

## **Política de Reembolso Directo al Afiliado para el 2019**

### **Cobertura de Medicamentos Recetados de la Parte D de CarePlus**

Como afiliado de CarePlus, puede ahorrar en los costos de sus medicamentos recetados en una gran variedad de cadenas de farmacias, así como también en muchas farmacias independientes en nuestra red.

Además de obtener medicamentos de las farmacias de venta al por menor de la red, también puede optar por una farmacia de pedido por correo para que se le envíe un suministro de hasta 90 días de medicamentos cubiertos por la Parte D\* directamente a su hogar o a otra dirección que designe. Información relacionada con las farmacias de pedido por correo de la red está disponible dentro de los Directorios de proveedores en <https://es.careplushealthplans.com/members/pharmacy-directories>.

\*Los medicamentos especializados se limitan a un suministro de 30 días.

Si utiliza un proveedor de pedido por correo o proveedor de venta al por menor fuera de la red, se aplicarán tarifas estándar de venta al por menor. Eso significa que puede pagar más por sus medicamentos. Consulte su Resumen de Beneficios o Evidencia de Cobertura para obtener más información.

Si necesita ayuda para encontrar una farmacia de la red, comuníquese con nuestro departamento de Servicios para Afiliados al 1-800-794-5907; TTY: 711. Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, atendemos los 7 días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, atendemos de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. Usted también puede dejar un mensaje de voz fuera del horario de atención, sábados, domingos y feriados, y le devolveremos la llamada dentro de un día hábil. Un directorio de farmacias actualizado también se encuentra en nuestro sitio web en <https://www.careplushealthplans.com/physician-finder>.

#### **Farmacias fuera de la red**

Entendemos que de vez en cuando puede ser necesario utilizar farmacias fuera de la red de su plan. En general, solo reembolsamos los medicamentos surtidos en una farmacia fuera de la red cuando una farmacia de la red no está disponible. A continuación encontrará algunas situaciones en las que podemos reembolsar medicamentos de una farmacia fuera de la red. Si es posible, antes de surtir una receta fuera de la red, llame a nuestro departamento de Servicios para Afiliados al número antes indicado y un representante le ayudará y averiguará si una farmacia de la red está disponible.

Podemos reembolsarle una receta surtida en una farmacia fuera de la red<sup>†</sup> si:

- Usted no puede obtener un medicamento cubierto que necesita de inmediato debido a que no hay farmacias de la red abiertas a una distancia en carro razonable.
- Su receta es para un medicamento de especialidad que las farmacias dentro de la red generalmente no tienen en existencia.
- Usted necesita un medicamento recetado debido a una emergencia médica.
- Usted necesita un medicamento recetado cubierto mientras está de viaje fuera del área de servicio del plan.
- Usted obtiene un medicamento recetado cubierto de una farmacia institucional mientras es paciente en una sala de emergencias, clínica del proveedor, clínica de cirugía ambulatoria u otro tipo de centro ambulatorio.
- Usted era elegible para Medicaid en el momento en que recibió el medicamento recetado, incluso si todavía no estaba inscrito. Esto se conoce como período de inscripción retroactiva.
- Usted fue evacuado de su hogar debido a una emergencia estatal, federal o de salud pública y no tiene acceso a una farmacia dentro de la red.

Si va a una farmacia fuera de la red por los motivos antes indicados, tendrá que pagar el costo total cuando surta su receta. Le devolveremos nuestra parte del costo si presenta un Formulario de Reclamación de Medicamentos Recetados o solicitud escrita. Para presentar una reclamación de reembolso por escrito, consulte “**¿Cómo presento una reclamación por escrito?**” en la sección “**Preguntas frecuentes**” (FAQ, por sus siglas en inglés) al final de este documento.

<sup>†</sup>El reembolso puede no cubrir el costo total del medicamento cubierto. Usted será responsable de una 'diferencia fuera de la red' y cualquier costo compartido correspondiente. Consulte la sección **FAQ** al final de este documento para ver una explicación de 'diferencia fuera de la red'.

### **Farmacias de la red**

Las farmacias de la red de CarePlus deben presentar automáticamente las reclamaciones en línea. Siempre debe presentar su tarjeta de identificación de afiliado en la farmacia de modo tal que la farmacia pueda reunir la información necesaria para esta presentación en línea. Si no tiene su tarjeta de identificación de afiliado consigo cuando surta su receta, solicite a la farmacia que llame al plan para obtener la información necesaria.

