



Adenda del plan Sharp Direct Advantage® para 2020-2021

Aviso anual de cambios y Evidencia de cobertura



Sharp Direct Advantage (HMO)

Exclusivo para los jubilados y dependientes de la ciudad de San Diego que cumplan con los requisitos para Medicare; patrocinado por la Asociación de Beneficios para Empleados Públicos de San Diego (SDPEBA).



Actualizaciones importantes de la información incluida en el *Aviso anual de cambios (ANOC)* y la *Evidencia de cobertura (EOC)* para 2020-2021. Estas actualizaciones entrarán en vigor el 1.º de enero de 2021.

Para su comodidad, **resaltamos todas las modificaciones con color azul**. Para solicitar una copia impresa del ANOC o la EOC para 2020-2021, visite sharpmedicareadvantage.com o comuníquese con Servicio al Cliente. La información de contacto se incluye a continuación.

Si tiene preguntas sobre estos cambios, llame a Servicio al Cliente al 1-855-562-8853 (TTY/TDD: 711). Horario de atención: de octubre a marzo, todos los días, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.; de abril a septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Los fines de semana y feriados, su llamada será atendida por nuestro sistema de correo de voz. Un representante de Servicio al Cliente le devolverá la llamada el siguiente día hábil.

Sharp Health Plan es un plan de una Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO) que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en Sharp Health Plan depende de la renovación del contrato. Se proporciona un resumen de los beneficios, no una descripción completa. Para obtener más información, comuníquese con el plan. Se pueden aplicar límites, copagos y restricciones. Cada año, con la renovación del plan, pueden cambiar los beneficios, las primas, los copagos o el coseguro. El Formulario, la red de farmacias o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando sea necesario.

ATENCIÓN: Si no habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-562-8853 (TTY/TDD: 711).

ATTENTION: If you do not speak Spanish, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-855-562-8853 (TTY/TDD: 711).

Sección 1.5 Cambios en los beneficios y los costos de los servicios médicos

Estamos haciendo cambios en la cobertura de ciertos servicios médicos para el próximo año. A continuación, se describen estos cambios. Para obtener detalles sobre la cobertura y los costos de estos servicios, consulte el capítulo 4, "Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que paga usted)", de la *Evidencia de cobertura* para 2020.

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
Examen para detectar cáncer de seno (mamografías)		<p><i>Se puede requerir la autorización previa del plan.</i></p> <p><i>Se puede requerir una remisión de su proveedor de la red.</i></p>
Atención de salud mental con internación	<p><i>Salvo en caso de emergencia, se puede requerir la autorización previa del plan.</i></p>	<p><i>Salvo en caso de emergencia, se puede requerir la autorización previa del plan.</i></p> <p><i>Salvo en caso de emergencia, se puede requerir una remisión de su proveedor de la red.</i></p>
Internación: servicios cubiertos recibidos en un hospital o en un centro de enfermería especializada durante una internación sin cobertura	<p><i>Su proveedor de la red debe obtener una remisión del plan.</i></p>	<p><i>Se puede requerir la autorización previa del plan.</i></p> <p><i>Se puede requerir una remisión de su proveedor de la red.</i></p>
Servicios del programa para tratamiento por uso de opioides	Sin cobertura.	<p>Copago de \$10 por visita para servicios de tratamiento por uso de opioides cubiertos.</p> <p><i>Se puede requerir la autorización previa del plan.</i></p> <p><i>Se puede requerir una remisión de su proveedor de la red.</i></p>

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
Servicios ambulatorios de atención de salud mental		<p><i>Se puede requerir la autorización previa del plan.</i></p> <p><i>Se puede requerir una remisión de su proveedor de la red.</i></p>
Servicios ambulatorios para abuso de sustancias	<p><i>Su proveedor de la red debe obtener una remisión del plan.</i></p>	<p><i>Se puede requerir la autorización previa del plan.</i></p> <p><i>Se puede requerir una remisión de su proveedor de la red.</i></p>
Servicios de hospitalización parcial	<p><i>Se puede requerir la autorización previa del plan.</i></p>	<p><i>Se puede requerir la autorización previa del plan.</i></p> <p><i>Se puede requerir una remisión de su proveedor de la red.</i></p>
Servicios de médicos o profesionales, incluidas las visitas al consultorio del médico		<p>Servicios de telesalud prestados por el médico de atención primaria: copago de \$10 por visita.</p> <p><i>Se puede requerir la autorización previa del plan para ciertos servicios de especialistas.</i></p> <p><i>Se puede requerir una remisión de su proveedor de la red para ciertos servicios de especialistas.</i></p>
Servicios de podiatría	<p><i>Se puede requerir una remisión de su proveedor de la red.</i></p>	<p><i>Se puede requerir la autorización previa del plan.</i></p> <p><i>Se puede requerir una remisión de su proveedor de la red.</i></p>
Servicios para tratar patologías del lenguaje y del habla	<p><i>Se puede requerir la autorización previa del plan.</i></p>	<p><i>Se puede requerir la autorización previa del plan.</i></p> <p><i>Se puede requerir una remisión de su proveedor de la red.</i></p>

Realizamos cambios en nuestra Lista de medicamentos, incluidos cambios en los medicamentos que cubrimos y en las restricciones que aplicamos a la cobertura de algunos medicamentos.

Revise la Lista de medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estarán cubiertos el próximo año y para saber si se aplicará alguna restricción.

Si alguno de los cambios afecta la cobertura de un medicamento que toma, puede hacer lo siguiente:

- **Trabajar con su médico (o con otra persona autorizada para recetar) y solicitar que en el plan hagamos una excepción** para cubrir el medicamento.
 - Para saber cómo solicitar una excepción, consulte el capítulo 9 de la *Evidencia de cobertura*, "Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)", o llame a Servicio al Cliente.
- **Trabajar con su médico (o con otra persona autorizada para recetar) para buscar un medicamento diferente** que tenga cobertura. Puede llamar a Servicio al Cliente para solicitar una lista de los medicamentos cubiertos que traten la misma enfermedad.

En algunas situaciones, debemos cubrir un suministro temporal de algún medicamento que no figure en el *Formulario* durante los primeros 90 días del año del plan o los primeros 90 días de su membresía, para evitar que se interrumpa el tratamiento. (Para obtener más información sobre cuándo puede obtener un suministro temporal y cómo solicitarlo, consulte la sección 5.2 del capítulo 5 de la *Evidencia de cobertura*). Mientras recibe el suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su médico para decidir qué hacer una vez que dicho suministro se termine. Puede cambiar el medicamento por uno que cubramos en el plan o solicitarnos que hagamos una excepción y cubramos el medicamento que toma actualmente.

Si hacemos una excepción y brindamos cobertura de un medicamento que no está incluido en nuestra Lista de medicamentos, esta cobertura caducará al finalizar el año de beneficios de su plan, salvo que se le informe lo contrario en el momento de la excepción. Consulte el capítulo 9 de la *Evidencia de cobertura* para obtener detalles sobre cómo solicitar una excepción.

La mayoría de los cambios en la Lista de medicamentos se realiza al comienzo de cada año. Sin embargo, durante el año, es probable que realicemos otros cambios permitidos por las reglas de Medicare.

