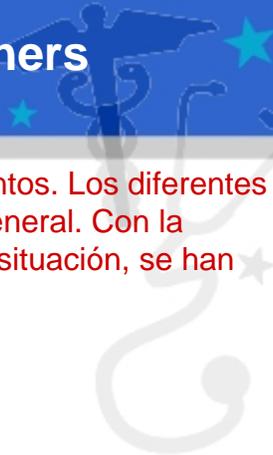




Job Aid- Medicare Prescription Drug Coverage Scripts for Partners



Hay muchas personas con Medicare que actualmente tienen alguna forma de cobertura de medicamentos. Los diferentes grupos que se han identificado son: De bajos ingresos, Empleador/Jubilado, Medigap y la población general. Con la intención de proporcionar a las personas con Medicare información que sea apropiada para ellas o su situación, se han creado guiones (“scripts”) para cada grupo.

Drug Coverage Overview

Este guión proporciona información general sobre la cobertura de Medicare para recetas médicas.

CS Drug Coverage Prescription Plan Finder PDPF Lead In Mcare D

Este guión debe usarse antes de ingresar a la herramienta PDPF.

CS Drug Coverage Prescription Plan Finder PDPF OEC Down Mcare D

Este guión debe usarse en el caso de que la herramienta PDPF no esté funcionando.

Drug Coverage LIS Medicaid Dual Eligible Spend Down

Este guión se usa si la persona que llama indica que tiene Medicare Y Medicaid. Explica que, porque tienen los dos programas, su cobertura de recetas médicas va a cambiar.

CS Drug Coverage LIS Income Resource Limits

Este guión se usa para averiguar si la persona que llama podría ser elegible para recibir ayuda adicional para la cobertura de recetas médicas.

Drug Coverage Employer Retiree

Este guión se usa cuando el beneficiario le informa que actualmente tiene cobertura de medicamentos a través de su empleador/sindicato. El guión proporciona información sobre cómo se verá afectada su cobertura del empleador o sindicato si se inscriben en un plan Medicare para recetas médicas.

Drug Coverage LIS Employer Retiree

Este guión contiene información para las personas que llaman, que tienen cobertura a través de su empleador y califican para la ayuda adicional.



Job Aid- Medicare Prescription Drug Coverage Scripts for Partners



Drug Coverage Employer Retiree Creditable Non-creditable

Este guión explica qué es la cobertura acreditable y no acreditable de un empleador.

Drug Coverage Cost

Este guión se usa si la persona que llama desea saber cuánto costará un plan Medicare para recetas médicas.

Drug Coverage Cost Annual Cost

Este guión explica los costos anuales aproximados y las cosas que es necesario recordar cuando se intenta sumar los costos.

Drug Coverage Mgp

Este guión se usa si el beneficiario le informa que tiene una póliza Medigap. El guión proporciona información sobre cómo se verá afectada su cobertura de Medigap si se inscribe en un plan Medicare para recetas médicas.

Drug Coverage Cost Late Penalty

Este guión se usa si la persona que llama desea averiguar acerca de la penalidad por inscribirse tarde.

Drug Coverage Part A Part B Covered Drugs

Este guión se utiliza si la persona que llama desea saber si los medicamentos que actualmente cubre la Parte A o la Parte B continuarán siendo cubiertos.

Drug Coverage Other Assistance Programs

Este guión proporciona información sobre los programas MADDC, SPAP, seguro de salud suplementario y otros programas/tarjetas de descuento, y cómo funcionarán con la cobertura de Medicare para recetas médicas.

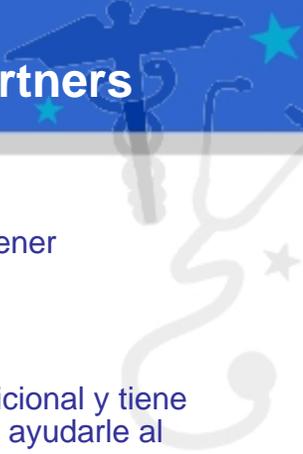
Drug Coverage Involuntary Disenrollment

Este guión menciona por qué razones el plan para recetas médicas puede/debe darle de baja a uno de sus miembros.





Job Aid- Medicare Prescription Drug Coverage Scripts for Partners



Drug Coverage LIS Application Process

Este guión se usa si la persona que llama desea averiguar sobre la solicitud de LIS que envió u obtener información general sobre el proceso.

Drug Coverage LIS Deemed Letter

Este guión se usa si la persona que llama ha recibido una carta de Medicare acerca de la ayuda adicional y tiene preguntas. El guión indica pedirle a la persona que llama que lea partes de la carta que recibió para ayudarlo al CSR a determinar sobre qué carta está averiguando.

Drug Coverage Enrollment How to Enroll

Este guión se usa si la persona que llama tiene preguntas sobre cómo inscribirse en un plan Medicare para recetas médicas. El guión contiene información básica sobre la inscripción en un plan para medicamentos recetados.

Drug Coverage Original Medicare or ESRD

Este guión se usa si la persona que llama indica que tiene el Plan Original de Medicare. Explica que estos beneficiarios pueden escoger inscribirse en un plan Medicare para recetas médicas o en un Plan Medicare Advantage (u otro Plan de Salud de Medicare).

Drug Coverage Medicare Advantage

Este guión se usa si la persona que llama indica que pertenece a un Plan Medicare Advantage (u otro Plan de Salud de Medicare). Explica que Medicare está trabajando con su Plan Medicare Advantage (u otro Plan de Salud de Medicare) para ayudarles a que brinden más cobertura, o a reducir el costo de su cobertura actual.

Drug Coverage Covered and Excluded Drugs

Este guión se debe usar si la persona que llama tiene preguntas sobre qué clases de medicinas están cubiertas por los planes Medicare para recetas médicas y otras opciones de planes de salud. Describe la cobertura básica de medicamentos y los diferentes grupos de medicamentos que no estarán cubiertos por los planes Medicare para recetas médicas.





Job Aid- Medicare Prescription Drug Coverage Scripts for Partners



Drug Coverage Drugs Removed from Formulary

Este guión se creó para responder a las personas que llaman para quejarse porque un medicamento estaba incluido en el formulario cuando se inscribieron en el plan para recetas médicas, pero ahora no está cubierto.

Drug Coverage Fraud Marketing Sales

Este guión proporciona información sobre las normas que deben seguir los planes Medicare para recetas médicas y las formas en que usted puede protegerse del fraude.

Drug Coverage Long Term Care LTC Nursing Home

Este guión debe usarse si la persona que llama:

- vive en un centro de Cuidado a Largo Plazo y tiene preguntas sobre el plan de recetas médicas en el que está inscrita, o
- vive en un Asilo de Ancianos, un Centro de Cuidado de Vida, un Centro para Adultos o en una Vivienda Residencial y tiene cobertura completa a través de Medicaid, y tiene preguntas relacionadas con la cobertura de medicamentos.

Drug Coverage Veterans VA, TRICARE, Federal FEHB

Este guión debe leerse si la persona que llama califica para la cobertura de recetas médicas de VA (Administración de Veteranos), TRICARE o FEHB y tiene preguntas sobre la cobertura de recetas médicas de Medicare.

Drug Coverage LIS Food Stamps Housing Assistance

Lea este guión si la persona que llama está preocupada por perder sus estampillas para comida o ayuda para la vivienda cuando solicite la ayuda adicional.