Si no presenta su tarjeta de identificación en la farmacia o si por algún motivo la farmacia de la red no puede presentar la reclamación en línea, usted puede pagar el precio en efectivo del medicamento recetado y enviar una solicitud de reembolso a CarePlus. Tenga en cuenta que le reembolsaremos la tarifa negociada que CarePlus aceptó pagarle a la farmacia. Usted es responsable de su costo compartido más la diferencia entre el precio en efectivo y la tarifa negociada, si es que el precio en efectivo es mayor. Si bien recibirá un crédito por sus Costos de Desembolso Reales (TrOOP, por sus siglas en inglés) de sus costos compartidos, no recibirá ningún crédito por la diferencia de precio, si la hubiese. Para presentar una reclamación de reembolso por escrito, consulte **“¿Cómo presento una reclamación por escrito?”** en la sección **“Preguntas frecuentes” (FAQ, por sus siglas en inglés)** al final de este documento.

Si recibe Ayuda/Beneficio Adicional de Medicare para pagar las primas y costos de los medicamentos recetados, aún pagará solo el monto reducido de su costo compartido, como lo haría normalmente. Si tiene preguntas sobre si una farmacia está en la red de CarePlus, puede llamar a nuestro departamento de Servicios para Afiliados al 1-800-794-5907. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

## **Vacunas**

### **¿Qué sucede si recibo una vacuna cubierta por la Parte D en el consultorio médico?**

Esto se maneja como una situación fuera de la red ya sea que el médico esté o no en su red médica debido a que el médico no está en su red de farmacias. Si una vacuna cubierta por la Parte D se administra o dispensa de forma apropiada en un consultorio médico, en ese momento tendrá que pagar el costo completo de la vacuna y de la administración de la misma.

En la mayoría de los casos, no podremos reembolsarle el monto total que pagó en el consultorio médico. Le devolveremos nuestra parte del costo si presenta un Formulario de Reclamación de Medicamentos Recetados o solicitud escrita. Usted será responsable de una 'diferencia fuera de la red' y cualquier costo compartido correspondiente. Consulte la sección **FAQ** al final de este documento para ver una explicación de 'diferencia fuera de la red'.

Para presentar una reclamación de reembolso por escrito, consulte **“¿Cómo presento una reclamación por escrito?”** en la sección **“Preguntas frecuentes” (FAQ, por sus siglas en inglés)** al final de este documento.

Recuerde, si obtiene una vacuna en una farmacia de la red y se procesa en el punto de venta (POS, por sus siglas en inglés), puede evitar costos adicionales.

<b>Si obtiene la vacuna en el/la:</b>	<b>Y la vacuna se administra en el/la:</b>	<b>Entonces usted paga (o se le reembolsa):</b>
Farmacia de la red	Farmacia de la red	Usted paga el coaseguro o copago de la vacuna y cualquier cargo de administración.
Consultorio médico	Consultorio médico	Usted paga el costo total de la vacuna, incluyendo el cargo de administración, cuando recibe la vacuna. Cuando envía una solicitud de reembolso junto con un recibo en papel, CarePlus reembolsa el costo menos la 'diferencia fuera de la red' y el copago/costo compartido. El cargo de administración solo se reembolsa hasta un máximo de \$20. Esto se maneja como una situación fuera de la red ya sea que el médico participe o no con el plan médico del afiliado debido a que el médico no está en la red de farmacias. (Si recibe Ayuda/Beneficio Adicional, le reembolsaremos esta diferencia.)
Farmacia de la red	Consultorio médico	Usted paga el coaseguro o copago de la vacuna en la farmacia. También debe pagarle al médico el costo por administrar la vacuna y presentarlo como una reclamación por escrito a CarePlus. El cargo de administración solo se reembolsa hasta un máximo de \$20. Se le reembolsará el monto cobrado por el médico por administrar la vacuna menos cualquier diferencia entre la cantidad que cobra el médico y lo que normalmente pagamos. (Si recibe Ayuda/Beneficio Adicional, le reembolsaremos esta diferencia.)

## **Preguntas frecuentes**

### **¿Qué sucede si necesito un medicamento mientras viajo fuera del área de servicio de mi plan?**

Si toma habitualmente un medicamento recetado y tiene la intención de viajar, verifique su suministro de medicamentos antes de partir. Procure llevar consigo todos los medicamentos que necesitará mientras dure su viaje. También se recomienda que consulte con una farmacia de pedido por correo o de venta al por menor de la red para ver si le pueden surtir la receta con un suministro extendido.

