales que paga de su bolsillo alcancen los $2,400. Luego pasa a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

La *EOB de la Parte D* que recibió lo ayudará a llevar un registro de lo que usted, nuestro plan y cualquier otro tercero han gastado en usted durante el año. No todos los miembros llegarán al límite de $2,400 que pagan de su bolsillo en un año.

Le informaremos cuando alcance este monto. Consulte la Sección 1.2 para obtener más información acerca de cómo calcula Medicare los costos que usted paga de su bolsillo.

SECCIÓN 6 La Etapa de cobertura en situaciones catastróficas

En la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted entra en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas cuando los costos que paga de su bolsillo alcanzan el límite de $2,400 para el año calendario. Una vez que está en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, se quedará en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.

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

SECCIÓN 7 Lo que le corresponde pagar por las vacunas de la Parte D

Mensaje importante sobre lo que usted paga por las vacunas: Algunas vacunas se consideran beneficios médicos y están cubiertas por la Parte B. Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas en la Lista de medicamentos de nuestro plan. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D sin costo para usted incluso si no ha pagado su deducible. Consulte la Lista de medicamentos de nuestro plan o llame a Servicios para los miembros al 1-888-550-5252 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener detalles de cobertura y costo compartido sobre vacunas específicas.

Hay 2 partes de nuestra cobertura de vacunas de la Parte D:

- La primera parte es el costo de **la vacuna en sí.**

- La segunda parte es para el costo de **la administración de la vacuna.** (A veces se le denomina administración de la vacuna).

Sus costos por una vacuna de la Parte D dependen de 3 factores:

1. **Determinar si la vacuna es recomendada para adultos por una organización llamada Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP).**
    - La mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D son recomendadas por el Comité Asesor o Prácticas de Inmunización (Advisory Committee or Immunization Practices, ACIP) y no tienen costo para usted.
2. **Dónde obtiene la vacuna.**
    - La vacuna en sí puede ser dispensada por una farmacia o proporcionada por el consultorio del médico.
3. **Quién le administra la vacuna.**
    - Un farmacéutico u otro proveedor pueden administrar la vacuna en la farmacia. O bien, un proveedor puede administrarla en el consultorio del médico.

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

- Cuando obtenga la vacuna, puede pagar el costo total tanto de la vacuna en sí como el costo del proveedor por administrarla. Puede solicitarle a nuestro plan que le devuelva la parte que le corresponde pagar del costo. En el caso de la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, esto se le reembolsará el costo total que pagó.
- Otras veces, cuando reciba una vacuna, tendrá que pagar solo su parte del costo de acuerdo con el beneficio de la Parte D. Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, no pagará nada.

A continuación, se presentan 3 ejemplos de las maneras en las que podría recibir una vacuna de la Parte D.

Situación 1: Usted recibe la vacuna de la Parte D en la farmacia de la red. (Tener esta opción o no depende de dónde viva usted. En algunos estados, no se permite que las farmacias administren ciertas vacunas.)

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

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

- Cuando obtenga la vacuna, es posible que deba pagar el costo total tanto de la vacuna en sí como el costo del proveedor por administrarla.
- Entonces, puede solicitarle a nuestro plan que le pague la parte que nos corresponde del costo a través de los procedimientos descritos en el Capítulo 5.
- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, se le reembolsará el monto total que pagó. En el caso de todas las demás vacunas de la Parte D, se le reembolsará el monto que usted pagó menos cualquier coseguro O copago por la vacuna (incluida la administración), menos la diferencia que exista entre el monto que le cobre el médico y lo que normalmente pagamos. (Si recibe Ayuda adicional, le reembolsaremos la diferencia).

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

- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, no pagará nada por la vacuna en sí.
- En el caso de otras vacunas de la Parte D, usted deberá pagarle a la farmacia su coseguro O copago por la vacuna en sí.
- Cuando su médico le administre la vacuna, es posible que deba pagar el costo total de este servicio.
- Entonces, puede solicitarle a nuestro plan que le pague la parte que nos corresponde del costo a través de los procedimientos descritos en el Capítulo 5.
- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, se le reembolsará el monto total que pagó. Para otras vacunas de la Parte D, a usted se le reembolsará el monto que pagó menos cualquier coseguro por la administración de la vacuna, menos la diferencia que exista entre el monto que le cobre el médico y lo que normalmente pagamos. (Si recibe Ayuda adicional, le reembolsaremos la diferencia).

NOTA: Es posible que no podamos reembolsarle el costo total que pagó en el consultorio del médico o en la farmacia si el precio en efectivo que usted pagó es superior a nuestro precio negociado (lo que normalmente pagamos) por las vacunas de la Parte D.

CAPÍTULO 5:

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

SECCIÓN 1 Situaciones cuando debe pedirnos que paguemos la parte que nos corresponde de los medicamentos cubiertos

A veces, cuando recibe un medicamento con receta, es posible que deba pagar el costo total. Otras veces, es posible que usted se dé cuenta de que paga más de lo que esperaba pagar según las normas de cobertura de nuestro plan o bien, podría recibir una factura de un proveedor. En estos casos, puede pedirle a nuestro plan que le devuelva el dinero (le reembolsen). Es su derecho que nuestro plan le reembolse cada vez que usted haya pagado más de la parte que le corresponde de los costos por medicamentos cubiertos por nuestro plan. Podría haber plazos que usted deba cumplir para que le devuelvan el dinero. Consulte la Sección 2 de este capítulo.

Ejemplos de situaciones en las que puede tener que solicitarle a nuestro plan que le haga un reembolso o que pague una factura que usted recibió:

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

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

   Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso de la parte que nos corresponde del costo. Recuerde que solo cubrimos farmacias fuera de la red en circunstancias limitadas. Consulte el Capítulo 3, Sección 2.4 para saber más acerca de estas circunstancias. Es posible que no le reembolsemos la diferencia entre lo que pagó por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el monto que pagaríamos en una farmacia dentro de la red.

2. **Cuando paga el costo total de un medicamento con receta porque no lleva con usted su tarjeta de membresía en nuestro plan**

   Si usted no lleva con usted su tarjeta de miembro de nuestro plan, puede pedirle a la farmacia que llame a nuestro plan o busque su información de inscripción. Si la farmacia no puede obtener de

inmediato la información que necesita sobre la inscripción, es posible que deba pagar usted mismo el costo total del medicamento con receta.

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso de la parte que nos corresponde del costo. Es posible que no le reembolsemos el costo total que pagó si el precio en efectivo que pagó es superior al precio negociado por el medicamento con receta.

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

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

- Por ejemplo, el medicamento podría no estar en la Lista de medicamentos de nuestro plan o podría tener un requisito o restricción que usted no conocía o que cree que no debería aplicarse en su caso. Si usted decide obtener el medicamento de inmediato, es posible que deba pagar su costo total.
- Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso. En algunas situaciones, puede ser necesario obtener más información de su médico para reembolsarle la parte que nos corresponde del costo. Es posible que no le reembolsemos el costo total que pagó si el precio en efectivo que pagó es superior al precio negociado por el medicamento con receta.

4. Si se le inscribe retroactivamente en nuestro plan

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

Si fue inscrito retroactivamente en nuestro plan y pagó de su bolsillo cualquiera de sus medicamentos después de su fecha de inscripción, puede solicitarnos que le reembolsemos la parte que nos corresponde de los costos. Deberá enviarnos documentación para que nos hagamos cargo del reembolso.

Cuando nos envíe una solicitud de pago, la analizaremos y decidiremos si debemos cubrir el servicio o medicamento. Esto se denomina tomar **una decisión de cobertura**. Si decidimos que debemos cubrirlos, le pagaremos la parte que nos corresponde del costo por el medicamento. Si rechazamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión. El Capítulo 7 contiene información sobre cómo presentar una apelación.

SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos un reembolso

Puede pedirnos que le reembolsemos enviándonos una solicitud por escrito. Si envía una solicitud por escrito, envíenos su recibo que documenta el pago que ha realizado. Es buena idea hacer una copia de sus recibos para sus registros. **Debe presentarnos su reclamación en un plazo de tres años** a partir de la fecha en la que usted recibió el servicio, artículo o medicamento.

Para asegurarse de que nos esté proporcionando toda la información que necesitamos para tomar una decisión, usted puede llenar nuestro formulario de reclamaciones para solicitar su pago.

- No tiene que utilizar el formulario, pero nos será útil para procesar la información de manera más rápida.
- Descargue una copia del formulario de nuestro sitio web (go.wellcare.com/PDP) o llame a Servicios para los miembros al 1-888-550-5252 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicite el formulario.

Envíenos su solicitud de pago junto con las facturas o recibos pagados a esta dirección:

Dirección para la solicitud de pago de la Parte D
Wellcare Medicare Part D Claims
Attn: Member Reimbursement Department
P.O. Box 31577
Tampa, FL 33631-3577

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

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

- Si decidimos que el medicamento está cubierto y que usted ha seguido todas las normas, pagaremos la parte que nos corresponde del costo. La parte que nos corresponde del costo podría no ser el monto total que usted pagó (por ejemplo, si usted obtuvo un medicamento en una farmacia fuera de la red o si el precio en efectivo que usted pagó por un medicamento es más alto que nuestro precio negociado). Si ya pagó el medicamento, le enviaremos por correo su reembolso de nuestra parte del costo. Le enviaremos el pago en un plazo de 30 días después de que recibamos su solicitud.
- Si tomamos la decisión de *no* cubrir el medicamento o si usted *no* cumplió con todas las normas, no pagaremos la parte que nos corresponde del costo. Le enviaremos una carta en la que se le explican las razones por las que no le estamos enviando el pago y su derecho a apelar esa decisión.

Sección 3.1 Si le comunicamos que no pagaremos, en su totalidad o en parte, el medicamento, puede presentar una apelación

Si usted piensa que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago o no está de acuerdo con el monto que estamos pagando, puede presentar una apelación. Si usted presenta una apelación, significa que nos está pidiendo que cambiemos la decisión que tomamos al rechazar su solicitud de pago. El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos

importantes. Para obtener más información sobre cómo presentar esta apelación, consulte el Capítulo 7.