Drug Coverage PACE

Lea este guión si la persona que llama indica que tiene Medicare y está inscrita en un programa PACE.





Job Aid- Medicare Prescription Drug Coverage Scripts for Partners



Drug Coverage LIS SSA Phone Calls

Lea este guión si la persona que llama indica que ha recibido una llamada telefónica de la Administración del Seguro Social.

Drug Coverage Plan Mailings

Este guión describe los materiales que las personas con Medicare recibirán por correo después de inscribirse en un plan Medicare para recetas médicas.

Drug Coverage LIS Auto Enrollment How to Enroll

Este guión explica en qué formas pueden inscribirse en un plan de recetas médicas las personas que son elegibles para la ayuda adicional.

Drug Coverage LIS Mailings

Este guión describe los materiales de Medicare que recibirán por correo las personas que son elegibles para la ayuda adicional.

Drug Coverage Enrollment Disenrollment Periods Switching

Este guión explica en qué períodos de tiempo las personas pueden inscribirse o desafilarse de los planes Medicare para recetas médicas.

Drug Coverage Coordination of Benefits COB

Este guión explica la coordinación de beneficios entre los planes de recetas médicas y otros seguros.

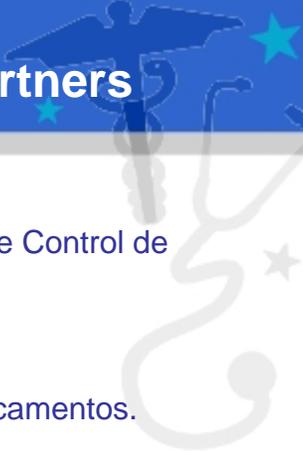
Drug Coverage LIS Special Needs Plan Letter Pennsylvania

Este guión se debe usar si la persona que llama vive en PA, tiene elegibilidad doble y recibió una carta de Medicare con fecha de febrero del 2006.





Job Aid- Medicare Prescription Drug Coverage Scripts for Partners



Drug Coverage Formulary

Este guión contiene información sobre el formulario, los niveles de medicamentos y los Programas de Control de Medicamentos.

Drug Coverage Formulary Exceptions

Este guión contiene información sobre la solicitud de excepciones a los formularios del plan de medicamentos. Explica a quién contactar, cómo funcionan y por cuánto tiempo son válidas.

Drug Coverage Transition

Este guión explica el proceso de transición para inscribirse en un plan para recetas médicas.

Drug Coverage Formulary Restrictions

Este guión contiene información sobre Autorización Previa, Límites de Cantidad, Terapia en Etapas, Sustitución por Medicamentos Genéricos, Cobertura por una Sola Vez y Revisiones de Uso de Medicamentos.

Drug Coverage Network Pharmacies Mail Order

Este guión contiene información sobre farmacias de la red del plan, farmacias preferidas, el directorio de farmacias y el servicio de pedidos de medicamentos por correo.

Drug Coverage Out of Network Pharmacies

Este guión contiene información sobre las farmacias fuera de la red del plan y la cobertura fuera de los Estados Unidos.

Drug Coverage Pharmacist Employer Referral

Este guión proporciona información de contacto para farmacéuticos y empleadores.





Job Aid- Medicare Prescription Drug Coverage Scripts for Partners



Drug Coverage CHAMPVA

Este guión debe usarse si la persona que llama tiene preguntas sobre cómo funcionará la cobertura de CHAMPVA con la cobertura de Medicare para recetas médicas.

Drug Coverage Cost Out of Pocket TROOP

Este guión explica sobre los gastos directos de su bolsillo y qué costos cuentan verdaderamente como gastos directos de su bolsillo.

Drug Coverage Employer Retiree Dropping Coverage

Este guión proporciona información si la persona que llama indica que su empleador o sindicato está cancelando su cobertura de salud y/o de medicamentos como jubilado en el 2006.

Drug Coverage Indian Health

This script gives information if the caller is an American Indian or an Alaska Native.

Drug Coverage LIS Territories

This script explains how the drug coverage will work if you have Medicaid and live in one of the US Territories.

Drug Coverage Nursing Home Fax

This script should be used if someone from a Nursing Home calls to find out which Medicare drug plan their resident is enrolled in.

Drug Coverage Drug Importation

The script discusses importing drugs from outside the United States.





Job Aid- Medicare Prescription Drug Coverage Scripts for Partners



Drug Coverage Community Based Organizations CBO Pharmacist

Este guión proporciona el número de teléfono para los representantes de CBO que tienen preguntas sobre la cobertura de medicamentos de Medicare. También tiene un número de teléfono al que pueden llamar los farmacéuticos que estén teniendo dificultades técnicas.

Drug Coverage Enrollment Travel Move States Snowbird

Este guión contiene información sobre cómo funcionan los planes para medicamentos para las personas que viven en más de un estado o se mudan a otro estado.

Drug Coverage LIS Cost

Este guión explica la información del costo de la cobertura para medicamentos para personas con Medicare que califican para la ayuda adicional.

Drug Coverage Enrollment End of Month

Este guión debe usarse si la persona que llama desea saber cuál será la fecha efectiva de su plan si se inscriben a fin de mes.

Drug Coverage Plan Not In PDPF Tool Suppress

Este guión debe usarse cuando un plan es temporalmente quitado de la herramienta PDPF.

Drug Coverage Humana Plans Non LIS Pharmacist

Este guión se creó para tratar los temas que no son del subsidio por bajos ingresos relacionados con los planes de Humana. Es solamente para farmacéuticos.

Drug Coverage Humana Plans Non LIS Beneficiary

Este guión se creó para tratar los temas que no son del subsidio por bajos ingresos relacionados con los planes de Humana. Es solamente para beneficiarios.





Job Aid- Medicare Prescription Drug Coverage Scripts for Partners



Drug Coverage Humana Disenrollment Letter

Este guión explica que Humana envió por error cartas de desafiliación del plan de recetas médicas a algunas personas en Kansas y Mississippi.

Drug Coverage Humana Release of Information

Este guión explica que Humana envió cartas sobre un incidente que ha afectado su información personal.

Drug Coverage PacifiCare Plans Non LIS Beneficiary

Este guión se creó para tratar los temas que no son del subsidio por bajos ingresos relacionados con los planes de PacifiCare. Es solamente para beneficiarios.

Drug Coverage PacifiCare Plans Non LIS Pharmacist

Este guión se creó para tratar los temas que no son del subsidio por bajos ingresos relacionados con los planes de PacifiCare. Es solamente para farmacéuticos.

Drug Coverage PacifiCare Plans Non Formulary Pharmacist

Este guión se debe leer SOLAMENTE a los farmacéuticos que llaman con preguntas sobre la cobertura de medicamentos no incluidos en el formulario para los planes de PacifiCare.

Drug Coverage Community Care Rx Non LIS Beneficiary

Este guión se creó para tratar los temas que no son del subsidio por bajos ingresos relacionados con los planes de Community Care Rx. Es solamente para beneficiarios.

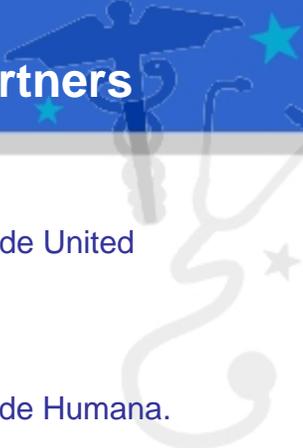
Drug Coverage Community Care Rx Non LIS Pharmacist

Este guión se creó para tratar los temas que no son del subsidio por bajos ingresos relacionados con los planes de Community Care Rx. Es solamente para farmacéuticos.