CarePlus tiene una red nacional de farmacias donde puede surtir sus recetas, incluso cuando esté fuera del área de servicio de su plan. Si viaja fuera del área de servicio del plan en los Estados Unidos y necesita medicamentos recetados, llame a nuestro departamento de Servicios para Afiliados al 1-800-794-5907. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Le ayudaremos a encontrar una farmacia de la red donde pueda surtir su receta.

Si una farmacia de la red no está disponible, usted tendrá que pagar el costo total cuando surta su receta. Le devolveremos nuestra parte del costo menos cualquier copago/costo compartido que usted pueda tener, si presenta un Formulario de Reclamación de Medicamentos Recetados o solicitud escrita. Para presentar una reclamación de reembolso por escrito, consulte “**¿Cómo presento una reclamación por escrito?**” más adelante en esta sección. Usted será responsable de la 'diferencia fuera de la red'.

### **¿Existen limitaciones para los medicamentos recibidos en una farmacia fuera de la red?**

La cobertura en farmacias fuera de la red está destinada a circunstancias de emergencia u otras circunstancias atenuantes según lo antes descrito solo a corto plazo. Por lo tanto, las recetas surtidas fuera de la red de farmacias de CarePlus se limitan a un suministro de 30 días.

A veces, es posible que su médico tenga que enviar documentación adicional para que podamos procesar la solicitud de pago del reembolso. Esto puede suceder si usted obtiene:

- un medicamento en una farmacia fuera de la red que no está en nuestra lista de medicamentos
- un medicamento que está sujeto a requisitos de cobertura o límites

Puede llamar a nuestro departamento de Servicios para Afiliados al 1-800-794-5907. Los usuarios de TTY deben llamar al 711 para:

- determinar si el medicamento se encuentra en la lista de medicamentos
- ver si el medicamento está sujeto a requisitos de cobertura o límites
- solicitar una copia de nuestra lista de medicamentos

También puede obtener información actualizada sobre los medicamentos cubiertos en <https://es.careplushealthplans.com/medicare-plans/>.

### **¿Cómo se ve afectado mi costo compartido por las reclamaciones de farmacias fuera de la red?**

En general, las reclamaciones de farmacias fuera de la red originan un mayor costo tanto para usted como para el plan. Debido a que las farmacias fuera de la red típicamente cobran un costo total mayor por el medicamento que las farmacias de la red, su costo compartido también aumenta.

### **¿Qué es la 'diferencia de la red'?**

La 'diferencia de la red' se produce cuando usted paga el monto completo de un medicamento en una farmacia de la red y nos solicita que se lo devolvamos. Se le reembolsará la diferencia entre el monto que pagó por el medicamento y la tarifa negociada que CarePlus y la farmacia acordaron que CarePlus pagaría. Tenga presente que esto significa que podría no recibir el monto total que pagó por el medicamento. Si el precio en efectivo que pagó en la farmacia es mayor que la tarifa negociada, entonces el reembolso será menor que el que efectivamente pagó por el medicamento. Tendrá que pagar esta diferencia además de cualquier costo compartido del que es responsable conforme a su plan.

### **¿Qué es la 'diferencia fuera de la red'?**

La 'diferencia fuera de la red' es la diferencia entre el precio que pagó por el medicamento en la farmacia fuera de la red y la asignación del plan de CarePlus para dicho medicamento. Tenga presente que esto significa que podría no recibir el monto total que pagó por el medicamento. El precio en efectivo pagado y la asignación del plan de CarePlus varía en el costo. Si el precio en efectivo que pagó en la farmacia es mayor que la asignación del plan, entonces el reembolso será menor que el que efectivamente pagó por el medicamento. Tendrá que pagar esta diferencia además de cualquier costo compartido del que es responsable conforme a su plan.

**¿Qué sucede si utilizo farmacias fuera de la red por motivos que no sean aquellos especificados en esta política?**

El uso repetido de farmacias fuera de la red que no sea consistente con esta política puede dar lugar a que se niegue su reclamación de reembolso. Asimismo, CarePlus no puede pagar por medicamentos recetados perdidos o robados o por recetas surtidas en farmacias fuera de los Estados Unidos, incluidos los medicamentos obtenidos en un crucero, incluso en una emergencia médica.

**¿Dónde encuentro un Formulario de Reclamación de Medicamentos Recetados?**

Puede encontrar un Formulario de Reclamación de Medicamentos Recetados en [www.careplushealthplans.com](http://www.careplushealthplans.com) y también lo puede obtener si llama a Servicios para Afiliados al 1-800-794-5907. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

**¿Cómo presento una reclamación por escrito?**

Para presentar una reclamación llene un Formulario de Reclamación de Medicamentos Recetados o haga una solicitud escrita de reembolso. Incluya una explicación de sus circunstancias cuando presente su solicitud junto con las facturas, los recibos o la documentación del expediente clínico. Envíe el Formulario de Reclamación de Medicamentos Recetados o solicitud escrita a:

CarePlus Health Plans, Inc.