CAPÍTULO 6:

Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales

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

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

Nuestro plan cuenta con servicios de interpretación gratuitos disponibles para responder a las preguntas de los miembros que no hablan inglés. Si lo necesita, también podemos proporcionarle materiales en otros idiomas además del inglés, entre ellos español y en audio, braille, tamaño de letra grande, o en otros formatos alternativos sin costo alguno. Debemos proporcionarle información sobre los beneficios de nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para obtener información sobre nosotros de una manera que sea conveniente para usted, llame a Servicios para los miembros al 1-888-550-5252 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Si tiene alguna dificultad para obtener información sobre nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, llámenos para presentar un reclamo ante Servicios para los miembros. 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 1.1 Debemos proporcionar la información de una manera que se adapte a usted y a sus sensibilidades culturales (en idiomas distintos del inglés, en audio, en braille, en letra grande o en otros formatos alternativos, etc.)

Nuestro plan está obligado a garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se proporcionen de manera competente desde el punto de vista cultural y sean accesibles para todos los afiliados, incluidos los que tienen un nivel de inglés o una capacidad de lectura limitados, una incapacidad auditiva o un origen cultural y étnico diverso. Algunos ejemplos de cómo nuestro plan puede cumplir con estos requisitos de accesibilidad son proporcionar servicios de traducción, servicios de interpretación, teletipos o conexión TTY (teléfono de texto o teletipo), entre otros.

Nuestro plan cuenta con servicios de interpretación gratuitos para responder a las preguntas de los miembros que no hablan inglés. También podemos proporcionarle información en idiomas distintos del inglés, incluidos español y en formatos de audio, braille, letra grande u otros formatos alternativos, sin costo, si lo necesita. Estamos obligados a ofrecerle información sobre los beneficios de nuestro plan en un formato accesible y adecuado para usted. Para recibir información de nuestra parte en un formato que se ajuste a sus necesidades, comuníquese con Servicios para Miembros al 1-888-550-5252 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Si tiene algún problema para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, llame a fin de presentar una queja ante Servicios para Miembros. También puede presentar un reclamo ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Office for Civil Rights al 1-800-368-1019 o al TTY 1-800-537-7697.

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

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

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

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

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

¿Cómo protegemos la privacidad de su información de salud?

- Nos aseguramos de que personas no autorizadas no vean ni cambien sus registros.
- Excepto en las situaciones mencionadas a continuación, si tenemos la intención de suministrarle su información de salud a otra persona que no le brinda atención ni paga por ella, *tenemos la obligación de pedirle a usted, o a alguien que tenga el poder legal de tomar decisiones por usted, su autorización por escrito antes de hacerlo.*
- Hay ciertas excepciones que no nos obligan a obtener antes su permiso por escrito. Estas excepciones están permitidas o son exigidas por la ley.

- Se nos exige dar a conocer información de salud a las agencias del gobierno que controlan la calidad de la atención.
- Dado que usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, se nos exige proporcionarle a Medicare su información de salud, incluida la información acerca de sus medicamentos con receta de la Parte D. Si Medicare da a conocer su información para investigación u otros usos, esto se hará de acuerdo con las leyes y reglamentaciones federales; en general, se exige que no se comparta la información que lo identifica específicamente.

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

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

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

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su información de salud personal, llame a Servicios para los miembros al 1-888-550-5252 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Sección 1.4 Debemos proporcionarle información acerca de nuestro plan, nuestra red de farmacias y sus medicamentos cubiertos

Como miembro de nuestro plan, usted tiene derecho a que le brindemos varios tipos de información.

Si desea obtener cualquiera de los siguientes tipos de información, llame a Servicios para los miembros al 1-888-550-5252 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera de nuestro plan.
- **Información acerca de farmacias de la red.** Usted tiene derecho a obtener información de nosotros sobre las calificaciones de las farmacias de nuestra red y cómo les pagamos a las farmacias de nuestra red.
- **Información acerca de su cobertura y las normas que debe seguir para usarla.** Los Capítulos 3 y 4 brindan información sobre la cobertura para medicamentos de la Parte D.
- **Información sobre los motivos por los que algo no está cubierto y lo que usted puede hacer al respecto.** El Capítulo 7 proporciona información sobre el pedido de una explicación por escrito de por qué un medicamento de la Parte D no tiene cobertura o si su cobertura tiene una restricción. El Capítulo 7 también proporciona información sobre cómo pedirnos que cambiemos una decisión, también llamada apelación.

Sección 1.5 Usted tiene derecho a conocer sus opciones de tratamiento y participar en la toma de decisiones sobre su atención médica

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

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

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

Los documentos legales que puede utilizar para dar sus instrucciones con anticipación en estos casos se denominan **instrucciones anticipadas.** Los documentos como un **testamento vital** y **poder de representación para la atención médica** son ejemplos de instrucciones anticipadas.

Cómo establecer las instrucciones anticipadas para dar instrucciones:

- **Obtenga un formulario.** Puede recibir un formulario de instrucciones anticipadas de su abogado, un trabajador social o en algunas tiendas de artículos para consultorio. A veces se pueden obtener formularios de instrucciones anticipadas de organizaciones que ofrecen información sobre Medicare.
- **Completar el formulario y firmarlo.** Independientemente de dónde obtenga este formulario, es un documento legal. Considere solicitarle a un abogado que lo ayude a prepararlo.
- **Proporcione copias del formulario a las personas adecuadas**. Entregue una copia del formulario a su médico y a la persona que nombre en el formulario como quién podría tomar las decisiones por usted si usted no podría hacerlo. Es recomendable que dé copias a algunos amigos cercanos o miembros de la familia. Guarde una copia en casa.

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

- El hospital le preguntará si firmó un formulario de instrucciones anticipadas y si lo lleva con usted.
- Si no firmó un formulario de instrucciones anticipadas, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntarán si desea firmar uno.

Llenar las instrucciones anticipadas es decisión de usted (entre ello, si desea firmarlas si está en el hospital). Según la ley, nadie puede negarse a brindarle atención ni puede discriminarlo si firmó o no las instrucciones anticipadas.

Si no se siguen sus instrucciones

Si firma instrucciones anticipadas y considera que un médico o el hospital no cumplieron las instrucciones que allí se mencionan, puede presentar una queja ante Florida Health Care Advance Directives al 1-888-419-3456. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-955-8771 o visite https://quality.healthfinder.fl.gov/report-guides/advance-directives.

Sección 1.6 Usted tiene derecho a presentar quejas y pedirnos que reconsideremos las decisiones que tomamos

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

Sección 1.7 Usted tiene derecho a hacer recomendaciones acerca de nuestra política de derechos y responsabilidades de los miembros

Si tiene alguna pregunta o inquietud sobre los derechos y responsabilidades, o bien, si tiene sugerencias para mejorar nuestra política de derechos de los miembros, comparta con nosotros sus comentarios comunicándose con Servicios para los miembros.

Sección 1.8 Evaluación de nuevas tecnologías

Las nuevas tecnologías incluyen los procedimientos, los medicamentos, el producto biológico o los dispositivos que se hayan desarrollado recientemente para el tratamiento de enfermedades o afecciones específicas, o son aplicaciones nuevas de procedimientos, medicamentos, productos biológicos y dispositivos que ya existían. Nuestro plan sigue, cuando así corresponda, lo establecido por las Determinaciones de cobertura local y nacional de Medicare.

En la ausencia de una determinación de cobertura de Medicare, nuestro plan evalúa la nueva tecnología o las nuevas aplicaciones de tecnologías existentes para su inclusión en los planes de beneficios correspondientes con el fin de asegurar que los miembros tengan acceso a la atención médica segura y eficaz al llevar a cabo una valoración crítica de la literatura médica publicada actual de publicaciones revisadas por colegas, incluyendo las revisiones sistemáticas, los ensayos controlados aleatorizados, los estudios con cohortes, los estudios de control de casos, los estudios de pruebas de diagnóstico con resultados estadísticamente significativos que demuestren la seguridad y eficacia, así como la revisión de evidencia que se base en las pautas desarrolladas por organizaciones nacionales y autoridades reconocidas. Nuestro plan también toma en cuenta las opiniones, recomendaciones y

evaluaciones realizadas por paneles de consenso u otras organizaciones de investigación y de evaluación de tecnología con reconocimiento a nivel nacional, los informes y publicaciones de agencias gubernamentales (por ejemplo, la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug, Administration, FDA), los Centros para el Control de las Enfermedades (Centers for Disease Control, CDC), los Institutos Nacionales de Salud (National Institutes of Health, NIH)).

Sección 1.9 Si considera que está siendo tratado injustamente o que no se están respetando sus derechos

Si considera que no se lo ha tratado con imparcialidad o que no se han respetado sus derechos debido a su raza, discapacidad, religión, sexo, salud, origen étnico, credo (creencias), edad o nacionalidad, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697) o a la Oficina de Derechos Civiles de su localidad. Tiene derecho a ser tratado con respeto y consideración de su dignidad.

Si considera que se le ha tratado injustamente o que sus derechos no han sido respetados, *y no* se trata de discriminación, puede obtener ayuda para tratar el problema que está enfrentando en los siguientes lugares:

- **Llame a Servicios para los miembros al 1-888-550-5252 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)**
- **Llame a su SHIP local** al 1-800-963-5337.
- **Llame a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048)

Sección 1.10 Cómo obtener más información sobre sus derechos

Obtenga más información sobre sus derechos en estos sitios:

- **Llame a Servicios para los miembros al 1-888-550-5252 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)**
- **Llame a su SHIP local** al 1-800-963-5337.
- **Comuníquese con Medicare**
  - Visite Medicare.gov para leer la publicación *Medicare Rights & Protections (Derechos y protecciones de Medicare)* (disponible en: Medicare Rights & Protections)
  - Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048)

SECCIÓN 2 Sus responsabilidades como miembro de nuestro plan

Lo que tiene que hacer como miembro de nuestro plan se enumera a continuación. Si tiene preguntas, llame a Servicios para los miembros al 1-888-550-5252 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