Job Aid- Medicare Prescription Drug Coverage Scripts for Partners



Drug Coverage LIS United AARP Plans

Este guión se creó para tratar los temas del subsidio por bajos ingresos relacionados con los planes de United (AARP).

Drug Coverage LIS Humana Plans

Este guión se creó para tratar los temas del subsidio por bajos ingresos relacionados con los planes de Humana.

Drug Coverage Medicare Advantage Humana Pilot

Este guión sólo debe usarlo el CSR del programa piloto de Humana, si la persona que llama tiene quejas sobre su plan de Medicare para recetas médicas de Humana o su plan Medicare Advantage de Humana.

Drug Coverage LIS PacifiCare Plans

Este guión se creó para tratar los temas del subsidio por bajos ingresos relacionados con los planes de PacifiCare.

Drug Coverage LIS Community Care Rx Plan

Este guión se creó para tratar los temas del subsidio por bajos ingresos relacionados con los planes de Community Care Rx.

Drug Coverage LIS Pharmacist Questions

Este guión se creó para responder a las preguntas de los farmacéuticos.

Drug Coverage Urgent Crisis Call Beneficiary at the Pharmacy

Este guión debe usarse si la persona que llama tiene Medicare y Medicaid y tiene que obtener sus recetas médicas de manera urgente.

Drug Coverage How to Fill a Prescription

Este guión explica el proceso de comprar una receta médica en la farmacia.





Job Aid- Medicare Prescription Drug Coverage Scripts for Partners



Drug Coverage Enrollment Reconciliation Special Letter to Confirm Plan Choice

Este guión debe usarse si la persona que llama recibió un “Aviso Especial de Confirmación de Selección de un Plan de Medicare”.

Drug Coverage WellPoint UNICARE POS Questions

Este guión debe usarse si la persona que llama indica que “WellPoint Point of Service Solution” para facilitar la inscripción no está funcionando.

Drug Coverage LIS Facilitated Enrollment Plan Welcome Letter

Este guión debe usarse si la persona recibió una carta de bienvenida de un plan en el que no se inscribió.

Drug Coverage Cost Premium Payment Methods Withhold

Este guión debe usarse si la persona que llama desea saber sobre las formas en que puede pagar la prima.

Drug Coverage Cost Medicare Blue Rx Premium Deduction

Este guión debe usarse si la persona que llama está inscrita en Blue Cross Blue Shield de Northern Plains Alliance (Medicare Blue Rx) e indica que le han deducido una gran suma de dinero de su beneficio del Seguro Social o de su cuenta bancaria.

Drug Coverage LIS Center for Extra Help Phone Calls

Este guión debe usarse si la persona que llama recibió una llamada telefónica de un representante del Centro para Ayuda Adicional con los Costos de Recetas Médicas de Medicare



Status: Active	Deactivated Date: n/a
Script: <p>Medicare ofrece cobertura para recetas médicas a todas las personas que tienen la Parte A y/o la Parte B de Medicare. Puede obtener esta cobertura inscribiéndose en un plan Medicare para recetas médicas durante el período de inscripción.</p> <p>Seguros y compañías privadas están trabajando con Medicare para ofrecerle opciones de planes Medicare para recetas médicas en su área. Los planes pueden variar en cobertura, costos y farmacias participantes. Todos los planes Medicare para recetas médicas cubrirán medicamentos de marca y genéricos.</p> <p>Si tiene ingresos y recursos limitados, podría calificar para la ayuda adicional con los costos de sus medicamentos de Medicare. La mayoría de personas que califican no tendrán que pagar las primas ni deducibles, y no más de \$5 por cada receta. La cantidad de ayuda adicional depende de los ingresos y recursos que usted tenga. Recuerde, todas las personas con Medicare son elegibles para la cobertura para recetas médicas, sin importar ingresos y recursos, estado de salud o costos actuales de medicamentos.</p> <p>Aunque ahora no tome muchos medicamentos, aun debería inscribirse en un plan Medicare para recetas médicas. Si no se inscribe en un plan de medicamentos cuando es elegible por primera vez, podría tener que pagar una penalidad. Igual que en otros seguros, esto significa que pagará una prima más alta por todo el tiempo que tenga la cobertura de Medicare para medicamentos.</p> <p>¿Quiere averiguar si califica para la ayuda adicional? Si responde "SÍ": Verifique LIS tab y lea Drug Coverage LIS Intro</p> <p>¿Tiene los beneficios completos de Medicaid? Si responde "SÍ": Drug Coverage LIS Medicaid Dual Eligible Spend Down</p> <p>¿Tiene cobertura de medicamentos a través de un empleador? Si responde "SÍ": Drug Coverage Employer Retiree</p> <p>¿Está inscrito en un plan Medicare Advantage? Si responde "SÍ": Drug Coverage Medicare Advantage</p> <p>¿Vive en alguno de los Territorios de los Estados Unidos? Si responde "SÍ": Drug Coverage LIS Territories</p> <p>¿Desea saber cómo inscribirse en un plan para recetas médicas? Si responde "SÍ": Drug coverage Enrollment How to Enroll</p> <p>¿Desea comparar los planes Medicare para recetas médicas en su área o ya está listo para inscribirse en un plan? Si responde "SÍ": CS Drug Coverage Prescription Plan Finder PDPF Lead In Mcare D</p>	
Tips: <p>TIP = Medicare prescription drug coverage works the same for Railroad Retirement Board (RRB) beneficiaries. Please do not refer callers to the Railroad Retirement Board for questions about Medicare prescription drug coverage.</p> <p>TIP = If your drug plan has any of your personal information incorrect, please contact the plan so they can correct their records.</p> <p>REFERRAL = SHIP only if the caller has received their plan information and needs help selecting the best plan. All other questions should be answered by the CSR and NOT referred to the SHIP.</p> <p>FULFILLMENT = Introducing Medicare's New Coverage for Prescription Drugs (11103)</p> <p>SCRIPT = Drug Coverage Enrollment How to Enroll</p> <p>SCRIPT = Drug Coverage LIS Intro</p> <p>SCRIPT = Drug Coverage Covered and Excluded Drugs</p>	