~~A partir de 2020, podríamos eliminar de inmediato un medicamento de marca de la Lista de medicamentos si, al mismo tiempo, lo reemplazamos con un nuevo medicamento genérico en el mismo nivel de costo compartido o en uno inferior y con las mismas o menos restricciones. Además, al agregar el nuevo medicamento genérico podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos, pero inmediatamente pasarlo a un nivel de costo compartido diferente o agregar nuevas restricciones. Esto significa que, por ejemplo, si está tomando un medicamento de marca que se reemplaza o traslada a un nivel de costo compartido más alto, ya no siempre recibirá el aviso del cambio 30 días antes de que lo hagamos o de que obtenga el suministro mensual de su medicamento de marca en una farmacia de la red. Si está tomando el medicamento de marca, igual le proporcionaremos información sobre el cambio específico que hicimos, pero puede que la reciba después de que se haga el cambio.~~

Cuando hacemos estos cambios en la Lista de medicamentos durante el año, usted puede seguir trabajando con su médico (o con otra persona autorizada para recetar) y solicitarnos que hagamos una excepción para cubrir el medicamento. También continuaremos actualizando nuestra Lista de medicamentos en línea según lo programado y brindaremos otra información requerida para mostrar los cambios en los medicamentos. (Para saber más sobre los cambios que podemos hacer en la Lista de medicamentos, consulte la sección 6 del capítulo 5 de la *Evidencia de cobertura*).

Cada año, en Medicare se debe aprobar nuestro plan

Cada año, en Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medi-Cal) se debe aprobar nuestro plan. Puede continuar recibiendo la cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan mientras decidamos continuar ofreciendo el plan y mientras Medicare renueve la aprobación del plan.

SECCIÓN 2

¿Qué condiciones debe reunir para ser admitido como miembro del plan?

Sección 2.1 Cuáles son los requisitos de admisión

Usted reúne los requisitos para obtener la membresía en nuestro plan si cumple con todo lo siguiente:

- Tiene Medicare Parte A y Medicare Parte B (en la sección 2.2, encontrará más información sobre ambas coberturas).
- Vive en nuestra área geográfica de servicio (en la sección 2.3 más adelante, se describe nuestra área de servicio).
- Es ciudadano de los Estados Unidos o se encuentra legalmente en el país.
- No tiene enfermedad renal en etapa terminal, con algunas excepciones, como en el caso de desarrollar esta enfermedad después de que ya es miembro de uno de nuestros planes o si era miembro de un plan que ya caducó.
- Cumple con los requisitos de admisión establecidos en la cobertura de salud a través del empleo del patrocinador del grupo del empleador o sindicato.

Sección 2.2 ¿Qué son Medicare Parte A y Medicare Parte B?

Cuando se inscribió por primera vez en Medicare, recibió información sobre los servicios que tienen cobertura de Medicare Parte A y Medicare Parte B. Recuerde lo siguiente:

- Generalmente, con Medicare Parte A se ayuda a cubrir servicios brindados en hospitales (en relación con servicios de internación, centros de enfermería especializada o agencias de atención de salud en el hogar).
- Medicare Parte B es para la mayoría de los otros servicios médicos (como servicios brindados por el médico, [terapias de infusión en el hogar](#) y otros servicios ambulatorios) y ciertos artículos (como equipo médico duradero [DME] y suministros).

Sección 2.3 Aquí está el área de servicio del plan Sharp Direct Advantage

Aunque Medicare es un programa federal, el plan Sharp Direct Advantage está disponible solamente para las personas que viven dentro del área de servicio del plan. Para permanecer como miembro de nuestro plan, debe continuar viviendo

Capítulo 1. Comenzar como miembro

Las únicas excepciones son casos de emergencias, servicios de urgencia si la red no está disponible (generalmente, si se encuentra fuera del área de cobertura), sesiones de diálisis fuera del área y casos en los que esté autorizado el uso de proveedores fuera de la red conforme a nuestro plan. Consulte el capítulo 3, "Uso de la cobertura del plan para sus servicios médicos", para obtener más información sobre la cobertura de emergencia, fuera de la red y fuera del área de cobertura.

Si no tiene una copia del *Directorio de proveedores y farmacias*, puede solicitarla llamando a Servicio al Cliente (los números de teléfono figuran en la contraportada de este manual). Si quiere obtener más información sobre los proveedores de la red, incluidas sus acreditaciones, comuníquese con Servicio al Cliente. También puede consultar el *Directorio de proveedores y farmacias* en sharpmedicareadvantage.com/members/forms-authorizations-resources o descargar una copia desde este sitio web. Para conocer los cambios más actuales en nuestros proveedores de la red, puede llamar a Servicio al Cliente o ingresar en el sitio web.

Sección 3.3 Lista de medicamentos cubiertos (*Formulario*) del plan

En el plan, hay una *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*. La llamamos Lista de medicamentos para abreviar. En la lista, se indica qué medicamentos con receta de la Parte D están cubiertos a través del beneficio de la Parte D de nuestro plan. Los medicamentos de esta lista son seleccionados en el plan con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista debe cumplir los requisitos establecidos en Medicare, donde se ha aprobado la Lista de medicamentos del plan.

Asimismo, en esta lista se informa si existen reglas que restringen la cobertura de los medicamentos.

Le proporcionaremos una copia de la Lista de medicamentos, si la solicita. En esta se incluye información sobre los medicamentos cubiertos que generalmente utilizan nuestros miembros. Sin embargo, cubrimos medicamentos adicionales que no están incluidos en la lista impresa. Si uno de sus medicamentos no está incluido en la Lista de medicamentos, debe ingresar en nuestro sitio web o comunicarse con Servicio al Cliente para saber si lo cubrimos. Para obtener la información más completa y actualizada sobre los medicamentos cubiertos, puede visitar el sitio web del plan (sharpmedicareadvantage.com/druglist) o llamar a Servicio al Cliente (los números de teléfono figuran en la contraportada de este manual).

Sección 3.4 *Explicación de beneficios de la Parte D (EOB de la Parte D): breve informe de los pagos realizados por sus medicamentos con receta de la Parte D*

Cuando utilice sus beneficios de medicamentos con receta de la Parte D, le enviaremos un informe resumido para ayudarlo a comprender y llevar un registro de los pagos de sus medicamentos con receta de la Parte D. Este informe se denomina *Explicación de beneficios de la Parte D* (o EOB de la Parte D).

En *este informe*, se indica el monto total que usted u otras personas en su nombre han gastado en medicamentos con receta de la Parte D y la cantidad total que nosotros hemos pagado por cada uno de los medicamentos con receta de la Parte D durante el mes. [En la EOB de la Parte D, se brinda más información sobre los medicamentos que toma, como los aumentos en el precio y otros medicamentos disponibles que tengan un menor costo compartido. Debe consultar estas opciones de costos más bajos con la persona autorizada para recetar.](#) En el capítulo 6, "Cuánto paga por sus medicamentos con receta de la Parte D", se brinda más información sobre la *Explicación de beneficios de la Parte D* y cómo puede hacer para llevar un registro de su cobertura de medicamentos.