- **Familiarícese con sus medicamentos cubiertos y las normas que debe seguir para obtenerlos.** Use esta *Evidencia de Cobertura* para obtener información sobre lo que está cubierto y las normas que debe cumplir para obtener los medicamentos cubiertos.
  - Los Capítulos 3 y 4 dan más detalles sobre su cobertura para medicamentos de la Parte D.
- **Si, además de nuestro plan, tiene alguna otra cobertura para medicamentos, debe comunicárnoslo.** El Capítulo 1 le informa sobre la coordinación de estos beneficios.
- **Dígale al médico y al farmacéutico que está inscrito en nuestro plan.** Muestre la tarjeta de miembro de nuestro plan cada vez que obtenga Medicamento de la Parte D.
- **Permita que sus médicos y otros proveedores lo ayuden dándoles información, haciendo preguntas y realizando un seguimiento de su atención médica.**
  - Para ayudar a obtener la mejor atención, informe a sus médicos y otros proveedores de salud acerca de sus problemas de salud. Siga las instrucciones y los planes de tratamiento que usted y sus médicos acordaron.
  - Asegúrese de que los médicos conozcan todos los medicamentos que está tomando, incluidos los medicamentos de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
  - Si tiene alguna pregunta, no dude en hacerla y obtener una respuesta que comprenda. Usted tiene la responsabilidad de entender sus problemas de salud y ayudar a establecer las metas de tratamiento que usted y su médico acuerden.
- **Pague lo que debe**. Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:
  - Debe pagar las primas de su plan.
  - En el caso de la mayoría de sus medicamentos cubiertos por nuestro plan, usted debe pagar la parte que le corresponde del costo al recibir el medicamento.
  - Si se le exige pagar una multa por inscripción tardía, debe pagar la multa para que permanezca como miembro de nuestro plan.
  - Si debe pagar el monto adicional por la Parte D debido a sus ingresos anuales, debe seguir pagando el monto adicional directamente al gobierno para seguir siendo miembro de nuestro plan.
- **Si se muda *dentro* del área de servicio de nuestro plan, debemos estar al tanto de esto** para poder mantener actualizado su registro de miembro y saber cómo comunicarnos con usted.
- **Si se muda *fuera* del área de servicio de nuestro plan, no puede seguir siendo miembro de nuestro plan.**
- **Si se muda, comuníqueselo al Seguro Social (o a la Junta de jubilación para ferroviarios).**

CAPÍTULO 7:

Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

SECCIÓN 1 Qué hacer si tiene un problema o una inquietud

Este capítulo explica 2 tipos de procesos para el manejo de problemas e inquietudes:

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

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

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

Sección 1.1 Términos legales

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

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

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada

Siempre estamos a su disposición para ayudarlo. Incluso si tiene una queja sobre el trato que le damos, estamos obligados a respetar su derecho a presentar una queja. Siempre debe llamar a Servicios para los miembros al 1-888-550-5252 (Los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener ayuda. En algunas situaciones, es posible que también quiera la ayuda o la orientación de alguien que no tenga relación con nosotros. Dos organizaciones que pueden ayudarle son:

Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, 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 ayudarlo a comprender el proceso que debe utilizar para tratar el problema que tenga. Además, ellos también pueden responder sus preguntas, darle más información y orientarlo sobre lo que debe hacer.

Los servicios ofrecidos por los asesores del SHIP son gratuitos.

Florida Serving Health Insurance Needs of Elders (SHINE)
1-800-963-5337, los usuarios de TTY deben llamar al: 1-800-955-8770
8 a. m. a 5 p. m. hora local, de lunes a viernes

Medicare

También puede comunicarse con Medicare para obtener ayuda.

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

SECCIÓN 3 Qué proceso utilizar para su problema

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

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

Sí.

Consulte la **Sección 4, Una guía para las decisiones de cobertura y las apelaciones.**

No.

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

Decisiones de cobertura y apelaciones

SECCIÓN 4 Una guía para las decisiones de cobertura y las apelaciones

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

Cómo solicitar decisiones de cobertura antes de obtener los beneficios

Si usted quiere saber si cubriremos un medicamento específico antes de recibirlo, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura para usted. Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y la cobertura o con relación al monto que pagaremos por los medicamentos con receta.

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

Tomamos una decisión de cobertura cada vez que decidimos lo que está cubierto para usted y cuánto pagamos. En algunos casos, podríamos decidir que el medicamento no está cubierto o que ya no tiene cobertura para usted. Si está en desacuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura, ya sea antes o después de que se reciba un beneficio y no está satisfecho, puede **apelar** la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado. En ciertas circunstancias, puede solicitar una **apelación rápida** o acelerada de una decisión de cobertura. Su apelación es analizada por revisores distintos a los que tomaron la decisión original.

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

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

Si no desestimamos su caso, pero rechazamos una parte o la totalidad de su apelación de Nivel 1, puede continuar con una apelación de Nivel 2. A la apelación de Nivel 2 la evalúa una organización de revisión independiente que no está relacionada con nuestro plan. Si no está satisfecho con la decisión

de la apelación de Nivel 2, usted podría avanzar a niveles adicionales de apelación (Este capítulo explica los procesos de apelación de Nivel 3, 4 y 5).

Sección 4.1 Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Estos son los recursos si decide solicitar algún tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- **Llame a Servicios para los miembros al 1-888-550-5252 (Los usuarios de TTY deben llamar al 711)**
- **Puede obtener ayuda gratuita** de su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP).
- **Su médico u otra persona autorizada a dar recetas pueden realizar la solicitud por usted.** En el caso de los medicamentos de la Parte D, su médico u otra persona autorizada a dar recetas puede solicitar una decisión de cobertura o o una apelación de Nivel 1 en nombre de usted. Si se deniega su apelación de Nivel 1, su médico o persona autorizada a dar recetas puede solicitar una apelación de Nivel 2.
- **Puede solicitar que alguien actúe en su nombre.** Puede designar a otra persona para que actúe en su nombre como su representante para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
    - Si quiere que un amigo, pariente u otra persona sea su representante, llame a Servicios para los miembros al 1-888-550-5252 (Los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicite el formulario *Nombramiento de representante*. (El formulario también está disponible en CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en go.wellcare.com/PDP). El formulario autoriza a esa persona a actuar en su nombre. El formulario debe estar firmado por usted y por la persona que usted desea que actúe en su nombre. Usted debe darnos una copia del formulario firmado.
    - Podemos aceptar una solicitud de apelación de un representante sin el formulario, pero no podemos comenzar ni terminar nuestra revisión si no lo recibimos. Si no recibimos el formulario antes de nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación, su solicitud de apelación será rechazada. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito en el que se explicará su derecho de pedirle a una organización de revisión independiente que revise nuestra decisión de rechazar su apelación.
- **También tiene derecho a contratar a un abogado.** Puede comunicarse con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado del colegio de abogados local u otro servicio de remisión. También existen grupos que le proporcionarán servicios legales gratuitos si usted reúne los requisitos. Sin embargo, **no es obligatorio que contrate a un abogado** para que pida algún tipo de decisión de cobertura o la apelación de una decisión.

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

Sección 5.1 Qué debe hacer si tiene problemas para recibir un medicamento de la Parte D o si quiere que le reembolsemos un medicamento de la Parte D

Los beneficios incluyen la cobertura para muchos medicamentos con receta. Para estar cubierto, su medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. (Consulte el Capítulo 3 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada). Para obtener detalles sobre los medicamentos de la Parte D, las normas, las restricciones y los costos consulte los Capítulos Capítulo 3 y 4. **En esta sección, se tratan solamente sus medicamentos de la Parte D**. Para simplificar las cosas, en general, hablaremos de *medicamento* en el resto de esta sección en lugar de repetir cada vez las expresiones *medicamento con receta cubierto para pacientes externos* o *medicamento de la Parte D*. También usamos el término Lista de medicamentos en lugar de *Lista de medicamentos cubiertos* o formulario.

- Si no sabe si un medicamento está cubierto o si cumple con las normas, puede preguntarnos. Algunos medicamentos requieren que usted obtenga nuestra aprobación antes de que los cubramos.
- Si su farmacia le dice que su receta no se puede surtir tal como está escrita, la farmacia le entregará un aviso escrito explicándole cómo ponerse en contacto con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.

Decisiones y apelaciones de cobertura de la Parte D

Término legal:

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

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

- Solicitar que cubramos un medicamento de la Parte D que no figura en la Lista de medicamentos *de nuestro plan.* **Solicitar una excepción. Sección 5.2**
- Pedirnos que no apliquemos una restricción a la cobertura de nuestro plan para un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede obtener, criterios para autorizaciones previas o el requisito de probar primero con otro medicamento) **Solicite una excepción. Sección 5.2**

- Cómo solicitar pagar un monto de costo compartido más bajo por un medicamento cubierto en un nivel de costo compartido más alto **Solicitar una excepción. Sección 5.2**
- Solicitar una aprobación previa para un medicamento. **Solicitar una decisión de cobertura. Sección 5.4**
- Pagar un medicamento con receta que ya ha comprado. **Pedirnos un reembolso. Sección 5.4**

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

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

Sección 5.2 Cómo solicitar una excepción

Términos legales:

Pedir cobertura para un medicamento que no está en la Lista de medicamentos es una **excepción al Formulario.**

Pedir la eliminación de una restricción de cobertura para un medicamento es una **excepción al Formulario.**

Pedir pagar un precio inferior por un medicamento no preferido cubierto es una **excepción de nivel.**

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

Para que consideremos su solicitud de excepción, su médico u otra persona autorizada a dar recetas tendrán que explicar las razones médicas por las que necesita que se apruebe la excepción. Estos son 3 ejemplos de excepciones que usted, su médico o la persona autorizada a dar recetas puede pedirnos que hagamos:

1. **Cubrir un medicamento de la Parte D que no figura en nuestra Lista de medicamentos.** Si aceptamos cubrir un medicamento que no figura en la Lista de medicamentos, deberá pagar el monto de costo compartido que corresponde a medicamentos de Nivel 3 (medicamentos no preferidos). No puede solicitar que hagamos una excepción respecto del monto de costo compartido que usted debe pagar por el medicamento cuando aceptamos cubrir un medicamento que no figura en Lista de medicamentos.
2. **Eliminar una restricción de un medicamento cubierto.** El Capítulo 3 describe las normas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos en nuestra Lista de medicamentos.

Si aceptamos hacer una excepción y eliminamos una restricción para usted, puede solicitar una excepción al monto del costo compartido que usted debe pagar por el medicamento.

3. **Cambiar la cobertura de un medicamento a un nivel de costo compartido inferior.** Cada medicamento en nuestra Lista de medicamentos se encuentra en uno de los seis niveles de costo compartido. En general, cuanto más bajo sea el nivel de costo compartido, menos pagará la parte que le corresponde del costo del medicamento.

    - Si nuestra Lista de medicamentos tiene medicamentos alternativos para tratar su afección médica que se encuentran en un nivel de costo compartido más bajo que el de su medicamento, puede pedirnos que cubramos su medicamento al monto de costo compartido que corresponda a los medicamentos alternativos.
    - Si el medicamento que está tomando es un producto biológico, puede pedirnos que cubramos su medicamento a un monto de costo compartido más bajo. Este sería el nivel más bajo que contiene alternativas de productos biológicos para tratar su afección.
    - Si el medicamento que está tomando es un medicamento de marca, puede pedirnos que cubramos su medicamento al monto de costo compartido que corresponda al nivel más bajo que contenga alternativas de marca para tratar su afección.
    - Si el medicamento que está tomando es un medicamento genérico, puede pedirnos que cubramos su medicamento al monto de costo compartido que corresponda al nivel más bajo que contenga alternativas genéricas o de marca para tratar su afección.