Status: Active	Deactivated Date: N/A
<p>Script: NOTA AL CSR: Use este guión antes de ingresar a la herramienta PDPF. Dependiendo de la llamada, puede leer cualquier información que sea pertinente.</p> <p>Sólo podré informarle sobre las opciones disponibles y los costos directos de su bolsillo. Usted será quien decida cuál es el plan que responde mejor a sus necesidades.</p> <p>Si sabe en qué plan de Medicare para recetas médicas quiere inscribirse, puedo ayudarle a llenar la solicitud. **NOTA AL CSR: Verifique si el beneficiario está en un plan MA. Si lo está, LEA: Drug Coverage Medicare Advantage.**</p> <p>SI LA PERSONA QUE LLAMA NO ES EL BENEFICIARIO: ¿Está ayudando a una persona con Medicare a completar y presentar una solicitud para inscribirse? Si responde "SÍ": Autentique en la herramienta PDPF. Si responde "NO": Puede comparar planes o ayudarle con otras preguntas.</p> <p>Para poder usar la herramienta, es necesario que me dé la siguiente información:</p> <ul style="list-style-type: none">• su número de Medicare,• su fecha de nacimiento,• la fecha en que comenzó su cobertura de la Parte A o B (indicada en su tarjeta de Medicare),• los nombres de sus medicamentos recetados,• la dosis de cada medicamento y• con qué frecuencia toma cada medicamento. <p>Si fue inscrito automáticamente y quiere cambiarse de plan, quizás necesite su número de Medicaid.</p> <p>Si la persona que llama no tiene la información arriba mencionada (incluyendo el HICN): En este momento, sólo puedo brindarle información general sobre sus opciones de planes Medicare para recetas médicas. Puedo darle los nombres de los planes ofrecidos en su área y la cantidad de los copagos. Si usted desea más información para su situación específica, puede volver a llamar más tarde.</p> <p>Con esta herramienta de búsqueda podré informarle sobre:</p> <ul style="list-style-type: none">• sus opciones de planes de Medicare para recetas médicas (hasta 3 planes),• las primas mensuales,• las cantidades del deducible y copagos,• los pedidos de medicamentos por correo y• las farmacias que pertenecen a la red del plan. <p>Si la herramienta PDPF muestra “plan desconocido”: **NOTA AL CSR: Debe ir al rótulo "MA PDP" en NGD para obtener la información sobre el plan. Si el plan no aparece en la lista, LEA: Nuestros archivos no muestran que usted esté actualmente inscrito en un plan para recetas médicas. ¿Quiere inscribirse en uno ahora?</p>	
<p>Tips: TIP = To access the PDPF tool, launch the POD in Print Fulfillment and clic k on "Prescription Drug Plan Finder." TIP = If the CSR version of the tool is down, use the public tool. SCRIPT = If both versions are down, read CS Drug Coverage CS Prescription Plan Finder PDPF OEC Down Mcare D SCRIPT = Drug Coverage Overview SCRIPT = Drug Coverage Enrollment How to Enroll TIP = After using the tool, enter the confirmation number in the POD applet in the Print Fulfillment tab.</p>	

Status: Active	Deactivated Date: N/A
Script: **Use este guión si las versiones del CSR y pública de la herramienta PDPF no funcionan.** Lo siento, pero ahora no puedo ayudarle a escoger un plan. La herramienta de búsqueda no está funcionando en este momento. Por favor disculpe si esto le ocasiona un inconveniente. Sin embargo, puedo brindarle otra información sobre la cobertura de Medicare para recetas médicas. ¿Quiere que le dé información general sobre la cobertura de Medicare para recetas médicas? SI LA RESPUESTA ES "SÍ": Vaya al guión: Drug Coverage Overview ¿Tiene acceso a Internet? SI LA RESPUESTA ES "SÍ", LEA: Para comparar los planes de Medicare para recetas médicas puede ir al sitio Web Medicare.gov y hacer clic en el enlace de "Búsqueda de Planes Medicare para Recetas Médicas". A pesar de que la herramienta no está funcionando en este momento, usted podrá acceder a la información más tarde. SI LA RESPUESTA ES "NO": Por favor llámenos más tarde cuando podamos proporcionarle la ayuda que necesita. Si el Centro de Inscripción en Línea (OEC, por sus siglas en inglés) no funciona: Lo lamento. Hoy no puedo inscribirle en un plan de Medicare para recetas médicas. La herramienta de búsqueda no está funcionando en este momento. Sin embargo, puedo darle el número de teléfono del plan de medicamentos que le interesa y ellos le pueden ayudar a inscribirse. NOTA AL CSR: Déle a la persona que llama el teléfono que está en la herramienta PDPF.	

Status: Active	Deactivated Date: n/a
Script: Lea si la persona que llama tiene Medicare Y Medicaid: Su cobertura de Medicaid para recetas médicas ha cambiado. Casi todas sus recetas médicas están ahora cubiertas por Medicare en lugar de Medicaid. Medicaid seguirá pagando sus otros gastos médicos. Lea si la persona que llama tiene Medicare y se vuelve elegible para Medicaid: Usted será inscrito/a automáticamente en un plan para medicamentos. Su cobertura de recetas médicas comenzará el primer día del mes después de que comenzó su cobertura de Medicaid. Podrá cambiarse de plan en cualquier momento. (Si ya estaba en un plan para recetas médicas antes de volverse elegible para Medicaid, no será inscrito/a automáticamente.) Lea si la persona que llama tiene Medicaid y se vuelve elegible para Medicare: Usted será inscrito/a automáticamente en un plan para medicamentos. Su cobertura de recetas médicas comenzará el primer día del mes en que comenzó su cobertura de Medicare. Podrá cambiarse de plan en cualquier momento. Lea si la persona que llama pregunta por qué ahora tiene que hacer un copago si no lo hacía bajo Medicaid: La nueva cobertura de Medicare para recetas médicas es nacional. Le provee las mismas protecciones que usted espera de Medicare. Medicaid varía de estado a estado y puede ser afectado por los presupuestos estatales. Esto significa que algunos estados podrían limitar sus costos compartidos y algunos estados podrían reducir o limitar su cobertura para medicamentos. Medicare tiene las mismas reglas para todos los planes del país. Lea si la persona que llama recibe Medicaid a través de obligación de pago ("spend down"): Si usted califica para Medicaid como resultado de llegar al límite de obligación de pago ("spend down") de su estado, automáticamente recibirá ayuda adicional para pagar por la cobertura de Medicare para recetas médicas. Medicare le enviará un aviso indicándole que califica automáticamente para esta ayuda. Una vez que califique para la ayuda adicional, seguirá siendo elegible durante el resto del año. (Nota al CSR: Si la persona que llama califica para Medicaid como resultado de llegar al límite de obligación de pago de su estado, será inscrita automáticamente.)	
Tips: REFERRAL = If caller is unsure if they have Medicaid, have them contact their state Medicaid office. If caller is sure that they have Medicaid, there is no need to refer them to the state Medicaid office. REFERRAL = If caller states that they have Medicaid, but NGD doesn't show them as deemed, refer the caller to the state Medicaid office. SCRIPT = Drug Coverage LIS Medicaid Plan Unknown, if caller states that they have Medicaid, but NGD doesn't show them as deemed, and they want to join a drug plan now. SCRIPT = Drug Coverage Covered and Excluded Drugs, if caller wants to know about drugs excluded from the Medicare prescription drug coverage. TIP = If caller lost or never got the auto-enrollment letter (for example, due to a hurricane), you can tell them what plan they are in by going to the MA PDP tab in the Beneficiaries applet. SCRIPT = If caller lost or never got the auto-enrollment letter (for example, due to a hurricane) and wants another copy, please see script Drug Coverage LIS Mailings and escalate the call to the Reference Center. Do NOT read CS TaR Reference Center and Press Media Question Letter. SCRIPT = Drug Coverage Long Term Care LTC Nursing Home, if caller lives in a LTC facility, assisted living facility, or some other type of nursing home. REFERENCE MATERIAL = "State Part D Copayment for Full Dual Eligibles" for a list of states that are providing co-payment assistance to Full Benefit Dual Eligibles. REFERENCE MATERIAL = Drug Coverage Medicaid Spend Down	