Con atención a: Departamento de Servicios para Afiliados  
11430 NW 20th Street, Suite 300  
Miami, FL 33172

Guarde una copia de los recibos en su archivo personal.

**Aviso público de la Política de Acceso a Farmacias fuera de la Red**

La Política de Reembolso Directo al Afiliado y el Formulario de Reclamación de Medicamentos Recetados se encuentran disponibles en [www.careplushealthplans.com](http://www.careplushealthplans.com), en la misma área donde se encuentran las Guías de Medicamentos Recetados y la Información de la Parte D.

CarePlus es un plan HMO con un contrato de Medicare. La afiliación en CarePlus depende de la renovación del contrato.

## La discriminación es contra la ley

CarePlus Health Plans, Inc. ("CarePlus") cumple con las leyes federales de derechos civiles correspondientes y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual, identidad de género, o religión. CarePlus no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual, identidad de género, o religión. CarePlus proporciona:

- Asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:
  - Intérpretes capacitados de lenguaje de señas
  - Interpretación remota por video
  - Información escrita en otros formatos
- Servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, cuando dichos servicios son necesarios para proporcionar un acceso significativo, como los siguientes:
  - Intérpretes capacitados
  - Información escrita en otros idiomas

Si necesita recibir estos servicios, llame al número que se encuentra en la parte posterior de su tarjeta de identificación de afiliado o comuníquese con Servicios para Afiliados usando la información a continuación.

Si considera que CarePlus no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual, identidad de género, o religión, puede presentar una queja con:

**CarePlus Health Plans, Inc. Atención: Departamento de Servicios para Afiliados.** 11430 NW 20th Street, Suite 300. Miami, FL 33172.

Teléfono: **1-800-794-5907; (TTY: 711)**. Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, atendemos los 7 días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, atendemos de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Usted también puede dejar un mensaje de voz fuera del horario de atención, sábados, domingos y feriados, y le devolveremos la llamada dentro de un día hábil. Fax: **1-800-956-4288**.

Puede presentar la queja en persona, por correo postal, teléfono o fax. Si necesita ayuda para hacer la queja, nuestros representantes de Servicio para Afiliados están a su disposición usando la información de contacto detallada anteriormente. También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights) de manera electrónica a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights Complaint Portal), disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, por correo postal a la siguiente dirección o por teléfono a los números que figuran a continuación: **U.S. Department of Health and Human Services**, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201. **1-800-368-1019; 800-537-7697 (TDD)**. Puede obtener los formularios de quejas en el sitio web <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

## Multi-Language Interpreter Services

**English:** ATTENTION: If you do not speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-794-5907 (TTY: 711).

**Español (Spanish):** ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-794-5907 (TTY: 711).

**繁體中文 (Chinese):** 注意: 如果您使用繁體中文, 您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-794-5907 (TTY: 711)。

**Tiếng Việt (Vietnamese):** CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-800-794-5907 (TTY: 711).

**한국어 (Korean):** 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-794-5907 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

**Tagalog (Tagalog – Filipino):** PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-794-5907 (TTY: 711).

**Русский (Russian):** ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-794-5907 (телетайп: 711).

**Kreyòl Ayisyen (French Creole):** ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-800-794-5907 (TTY: 711).

**Français (French):** ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-794-5907 (ATS : 711).

**Polski (Polish):** UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-800-794-5907 (TTY: 711).

**Português (Portuguese):** ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1-800-794-5907 (TTY: 711).

**Italiano (Italian):** ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-800-794-5907 (TTY: 711).

**Deutsch (German):** ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-800-794-5907 (TTY: 711).

**ગુજરાતી (Gujarati):** સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિઃશુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 1-800-794-5907 (TTY: 711).

**ภาษาไทย (Thai):** เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-800-794-5907 (TTY: 711).

**Diné Bizaad (Navajo):** Díí baa akó nínízin: Díí saad bee yáníłti'go Diné Bizaad, saad bee áká'ánída'áwo'déé', t'áá jiiik'eh, éí ná hóló, kojí' hódíílnih 1-800-794-5907 (TTY: 711).

**العربية (Arabic):**

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-800-794-5907 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).