Puede solicitar un resumen de la *Explicación de beneficios de la Parte D* si así lo quiere. Para ello, comuníquese con Servicio al Cliente (los números de teléfono figuran en la contraportada de este manual).

SECCIÓN 8

Reglas para los equipos y suministros de oxígeno y su mantenimiento

Sección 8.1 ¿Qué beneficios relacionados con los equipos de oxígeno tiene derecho a recibir?

Si reúne los requisitos para obtener cobertura de Medicare para equipos de oxígeno, mientras esté inscrito en nuestro plan, se cubrirá lo siguiente:

- El alquiler del equipo de oxígeno.
- El suministro de oxígeno y del contenido de oxígeno.
- Los tubos y los accesorios relacionados para el suministro de oxígeno y del contenido de oxígeno.
- El mantenimiento y las reparaciones del equipo de oxígeno.

Si abandona nuestro plan o el equipo de oxígeno deja de ser médicamente necesario para usted, deberá devolverlo al propietario.

Sección 8.2 ¿Cuál es el costo compartido? ¿Cambiará después de 36 meses?

El costo compartido de la cobertura de Medicare para equipos de oxígeno es del 0 % de la tarifa de alquiler mensual.

Después del pago mensual durante 36 meses con nuestro plan, el proveedor deberá continuar brindando el equipo de oxígeno y los suministros relacionados durante 24 meses adicionales, hasta un total de 5 años, siempre y cuando tenga la necesidad médica de recibir oxígeno. Si sigue habiendo necesidad médica luego de los 5 años, el proveedor no tendrá la obligación de seguir suministrándole el oxígeno ni el equipo de oxígeno, y usted podrá optar por obtener otro equipo de cualquier proveedor. Al finalizar el período de 5 años, comienza un nuevo período de pago de 36 meses y de obligación del proveedor de 5 años en relación con el nuevo equipo y suministro de oxígeno.

Si antes de inscribirse en nuestro plan, ya había pagado los 36 meses de alquiler para la cobertura del equipo de oxígeno, su costo compartido en nuestro plan será del 0 % de la tarifa de alquiler mensual por un máximo de 24 meses adicionales.

Sección 8.3 ¿Qué sucede si abandona el plan y vuelve a ser miembro de Original Medicare?

Si vuelve a ser miembro de Original Medicare, comienza un nuevo ciclo de 36 meses que se renueva cada 5 años. Por ejemplo, si pagó el alquiler del equipo de oxígeno durante 36 meses antes de inscribirse en nuestro plan, forma parte de nuestro plan durante 12 meses y luego vuelve a ser miembro de Original Medicare, pagará el costo compartido total para la cobertura del equipo de oxígeno.

De igual modo, si pagó durante 36 meses mientras estaba inscrito en nuestro plan y luego vuelve a ser miembro de Original Medicare, pagará el costo compartido total para la cobertura del equipo de oxígeno.

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que paga usted)

Durante la emergencia de salud pública por la pandemia de la COVID-19, es posible que en Sharp Health Plan se amplíe la cobertura de los beneficios y se cubran otros aparte de los indicados en el capítulo 4. Por ejemplo, durante la emergencia de salud pública no se debe pagar el costo de la prueba de detección de la COVID-19 cuando es médicamente necesaria. Para obtener más información acerca de los beneficios relacionados con la emergencia de salud pública, comuníquese con Servicio al Cliente (los números de teléfono figuran en la contraportada de este manual).

SECCIÓN 1

Explicación de sus costos de desembolso para los servicios cubiertos

En este capítulo, se describen sus servicios cubiertos y lo que usted paga por los beneficios médicos. Incluye un cuadro de beneficios médicos donde se enumeran los servicios cubiertos y se informa cuánto pagará por cada servicio cubierto como miembro de nuestro plan. Más adelante en este capítulo, encontrará información sobre los servicios médicos que no están cubiertos. También se explican los límites que se aplican a ciertos servicios.

Sección 1.1 Tipos de costos de desembolso que tal vez deba pagar por los servicios cubiertos

Para entender la información de pago que brindamos en este capítulo, debe conocer los tipos de costos de desembolso que tal vez deba pagar por los servicios cubiertos.

- El **copago** es el monto fijo que debe pagar cada vez que recibe ciertos servicios médicos. Usted paga un copago al recibir el servicio médico. (En el cuadro de beneficios médicos de la sección 2, encontrará más información sobre sus copagos).
- Un **coseguro** es el porcentaje del costo total que paga para ciertos servicios médicos. Usted paga un coseguro al recibir el servicio médico. (En el cuadro de beneficios médicos de la sección 2, encontrará más información sobre su coseguro).

La mayoría de las personas que reúnen los requisitos para Medicaid o para el programa Beneficiario Calificado de Medicare (QMB) no tienen que pagar deducibles, copagos ni coseguro. Asegúrese de mostrarle a su proveedor la prueba de admisión para Medicaid o para el programa QMB, si corresponde. Si considera que lo que debe pagar es incorrecto, comuníquese con Servicio al Cliente.

Sección 1.2 ¿Cuál es el monto máximo que deberá pagar por los servicios médicos cubiertos de Medicare Parte A y Medicare Parte B?

Dado que está inscrito en un plan Medicare Advantage, existe un límite en el monto de desembolso que usted debe pagar cada año por los servicios médicos de la red con cobertura de Medicare Parte A y de Medicare Parte B (consulte el cuadro de beneficios médicos en la sección 2 más adelante). Este límite se denomina “monto de desembolso máximo” por servicios médicos.

Como miembro de nuestro plan, el monto de desembolso máximo que deberá pagar por los servicios de la red con cobertura de la Parte A y la Parte B en 2020 será de \$1,500. Los montos que paga por los copagos y

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que paga usted)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>🍏 Examen para detectar cáncer de seno (mamografías)</p> <p>Entre los servicios cubiertos se incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una mamografía inicial entre los 35 y los 39 años. • Una mamografía cada 12 meses para mujeres de 40 años en adelante. • Exámenes clínicos de senos una vez cada 24 meses. <p><i>Se puede requerir la autorización previa del plan.</i></p> <p><i>Se puede requerir una remisión de su proveedor de la red.</i></p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para las mamografías cubiertas.</p>

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que paga usted)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Atención de salud mental con internación</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen los servicios de atención de salud mental que requieren una estadía en el hospital.</p> <p>Un período de beneficios comienza el día en que ingresa en el hospital o en el centro de enfermería especializada. Finaliza cuando usted está 60 días consecutivos sin recibir atención en el hospital o atención de enfermería especializada. No se requiere una estadía previa en el hospital. El copago se reinicia cuando comienza un nuevo período de beneficios.</p> <p>No existe un límite en la cantidad de días cubiertos a través del plan para cada período de beneficios.</p> <p><i>Salvo en caso de emergencia, se puede requerir la autorización previa del plan.</i></p> <p><i>Salvo en caso de emergencia, se puede requerir una remisión de su proveedor de la red.</i></p>	<p>Copago de \$0 por día.</p>