Status: Active	Deactivated Date: n/a
Script: ¿Es usted: – casado/a y viven juntos; o – soltero/a, viudo/a, o su cónyuge no vive con usted? Si es casado/a , LEA: ¿Son sus ahorros, inversiones y propiedades (aparte de su hogar) más de \$23,000? Incluya las cosas que solo le pertenecen a usted, con su cónyuge o con alguien más. No incluya su casa ni posesiones personales. Si es soltero/a , LEA: ¿Son sus ahorros, inversiones y propiedades (aparte de su hogar) más de \$11,500? Incluya las cosas que solo le pertenecen a usted o con alguien más. No incluya su casa ni posesiones personales. Si responde "sí", LEA: Basándome en sus respuestas, usted quizás no califique para la ayuda adicional con el pago de la cobertura de Medicare para recetas médicas. Sin embargo, la única forma de asegurarse si califica para la ayuda adicional es llenando una solicitud. Si responde "no", LEA: Basándome en sus respuestas, usted PODRÍA calificar para la ayuda adicional con el pago de la cobertura de Medicare para recetas médicas. Sin embargo, la única forma de asegurarse si califica para la ayuda adicional es llenando una solicitud. Con mucho gusto le enviaré una solicitud. También puede obtener una de la Administración del Seguro Social (SSA, por sus siglas en inglés) por teléfono, en el sitio Web www.socialsecurity.gov o visitando su oficina local de SSA ¿Quiere que le envíe hoy la solicitud? Si la persona que llama quiere saber los límites de ingreso para LIS, LEA: Si es soltero/a y tiene un ingreso anual por debajo de \$14,700 (o por debajo de \$19,800 si es casado/a y vive con su cónyuge) usted podría calificar para la ayuda adicional. Incluso si su ingreso anual es más alto aún podría calificar. Algunos ejemplos de cuando su ingreso podría ser más alto serían si usted o su cónyuge: <ul style="list-style-type: none">• mantienen a otros miembros de la familia que viven con usted.• tienen ganancias de su trabajo.• viven en Alaska o Hawai.	
Tips: TIP = The income levels listed above are for 2006 and will increase each year. The income limits for 2005 were \$14,355 (\$19,245 if married). TIP = The resource amounts listed above are for 2006, and will increase each year. FULFILLMENT = SSA LIS APP/Fact Sheet - #31020 (Do NOT send to residents of U.S. Territories) REFERRAL = Social Security Administration	

Status: Active	Deactivated Date: n/a
<p>Script: Su actual o antiguo empleador o sindicato debió haberle enviado información explicándole cómo se compara su actual cobertura con la cobertura estándar de Medicare para recetas médicas. Esta información es importante porque podría afectar la decisión que usted debe tomar sobre si va a inscribirse en un plan Medicare para recetas médicas. No tome ninguna decisión hasta que haya revisado esta información. Si no recibió información de su empleador o sindicato, debe comunicarse con su administrador de beneficios.</p> <p>Su actual o antiguo empleador o sindicato debe enviarle esta información:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Antes del 15 de noviembre de cada año.2. Antes del Periodo de Inscripción Inicial para Medicare.3. Si ya tiene Medicare y se inscribe en un plan del empleador o sindicato4. Si su cobertura para medicamentos del empleador o sindicato termina.5. Si su cobertura para medicamentos del empleador o sindicato cambia de tal manera que ya no es tan buena o se vuelve tan buena como la cobertura estándar de Medicare para recetas médicas.6. Cuando usted lo solicite. <p>Subsidio de Medicamentos para Jubilados Medicare está ofreciendo ayuda a empleadores y sindicatos para que sigan brindando cobertura para recetas médicas de alta calidad. Si su empleador o sindicatos le están reclamando para el subsidio para jubilados, debe hablar primero con su administrador de beneficios antes de hacer algún cambio a su cobertura actual. Si trata de inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas, su administrador de beneficios y/o el plan de Medicare para recetas médicas podría comunicarse con usted para confirmar lo que escogió.</p> <p>(Para ver si un empleador o sindicato está reclamando al que llama para el subsidio de jubilados: Vaya al rótulo MA PDP y coteje el "Employer Subsidy Indicator".)</p> <p>Ford, General Motors, Chrysler Si recibió una carta de Ford, General Motors o Chrysler indicando que la cobertura de su empleador está terminando debido a que se inscribió en un plan de Medicare para recetas médicas: Esta carta le fue enviada por error. Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) están investigando este problema y se comunicarán con su empleador. **NOTA AL CSR: Complete el Referido a la Oficina Regional del PDP (PDP Regional Office Referral).**</p>	
<p>Tips: TIP = The same rules apply if the coverage is through your spouse's current or former employer or union FULFILLMENT = Quick Facts about Medicare's New Coverage for Prescription Drugs for people who have Coverage from an employer or union (11107) REFERENCE MATERIAL = Employer Union Creditable Coverage Model Language REFERENCE MATERIAL = Employer Union Non-creditable Coverage Model Language SCRIPT = Drug Coverage Employer Retiree Creditable Non-creditable</p>	

Status: Active	Deactivated Date: n/a
<p>Script: Lea si la persona que llama tiene cobertura de medicamentos a través de su empleador o sindicato y además recibirá la ayuda adicional: Hable con el administrador de beneficios del seguro de su empleador o sindicato. Puede que no necesite las dos coberturas, la del plan de Medicare para recetas médicas y su cobertura actual de medicamentos. Compare los costos de su cobertura actual y los que tendría con un plan de Medicare para recetas médicas más la ayuda adicional. Si deja su cobertura actual del empleador o sindicato, tal vez no pueda recuperarla.</p> <p>Lea también si la persona que llama tiene cobertura de medicamentos a través de Medicaid: Si no se inscribió en un plan de Medicare para recetas médicas por su cuenta, Medicare lo inscribió en un plan, aun si usted también tiene cobertura de medicamentos a través de un plan de su empleador, sindicato, TRICARE, VA o FEHB.</p> <p>Si no desea que le inscriban en un plan de Medicare para recetas médicas, debe rechazar la cobertura para evitar que se le inscriba automáticamente en otro plan.</p> <p>Si desea que le inscriban en un plan de Medicare para recetas médicas, tiene que ver cómo afectará su cobertura actual. En algunos casos, las normas de los empleadores o sindicatos indican que usted no puede tener los dos, el plan para recetas médicas de Medicare y el de su empleador/sindicato. Podrían cancelar su cobertura actual que le cubre a usted y a sus dependientes. Es importante que hable con el administrador de beneficios de su seguro actual antes de tomar una decisión.</p> <p>Si la persona que llama recibe ayuda estatal para pagar sus primas, recibe el beneficio de SSI o ha solicitado la ayuda adicional y se la aprobaron: LEA: "Drug Coverage LIS Auto Enrollment How to Enroll" para información sobre el proceso facilitado de inscripción.</p> <p>NO se le inscribirá automáticamente en un plan de Medicare para recetas médicas si su empleador o sindicato está solicitando por usted el subsidio de jubilado. (Medicare ofrece este subsidio a los empleadores y sindicatos para que sigan brindado cobertura de recetas médicas de alta calidad.)</p>	
<p>Tips: SCRIPT = Disenrollment Probing Questions, if caller wants to decline the coverage (opt out). SCRIPT = Drug Coverage Federal Employees FEHB SCRIPT = Drug Coverage TRICARE SCRIPT = Drug Coverage Veterans Health Administration VA TIP = To see if an employer or union is claiming the caller for the retiree drug subsidy: Go to the MA PDP tab in NGD and check the Employer Subsidy Indicator. TRANSFER = Tier2, if caller wants to opt out</p>	