    - No puede pedirnos que cambiemos el nivel de costo compartido para ningún medicamento en el Nivel 5 (*Nivel de medicamentos especializados*).
    - Si aprobamos su solicitud para una excepción de nivel y hay más de un nivel de costo compartido más bajo con medicamentos alternativos que no puede tomar, generalmente pagará el monto más bajo.

Sección 5.3 Aspectos importantes que debe saber acerca de pedir excepciones

Su médico debe explicarnos las razones médicas

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

Generalmente, nuestra Lista de medicamentos incluye más de un medicamento para tratar una afección específica en particular. Estas posibilidades diferentes se denominan medicamentos **alternativos**. Si un medicamento alternativo fuera tan efectivo como el medicamento que está

solicitando y no produce más efectos secundarios ni otros problemas de salud, en general no aprobaremos su solicitud de una excepción. Si nos solicita una excepción de nivel, en general, no aprobaremos su solicitud de una excepción, a menos que todos los medicamentos alternativos de los niveles de costo compartido más bajos no funcionen tan bien para usted o puedan causarle una reacción adversa u otro daño.

Podemos aceptar o rechazar su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de una excepción, nuestra aprobación normalmente es válida hasta el final del año de nuestro plan. Y será válida mientras su médico siga recetándole el medicamento, y mientras ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su afección.
- Si rechazamos su solicitud, puede pedir otra revisión mediante la presentación de una apelación.

Sección 5.4 Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

Términos legales:

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 en un plazo de **72 horas** después de que recibamos su solicitud. Las **decisiones de cobertura rápidas** se toman en un plazo de **24 horas** después de que recibamos su solicitud.

Si su salud lo requiere, pídanos que tomemos una decisión de cobertura rápida. **Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir 2 requisitos:**

- Debe estar solicitando un medicamento que aún no ha recibido. (No puede solicitar una decisión de cobertura rápida para que le reembolsemos el costo de un medicamento que usted ya compró).
- El hecho de usar los plazos estándares podría afectar su salud de forma grave o perjudicar su habilidad para recuperar su capacidad física.
- **Si su médico u otra persona autorizada a dar recetas nos indican que su salud requiere una decisión de cobertura rápida, le daremos automáticamente una decisión de cobertura rápida.**
- **Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta, sin el respaldo de su médico ni de otra persona autorizada a dar recetas, decidiremos si su salud requiere que**

tomemos una decisión de cobertura rápida. Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que:

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

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

Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o brindemos cobertura para el medicamento con receta que desea. También puede acceder al proceso de decisiones de cobertura a través de nuestro sitio web. Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito, incluida una solicitud enviada en el *Formulario de Solicitud de determinación de cobertura modelo de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS), De*, que está disponible en nuestro sitio web en go.wellcare.com/coveragedetermination. El Capítulo 2 contiene información de contacto. Para ayudarnos a procesar su solicitud, asegúrese de incluir su nombre, la información de contacto y la información que identifica la reclamación denegada por la que se está apelando.

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

- **Si solicita que se haga una excepción, proporcione la *declaración de respaldo*,** que corresponde a las razones médicas para la excepción. Su médico o la persona autorizada a dar recetas puede enviarnos la declaración por fax o correo. O su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden llamarnos por teléfono y hacer un seguimiento mediante el envío de la declaración escrita, ya sea por fax o por correo, si fuera necesario.

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

Plazos para una decisión de cobertura rápida

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

Le informaremos por escrito si su solicitud ha sido enviada a la organización de revisión independiente.

- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos brindar la cobertura que aceptamos en un plazo de 24 horas después de que recibamos su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito que explica por qué rechazamos su solicitud. Además, le diremos cómo puede apelar nuestra decisión.

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

- En general, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas** después de que recibamos su solicitud.
    - En el caso de las excepciones, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de que recibamos la declaración de respaldo de su médico. Le daremos la respuesta antes si su salud nos lo exige.
    - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente. Le informaremos por escrito si su solicitud ha sido enviada a la organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos **brindar la cobertura** que aceptamos proporcionar **en un plazo de 72 horas** después de que recibamos su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito que explica por qué rechazamos su solicitud. Además, le diremos cómo puede apelar nuestra decisión.

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

- Debemos darle una respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de que recibamos su solicitud.
    - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente. Le informaremos por escrito si su solicitud ha sido enviada a la organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** también debemos pagarle en un plazo de 14 días calendario después de que recibimos su solicitud.

- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito que explica por qué rechazamos su solicitud. Además, le diremos cómo puede apelar nuestra decisión.

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

- Si rechazamos su solicitud, usted tiene derecho a pedirnos reconsiderar la decisión mediante la presentación de una apelación. Esto significa hacer otro intento para obtener la cobertura para medicamentos que usted quiere. Si presenta una apelación, significa que está avanzando al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 5.5 Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales:

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

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

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

Generalmente, una apelación estándar se realiza dentro de los 7 días calendario. Generalmente, una apelación rápida se realiza dentro de las 72 horas. Si su salud lo exige, pídanos una apelación rápida.

- Si está apelando una decisión tomada por nosotros acerca de un medicamento, usted y su médico o la persona autorizada a dar recetas tendrán que decidir si necesita una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión de cobertura rápida que aparecen en la Sección 5.4 de este capítulo.

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

- **En el caso de las apelaciones estándar, envíe una solicitud por escrito** o llámenos. El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **En el caso de las apelaciones rápidas, envíe su apelación por escrito o llámenos al 1-888-550-5252 (Los usuarios de TTY deben llamar al: 711)**. El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito,** incluida una solicitud enviada en el *Formulario de Solicitud de redeterminación modelo de los Centros de Servicios de Medicare y*

Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS), que está disponible en nuestro sitio web go.wellcare.com/redetermination. Incluya su nombre, la información de contacto y la información sobre su reclamación para ayudarnos a procesar su solicitud.

  - **Usted puede enviar su apelación en formato electrónico a través de nuestro sitio web en** go.wellcare.com/PDP.

- **Debe realizar su solicitud de apelación en un plazo de 65 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso por escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta a la decisión de cobertura. Si se vence este plazo y tiene una buena razón para haberlo dejado vencer, explique la razón por la cual se demoró su apelación cuando la presente. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de una causa justificada pueden incluir una enfermedad muy grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le brindamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede pedir una copia de la información de su apelación y añadir más información.** Usted y su médico pueden agregar información adicional para respaldar su apelación.

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

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

Plazos para una apelación rápida

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

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

- En el caso de las apelaciones estándar, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de haber recibido su apelación. Le comunicaremos nuestra decisión antes si aún no ha recibido el medicamento y su afección de salud así lo requiere.

- Si no le comunicamos una decisión en el plazo de 7 días calendario, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente. Le informaremos por escrito si su solicitud ha sido enviada a la organización de revisión independiente. La Sección 5.6 explica el Nivel 2 del proceso de apelaciones.

- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos brindar la cobertura tan rápido como lo exija su salud, pero nunca después de **7 días calendario** de que recibimos su apelación.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

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

- Debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de que recibamos su solicitud.
    - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente. Le informaremos por escrito si su solicitud ha sido enviada a la organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** también debemos pagarle en un plazo de **30 días calendario** después de que recibimos su solicitud.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito que explica por qué rechazamos su solicitud. Además, le diremos cómo puede apelar nuestra decisión.

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

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

Sección 5.6 Cómo presentar una apelación de Nivel 2

Término legal

El nombre formal para la organización de revisión independiente es **Entidad de revisión independiente.** A veces se le llama **Entidad de revisión independiente (Independent Review Entity, IRE).**

La **organización de revisión independiente es una organización independiente que contrata Medicare.** No está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización determina si la decisión que tomamos es correcta o debe ser cambiada. Medicare supervisa su trabajo.

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

- Si rechazamos su apelación de Nivel 1, el aviso escrito que le enviaremos incluirá **instrucciones para presentar una apelación de Nivel 2** ante la organización de revisión independiente. Estas instrucciones le indicarán quién puede presentar esta apelación de Nivel 2, qué plazos deberá respetar y cómo comunicarse con la organización de revisión independiente.
- **Usted debe presentar su solicitud de apelación en un plazo de 65 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso por escrito.
- Si no completamos nuestra revisión dentro del plazo aplicable o tomamos una decisión desfavorable con respecto a una determinación **de riesgo** según nuestro programa de administración de medicamentos, enviaremos automáticamente su solicitud a la IRE. Le informaremos por escrito si su solicitud ha sido enviada a la organización de revisión independiente.
- Le enviaremos a esta organización de revisión independiente la información sobre su apelación. A esta información se le denomina su **archivo de caso**. **Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de su archivo de caso.**
- Usted tiene derecho a proporcionarle a la organización de revisión independiente información adicional para sustentar su apelación.

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

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

Plazos para una apelación rápida

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

- Si la organización de revisión independiente acepta darle una apelación rápida, la organización de revisión independiente debe comunicarle su respuesta a la apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** después de que reciba su solicitud de apelación.

Plazos para una apelación estándar

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

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

En el caso de las apelaciones rápidas:

- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos brindar la cobertura para medicamentos que aprobó la organización de revisión independiente **en un plazo de 24 horas** después de que recibimos la decisión de parte de la organización de revisión independiente.

En el caso de las apelaciones estándar:

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

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

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

- Explica la decisión.
- Le notifica sobre el derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura para medicamentos que solicita alcanza cierto mínimo. Si el valor en dólares de la cobertura para medicamentos que está solicitando es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación y la decisión de Nivel 2 es final.

- Le indicará el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelaciones.

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

- Hay otros 3 niveles adicionales en el proceso de apelaciones después de Nivel 2 (el total es de 5 niveles de apelación).
- Si desea continuar con una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez administrativo (Administrative Law Judge, ALJ) o un mediador. La Sección 6 explica los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 6 Cómo llevar su apelación a los Nivel 3, 4 y 5

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

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

Si el valor en dólares del medicamento sobre el que apeló cumple con ciertos niveles mínimos, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si el valor en dólares es inferior al nivel mínimo, no puede seguir apelando. La respuesta escrita que usted reciba para su apelación de Nivel 2 explicará qué debe hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los 3 últimos niveles de apelación funcionan más o menos de la misma manera que los primeros dos niveles. La revisión de su apelación la administran estas personas en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3

Un **juez administrativo (Administrative Law Judge, ALJ)** o un mediador que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

Si su apelación se acepta, el proceso de apelaciones habrá terminado. Debemos **autorizar o brindar la cobertura para medicamentos** que fue aprobada por el juez administrativo o el mediador **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago, a más tardar, a los 30 días calendario** después de recibir la decisión.