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que paga usted)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Internación: servicios cubiertos recibidos en un hospital o en un centro de enfermería especializada durante una internación sin cobertura</p> <p>Si ya agotó sus beneficios de internación o si la internación no es razonable ni necesaria, no la cubriremos. Sin embargo, en ciertos casos, cubriremos determinados servicios que reciba mientras esté internado en el hospital o en un centro de enfermería especializada. Los siguientes son algunos de los servicios cubiertos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios médicos. • Pruebas de diagnóstico (por ejemplo, pruebas de laboratorio). • Radiografías, radioterapia y terapia con radioisótopos, incluidos los materiales y servicios provistos por el técnico. • Vendajes quirúrgicos. • Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y dislocaciones. • Prótesis y aparatos ortóticos (que no sean dentales) que reemplazan total o parcialmente un órgano interno del cuerpo (incluido el tejido adyacente) o el funcionamiento de un órgano interno que tenga una disfunción o no funcione de manera permanente, incluido el reemplazo o las reparaciones de esos aparatos. • Aparatos para piernas, brazos, espalda y cuello; trusas; y piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos ajustes, reparaciones y reemplazos necesarios debido a roturas, desgaste, pérdida o cambio en la condición física del paciente. • Terapias física, ocupacional y del habla. <p><i>Se puede requerir la autorización previa del plan.</i></p> <p><i>Se puede requerir una remisión de su proveedor de la red.</i></p>	<p>Pruebas y procedimientos de diagnóstico: copago de \$0.</p> <p>Servicios de radiología terapéutica y de diagnóstico: coseguro del 0 %.</p> <p>Servicios de laboratorio: copago de \$0.</p> <p>Radiografías: copago de \$0.</p> <p>Suministros médicos (como vendajes, férulas, yesos): coseguro del 0 %.</p> <p>Dispositivos ortóticos y protésicos (incluye aparatos para piernas, brazos, espalda y cuello; trusas; y piernas, brazos y ojos artificiales): coseguro del 0 %.</p> <p>Servicios de terapia física, ocupacional y del habla: copago de \$10.</p>

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que paga usted)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Medicamentos con receta de Medicare Parte B</p> <p>Estos medicamentos tienen cobertura de Original Medicare Parte B. Nuestros miembros reciben cobertura de estos medicamentos a través de nuestro plan. Entre los medicamentos cubiertos se incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos que, por lo general, el paciente no puede administrarse y se inyectan o aplican mediante transfusión mientras recibe servicios de un médico, en un departamento hospitalario para atención ambulatoria o en un centro quirúrgico ambulatorio. • Medicamentos que toma mediante el uso de un equipo médico duradero (por ejemplo, nebulizadores) y que están autorizados en el plan. • Factores de coagulación que usted se inyecta si padece hemofilia. • Medicamentos inmunosupresores, siempre y cuando esté inscrito en Medicare Parte A cuando se realice el trasplante del órgano. • Medicamentos inyectables para tratar la osteoporosis, en caso de que usted no pueda salir de su hogar, tenga una fractura ósea certificada por un médico como fractura relacionada con la osteoporosis posmenopáusica y no se pueda autoadministrar el medicamento. • Antígenos. • Ciertos medicamentos contra el cáncer y las náuseas. • Ciertos medicamentos para la diálisis en el hogar, como la heparina, el antídoto para la heparina cuando sea medicamento necesario, los anestésicos tópicos y los agentes estimulantes de la eritropoyesis (por ejemplo, Epogen® o Procrit®). • Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento en el hogar de enfermedades de inmunodeficiencia primaria. • También cubrimos algunas vacunas como parte de nuestro beneficio de medicamentos con receta de la Parte B y de la Parte D. <p>En el capítulo 5, se explica el beneficio de los medicamentos con receta de la Parte D, incluidas las reglas que debe seguir para que se cubran las recetas. En el capítulo 6, se explica cuánto paga por sus medicamentos con receta de la Parte D.</p> <p><i>Se puede requerir la autorización previa del plan.</i></p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los medicamentos con receta de Medicare Parte B.</p>

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que paga usted)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios del programa para tratamiento por uso de opioides</p> <p>Los servicios de tratamiento para el trastorno por uso de opioides tienen cobertura de Original Medicare Parte B. Nuestros miembros reciben cobertura de estos servicios a través de nuestro plan. Entre los servicios cubiertos se incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos para el tratamiento con antagonistas y agonistas de opioides aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA), y el expendio y la administración de dichos medicamentos, si corresponde. • Asesoramiento sobre el uso de sustancias. • Terapia individual y grupal. • Pruebas de toxicología. <p><i>Se puede requerir la autorización previa del plan.</i></p> <p><i>Se puede requerir una remisión de su proveedor de la red.</i></p>	<p>Copago de \$10 por visita para servicios de tratamiento por uso de opioides cubiertos.</p>

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que paga usted)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios ambulatorios de atención de salud mental</p> <p>Entre los servicios cubiertos se incluyen los siguientes:</p> <p>Servicios de salud mental proporcionados por un psiquiatra o médico con licencia estatal, psicólogo clínico, trabajador social clínico, especialista en enfermería clínica, enfermero profesional, asistente médico u otro profesional de la salud mental con calificación de Medicare según lo permitido por las leyes estatales correspondientes.</p> <p><i>Se puede requerir la autorización previa del plan.</i></p> <p><i>Se puede requerir una remisión de su proveedor de la red.</i></p>	<p>Copago de \$10 por visita de terapia individual o grupal autorizada.</p>
<p>Servicios ambulatorios para abuso de sustancias</p> <p>Terapias individual y grupal relacionadas con el abuso de sustancias.</p> <p><i>Se puede requerir la autorización previa del plan.</i></p> <p><i>Se puede requerir una remisión de su proveedor de la red.</i></p>	<p>Copago de \$10 por visita de terapia individual o grupal autorizada.</p>

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que paga usted)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios de hospitalización parcial</p> <p>La hospitalización parcial es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo que se brinda como un servicio ambulatorio en hospital o en un centro comunitario de salud mental, el cual es más intenso que la atención que se presta en el consultorio de su médico o terapeuta y es una alternativa a la hospitalización.</p> <p>Debido a que no contamos con centros comunitarios de salud mental en nuestra red, cubrimos la hospitalización parcial solamente si se brinda como servicio ambulatorio en hospital.</p> <p><i>Se puede requerir la autorización previa del plan.</i></p> <p><i>Se puede requerir una remisión de su proveedor de la red.</i></p>	<p>Copago de \$10 por visita.</p>