Status: Active	Deactivated Date: n/a
<p>Script: Si la cobertura actual de su empleador o sindicato (o el de su cónyuge) es por lo menos tan buena como la cobertura estándar de Medicare para recetas médicas (esto se llama cobertura acreditable de recetas médicas):</p> <ul style="list-style-type: none">• Puede quedarse con la cobertura que tiene mientras la ofrezcan. Y• No tendrá que pagar una penalidad si usted deja o pierde su cobertura. Debe inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas dentro de los 60 días de terminada su cobertura. <p>Guarde la copia del aviso que indica que usted tiene cobertura acreditable. Si se inscribe en un plan de Medicare para recetas médicas después de ser elegible por primera vez, necesitará proveer una copia como prueba. Tal vez su plan se comunique con usted pidiendo más información. Ellos determinarán si usted ha tenido continuamente cobertura acreditable de recetas médicas y enviarán esta información a Medicare.</p> <p>Si la cobertura actual de su empleador o sindicato (o el de su cónyuge) no es por lo menos tan buena como la cobertura estándar de Medicare para recetas médicas (no acreditable), tal vez pueda:</p> <ul style="list-style-type: none">• Quedarse con el plan actual de medicamentos de su empleador o sindicato e inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas que le ofrezca una cobertura más completa.• Quedarse sólo con el plan actual de medicamentos de su empleador o sindicato. Si decide inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas después de ser elegible por primera vez, tendrá que pagar una penalidad.• Dejar su cobertura actual e inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas o en un Plan Medicare Advantage con cobertura de recetas médicas. <p>Si deja la cobertura de su empleador o sindicato, quizás no pueda recuperarla. Tal vez tampoco pueda dejar la cobertura de medicamentos de su empleador o sindicato sin dejar también su cobertura de salud. Debe hablar con su administrador de beneficios sobre todas sus opciones.</p> <p>Si usted tiene cobertura COBRA, debe comunicarse con su administrador de beneficios para averiguar si la cobertura es acreditable.</p> <p>Si la persona que llama no recibió el aviso de cobertura acreditable: Debe pedir por escrito a su empleador o sindicato una copia del aviso de cobertura acreditable. Debe hacerlo mediante correo certificado o registrado. Guarde una copia de la carta para sus archivos. **Si la persona que llama no recibió una respuesta después de su solicitud escrita, envíe ("escalate") la llamada al Centro de Referencia.</p>	
<p>Tips: FULFILLMENT = Quick Facts about Medicare's New Coverage for Prescription Drugs for people who have Coverage from an employer or union (11107) REFERENCE MATERIAL = Employer Union Creditable Coverage Model Language REFERENCE MATERIAL = Employer Union Non-creditable Coverage Model Language</p>	

Status: Active	Deactivated Date: n/a
Script: **Este guión sólo aplica a personas que no tienen LIS.**	
<p>Los planes de Medicare para recetas médicas van a variar. Esto significa que las primas mensuales, deducibles, copagos y formularios serán diferentes dependiendo del plan que usted escoja.</p> <p>Los planes deben ofrecer cobertura tan buena como el mínimo de cobertura estándar de Medicare.</p> <p>Mínimo de cobertura estándar de Medicare para el 2006 (utilice esto como un ejemplo, pero ponga énfasis en que todos los planes varían):</p> <p>Cuando se inscriba, usted pagará una prima mensual que varía dependiendo del plan. La prima promedio para el 2006 es aproximadamente \$32.20, pero las primas para muchos planes son más bajas. Esta cantidad es adicional a cualquier otra prima de Medicare que esté pagando ahora.</p> <p>En el 2006, usted pagará los primeros \$250 (esta cantidad podría variar) por año calendario por sus recetas. A esto se le llama su deducible.</p> <p>Después de haber pagado el deducible anual de \$250 en el 2006, sus costos serán:</p> <ul style="list-style-type: none">• Usted paga el 25% del costo anual de sus medicamentos, desde \$250 hasta \$2,250, y su plan paga el otro 75% de estos costos. Esto quiere decir que tendrá que pagar \$500 de su bolsillo. A esta cantidad se le llama Límite de Cobertura Inicial. Tenga en cuenta que los costos para llegar al límite de cobertura inicial se basan en el precio total de los medicamentos, no en el que usted paga.• Usted paga el 100% de los próximos \$2,850 que gaste en medicamentos, hasta llegar a \$3,600 en gastos de su bolsillo. A esta cantidad se le llama Falta de Cobertura (Coverage Gap). (NOTA AL CSR: \$250 del deducible + \$500 (la porción de 25% de \$250 a \$2,250) + \$2,850 = \$3,600 en gastos del bolsillo.)• Después de que haya gastado \$3,600 en costos directos de su bolsillo, usted paga el 5% del costo de sus recetas médicas (o un copago pequeño) por el resto del año calendario y su plan paga lo restante. A esto se le llama Cobertura Catastrófica. <p>**NOTA AL CSR: Use la herramienta PDPF para dar información sobre el costo actual de cada plan.**</p> <p>Posiblemente pueda evitar o pueda retrasar llegar a esa Falta de Cobertura si usa medicamentos genéricos o medicamentos de marca de menor costo. Hable con su médico para ver cuáles son sus opciones.</p>	
Tips: REFERRAL = SHIP, if caller has reached the coverage gap and needs help paying for their drugs (only if caller doesn't qualify for the extra help) REFERRAL = Medicare prescription drug plan, if caller feels that they are being charged the wrong co-payment amount or they have any other cost-related questions about their plan. You can also refer to the drug plan if the caller has questions about the coverage gap and/or wants to know if they have reached the coverage gap. SCRIPT = Drug Coverage Cost Out of Pocket TROOP SCRIPT = Drug Coverage Cost Late Penalty SCRIPT = CS Drug Coverage Prescription Plan Finder PDPF Lead In Mcare D	

Status: Active	Deactivated Date: n/a
<p>Script: Cuando compare los costos anuales estimados de los planes de Medicare para recetas médicas, hay varias cosas que debe tener en cuenta.</p> <p>Costos mensuales fijos: Hay ciertos costos que tendrá que pagar cada mes. Cuando se los calcula como costo anual, se los multiplica por 12 meses. Estos costos incluyen las primas mensuales, y si se aplican:</p> <ul style="list-style-type: none">• pagos de medicamentos que no están en el formulario del plan y• pagos por medicamentos cubiertos por su plan que están excluidos por la ley de Medicare. (Esto se aplica a los planes con mejores beneficios, tales como la cobertura de barbitúricos o benzodiazepinas.) <p>(Es importante que tenga en cuenta que estos pagos no cuentan para el total de costos de sus medicamentos o para el total anual de gastos directos de su bolsillo para recibir el beneficio. Esto significa que estos costos no contarán como parte de su deducible anual, ni para el límite inicial de cobertura o de la cobertura catastrófica.)</p> <p>Deducible : Sus costos anuales incluyen el precio total de sus medicamentos hasta que haya pagado el deducible anual. Usted paga el precio negociado por su plan, que es menos que el precio de venta al público.</p> <p>Límite inicial de cobertura: Sus costos anuales incluyen la cantidad que usted paga hasta que alcance el límite inicial de cobertura. Este límite (generalmente \$2,250) está basado en el precio total de los medicamentos en vez del precio negociado que usted paga.</p> <p>Falta de cobertura: A menos que su plan ofrezca cobertura mientras usted no tiene cobertura, sus costos anuales incluyen los precios negociados para sus medicamentos hasta que llegue a la cobertura catastrófica.</p> <p>Cobertura catastrófica: Una vez que llegue a la cobertura catastrófica, sus costos anuales incluyen la pequeña cantidad que usted paga por sus medicamentos hasta el fin del año calendario.</p>	
<p>Tips: SCRIPT = Drug Coverage Cost SCRIPT = Drug Coverage Cost Out of Pocket TROOP SCRIPT = Drug Coverage Covered and Excluded Drugs SCRIPT = CS Drug Coverage Prescription Plan Finder PDPF Lead In Mcare D</p>	