- **Si el juez administrativo o abogado mediador rechaza su apelación, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *no*.**
    - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.

- Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le indicará qué hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4

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

- **Si su apelación se acepta, el proceso de apelaciones habrá terminado.** Debemos **autorizar o brindar la cobertura para medicamentos** que fue aprobada por el Consejo **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago, a más tardar, a los 30 días calendario** después de recibir la decisión. **Si la respuesta es negativa o si el Consejo rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones puede concluir o *no*.**
  - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
  - Si no quiere aceptar la decisión, usted podría pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, en el aviso que reciba se le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5 y cómo debería continuar con una apelación de Nivel 5.

Apelación de Nivel 5

Un juez del **Tribunal Federal de Primera Instancia** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si *aceptar* o *rechazar* su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación tras el Tribunal Federal de Primera Instancia.

Presentar quejas

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

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

El proceso de quejas se utiliza *solo* para ciertos tipos de problemas. Esto incluye los problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente. Aquí encontrará algunos ejemplos de los tipos de problemas que pueden gestionarse a través del proceso de quejas.

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención	• Está insatisfecho con la calidad de la atención que recibió
Respeto de su privacidad	• ¿Alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial?
Falta de respeto, mal servicio al cliente u otro comportamiento negativo	• ¿Alguien ha sido descortés o le ha faltado el respeto? • ¿Está insatisfecho con nuestro Servicios para los miembros? • ¿Le parece que lo están alentando a dejar nuestro plan?
Tiempos de espera	• ¿Ha tenido que esperar demasiado a los farmacéuticos? O bien, ¿a nuestro departamento de Servicios para los miembros o cualquier otro miembro del personal en nuestro plan? ○ Entre los ejemplos se incluye esperar demasiado al teléfono, en la sala de espera o de consulta, o cuando le van a dar una receta.
Limpieza	• ¿Está insatisfecho con la limpieza o el estado de una farmacia?
Información que obtiene de nosotros	• ¿No le dimos un aviso requerido? • ¿Es nuestra información escrita difícil de entender?

Queja	Ejemplo
Puntualidad (Estos tipos de quejas se relacionan con lo *oportuno* de nuestras medidas relacionadas con las apelaciones y decisiones de cobertura)	Si ha pedido una decisión de cobertura o presentado una apelación y le parece que no estamos respondiendo lo suficientemente rápido, puede presentar una queja por nuestra lentitud. Estos son algunos ejemplos: • Nos ha pedido que una *decisión de cobertura rápida* o que respondamos a una *apelación rápida*, y lo hemos rechazado; puede presentar una queja. • Usted cree que no cumplimos con los plazos para decisiones de cobertura o apelaciones; puede presentar una queja. • Usted cree que no cumplimos con los plazos de cobertura o reembolso de ciertos medicamentos que fueron aprobados; puede presentar una queja. • Cree que no cumplimos con los plazos requeridos para enviar su caso a la organización de revisión independiente; puede presentar una queja.

Sección 7.2 Cómo presentar una queja

Términos legales:

Una **queja** también se denomina **reclamo.**

Presentar una queja se denomina **interponer un reclamo.**

Usar el proceso para quejas se denomina **usar el proceso para interponer un reclamo.**

Una **queja rápida** se denomina **reclamo acelerado.**

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

- **Llamar a Servicios para los miembros al 1-888-550-5252 (Los usuarios de TTY deben llamar al 711) suele ser el primer paso.** Si debe hacer algo más, Servicios para los miembros se lo indicará.
- **Si no desea llamar (o si llamó y no quedó satisfecho), puede presentar su queja por escrito y enviárnosla.** Si presentó su queja por escrito, le responderemos por escrito.

- **Si no podemos resolver su queja por teléfono, tenemos un procedimiento formal para revisar su queja. A esto lo denominamos Procedimiento de reclamo.** Para presentar una queja, o si tiene preguntas sobre este procedimiento, llame a Servicios para los miembros. O bien, puede enviarnos por correo una solicitud por escrito a la dirección que se indica en *Quejas sobre la atención médica* en el Capítulo 2 de este documento.
    - Si solicita una respuesta por escrito, si presenta una queja por escrito (reclamo) o si su queja está relacionada con la calidad de la atención, le responderemos por escrito.
    - Tiene que presentar su queja en un plazo de 60 días calendario después del evento. Puede presentar su queja, formalmente, por escrito a la dirección que se indica *en Quejas sobre la atención médica* en el Capítulo 2 de este documento.
    - Le notificaremos nuestra resolución con respecto a su queja tan pronto como su caso lo requiera en función de su estado de salud, pero a más tardar 30 días calendario después de recibir su reclamo. Podemos extender el plazo por hasta 14 calendario días si solicita una extensión o si justificamos la necesidad de información adicional y la demora es para su conveniencia.
    - En determinados casos, usted tiene derecho a solicitar una revisión rápida de su queja. Esto se denomina Procedimiento de reclamo acelerado. Usted tiene derecho a una revisión rápida de su queja si no está de acuerdo con nuestra decisión en las siguientes situaciones:
        - Rechazamos su solicitud de revisión rápida de una solicitud de medicamentos de la Parte D.
        - Rechazamos su solicitud de revisión rápida de una apelación de medicamentos de la Parte D rechazados.
    - Puede presentar este tipo de queja por teléfono llamando a Servicios para los miembros. También puede presentarnos la queja por escrito a la dirección que se indica en *Quejas sobre la atención médica* en el Capítulo 2 de este documento. Una vez que recibamos el reclamo acelerado, un profesional clínico revisará el caso para determinar los motivos por los que se rechazó su solicitud de revisión rápida o si la extensión del caso era adecuada. Le notificaremos la decisión del caso rápido verbalmente y por escrito en un plazo de 24 horas después de que recibamos su queja.
- El **plazo** para presentar una queja es de **60 días calendario** desde el momento en que tuvo el problema por el que desea presentar la queja.

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

- **De ser posible, le daremos una respuesta de inmediato.** Si nos llama por una queja, tal vez podamos darle una respuesta durante esa misma llamada telefónica.
- **La mayoría de las quejas se responden en un plazo de 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora es para su conveniencia, o si usted pide más tiempo, **podemos**

demorar hasta 14 días calendario más (44 días calendario en total) en responder a su queja. Si decidimos tomar días adicionales, se lo notificaremos por escrito.

- **Si presenta una queja porque rechazamos su solicitud de una decisión de cobertura rápida o una apelación rápida, automáticamente le concederemos una queja rápida.** Si se le ha concedido una queja rápida, quiere decir que le daremos una respuesta **en un plazo de 24 horas.**
- **Si no estamos de acuerdo** con una parte o la totalidad de la queja, o si no nos hacemos responsables del problema por el que se está quejando, incluiremos las razones en nuestra respuesta.

Sección 7.3 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención ante la Organización para la mejora de la calidad

Cuando su queja es sobre la *calidad de la atención*, también tiene 2 opciones adicionales:

- **Puede presentar su queja directamente ante la Organización para la mejora de la calidad (Quality Improvement Organization, QIO).** La Organización para la mejora de la calidad es un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica a los que el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare. El Capítulo 2 contiene información de contacto.

O bien

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

Sección 7.4 También puede informarle a Medicare acerca de su queja

Puede presentar una queja sobre nuestro plan directamente ante Medicare, para presentar una queja ante Medicare, visite Medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 8:

Cancelación de su membresía en nuestro plan

SECCIÓN 1 Cancelación de su membresía en nuestro plan

Cancelar su membresía en Wellcare Value Script (PDP) podría hacerse de forma **voluntaria** (cuando es su elección) o **involuntaria** (cuando no es su elección):

- Es posible que deje nuestro plan porque ha decidido que *quiere* dejarlo. Las Secciones 2 y 3 brindan información sobre cómo cancelar su membresía voluntariamente.
- También hay situaciones limitadas donde nos vemos obligados a cancelar su membresía. La Sección 5 describe situaciones en las que podemos cancelar su membresía.

Si está dejando nuestro plan, nuestro plan debe continuar proporcionando sus medicamentos con receta y usted seguirá pagando la parte que le corresponde de los costos compartidos hasta que finalice su membresía.

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

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

Puede cancelar su membresía en nuestro plan cada año durante el **Período de inscripción abierta cada** año. Durante este tiempo, revise su cobertura de salud y cobertura para medicamentos y decida sobre la cobertura para el próximo año.

- **El Período de inscripción abierta** es del **15 de octubre al 7 de diciembre.**
- **Elija mantener su cobertura actual o hacer cambios en su cobertura para el próximo año.** Si decide cambiar a un nuevo plan, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de cobertura:
  - Otro plan de medicamentos de Medicare,
  - Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos de Medicare,
  - Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos de Medicare,
    - Si elige esta opción y recibe Ayuda adicional, Medicare podría inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted haya optado por no participar en la inscripción automática.
  - Un plan de salud de Medicare. Un plan de salud de Medicare es un plan ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindarle todos los beneficios de

la Parte A (hospital) y la Parte B (médicos) de Medicare. La mayoría de los planes de salud de Medicare también incluyen cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.

Si se inscribe en la mayoría de los planes de salud de Medicare, se cancelará su inscripción en Wellcare Value Script (PDP) cuando comience la cobertura de su nuevo plan. Sin embargo, si usted elige un Plan privado de pago por servicio (Private Fee-for-Service Plan) sin la cobertura para medicamentos de la Parte D, un plan de Cuenta de ahorro para gastos médicos de Medicare o un Plan Medicare Cost, puede inscribirse en ese plan y mantener Wellcare Value Script (PDP) para su cobertura para medicamentos. Si no desea mantener nuestro plan, puede elegir inscribirse en otro plan de medicamentos con receta de Medicare o dejar la cobertura para medicamentos con receta de Medicare.

Nota: Si cancela su inscripción de la cobertura para medicamentos de Medicare y permanece sin una cobertura acreditable para medicamentos con receta durante 63 días consecutivos o más, usted podría pagar una multa por inscripción tardía si se inscribe más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.