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que paga usted)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios de médicos o profesionales, incluidas las visitas al consultorio del médico</p> <p>Entre los servicios cubiertos se incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atención médica o servicios quirúrgicos médicamente necesarios que se brindan en el consultorio de un médico, en un centro quirúrgico ambulatorio certificado, en un departamento hospitalario para atención ambulatoria o en cualquier otro centro. • Consulta, diagnóstico y tratamiento realizados por un especialista. • Exámenes básicos de equilibrio y audición realizados por un especialista, en caso de que su médico los indique para determinar si necesita tratamiento médico. • Ciertos servicios de telesalud, incluidos los siguientes servicios del médico de atención primaria: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Tiene la opción de recibir estos servicios en persona o a través del servicio de telesalud. Si opta por recibir alguno de estos beneficios a través del servicio de telesalud, debe consultar con un proveedor de la red que ofrezca este servicio. ◦ El proveedor puede ofrecer servicios de telesalud por teléfono, computadora, tableta o tecnología de video. Debe solicitar los servicios de telesalud cuando programa la consulta y debe preguntar qué tipos de tecnología están disponibles en el consultorio del proveedor. • Servicios de telesalud para visitas mensuales relacionadas con una enfermedad renal en etapa terminal para miembros que reciben diálisis en el hogar, prestados en un centro de diálisis de un hospital o de un hospital de acceso crítico, en un centro de diálisis renal o en el hogar del miembro. • Servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación o el tratamiento de los síntomas de un derrame cerebral. • Controles virtuales breves de entre 5 y 10 minutos con su médico (por ejemplo, por teléfono o videollamada), si se cumplen las siguientes condiciones: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Usted no es un paciente nuevo. ◦ El control virtual no está relacionado con una visita al consultorio realizada durante los 7 días previos. ◦ El control no deriva en una visita al consultorio dentro de las 24 horas siguientes ni en la cita disponible más cercana. 	<p>Visita al médico de atención primaria: copago de \$10.</p> <p>Servicios de telesalud prestados por el médico de atención primaria: copago de \$10 por visita.</p> <p>Visita al especialista: copago de \$10.</p> <p>Centro quirúrgico ambulatorio certificado: copago de \$50.</p> <p>Departamento hospitalario para atención ambulatoria: consulte “Servicios ambulatorios en hospital” en este cuadro de beneficios.</p> <p>Exámenes básicos de audición: consulte “Servicios para la audición” en este cuadro de beneficios.</p> <p>Atención dental: consulte “Servicios dentales” en este cuadro de beneficios y la sección 2.2 de este capítulo.</p>

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que paga usted)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios de médicos o profesionales, incluidas las visitas al consultorio del médico (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación de videos o imágenes que envió a su médico, que incluyen la interpretación y el seguimiento del médico dentro de las 24 horas, si se cumplen las siguientes condiciones: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Usted no es un paciente nuevo. ◦ La evaluación no está relacionada con una visita al consultorio realizada durante los 7 días previos. ◦ La evaluación no deriva en una visita al consultorio dentro de las 24 horas siguientes ni en la cita disponible más cercana. • Consulta de su médico a otros médicos, ya sea por teléfono o en línea, o bien la evaluación del registro de salud electrónico si usted no es un paciente nuevo. • Segunda opinión de otro proveedor de la red previa a la cirugía. <p>Atención dental que no es de rutina (los servicios cubiertos se limitan a la cirugía de mandíbula o estructuras relacionadas, los arreglos de fracturas de la mandíbula o los huesos faciales, la extracción de dientes para preparar la mandíbula para tratamientos de radiación contra enfermedades neoplásicas [cancerígenas] o los servicios que estarían cubiertos si fueran prestados por un médico).</p> <p><i>Se puede requerir la autorización previa del plan para ciertos servicios de especialistas.</i></p> <p><i>Se puede requerir una remisión de su proveedor de la red para ciertos servicios de especialistas.</i></p>	
<p>Servicios de podiatría</p> <p>Entre los servicios cubiertos se incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (como dedo en martillo o espolón calcáneo). • Cuidado de los pies de rutina para los miembros con determinadas enfermedades que afectan las extremidades inferiores. <p><i>Se puede requerir la autorización previa del plan.</i></p> <p><i>Se puede requerir una remisión de su proveedor de la red.</i></p>	<p>Copago de \$10 por visita.</p>

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que paga usted)

Exclusiones y limitaciones del plan de la visión suplementario

Nuestro plan de la visión suplementario está diseñado para cubrir las necesidades de atención de la visión en lugar de materiales cosméticos. Algunos servicios no estarán cubiertos. Se aplican las siguientes limitaciones y exclusiones contractuales:

- Los servicios o materiales que no se indican en esta lista como beneficios cubiertos con el plan.
- Mejoras de lentes sin cobertura.
 - Lentes antirreflejantes.
 - Lentes progresivos.
 - Lentes fotocromáticos.
 - Lentes resistentes a rayones.
 - Lentes de policarbonato.
 - Lentes sin aumento (con una corrección refractiva menor que ± 0.50 dioptrías).
- Dos pares de anteojos en lugar de lentes bifocales.
- Reemplazo de lentes y marcos que se brindaron conforme a este plan y que se perdieron o rompieron, excepto en los intervalos normales en los que se brinda dicho servicio.
- Entrenamiento ortóptico o visual y las pruebas suplementarias asociadas.
- Con el plan de la visión suplementario, no se cubre el tratamiento médico o quirúrgico de los ojos, que tiene cobertura solo si se indica específicamente en el cuadro de beneficios médicos de este capítulo.
- Reemplazo de lentes de contacto que se perdieron o rompieron, excepto en los intervalos normales en los que se brinda dicho servicio.
- Pólizas de seguro o contratos de servicio para lentes de contacto.
- Reajuste de lentes de contacto después del período inicial de ajuste (90 días).
- Visitas al consultorio adicionales por patologías relacionadas con los lentes de contacto.
- Modificación, pulido o limpieza de lentes de contacto.
- Servicios relacionados con la terapia refractiva de la córnea o la ortoqueratología.
- Impuestos locales, estatales o federales, salvo cuando se le exija el pago a VSP por ley.

Capítulo 5. Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D

¿Qué sucede si necesita una farmacia especializada?

A veces, los medicamentos con receta se deben adquirir en una farmacia especializada. A continuación, encontrará las farmacias consideradas especializadas:

- Farmacias que suministran medicamentos para terapias de infusión en el hogar.
- Farmacias que suministran medicamentos a residentes de un centro de atención a largo plazo (LTC). Por lo general, los centros de LTC (como los asilos de ancianos) cuentan con su propia farmacia. Si se encuentra en uno de estos centros, debemos asegurarnos de que reciba habitualmente sus beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias de LTC, que es la farmacia que comúnmente utiliza el centro. Si tiene dificultades para acceder a sus beneficios de la Parte D en uno de estos centros, comuníquese con Servicio al Cliente.
- Farmacias que atienden al Servicio de Salud Indígena/Programa de Salud Indígena Tribal/ Urbano (no disponible en Puerto Rico). Excepto en casos de emergencias, solo los nativos americanos o los nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias de nuestra red.
- Farmacias que despachan medicamentos restringidos por la FDA a ciertos lugares, o que requieren capacitación sobre su uso, coordinación con el proveedor o un manejo especial. (Nota: Esta situación es muy poco frecuente).

Para localizar una farmacia especializada, consulte el *Directorio de proveedores y farmacias* o llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono figuran en la contraportada de este manual).

Sección 2.3 Cómo utilizar los servicios de encargo por correo del plan

Para ciertos tipos de medicamentos, puede utilizar el servicio de encargo por correo de la red del plan. Generalmente, los medicamentos proporcionados a través de este servicio son medicamentos que toma con regularidad para tratar una afección médica crónica o a largo plazo. Los medicamentos que no están disponibles a través de este servicio del plan están marcados con las letras **NM** en nuestra Lista de medicamentos.

