

# Introducción al aviso de inscripción automática

## ¿Cuál es el propósito de este aviso?

El aviso de inscripción automática se le envía a las personas que califican automáticamente para recibir Ayuda Adicional porque tienen Medicare y beneficios completos de Medicaid, y actualmente reciben su cobertura a través del Medicare Original. El aviso es para informarles que Medicare los inscribirá en un Plan Medicare de Medicamentos Recetados si no se han inscrito en un plan. También les notificará en que plan han sido inscritos y los costos del plan.

El aviso está en papel amarillo e incluye una lista de planes de medicamentos de Medicare en la región del consumidor que tienen primas iguales o inferiores a la cantidad del subsidio de primas para personas de bajos ingresos. (La lista completa de planes de medicamentos de Medicare disponibles en cada región para el próximo año del plan está disponible en [es.Medicare.gov](https://www.medicare.gov).) La segunda página del aviso incluye preguntas frecuentes sobre la cobertura de medicamentos de Medicare.

## ¿Quién recibirá este aviso?

Medicare le enviará el aviso a la personas con Medicare y cobertura completa de Medicaid. Este aviso está limitado a los que actualmente reciben sus beneficios a través del Medicare Original.

## ¿Cuándo recibirán las personas este aviso?

Este aviso es enviado diariamente.

## ¿Qué se debe hacer después?

Se debe llamar al plan de Medicare de recetas médicas para obtener información sobre su nueva cobertura, y leer los materiales que el plan le envía por correo. Si desean más información sobre otros planes de Medicare de recetas médicas disponibles en su área, pueden:

- Visitar [Medicare.gov](https://www.medicare.gov).
- Llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.
- Revisar el manual “Medicare Y Usted”.
- Llamar a su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP en inglés) para un asesoramiento personalizado y gratis sobre seguros de salud. Revise la copia de su manual “Medicare y Usted” o llame al 1-800-MEDICARE para obtener el número de teléfono en su estado.

Las personas pueden mencionar CMS Producto No. 11154-S, si llaman a Medicare o a SHIP con preguntas.



<BENEFICIARY FULL NAME>  
<ADDRESS>  
<CITY STATE ZIP>

<file creation date>

**Por favor mantenga este aviso en sus expedientes.** Usted está recibiendo este aviso porque califica automáticamente para la Ayuda Adicional para pagar la cobertura de medicamentos de la Parte D de Medicare.

### **Se le ha inscrito en un plan Medicare de recetas médicas**

Porque califica para la Ayuda Adicional, Medicare lo inscribirá en un plan para asegurarse de que reciba ayuda con los costos de sus medicamentos recetados. A partir del <prospective effective date>, estará inscrito en el <Prospective Plan Name> de <Prospective Org Name>. Con este plan aprobado por Medicare, usted paga en el <Coverage Year>:

- \$0 por su prima mensual del plan para recetas médicas
- \$0 por su deducible anual del plan para recetas médicas
- Un copago de <insert LIS copayment amount> por cada receta cubierta por su plan

Su plan cubre <states>. Si no reside en esta área, favor de llamar a <Prospective Plan Name> al <Prospective Plan Phone> para asegurarse que el plan cubre su zona actual.

### **Qué hacer después**

Favor de llamar al <Prospective Plan Name> al <Prospective Plan Phone> para detalles sobre su nueva cobertura o visite <Prospective Plan Web site>. Si no le gusta este plan, revise la parte de atrás de este aviso para una lista de planes disponibles. Elija el plan adecuado para usted.

Si ha llenado una receta médica antes del <prospective effective date>, puede ser elegible para un reembolso por algunos de sus costos si era elegible para Medicare y Medicaid y no se inscribió en un plan de recetas médicas de Medicare. Llame al Programa de Transición para Personas Recién Elegibles y de Ingresos Limitados (NET en inglés) al **1-800-783-1307**, para más información. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

**Importante:** Si actualmente tiene cobertura de medicamentos para jubilados través del plan de su empleador o sindicato, quizás **no** le conviene inscribirse en otro plan. Favor de leer la información sobre, ¿Qué sucede si tengo otra cobertura de medicamentos recetados?" en la información adjunta.

### **Para ayuda y más información**

Si necesita ayuda, llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP en inglés) al <SHIP phone number> para ayuda gratis y personalizada, o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.