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

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

En determinadas situaciones, los miembros de nuestro plan podrían ser elegibles para cancelar su membresía en otro momento del año. Esto se conoce como **Período de inscripción especial**.

Usted podría ser elegible para cancelar su membresía durante el Período de inscripción especial si se aplica alguna de las siguientes situaciones. Estos son solo ejemplos. Para obtener la lista completa, puede comunicarse con nuestro plan, llamar a Medicare o visitar Medicare.gov.

- En general, cuando usted se muda
- Si tiene Medicaid
- Si es elegible para Ayuda adicional para pagar la cobertura para medicamentos de Medicare
- Si rompemos nuestro contrato con usted
- Si está recibiendo atención en una institución, como un centro de cuidados o un hospital de atención a largo plazo (Long-Term Care, LTC)
- Si se inscribe en el Programa de atención integral para las personas de edad avanzada (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE).
- **Nota:** Si está inscrito en un programa de administración de medicamentos, quizás no pueda cambiarse de plan. La Sección 10 del Capítulo 3 le proporciona más detalles sobre los programas de administración de medicamentos.

Los períodos de inscripción varían según sea su situación.

Para averiguar si usted es elegible para un Período de inscripción especial, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si es elegible para cancelar su membresía debido a una situación especial, puede elegir cambiar tanto su cobertura de salud como su cobertura para medicamentos de Medicare. Puede elegir de entre lo siguiente:

- Otro plan de medicamentos de Medicare,
- Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos de Medicare.
- Un plan de salud de Medicare. Un plan de salud de Medicare es un plan ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindarle todos los beneficios de la Parte A (hospital) y la Parte B (médicos) de Medicare. Algunos planes de salud de Medicare también incluyen cobertura para medicamentos de la Parte D.
    - Si se inscribe en la mayoría de los planes de salud de Medicare, automáticamente se cancelará su inscripción en Wellcare Value Script (PDP) cuando comience la cobertura de su nuevo plan. No obstante, si usted elige un Plan privado de pago por servicio (Private Fee-for-Service Plan) sin la cobertura para medicamentos de la Parte D, un plan de Cuenta de ahorro para gastos médicos de Medicare o un Plan Medicare Cost, puede inscribirse en ese plan y mantener Wellcare Value Script (PDP) para su cobertura para medicamentos. Si no desea conservar nuestro plan, puede elegir inscribirse en otro plan de medicamentos con receta de Medicare o dejar la cobertura para medicamentos de Medicare.

Nota: Si cancela su inscripción de la cobertura para medicamentos de Medicare y permanece sin una cobertura acreditable para medicamentos con receta durante 63 días consecutivos o más, usted podría pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.

Su membresía se cancelará normalmente el primer día del mes después de que recibamos su solicitud para cambiar su plan.

Recibe Ayuda adicional de Medicare para pagar sus costos de la cobertura para medicamentos: Si se pasa a Original Medicare y no se inscribe en un plan separado de medicamentos de Medicare, Medicare podría inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted opte por no participar de la inscripción automática.

Sección 2.3 Obtenga más información sobre cuándo puede cancelar su membresía

Si tiene preguntas sobre cómo cancelar su membresía, puede hacer lo siguiente:

- **Llame a Servicios para los miembros al 1-888-550-5252 (Los usuarios de TTY deben llama al 711)**
- Encuentre la información en el manual ***Medicare & You 2027 (Medicare y Usted 2027)***

- Llame a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048)

SECCIÓN 3 Cómo cancelar su membresía en nuestro plan

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

Para cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
Un plan de salud de Medicare	• Inscribirse en el nuevo plan de salud de Medicare. • Su inscripción en Wellcare Value Script (PDP) se cancelará automáticamente cuando empiece la cobertura de su nuevo plan.
Original Medicare *con* un plan diferente de medicamentos de Medicare	• Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos de Medicare. • Su inscripción se cancelará automáticamente en Wellcare Value Script (PDP) cuando comience la cobertura de su nuevo plan de medicamentos.
Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos de Medicare	• **Envíenos una solicitud por escrito para cancelar su inscripción o visite nuestro sitio web para cancelar su inscripción en línea.** Llame a Servicios para los miembros al 1-888-550-5252 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) si necesita más información sobre cómo hacer esto. • También puede llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y solicitar que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. • Su inscripción en Wellcare Value Script (PDP) se cancelará cuando comience su cobertura en Original Medicare.

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

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

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

SECCIÓN 5 Wellcare Value Script (PDP) debe cancelar la membresía en su plan en ciertas situaciones

Wellcare Value Script (PDP) debe cancelar su membresía en nuestro plan si ocurre cualquiera de los siguientes casos:

- Si ya no tiene o la Parte A o la Parte B de Medicare.
- Si se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio por más de 12 meses.
  - Si se muda o realiza un viaje largo, llame a Servicios para los miembros al 1-888-550-5252 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para averiguar si el lugar al que se muda o al que viaja está en el área de nuestro plan.
- Si es encarcelado (va a prisión)
- Si ya no es usted ciudadano o nacional de los Estados Unidos, o un no ciudadano elegible
- Si miente o encubre información sobre otro seguro que tenga que le proporciona cobertura para medicamentos con receta
- Si intencionalmente nos da información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad en nuestro plan. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
- Si permanentemente se comporta de una manera que es perturbadora y nos dificulta la tarea de brindarles atención médica a usted y a otros miembros del plan. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
- Si deja que otra persona use su tarjeta de miembro para obtener medicamentos con receta. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
  - Si cancelamos su membresía por esta razón, es posible que Medicare haga que el Inspector general investigue su caso.
- Si no paga las primas de su plan por tres (3) meses calendario, incluido el mes de cobertura en el que se deben pagar sus primas.

- Debemos notificarle por escrito que tiene tres (3) meses calendario para pagar su prima del plan antes de que cancelemos su membresía.

- Si usted debe pagar un monto adicional para la Parte D debido a sus ingresos y no lo hace, Medicare cancelará su inscripción en el plan y usted perderá la cobertura para medicamentos.

Si tiene preguntas o desea recibir más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía, llame a Servicios para los miembros al 1-888-550-5252 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Sección 5.1 No podemos pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud

Wellcare Value Script (PDP) no está autorizado a pedirle que deje nuestro plan por algún motivo relacionado con su salud.

¿Qué debe hacer si sucede esto?

Si usted considera que se le está pidiendo que deje nuestro plan por un motivo relacionado con la salud, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 5.2 Tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan

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

CAPÍTULO 9:

Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes vigentes

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

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación

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

Si desea obtener más información o tiene alguna inquietud en cuanto a discriminación o a un trato que no ha sido imparcial, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a la Oficina de Derechos Civiles de su localidad. También puede revisar la información de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos en HHS.gov/ocr/index.html.

Si usted tiene una discapacidad y necesita ayuda con el acceso a la atención, llame a Servicios para los miembros al 1-888-550-5252 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Si tiene una queja, como un problema de acceso para sillas de ruedas, Servicios para los miembros puede ayudarlo.

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

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

SECCIÓN 4 Recuperación de beneficios pagados por nuestro plan en virtud de su plan Wellcare Value Script (PDP)

Cuando sufre una lesión

Si alguna vez sufre una lesión, se enferma o desarrolla una afección como consecuencia de las acciones de otra persona, de una empresa o de usted mismo (una “parte responsable”), nuestro plan le proporcionará beneficios por los servicios cubiertos que reciba. Sin embargo, si recibe dinero o tiene derecho a recibir dinero debido a su lesión, enfermedad o afección, ya sea a través de un acuerdo, una sentencia o cualquier otro pago asociado a su lesión, enfermedad o afección, nuestro plan y/o los proveedores de tratamiento conservan el derecho de recuperar el valor de cualquier servicio que se le haya prestado a través de este plan de acuerdo con las leyes estatales correspondientes.

En esta disposición, el término “parte responsable” significa cualquier persona o entidad que sea responsable real o potencialmente de su lesión, enfermedad o afección. El término parte responsable incluye la responsabilidad civil u otra aseguradora de la persona o parte responsable.

Algunos ejemplos de cómo podría sufrir una lesión, enfermarse o desarrollar una afección como consecuencia de las acciones de una parte responsable incluyen, entre otros:

- Tiene un accidente automovilístico;
- Se resbala y se cae en una tienda; o
- Está expuesto a una sustancia química peligrosa en el trabajo.

El derecho de recuperación de nuestro plan se aplica a todos y cada uno de los montos que reciba de la parte responsable, incluidos, entre otros:

- Pagos realizados por un tercero o cualquier compañía de seguros en nombre del tercero;
- Cobertura de automovilista sin seguro o con seguro insuficiente;
- Protección contra lesiones personales, sin culpa o cualquier otra cobertura de seguro individual;

- Compensación laboral o adjudicación o indemnización por discapacidad;
- Cobertura de pagos médicos en virtud de cualquier póliza de automóvil, cobertura de una aseguradora para propietarios de vivienda o de establecimientos o cobertura paraguas;
- Cualquier acuerdo o sentencia recibidos de una demanda u otra acción legal; o
- Cualquier otro pago de cualquier otra fuente recibido como compensación por las acciones u omisiones de la parte responsable.

Al aceptar beneficios en virtud de este plan, usted acepta que nuestro plan tiene un derecho de subrogación y reembolso de primera prioridad que se aplica cuando este plan ha pagado beneficios por servicios cubiertos que usted recibió debido a las acciones u omisiones de una parte responsable, y usted o su representante recupera, o tiene derecho a recuperar, cualquier monto de una parte responsable.

Al aceptar beneficios en virtud de este plan, usted también (i) cede a nuestro plan su derecho a recuperar gastos médicos de cualquier cobertura disponible hasta el costo total de todos los servicios cubiertos prestados por el plan con relación a su lesión, enfermedad o afección, y (ii) acepta indicar específicamente a la parte responsable que le reembolse directamente al plan en su nombre.

Al aceptar beneficios en virtud de este plan, usted también otorga a nuestro plan un derecho de gravamen de primera prioridad sobre cualquier recuperación, acuerdo o sentencia, u otra fuente de compensación y todo reembolso por el costo total de los beneficios correspondientes a servicios cubiertos pagados en virtud del plan que estén relacionados con su lesión, enfermedad o afección debido a las acciones u omisiones de una parte responsable. Esta prioridad se aplica independientemente de que los montos se identifiquen específicamente como una recuperación de gastos médicos e independientemente de que se le indemnice o compense plena o totalmente por su pérdida. Nuestro plan puede recuperar el costo total de todos los beneficios proporcionados por este plan sin tener en cuenta cualquier reclamación de culpa de parte de usted, ya sea por negligencia comparativa o por cualquier otro modo. No podrán deducirse honorarios de abogados de la recuperación de nuestro plan, y nuestro plan no está obligado a pagar ni a contribuir al pago de costos judiciales ni de honorarios de abogados correspondientes al abogado contratado para perseguir la reclamación o demanda contra cualquier parte responsable.