Dicho servicio le permite comprar un **suministro para hasta 90 días**.

Para obtener formularios e información sobre cómo surtir sus recetas por correo, comuníquese con nuestra línea de ayuda para recetas de Medicare, al 1-855-222-3183.

Por lo general, el pedido a la farmacia de encargo por correo le llegará en un plazo de entre 10 y 15 días. Sin embargo, a veces los encargos por correo se pueden demorar. Si este es el caso, en el plan le permiten realizar una anulación debido a la demora. Comuníquese con Servicio al Cliente para obtener la aprobación de la anulación. Una vez que reciba la aprobación, podemos transferir la receta a la farmacia que usted elija, o la persona autorizada para recetar puede llamar a la farmacia y ordenar un suministro para menos días.

Recetas médicas nuevas que se envían desde el consultorio de su médico directamente a la farmacia.

La farmacia surtirá y enviará las recetas médicas nuevas que reciba de sus proveedores de atención de salud de forma automática, sin consultarlo primero con usted, en los siguientes casos:

- Si ya usó los servicios de encargo por correo con este plan en el pasado.
- Si se inscribió para la entrega automática de todas las recetas médicas nuevas que se reciban directamente de los proveedores de atención de salud. Para solicitar la entrega automática de todas las recetas médicas nuevas ahora o en cualquier otro momento, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono figuran en su tarjeta de identificación de miembro).

Si recibe de forma automática una receta médica por correo que no quería, y no se contactaron con usted para verificar que la quería antes del envío, es posible que reúna los requisitos para que le den un reembolso. Si usó el servicio de encargo por correo en

Capítulo 5. Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D

el pasado y no quiere que la farmacia le envíe de forma automática las recetas médicas nuevas, comuníquese con nosotros llamando a Servicio al Cliente (los números de teléfono figuran en la contraportada de este manual).

Si nunca usó el servicio de encargo por correo o decide dejar de surtir de forma automática las recetas médicas nuevas, la farmacia se comunicará con usted cada vez que reciba una nueva receta médica de un proveedor de atención de salud para saber si quiere adquirir y recibir el medicamento inmediatamente. Este procedimiento le brindará la oportunidad de asegurarse de que la farmacia esté entregándole el medicamento correcto (incluida la concentración, la cantidad y la presentación); de ser necesario, le permitirá, además, cancelar o posponer el encargo antes de que le envíen el medicamento y se lo facturen. Es importante que responda cada vez que la farmacia se ponga en contacto con usted, para poder informarles qué deben hacer con la receta nueva y así evitar demoras en las entregas. Para cancelar la entrega automática de recetas médicas nuevas que se reciben directamente del consultorio de su proveedor de atención de salud, comuníquese con nosotros llamando a Servicio al Cliente (los números de teléfono figuran en la contraportada de este manual).

Renovación de pedidos de medicamentos con receta mediante el servicio de encargo por correo. Tiene la opción de inscribirse en el programa de renovación automática de pedidos de medicamentos para obtener este servicio. Conforme a este programa, comenzaremos a procesar su próxima renovación de pedidos de medicamentos de forma automática cuando, según nuestros registros, esté por quedarse sin medicamento. La farmacia se comunicará con usted antes de enviarle cada renovación de pedidos de medicamentos para asegurarse de que los necesite; además, usted podrá cancelar las renovaciones programadas si tiene suficientes medicamentos o si cambió de medicamento. Si elige no usar nuestro programa de renovación automática de pedidos de medicamentos con receta, comuníquese con la farmacia entre 10 y 15 días antes de la fecha en que cree que se terminará el medicamento. Así, se asegurará de que el siguiente pedido llegue a tiempo.

Para cancelar la suscripción al programa de renovación automática de pedidos de medicamentos con receta mediante el servicio de encargo por correo, inicie sesión en su cuenta, en Caremark.com, o comuníquese con nosotros llamando a Servicio al Cliente (los números de teléfono figuran en la contraportada de este manual).

Para que la farmacia pueda contactarse con usted para confirmar su pedido antes de enviarlo, asegúrese de que en la farmacia sepan cuál es la mejor manera de comunicarse con usted. Comuníquese con nuestra línea de ayuda para recetas de Medicare al 1-855-222-3183 o inicie sesión en su cuenta, en Caremark.com, y proporcione la información de contacto preferida.

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

Cuando obtiene un suministro de medicamentos a largo plazo, su costo compartido puede ser menor. En el plan, se ofrecen dos formas de obtener el suministro de medicamentos de mantenimiento a largo plazo (también denominado “suministro prolongado”) de la Lista de medicamentos de nuestro plan. (Los medicamentos de mantenimiento son los que toma con regularidad para tratar una afección crónica o a largo plazo). Puede solicitar este suministro a través del servicio de encargo por correo (consulte la sección 2.3) o puede ir a una farmacia minorista.

- 1. Algunas farmacias minoristas** de la red le pueden brindar un suministro de medicamentos de mantenimiento a largo plazo. Para saber qué farmacias de nuestra red pueden hacerlo, consulte el *Directorio de proveedores y farmacias* del plan. También puede llamar a Servicio al Cliente para obtener más información (los números de teléfono figuran en la contraportada de este manual).

Capítulo 5. Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D

Sección 5.2 ¿Qué puede hacer si su medicamento no figura en la Lista de medicamentos o tiene alguna restricción?

Si su medicamento no figura en la Lista de medicamentos o está restringido, puede hacer lo siguiente:

- Puede obtener un suministro temporal del medicamento (solo los miembros en ciertas circunstancias pueden obtener este tipo de suministro). Esto les dará tiempo a usted y a su proveedor para cambiar de medicamento o solicitar la cobertura correspondiente.
- Puede cambiar de medicamento.
- Puede solicitar una excepción y pedir en el plan que se cubra el medicamento o que no se lo restrinja.

Puede obtener un suministro temporal

En ciertas circunstancias, el plan puede ofrecer un suministro temporal de un medicamento cuando su medicamento no está en la Lista de medicamentos o tiene algún tipo de restricción. Con esto, usted gana tiempo para hablar con su proveedor sobre el cambio en la cobertura y decidir qué hacer.

Debe cumplir con los siguientes dos requisitos para obtener el suministro temporal:

1. El cambio en su cobertura de medicamentos debe ser uno de los siguientes tipos de cambios:

- El medicamento que ha estado tomando **ya no está incluido en la Lista de medicamentos del plan.**
- El medicamento que ha estado tomando **ahora tiene algún tipo de restricción** (en la sección 4 de este capítulo, se informa sobre las restricciones).

2. Su situación debe ser alguna de las descritas a continuación:

- **Para aquellos miembros que son nuevos o que estaban inscritos en el plan el año pasado:**

Cubriremos el suministro temporal del medicamento **durante los primeros 90 días de su membrecía en el plan si es un nuevo miembro y durante los primeros 90 días del año de beneficios si estaba inscrito en el plan el año pasado.** Este suministro temporal será para 30 días como máximo. Si en su receta se indican menos días, le permitiremos obtener el medicamento varias veces hasta cubrir un suministro para un máximo de 30 días. Debe adquirir el medicamento con receta en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que es posible que la farmacia del centro de atención a largo plazo brinde los medicamentos en pequeñas cantidades por vez para evitar su derroche).