Status: Active	Deactivated Date: n/a
<p>Script: ¿Cubre su póliza Medigap las recetas médicas? (en otras palabras, ¿tiene usted alguno de los planes estandarizados de Medigap H, I o J, o alguno de los que no son estandarizados que incluya cobertura de medicamentos?)</p> <p>Si responde "SÍ", LEA: En general, usted ahorrará dinero y obtendrá mejor cobertura con el nuevo plan de Medicare para recetas médicas. La cobertura de Medicare nunca se terminará si sus gastos en medicamentos son altos.</p> <p>Su plan Medigap debería haberle enviado información que le explica cómo su cobertura actual se compara con la cobertura estándar de Medicare para recetas médicas. No tome ninguna decisión hasta que lea esta información. Si no la recibió, debe llamar a su plan Medigap.</p> <p>Si su plan Medigap le ha dicho que su cobertura actual, en promedio, es por lo menos tan buena como la cobertura estándar de Medicare para recetas médicas (cobertura acreditable de recetas médicas):</p> <ul style="list-style-type: none">• Puede quedarse con la cobertura que tiene mientras la ofrezca su plan Medigap. Y• No tendrá que pagar una penalidad si decide inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas después de ser elegible por primera vez. Debe inscribirse en un plan de Medicare dentro de los 60 días de terminada su cobertura de Medigap. <p>Si su plan Medigap le ha dicho que su cobertura actual, en promedio, no es por lo menos tan buena como la cobertura estándar de Medicare para recetas médicas (no acreditable):</p> <ul style="list-style-type: none">• Puede inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas. Necesitará informarle a su plan Medigap para que retire la parte de cobertura de medicamentos de su póliza Medigap. Usted no podrá volver a recuperarla. También se podrá cambiar a una póliza Medigap que no cubra recetas médicas. O• Puede decidir quedarse con la cobertura de Medigap para recetas médicas y no inscribirse en uno de los planes de Medicare. Sin embargo, si decide inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas después de ser elegible por primera vez, tendrá que esperar hasta el próximo Período de Inscripción Anual y pagar una prima más alta. <p>Si responde "NO", LEA: Usted podrá quedarse con su póliza Medigap y adquirir un plan de Medicare para recetas médicas.</p>	
<p>Tips: SCRIPT = Mgp Plan Opt Standardized Policies A – J, if caller wants to know how to join a Medigap plan or if they can still sign up for a Medigap plan that covers prescription drugs. FULFILLMENT = Choosing A Medigap Policy: A Guide to Health Insurance for People with Medicare (02110)</p>	

Status: Active	Deactivated Date: n/a
<p>Script: Si no se inscribe en un plan de medicamentos cuando es elegible por primera vez, tendrá que esperar hasta el próximo período de inscripción y quizás tenga que pagar una penalidad por inscribirse tarde.</p> <p>Si califica para la ayuda adicional, no tendrá que pagar ninguna penalidad si se inscribe después de ser elegible por primera vez.</p> <p>No tendrá que pagar ninguna penalidad si actualmente tiene un plan de medicamentos que le cubre por lo menos lo mismo que el plan de Medicare para recetas médicas. Si esa cobertura termina, le darán un Período de Inscripción Especial que comienza el mes en que le informaron que perdió su cobertura y termina 60 días después de haberla perdido o 60 días después de la notificación, lo que ocurra más tarde. Si no se inscribe en un plan durante este SEP, tendrá que esperar hasta el próximo período de inscripción y tendrá que pagar una penalidad.</p> <p>Si tiene que pagar una penalidad, su prima aumentará por lo menos el 1% más por cada mes que no se inscribió en un plan de Medicare para recetas médicas. La penalidad será el 1% de la prima base para ese año, no el 1% de la prima del plan en que se inscriba. La prima base es de \$32.20 en el 2006 y aumentará cada año. Esto quiere decir que su penalidad también aumentará cada año. Tendrá que pagar esta penalidad mientras tenga la cobertura de Medicare para recetas médicas.</p> <p>Ejemplo: Si espera hasta el próximo período de inscripción (del 15 de noviembre al 31 de diciembre) para inscribirse en un plan, su cobertura comenzará el 1ro de enero de 2007. Esto significa que usted estuvo sin cobertura por 7 meses completos (de junio a diciembre) después de haber terminado el período de inscripción inicial (el 15 de mayo de 2006). Entonces le aplicarán una penalidad del 7%, y ésta será el 7% de la prima base para el 2007. Tendrá que pagar esta cantidad además de la prima que paga normalmente.</p> <p>Medicare calculará cuánto es la penalidad y le notificará la cantidad a su plan. La penalidad se le cobrará cuando pague sus primas.</p> <p>Si cancela su cobertura de Medicare para recetas médicas pero no se inscribe en otro plan, y luego decide hacerlo más tarde, tendrá que pagar una penalidad. La penalidad aumentará por lo menos el 1% más por cada mes que estuvo sin la cobertura de Medicare para recetas médicas.</p>	
Tips:	

Status: Active	Deactivated Date: N/A
<p>Script: Si Medicare está cubriendo su estadía en un hospital o en un centro de enfermería especializada, sus medicamentos estarán cubiertos por la Parte A (a menos que sea usted mismo quien se los administra). La Parte A dejará de pagar sus medicamentos cuando sea dado de alta del hospital o del centro de enfermería especializada, o cuando se termine su beneficio, cualquiera que ocurra primero.</p> <p>Después de que la Parte A deje de pagar sus medicamentos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Si está en un centro de cuidado a largo plazo (LTC*): Si deben darle el medicamento en el consultorio de un médico o se requiere usar algún equipo médico duradero (como un nebulizador), un plan de Medicare para recetas médicas podría cubrir el medicamento. La Parte B NO cubrirá estos medicamentos.• Los medicamentos inmunosupresores (si Medicare cubrió el trasplante) y ciertas medicinas para la esclerosis múltiple (como Avonex) estarán cubiertos por la Parte B (incluso si usted vive en un LTC*). <p>Si usted está en un programa de hospicio aprobado por Medicare, la Parte A pagará por los medicamentos para controlar los síntomas o aliviar el dolor. Si se inscribe en un plan de Medicare para recetas médicas, la cobertura de medicamentos funcionará dentro de las normas de su cobertura de hospicio. NOTA AL CSR: Estar en un programa de hospicio no se considera como cobertura acreditable.</p> <p>Si sus medicamentos están actualmente cubiertos por la Parte B, seguirán siendo cubiertos por la Parte B. Probablemente quiera inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas para que le ayude a cubrir otros medicamentos que actualmente no están cubiertos por la Parte B. LEA: Part B Covered Prescription Drugs and Medicine.</p> <p>INFORMACIÓN ADICIONAL: Si la Parte A o B cubre su receta médica, dicho medicamento no será pagado por su plan de Medicare para recetas médicas.</p> <p>Si la Parte A o la Parte B no cubre sus recetas médicas, su plan de Medicare para recetas médicas podría cubrir las, siempre y cuando estén en el formulario del plan.</p> <p>Si sus medicamentos están cubiertos por la Parte B, asegúrese de que su farmacia o proveedor esté inscrito en el Programa Medicare. Si los cubre su plan de Medicare para recetas médicas, asegúrese de ir a una farmacia que esté dentro de la red del plan.</p> <p>Tips: *TIP = For this purpose, LTC facilities include skilled nursing facilities, nursing homes that give skilled care, and institutions that give skilled care. SCRIPT = Benefit Periods and Lifetime Reserve Days SCRIPT = Part B Covered Prescription Drugs and Medicine SCRIPT = Drug Coverage Formulary SCRIPT = Drug Coverage Covered and Excluded Drugs SCRIPT = Hospice Care TRANSFER = DMERC for drugs covered by Part B; FI for drugs covered by Part A REFERRAL = Medicare drug plan for drugs covered by Medicare drug coverage</p>	