Medidas que debe tomar

Si sufre una lesión, se enferma o desarrolla una afección a causa de una parte responsable, usted debe cooperar con los esfuerzos de nuestro plan y/o del proveedor de tratamiento para recuperar sus gastos, lo que incluye:

- Comunicar a nuestro plan o al proveedor de tratamiento, según corresponda, el nombre y la dirección de la parte responsable y/o de su abogado, si los conoce; el nombre y la dirección de su abogado; si recurre a un abogado, el nombre y la dirección de cualquier compañía de seguros implicada; y una descripción de cómo se produjo la lesión, enfermedad o afección.
- Completar cualquier documentación que nuestro plan o el proveedor de tratamiento puedan requerir de manera razonable para ayudar a aplicar el derecho de recuperación o retención.

- Responder con prontitud a las consultas de nuestro plan o del proveedor de tratamiento sobre el estado del caso o la reclamación y sobre cualquier conversación relacionada con un acuerdo.
- Notificar a nuestro plan inmediatamente después de que usted o su abogado reciban cualquier suma de dinero de la(s) parte(s) responsable(s) o de cualquier otra fuente.
- Pagar el gravamen de atención médica o el monto de recuperación del plan de cualquier recuperación, acuerdo o sentencia, u otra fuente de compensación, incluido el pago de todo reembolso adeudado a nuestro plan por el costo total de los beneficios pagados en virtud del plan que estén relacionados con su lesión, enfermedad o afección causada por cualquier parte responsable, independientemente de que estos se identifiquen específicamente como recuperación por gastos médicos e independientemente de que a usted se le compense plena o totalmente por su pérdida;
- No hacer nada que perjudique los derechos de nuestro plan según se establece anteriormente. Esto incluye, entre otros, abstenerse de cualquier intento de reducir o excluir del acuerdo o de la recuperación el costo total de todos los beneficios pagados por el plan o cualquier intento de denegar a nuestro plan su derecho de recuperación o de gravamen de primera prioridad.
- Mantener en fideicomiso cualquier dinero que usted o su abogado reciban de la(s) parte(s) responsable(s), o de cualquier otra fuente, y reembolsar a nuestro plan o al proveedor que prestó el tratamiento, según corresponda, el monto de la recuperación adeudado al plan tan pronto como se le pague y antes del pago a cualquier otro posible titular de gravámenes o terceros que reclamen un derecho a recuperar.
- Se requiere que usted coopere con nosotros en lo que respecta a procurar obtener dichas recuperaciones o pagos excesivos.

SECCIÓN 5 Tarjeta de miembro

Una tarjeta de miembro expedida por nuestro plan que figura en esta *Evidencia de Cobertura* es solamente con fines de identificación. La posesión de una tarjeta de miembro no confiere ningún derecho a los servicios que se mencionan en esta *Evidencia de Cobertura*. Para tener derecho a los servicios o beneficios que se mencionan en esta *Evidencia de Cobertura* , el tenedor de la tarjeta debe reunir los requisitos para cobertura y estar inscrito como miembro de *Evidencia de Cobertura*. Cualquier persona que recibe servicios a los que no tiene derecho según esta *Evidencia de Cobertura*, será responsable del pago de esos servicios. Un miembro debe presentar la tarjeta de miembro, no una tarjeta de Medicare, al momento del servicio. Llame a Servicios para los miembros al 1-888-550-5252 (TTY: 711) si necesita que se reemplace su tarjeta de miembro.

Nota: Cualquier miembro que permita conscientemente el abuso o mal uso de la tarjeta de membresía podrá ver cancelada su membresía por justa causa. Nuestro plan está obligado a informar a la Oficina del Inspector General (Office of the Inspector General) sobre una expulsión que resulte del abuso o mal uso de la tarjeta de membresía, lo que podría derivar en un proceso penal.

SECCIÓN 6 Contratistas independientes

La relación entre nuestro plan y cada proveedor participante es una relación de contratista independiente. Los proveedores participantes no son empleados ni agentes de nuestro plan; además, ni nuestro plan, ni ningún empleado de nuestro plan, es empleado o agente de un proveedor participante. En ningún caso nuestro plan será responsable de la negligencia, el acto ilícito o la omisión de cualquier proveedor de atención médica participante o de otro tipo. Los médicos participantes, y no nuestro plan, mantienen la relación médico-paciente con el miembro. Nuestro plan no es un proveedor de atención médica.

SECCIÓN 7 Fraude al plan de salud

El fraude al plan de salud se define como un engaño o una tergiversación al plan por parte de un proveedor, un miembro, un empleador o cualquier persona que actúe en su nombre. Es un delito que puede ser procesado legalmente. Cualquier persona que participe deliberadamente y a sabiendas en una actividad destinada a defraudar al plan de salud, por ejemplo, presentando una reclamación que contenga una declaración falsa o engañosa, podría ser culpable de fraude al plan de salud.

Si le preocupa alguno de los cargos que aparecen en una factura o en un formulario de Explicación de beneficios, o si sabe o sospecha de alguna actividad ilegal, llame gratis a la Línea directa contra el fraude de nuestro plan al 1-866-685-8664 (TTY: 711). La Línea directa contra el fraude funciona las 24 horas del día, los siete días de la semana. Todas las llamadas son estrictamente confidenciales.

SECCIÓN 8 Circunstancias ajenas al plan

En la medida en que circunstancias tales como una catástrofe natural, una guerra, un motín, una insurrección civil, una epidemia, la destrucción total o parcial de instalaciones, una explosión atómica u otra liberación de energía nuclear, la incapacidad de personal importante del grupo médico, un estado de emergencia u otros acontecimientos similares que no estén bajo el control de nuestro plan causen que las instalaciones o el personal de nuestro plan no estén disponibles para proporcionar o disponer de los servicios o beneficios en virtud de esta *Evidencia de cobertura*, la obligación del plan de proporcionar dichos servicios o beneficios se limitará al requerimiento de que nuestro plan haga un esfuerzo de buena fe para proporcionar o disponer de dichos servicios o beneficios dentro de la disponibilidad actual de sus instalaciones o personal.

CAPÍTULO 10:

Definiciones

"Herramienta de beneficios en tiempo real" – Un portal o una aplicación informática en la que los inscritos pueden buscar información completa, correcta, oportuna, clínicamente apropiada, del Formulario y de beneficios específica para inscritos. Esto incluye los montos de costo compartido, los medicamentos alternativos del Formulario que se pueden utilizar para la misma afección que un medicamento dado, y las restricciones de cobertura (autorización previa, tratamiento escalonado, límites de cantidad) que se aplican a medicamentos alternativos.

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

Área de servicio – Un área geográfica donde usted debe vivir para unirse a un plan de medicamento con receta en particular. Nuestro plan puede cancelar su inscripción si se muda fuera del área de servicio de nuestro plan de manera permanente.

Autorización previa – Aprobación por adelantado para obtener determinados medicamentos según criterios específicos. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el Formulario y nuestros criterios están publicados en nuestro sitio web.

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

Biosimilar – Un producto biológico muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Los biosimilares son tan seguros y eficaces como el producto biológico original. Algunos biosimilares se podrían sustituir por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta (consulte "**Biosimilar intercambiable**").

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

Cancelar o **Cancelación de la inscripción** – El proceso de cancelación de su membresía en nuestro plan.

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

Cobertura acreditable para medicamentos con receta – Cobertura para medicamentos con receta (por ejemplo, de un empleador o un sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos, lo

mismo que la cobertura estándar para medicamentos con receta de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura, cuando pasan a ser elegibles para Medicare, pueden normalmente mantener esa cobertura sin pagar una multa si deciden inscribirse más tarde en un plan de cobertura para medicamentos de Medicare.

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

Copago – Un monto que es posible que deba pagar como su parte del costo de un medicamento con receta. Un copago es un monto establecido (por ejemplo, $10) en vez de un porcentaje.

Coseguro – Un monto que se le puede solicitar que pague, expresado como porcentaje (por ejemplo, 20%) como su parte del costo de los medicamentos con receta después de que usted paga su deducible.

Costo compartido – El costo compartido se refiere a los montos que un miembro debe pagar cuando obtiene medicamentos. (Esto es complementario a la prima mensual del plan). El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes 3 tipos de pagos: 1) cualquier monto deducible que puede imponer un plan antes de cubrir medicamentos; 2) cualquier monto fijo de copago que un plan exige cuando se recibe un medicamento específico; o 3) cualquier monto de coseguro, un porcentaje del monto total pagado por un medicamento, que un plan exige cuando se recibe un medicamento específico.

Costo compartido diario – Es posible que se aplique un *costo compartido diario* cuando su médico le receta un suministro de determinados medicamentos para menos de un mes completo y usted debe pagar un copago. El costo compartido diario es el copago dividido por la cantidad de días de un suministro para un mes. A continuación, le presentamos un ejemplo: Si su copago por un suministro de un medicamento para un mes es de $30, y un suministro para un mes en nuestro plan tiene 30 días, su costo compartido diario es de $1 por día.

Costo compartido estándar – Es el costo compartido estándar que no es el costo compartido preferido que ofrece una farmacia de la red.

Costo compartido preferido – Costo compartido preferido significa un costo compartido menor para determinados medicamentos cubiertos de la Parte D en determinadas farmacias de la red.

Costo de suministro – Un honorario que se cobra cada vez que un medicamento cubierto se entrega para pagar el costo de surtir un medicamento con receta, como el tiempo que tarda el farmacéutico en preparar y empaquetar el medicamento con receta.

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

Deducible – Es el monto que debe pagar por los medicamentos con receta antes de que nuestro plan pague.

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

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

Etapa de cobertura en situaciones catastróficas – Es la etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D. Beneficio de medicamentos que comienza cuando usted (o alguna persona calificada en su nombre) haya gastado $2,400 en medicamentos cubiertos de la Parte D durante el año. Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D.

Etapa de cobertura inicial – Esta es la etapa después de que usted paga su deducible (si tiene alguno) y antes de que los costos que paga de su bolsillo para el año alcancen el monto umbral que paga de su bolsillo.