- **Para aquellos que hayan sido miembros del plan durante más de 90 días, residan en un centro de atención a largo plazo y necesiten un suministro inmediatamente:**

Cubriremos un suministro de un medicamento en particular para 34 días o menos si en su receta se indican menos días. Esto se agrega a la situación de suministro temporal que se mencionó anteriormente.

- **Para aquellos que sean trasladados a un centro de atención a largo plazo desde otro entorno de atención de salud y cuyo nivel de atención haya cambiado:** Cubriremos un suministro de un medicamento en particular para 34 días o

Capítulo 5. Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D

SECCIÓN 6

¿Qué ocurre si cambia la cobertura para uno de sus medicamentos?

Sección 6.1 La Lista de medicamentos puede cambiar durante el año

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos se implementan al principio de cada año de beneficios. Sin embargo, durante el año, el plan podría hacer cambios a la Lista de medicamentos. Por ejemplo, en el plan se podría hacer lo siguiente:

- **Agregar o quitar medicamentos de la Lista de medicamentos.** Aparecen medicamentos nuevos, incluidos medicamentos genéricos nuevos. Quizá a través del Gobierno se ha aprobado un nuevo uso para un medicamento existente. A veces, un medicamento se retira del mercado, y nosotros decidimos no cubrirlo. O podemos eliminar un medicamento de la lista porque se ha demostrado que es ineficaz.
- **Cambiar un medicamento a un nivel de costo compartido más alto o más bajo.**
- **Agregar o eliminar una restricción a la cobertura de un medicamento** (para obtener más información sobre las restricciones a la cobertura, consulte la sección 4 de este capítulo).
- **Reemplazar un medicamento de marca por uno genérico.**

Cumplimos los requisitos de Medicare antes de que cambiemos la Lista de medicamentos del plan.

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

Información sobre los cambios en la cobertura de medicamentos

Cuando ocurren cambios en la Lista de medicamentos durante el año, publicamos la información sobre dichos cambios en nuestro sitio web. Actualizaremos nuestra Lista de medicamentos en línea de forma regular para incluir todos los cambios que hayan ocurrido después de la última actualización. A continuación, le indicamos las veces que usted recibiría un aviso directo si los cambios afectan a un medicamento que usted toma. También puede llamar a Servicios al Cliente para obtener más información (los números de teléfono figuran en la contraportada de este manual).

¿Los cambios en la cobertura de su medicamento lo afectan enseguida?

Cambios que pueden afectarlo este año. Los cambios de cobertura durante el año actual lo afectarán en los siguientes casos:

- **Un nuevo medicamento genérico reemplaza a uno de marca en la Lista de medicamentos (o cambiamos el nivel de costo compartido, añadimos nuevas restricciones al medicamento de marca o hacemos ambos cambios)**
 - Podemos eliminar inmediatamente un medicamento de marca de nuestra Lista de medicamentos si lo reemplazamos con una versión genérica recientemente aprobada del mismo medicamento en el mismo nivel de costo compartido o en uno inferior y con las mismas o menos restricciones. Además, al agregar el nuevo medicamento genérico, podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos, pero inmediatamente pasarlo a un nivel de costo compartido más alto o agregar nuevas restricciones, **o hacer ambos cambios**.

Capítulo 5. Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D

- Es posible que no le avisemos por adelantado antes de hacer ese cambio, incluso si actualmente está tomando el medicamento de marca.
 - Usted o la persona autorizada para recetar pueden solicitarnos que hagamos una excepción y que continuemos cubriendo el medicamento. Si quiere obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el capítulo 9, “Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)”.
 - Si está tomando el medicamento de marca en el momento en el que realizamos el cambio, le proporcionaremos información sobre los cambios específicos que hicimos. Esto también incluye información sobre los pasos que puede seguir para solicitar una excepción para que cubramos el medicamento de marca; y es posible que no reciba este aviso antes de que hagamos el cambio.
- **Medicamentos que no son seguros y otros medicamentos de la Lista de medicamentos que se retiran del mercado**
 - De vez en cuando, es posible que se retire algún medicamento del mercado repentinamente porque se demuestra que no es seguro o por otras razones. Si esto sucede, lo eliminaremos de la Lista de medicamentos inmediatamente. Si usted está tomando ese medicamento, le informaremos este cambio enseguida.
 - La persona autorizada para recetar también estará al tanto de este cambio y seguramente trabajará con usted para encontrar otro medicamento para tratar su afección.
 - **Otros cambios de medicamentos en la Lista de medicamentos**
 - Es posible que hagamos otros cambios una vez iniciado el año que afecten los medicamentos que usted está tomando. Por ejemplo, podríamos añadir un medicamento genérico que no sea nuevo para el mercado para reemplazar el medicamento de marca o cambiar el nivel de costo compartido o añadir nuevas restricciones al medicamento de marca, [o hacer ambos cambios](#). También podemos efectuar cambios basados en los recuadros de advertencia de la FDA o en nuevas pautas clínicas reconocidas en Medicare. Debemos enviarle un aviso con, por lo menos, 30 días de anticipación o darle aviso del cambio y permitirle obtener un suministro de 30 días del medicamento que está tomando en una farmacia de la red.
 - Una vez que reciba el aviso del cambio, usted deberá hablar con la persona autorizada para recetar para cambiar a otro medicamento que cubramos.
 - Usted o la persona autorizada para recetar pueden solicitarnos que hagamos una excepción y que continuemos cubriendo el medicamento para usted. Si quiere obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el capítulo 9, “Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)”.

Cambios de medicamentos en la Lista de medicamentos que no afectarán a las personas que actualmente los toman: En caso de que haya cambios en la Lista de medicamentos que no se describan más arriba y usted esté tomando el medicamento, los siguientes tipos de cambios no lo afectarán hasta el 1.º de enero del año siguiente mientras permanezca en el plan:

- Si cambiamos su medicamento a un nivel de costo compartido más alto.
- Si establecemos una nueva restricción en el uso del medicamento.
- Si quitamos su medicamento de la Lista de medicamentos.

Si se produce alguno de estos cambios con respecto a un medicamento que usted toma (pero no debido a un retiro del mercado, un medicamento genérico que reemplaza a un medicamento de marca ni otro cambio anotado en las secciones anteriores), el cambio no afectará su uso ni lo que usted paga como su parte del costo hasta el 1.º de enero del año siguiente. Hasta esa fecha, usted probablemente no verá ningún aumento en los pagos ni

Capítulo 5. Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D

ninguna restricción adicional en el uso del medicamento. Sin embargo, el 1.º de enero del año siguiente, los cambios lo afectarán, y es importante que consulte la Lista de medicamentos para el nuevo año por cualquier cambio en los medicamentos.

SECCIÓN 7

¿Qué tipos de medicamentos no están cubiertos a través del plan?

Sección 7.1 Tipos de medicamentos sin cobertura

En esta sección, se explica qué tipos de medicamentos con receta están excluidos. Esto significa que no se pagan con Medicare.