## **Información importante sobre su nueva cobertura de medicamentos**

### **¿Qué es la cobertura de medicamentos de la Parte D de Medicare?**

La cobertura de la Parte D de Medicare es un seguro que ofrece el gobierno. Los planes cubren los medicamentos genéricos y de marca que usted necesita. La mayoría de los planes tienen una lista de medicamentos cubiertos por el plan. La lista puede que no incluya un medicamento en específico que usted está tomando. Sin embargo, en la mayoría de los casos, un medicamento similar, que es seguro y eficaz debe estar disponible. Si no, pídale a su médico que le pida una excepción al plan para que cubra el medicamento que usted está tomando.

Los planes para recetas médicas que sirven su área deben tener un contrato con farmacias en su área. Llame al plan para asegurarse que las farmacias del plan sean convenientes para usted. Algunos planes le permitirán ordenar sus medicamentos recetados por correo.

### **¿Qué debo hacer ahora?**

Llame a su plan de medicamentos recetados para obtener información sobre su nueva cobertura, y lea los materiales que el plan le envía por correo. Averigüe si el plan incluye las farmacias que usted usa y cubre sus medicamentos.

Es posible que tenga que ir a la farmacia antes de que le llegue su tarjeta de membresía. De ser así, lleve este aviso, o una carta del plan que muestre su número de confirmación. La farmacia puede facturarle directamente al plan. Lleve su tarjeta de Medicare y una forma de identificación con fotografía.

**Nota:** Si se mudó recientemente, por favor llame al plan para asegurarse que el plan ofrece servicios en el área donde reside actualmente. Si no, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para escoger e inscribirse en un plan que ofrezca servicios en su zona. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

### **¿Qué sucede si estoy tomando una medicina que mi nuevo plan no cubre?**

Su plan Medicare de recetas médicas le dará un suministro provisional (una sola vez) de su medicamento actual. Durante sus primeros 90 días en el plan, Medicare le exige a los planes darle a usted y a su doctor, tiempo de encontrar otra medicina en la lista de medicamentos cubiertos por el plan que trabaje tan bien como la medicina que usted está tomando. Su doctor también puede hablar con su plan para solicitar una excepción para cubrir su medicamento actual. Llame al plan para más información.



## **¿Cómo me inscribo en un plan diferente?**

Si continúa siendo elegible para la Ayuda Adicional, puede cambiar de planes en cualquier momento del año, con la nueva cobertura comenzando al mes siguiente. Para inscribirse en un plan Medicare de medicamentos recetados diferente, llame al nuevo plan para descubrir cómo inscribirse. El inscribirse en un plan diferente significa que su plan actual le dará de baja.

## **¿Cómo obtengo información sobre otros planes Medicare de recetas médicas?**

Revise la lista de planes incluidos con este aviso para más información sobre otros planes de medicamento recetados disponibles en su área. Esta lista incluye los planes en el que puede inscribirse y pagar \$0 por su prima mensual. Compare los planes e inscribese en un plan que mejor responda a sus necesidades. Revise que planes incluyen las farmacias que usted usa y cubren sus medicamentos. Si se inscribe en un plan que no está en la lista de este aviso, tendrá que pagar parte de la prima mensual en vez de pagar \$0 por su prima.

También puede llamar a su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP) para un asesoramiento personalizado y gratuito. Vea la parte delantera de este aviso para obtener el número de teléfono.

## **¿Qué sucede si tengo otra cobertura de medicamentos recetados (Parte D)?**

Si usted tiene, o es elegible para otros tipos de cobertura de medicamentos recetados, lea todos los materiales que reciba de su asegurador o proveedor del plan para saber cómo la inscripción en un plan de medicamentos recetados de Medicare puede afectar la cobertura que usted o su familia recibe actualmente. Puede que no necesite inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare. Ejemplos de otros tipos de cobertura de medicamentos recetados incluyen cobertura de un empleador o sindicato, TRICARE, Departamento de Asuntos del Veterano, o una póliza de Medigap (seguro suplementario a Medicare).

**Nota:** Si actualmente recibe los beneficios de salud o medicamentos a través de un plan del empleador o sindicato, usted o sus dependientes podrían perder dicha cobertura, y no recobrarla, si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare. Si tiene preguntas hable con su administrador de beneficios, asegurador, o proveedor del plan.

## **¿Qué sucede si no deseo la cobertura de Medicare para recetas médicas?**

Si no desea inscribirse y no quiere que Medicare lo inscriba en un plan de recetas médicas, llame al 1-800-MEDICARE y dígales inmediatamente que no quiere (rechazar) inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare.

## **Recuerde que no tiene que pagar por esta cobertura.**

Si se da de baja y necesita medicamentos recetados, Medicaid no pagará por sus medicinas y Medicare no pagará hasta que se inscriba en un plan. Si continúa siendo elegible para Medicaid, usted podrá inscribirse en un plan de Medicare de recetas médicas en cualquier momento, pero tendrá que pagar una penalidad si se inscribe más tarde o si pierde su elegibilidad de Medicaid.