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

Excepción – Un tipo de decisión de cobertura que, si se aprueba, le permite recibir un medicamento que no está en nuestro formulario (una excepción al formulario) o un medicamento no preferido a un nivel más bajo de costo compartido (una excepción de nivel). También puede solicitar una excepción si nuestro plan le exige probar otro medicamento antes de recibir el medicamento que está solicitando, si nuestro plan exige una autorización previa para un medicamento y usted desea que no apliquemos la restricción de criterios, o si nuestro plan limita la cantidad o dosis del medicamento que está solicitando (una excepción al Formulario).

Farmacia de la red – Una farmacia que tiene un contrato con nuestro plan por el que los miembros de nuestro plan pueden recibir los beneficios de medicamentos con receta. En la mayoría de los casos, sus recetas están cubiertas solo si se obtienen en una de nuestras farmacias de la red.

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

Indicación médicamente aceptada – Un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) o avalado por

ciertas referencias, como el American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de Información DRUGDEX de Micromedex.

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

Límites de cantidad – Una herramienta de gestión diseñada para limitar el uso de un medicamento por motivos de calidad, seguridad o utilización. Los límites también pueden ser en la cantidad de medicamento que cubrimos por receta o durante un período definido.

Lista de medicamentos cubiertos (Formulario o Lista de medicamentos) – Una lista de medicamentos con receta cubiertos por nuestro plan.

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

Medicamento de marca – Un medicamento con receta fabricado y vendido por la compañía farmacéutica que originalmente investigó y desarrolló dicho medicamento. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de ingrediente activo que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otros fabricantes de medicamentos y, normalmente, no están disponibles hasta que haya vencido la patente del medicamento con nombre de marca.

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

Medicamento seleccionado – Un medicamento cubierto por la Parte D por el cual Medicare negoció un precio justo máximo.

Medicamentos cubiertos – Es el término que se utiliza para referirse a todos los medicamentos con receta que cubre nuestro plan.

Medicamentos de la Parte D – Son los medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte D. Podemos ofrecer o no todos los medicamentos de la Parte D. Ciertas categorías de medicamentos han sido excluidas de la cobertura de la Parte D por el Congreso.

Medicare – El programa federal de seguros médicos destinado a personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas que padecen enfermedades renales terminales (por lo general, las que tienen insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante de riñón).

Miembro (miembro de nuestro plan o miembro del plan) – Una persona con Medicare elegible para recibir servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS).

Monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso (Income Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA) – Si su ingreso bruto ajustado modificado, según se informó en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años, está por encima de cierto monto, pagará el monto estándar de la prima y un monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso, también conocido como IRMAA. El IRMAA es un cargo adicional que se agrega a su prima. Menos del 5% de las personas con Medicare se ven afectadas, por lo que la mayoría de las personas no pagará una prima más alta.

Monto umbral que paga de su bolsillo – Es el monto máximo que paga de su bolsillo por los medicamentos de la Parte D.

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

Nivel de costo compartido – Cada medicamento de la lista de medicamentos cubiertos está en uno de los seis niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el nivel de costo compartido, mayor será el costo del medicamento que le corresponderá pagar.

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

Original Medicare (Medicare tradicional o Medicare con pago por servicio) – Original Medicare es ofrecido por el gobierno y no por planes de salud privados como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos con receta. En Original Medicare, los servicios de Medicare se cubren pagándoles a los médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica los montos de pago establecidos por el Congreso. Usted puede consultar con cualquier médico, hospital o proveedor de atención médica que acepte Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga lo que le corresponde de la cantidad aprobada por Medicare, y usted paga lo que le corresponde a usted. Original Medicare tiene 2 partes: Parte A (seguro hospitalario) y Parte B (seguro para atención médica) y está disponible en todas partes en los Estados Unidos.

Parte C – Consulte Plan Medicare Advantage (MA).

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

Período de inscripción abierta – El período de tiempo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año en el que los miembros pueden cambiar de planes de medicamentos o de salud, o elegir Original Medicare.

Período de inscripción especial – Un tiempo determinado para que los miembros puedan cambiar sus planes de salud y de medicamentos o volver a Original Medicare. Las situaciones en las que usted

podría ser elegible para un Período de inscripción especial son: si se muda fuera del área de servicio, si está recibiendo Ayuda adicional con los costos de sus medicamentos con receta, si se muda a un centro de cuidados, o si rompemos nuestro contrato con usted.

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

Plan de salud de Medicare – Un plan de salud de Medicare que ofrece una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindar beneficios de la Parte A y de la Parte B a personas con Medicare inscritas en nuestro plan. Este término incluye todos los planes Medicare Advantage, los planes Medicare Cost, los de Necesidades Especiales, los Programas piloto/demostraciones y los Programas de atención integral para las personas de edad avanzada (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE).

Plan Medicare Advantage (MA) – A veces llamado Parte C de Medicare. Es un plan ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindarle todos sus beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare. A. Un Plan Medicare Advantage puede ser i) una Organización para el mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organization, HMO); ii) una Organización de proveedores preferidos (Preferred Provider Organization, PPO); iii) un Plan privado de pago por servicio (Private Fee-for-Service, PFFS); o iv) un plan de Cuenta de ahorro para gastos médicos de Medicare (Medicare Medical Savings Account, MSA). Además de elegir entre estos tipos de planes, un Plan Medicare Advantage HMO o PPO también puede ser un Plan de necesidades especiales (Special Needs Plan, SNP). En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D (cobertura para medicamentos con receta) de Medicare. Estos planes se llaman **Planes Medicare Advantage con cobertura para medicamentos con receta**.

Plan Medicare Cost – Un Plan Medicare Cost es un plan operado por una Organización de mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organization, HMO) o un Plan médico competitivo (Competitive Medical Plan, CMP) de conformidad con un contrato de reembolso de costos en virtud de la sección 1876(h) de la Ley.

Plan PACE – Un plan Programa de atención integral para las personas de edad avanzada (Program of All-Inclusive Care for the Elderly, PACE) que combina servicios y apoyos médicos, sociales y de atención a largo plazo (Long-Term Services and Supports, LTSS) para personas frágiles de manera que puedan conservar su independencia y continuar viviendo en sus comunidades (en lugar de mudarse a un centro de cuidados) tanto tiempo como sea posible. Las personas inscritas en los planes PACE reciben los beneficios de Medicare y Medicaid a través de nuestro plan.

Póliza Medigap (seguro complementario de Medicare) – El seguro complementario de Medicare vendido por una compañía de seguros privada para cubrir los **períodos sin cobertura** de Original Medicare. Las pólizas Medigap solo funcionan con Original Medicare. (Un Plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

Precio Justo Máximo – El precio negociado por Medicare para un medicamento selecto.

Prima – El pago periódico a Medicare, a una compañía de seguros o a un plan de salud para una cobertura de salud o de medicamentos con receta.

Producto biológico – Un medicamento con receta elaborado a partir de fuentes naturales y vivas, como células de los animales, células de las plantas, bacterias o levaduras. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no pueden copiarse exactamente, por eso las formas alternativas se denominan biosimilares. (Consulte "**Producto biológico original**" y "**Biosimilar**").

Producto biológico original – Un producto biológico que ha sido aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (Food and Drug Administration, FDA) y sirve de comparación para los fabricantes que realizan una versión biosimilar. También se denomina producto de referencia.

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

Programa de manejo del tratamiento farmacológico (Medication Therapy Management, MTM) – Un programa de la Parte D de Medicare para necesidades de salud complejas proporcionado a las personas que cumplen con determinados requisitos o que están en un Programa de administración de medicamentos. Los servicios de MTM usualmente incluyen una discusión con un farmacéutico o proveedor de atención médica para la revisión de los medicamentos.

Queja – El nombre formal para *presentar una queja* es *interponer un reclamo*. El proceso de quejas se utiliza *solamente* para ciertos tipos de problemas. Entre ellos se incluyen los problemas sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. También incluye quejas si nuestro plan no sigue los períodos de tiempo en el proceso de apelaciones.

Reclamo – Tipo de queja que usted presenta sobre nuestro plan, proveedores o farmacias, como, por ejemplo, una queja relacionada con la calidad de la atención brindada. Esto no implica disputas de cobertura ni de pago.

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 servicios de la vista, dentales, o auditivos, que podría ofrecer un plan Medicare Advantage.

Servicios para los miembros – Un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder sus preguntas sobre su membresía, sus beneficios, reclamos y apelaciones.

Subsidio por bajos ingresos (Low Income Subsidy, LIS) – Consulte Ayuda adicional.

Tratamiento escalonado – Herramienta de utilización que exige que primero intente tratar su afección con otro medicamento antes de que cubramos el medicamento que le recetó el médico en primer lugar.

Esta página se ha dejado intencionalmente en blanco.

Wellcare Value Script (PDP) Servicios para los miembros

Método	Servicios para los miembros: información de contacto
Llame al	1-888-550-5252 Llamadas gratis. Los representantes están lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m., del 1 de oct. al 31 de marzo, y de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., del 1 de abril al 30 de sept. Fuera de horario regular, fines de semana y feriados federales, del 1 de abril al 30 de sept., el sistema automático responde su llamada. Deje mensaje, con nombre y teléfono para que el equipo le llame en 1 día hábil. Servicios para los miembros 1-888-550-5252 (TTY: 711) ofrece un servicio gratuito de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Llamadas gratis. Los representantes están lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m., del 1 de oct. al 31 de marzo y lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., del 1 de abril al 30 de sept.
Escriba a	Wellcare PO Box 31370 Tampa, FL 33631-3370
Sitio web	go.wellcare.com/PDP

Florida Serving Health Insurance Needs of Elders (SHINE)
Florida Serving Health Insurance Needs of Elders (SHINE) ,programa estatal con fondos del gobierno federal para asesorar sobre seguros médicos, local y gratuitamente, a las personas con Medicare.

Método	Información de contacto
Llame al	1-800-963-5337
TTY	1-800-955-8770 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultad auditiva o del habla.
Escriba a	SHINE Program, Department of Elder Affairs 4040 Esplanade Way, Suite 270 Tallahassee, FL 32399-7000
Sitio web	https://www.floridashine.org/

Declaración sobre divulgación de la Ley de Reducción de Papel (Paperwork Reduction Act, PRA) *De acuerdo con la Ley de Reducción de Papel (Paperwork Reduction Act, PRA) de 1995, ninguna persona debe responder a una recopilación de información a menos que presente un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (Office of Management and Budget, OMB). El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.*