Si obtiene medicamentos excluidos, debe pagarlos por su cuenta. No pagaremos los medicamentos que figuran en esta sección. La única excepción es si se determina mediante una apelación que el medicamento solicitado es un medicamento que no está excluido conforme a la Parte D, y deberíamos haberlo pagado o cubierto debido a su situación en particular. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hayamos tomado de no cubrir un medicamento, consulte la sección 6.5 del capítulo 9 de este manual).

Aquí se explican tres reglas generales sobre los medicamentos que no se cubren en los planes de medicamentos de Medicare conforme a la Parte D:

- A través de la cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan, no se puede cubrir un medicamento que estaría cubierto conforme a Medicare Parte A o Parte B.
- Con nuestro plan, no se puede cubrir un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- En nuestro plan, por lo general, no se puede cubrir el uso no indicado de medicamentos. El “uso no indicado de un medicamento” es cualquier uso distinto de los que figuran en la etiqueta de un medicamento, según esté aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos.
 - [Por lo general, se permite la cobertura para un uso no indicado de un medicamento únicamente cuando se encuentra respaldado por ciertos documentos de referencia, como por ejemplo, American Hospital Formulary Service Drug Information \(Información sobre medicamentos del servicio americano de medicamentos del formulario hospitalario\) y el DRUGDEX Information System \(Sistema de información DRUGDEX\). Si el uso no está respaldado por alguno de estos documentos de referencia, con nuestro plan no se puede cubrir el uso no indicado de dicho medicamento.](#)

Además, las siguientes categorías de medicamentos no están cubiertas a través de los planes de medicamentos de Medicare, según lo establece la ley:

- Medicamentos sin receta (también llamados “medicamentos de venta libre”).
- Medicamentos utilizados para estimular la fertilidad.
- Medicamentos utilizados para aliviar la tos o los síntomas del resfrío.
- Medicamentos utilizados con fines cosméticos o para estimular el crecimiento del cabello.
- Vitaminas y minerales con receta, excepto las vitaminas prenatales y las preparaciones con fluoruro.
- Medicamentos utilizados para tratar la disfunción sexual o eréctil.
- Medicamentos utilizados para tratar la anorexia, para bajar de peso o para aumentar de peso.

SECCIÓN 3

Le enviaremos informes para explicarle sobre los pagos de los medicamentos y sobre la etapa de pago en la que se encuentra

Sección 3.1 Le enviaremos un informe mensual denominado Explicación de beneficios de la Parte D (EOB de la Parte D)

En nuestro plan, se lleva un registro de los costos de sus medicamentos con receta y de los pagos que realiza cuando adquiere un medicamento con receta por primera vez en la farmacia o en veces sucesivas. De esta manera, podemos informarle cuándo pasa de una etapa de pago de medicamentos a la siguiente. En particular, llevamos el registro de dos tipos de costos:

- Llevamos el registro de cuánto paga. Esto se denomina **costo de desembolso**.
- Llevamos un registro de sus **costos totales de medicamentos**. Este es el monto que paga de su bolsillo, u otros pagan en su nombre, más el monto que se paga a través del plan.

En nuestro plan, preparamos un informe por escrito denominado *Explicación de beneficios de la Parte D* (muchas veces llamado EOB de la Parte D) cuando usted haya adquirido uno o más medicamentos con receta a través del plan durante el mes anterior. [En la EOB de la Parte D, se brinda más información sobre los medicamentos que toma, como los aumentos en el precio y otros medicamentos disponibles que tengan un menor costo compartido. Debe consultar estas opciones de costos más bajos con la persona autorizada para recetar.](#) Este incluye lo siguiente:

- **La información de ese mes.** En este informe, se brindan los detalles de pago de los medicamentos con receta que adquirió durante el mes anterior. Se muestran los costos totales de medicamentos, lo que se pagó a través del plan y lo que pagaron usted y otras personas en su nombre.
- **Los costos totales del año desde el inicio del año de beneficios.** Esto se denomina "información del año hasta la fecha". Se muestran los costos totales de medicamentos y los pagos totales de sus medicamentos desde que comenzó el año.
- **Información sobre los precios de los medicamentos.** Se incluye información sobre los porcentajes de aumento acumulativo en relación con cada solicitud de medicamento con receta.
- **Medicamentos con receta alternativos de menor costo disponibles.** Se incluye información sobre otros medicamentos con menor costo compartido que pueden estar disponibles en relación con cada solicitud de medicamento con receta.

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

Para llevar el registro de los costos y de los pagos que usted hace por sus medicamentos, utilizamos los registros que recibimos de las farmacias. Puede ayudarnos a mantener su información actualizada y correcta de la siguiente manera:

- **Muestre su tarjeta de membresía cuando adquiera un medicamento con receta.**
Para asegurarnos de

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Estos son ejemplos de decisiones de cobertura que puede solicitarnos sobre sus medicamentos de la Parte D:

- Nos solicita que hagamos una excepción, por ejemplo:
 - Solicitarnos la cobertura de un medicamento de la Parte D que no está incluido en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan.
 - Solicitarnos que no apliquemos una restricción en la cobertura del plan para un medicamento (como límites en la cantidad del medicamento que puede adquirir).
 - Solicitarnos pagar un monto de costo compartido más bajo por un medicamento cubierto que se encuentra en un nivel de costo compartido más alto.
- Consultarnos si un medicamento está cubierto y si usted cumple con las reglas de cobertura aplicables. (Por ejemplo, cuando su medicamento está en la *Lista de medicamentos cubiertos [Formulario]* del plan, pero requerimos que usted obtenga nuestra aprobación antes de cubrirlo).
 - *Tenga en cuenta lo siguiente:* Si en su farmacia le informan que no puede adquirir su medicamento tal como se indica en la receta, recibirá un aviso por escrito en el que se explicará cómo comunicarse con nosotros para solicitarnos una decisión de cobertura.
- Nos solicita el reembolso de un medicamento con receta que ya compró. Se trata de una decisión de cobertura relacionada con el pago.

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

En esta sección, se describe cómo solicitar una decisión de cobertura y cómo presentar una apelación. Utilice el siguiente cuadro para saber qué sección contiene información sobre su situación.

¿En cuál de estas situaciones se encuentra?

Si se encuentra en esta situación:	Puede hacer lo siguiente:
Si necesita un medicamento que no está incluido en nuestra Lista de medicamentos o necesita que no apliquemos una regla o restricción a un medicamento cubierto.	Puede solicitarnos que hagamos una excepción. (Es un tipo de decisión de cobertura). Comience por la sección 6.2 de este capítulo.
Si quiere que cubramos un medicamento que figura en nuestra Lista de medicamentos y cree que cumple con las reglas o restricciones del plan (como obtener autorización previa) para el medicamento que necesita.	Puede solicitarnos una decisión de cobertura. Adelántese a la sección 6.4 de este capítulo.
Si quiere que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya recibió y pagó.	Puede solicitarnos un reembolso. (Es un tipo de decisión de cobertura). Adelántese a la sección 6.4 de este capítulo.
Si le hemos informado que no cubriremos ni pagaremos un medicamento de la forma en que usted quiere que lo cubramos o paguemos.	Puede presentar una apelación. (Esto significa que nos solicita que reconsideremos nuestra decisión). Adelántese a la sección 6.5 de este capítulo.