**Nondiscrimination Notice** - The Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) doesn't exclude, deny benefits to, or otherwise discriminate against any person on the basis of race, color, national origin, disability, sex, or age. If you think you've been discriminated against or treated unfairly for any of these reasons, you can file a complaint with the Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights by:

- Calling 1-800-368-1019. TTY users can call 1-800-537-7697.
- Visiting [hhs.gov/ocr/civilrights/complaints](https://hhs.gov/ocr/civilrights/complaints).
- Writing: Office for Civil Rights, U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201

**Notice of Availability of Auxiliary Aids & Services** - We're committed to making our programs, benefits, services, facilities, information, and technology accessible in accordance with Sections 504 and 508 of the Rehabilitation Act of 1973. We'll take appropriate steps to make sure that people with disabilities, including people who are deaf, hard of hearing or blind, or who have low vision or other sensory limitations, have an equal opportunity to participate in our services, activities, programs, and other benefits. We provide various auxiliary aids and services to communicate with people with disabilities, including:

- Relay service — TTY users can call 1-877-486-2048.
- Alternate formats — This notice is available in alternate formats, including large print, Braille, data CD and audio CD. To request your notice in an alternate format, call

1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). TTY users can call 1-877-486-2048.

**Aviso sobre la discriminación** - Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) no excluye, niega beneficios o discrimina contra ninguna persona por motivos de raza, color, origen nacional, incapacidad, género o edad. Si cree que ha sido discriminado o tratado injustamente por cualquiera de estos motivos, puede presentar una queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos, Oficina de Derechos Civiles:

- Llamando al 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-537-7697.
- Visitando [hhs.gov/ocr/civilrights/complaints](https://hhs.gov/ocr/civilrights/complaints).
- Escribiendo a la: Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos 200 Independence Avenue, SW Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201

**Ayuda y servicios auxiliares para personas con incapacidades** - Medicare está dedicado a ofrecerles a todos sus beneficiarios los programas, beneficios, servicios, dependencias, información y su tecnología, en cumplimiento con las Secciones 504 y 508 de la Ley de Rehabilitación del 1973. Medicare tomará las medidas necesarias para asegurarse de que las personas incapacitadas, entre los que se incluyen los que tiene problemas auditivos, son sordos, ciegos, tienen problemas visuales u otro tipo de limitaciones, tengan las mismas oportunidades de participar y aprovechar los programas y beneficios disponibles. Medicare ofrece varios servicios y ayuda para facilitar la comunicación con las personas incapacitadas incluyendo:

- Servicios de retransmisión de mensajes — Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.



- Formatos alternativos — Los productos de Medicare, incluyendo este documento, están disponible en letra grande, versión digital, Braille y audio. Para ordenar su aviso en un formato alternativo, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

ATTENTION: If you speak a language other than English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-MEDICARE (TTY: 1-877-486-2048).

**(Arabic) العربية** ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل بـ 1-800-MEDICARE (رقم هاتف الصم والبكم: 1-877-486-2048).

**հայերեն (Armenian)** ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Չանգահարեք 1-800-MEDICARE (TTY (հեռախոյ)՝ 1-877-486-2048)

**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-MEDICARE (TTY : 1-877-486-2048) 。

**فارسی (Farsi) توجه:** اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 1-800-1-MEDICARE (TTY: 1-877-486-2048) تماس بگیرید.

**Français (French)** ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-MEDICARE (ATS : 1-877-486-2048).

**Kreyòl Ayisyen (French Creole)** ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-800-MEDICARE (TTY: 1-877-486-2048).

**Deutsch (German)** ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-800-MEDICARE (TTY: 1-877-486-2048).

**Italiano (Italian)** ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-800-MEDICARE (TTY: 1-877-486-2048).

**日本語 (Japanese)** 注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-800-MEDICARE (TTY:1-877-486-2048) まで、お電話にてご連絡ください。

**한국어(Korean)** 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-MEDICARE (TTY: 1-877-486-2048) 번으로 전화해 주십시오.

**Polski (Polish)** UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-800-MEDICARE (TTY: 1-877-486-2048).

**Português (Portuguese)** ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1-800-MEDICARE (TTY: 1-877-486-2048).



**Русский (Russian)** ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-MEDICARE (телетайп: 1-877-486-2048).

**Español (Spanish)** ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-MEDICARE (TTY: 1-877-486-2048).

**Tagalog (Tagalog)** PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-MEDICARE (TTY: 1-877-486-2048).

**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-MEDICARE (TTY: 1-877-486-2048).