Status: Active	Deactivated Date: n/a
<p>Script: Tarjeta de descuento para recetas médicas aprobada por Medicare: Las tarjetas de descuento para recetas médicas aprobadas por Medicare se ofrecieron como una manera de ayudarlo a ahorrar dinero en los costos de sus medicamentos hasta que los planes de Medicare para recetas médicas estuvieran disponibles. El programa terminó el 15 de mayo de 2006.</p> <p>Programa de Asistencia para Pacientes (PAP, por sus siglas en inglés): Los pagos que haga su PAP podrían o no contar para los gastos reales de su bolsillo (TROOP). Debe llamar a su PAP y averiguar cómo trabajará con los planes de Medicare para recetas médicas.</p> <p>Si la persona que llama indica que su PAP está por terminar: Medicare no está forzando al programa a terminar sus servicios, pero Medicare no puede exigirle al PAP que siga brindando cobertura si decide no hacerlo.</p> <p>Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP, por sus siglas en inglés): Cada estado que tiene un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica decidirá cómo trabajará su programa con la cobertura de Medicare para recetas médicas.</p> <ul style="list-style-type: none">• Algunos estados podrían elegir dar cobertura adicional cuando usted se inscriba en un plan de Medicare para recetas médicas para ayudarlo con los gastos directos de su bolsillo.• Algunos estados podrían tener un programa estatal aparte, que le ayude con las recetas médicas. <p>Debe llamar a su SPAP para más información.</p> <p>Nota al CSR: Ingrese a la lista de SPAP en Materiales de Referencia para referir a la persona que llama al SPAP apropiado o verificar si una organización es un SPAP.</p> <p>Seguro de salud suplementario (que no es Medigap): Debe consultar con su plan para ver cómo se compara con la cobertura de Medicare para recetas médicas.</p> <p>Descuentos a través de los fabricantes de medicamentos o de tarjetas de descuento para medicamentos que no son de Medicare: Cualquier cantidad que usted pague por medicamentos a través de uno de estos programas no contará para su deducible del plan de Medicare para recetas médicas ni para los gastos directos de su bolsillo. Debe preguntar a la compañía que le ofrece este programa para más información. Estos programas y/o tarjetas no afectarán su cobertura de Medicare. **NOTA AL CSR: Si la persona que llama recibe información indicando que su cobertura de Medicare se verá afectada, esto se considera fraude. LEA: Drug Coverage Complaints Probing Questions (No es necesario leer Drug Coverage Complaints primero.)**</p>	
<p>Tips: SCRIPT = Mcare Rx Drug Discount Card 2006, if caller has additional questions about the Medicare-approved drug discount card. REFERENCE MATERIAL = State Pharmacy Assistance Programs (SPAPs), for a list of names and phone numbers for the State Pharmacy Assistance Programs.</p>	

Status: Active	Deactivated Date: N/A
Script: Un plan de Medicare para recetas médicas no puede darle de baja por motivos relacionados con su salud. Su plan de Medicare para recetas médicas debe darle de baja si: <ul style="list-style-type: none">• usted ya no tiene Medicare.• usted se muda fuera del área de servicio del plan.• Medicare termina el contrato con el plan, o el plan deja de ofrecer cobertura.• usted intencionalmente oculta o falsifica información sobre el reembolso por cobertura de parte de terceros. En los casos en que el plan de medicamentos deba darle de baja al miembro, se le requiere al plan que envíe un aviso por escrito indicando la fecha efectiva de la desafiliación y otras formas en que se puede recibir los beneficios de Medicare. Su plan de Medicare para recetas médicas puede darle de baja si: <ul style="list-style-type: none">• usted no paga la prima. Una vez que el plan le notifica por escrito que debe pagar la prima, tendrá por lo menos un mes para pagarla. Si usted no paga durante ese período de gracia, el plan de medicamentos puede decidir, ya sea dejarlo inscrito o darle de baja del plan.• hubo fraude en el formulario de inscripción o en el uso de la tarjeta de identidad. Por ejemplo, usted le dejó usar su tarjeta a otra persona.• se comporta de una manera que le impide al plan brindarle servicios a usted o a otras personas.• su empleador termina su contrato con el plan. (Su empleador le notificará sobre sus opciones.) En los casos en que el plan de medicamentos puede darle de baja al miembro y lo hace , se le requiere al plan que envíe un aviso por escrito indicando la razón de la desafiliación, la fecha efectiva y explicando que la persona tiene derecho a pedir una audiencia.	
Tips: REFERRAL = Medicare drug plan	

Status: Active	Deactivated Date: n/a
-----------------------	------------------------------

Script:

Usted puede solicitar la ayuda adicional en cualquier momento llenando una copia de la solicitud y enviándola por correo a la Administración del Seguro Social (SSA, por sus siglas en inglés). También puede solicitarla por Internet en www.ssa.gov.

Si la persona que llama pregunta si puede presentar la solicitud en la oficina de Medicaid: Solicitar la ayuda adicional a través del Seguro Social le provee la decisión más rápida, pero también puede solicitarla en la oficina local de Medicaid. Su estado decidirá si califica para esta ayuda o cualquier otra asistencia que ofrezca su estado.

Después de hacer la solicitud recibirá una carta indicándole si califica o no y qué es lo siguiente que debe hacer. Si no está de acuerdo con la decisión, tiene el derecho de apelar dentro de los sesenta (60) días a partir de la fecha en que recibió la carta. Comuníquese con el Seguro Social para averiguar cómo presentar la apelación.

Puede solicitar la ayuda adicional incluso si ya está inscrito en un plan de recetas médicas. Cuando se la aprueben, la ayuda adicional se aplicará automáticamente a los costos de su plan. Si no está en un plan, pero solicita la ayuda adicional y se la aprueban, le darán un Período de Inscripción Especial para inscribirse en un plan y no tendrá que pagar ninguna penalidad por inscribirse tarde. (**GUIÓN Drug Coverage Enrollment Disenrollment Probing Questions**)

Debe comunicarse con SSA:

- si necesita ayuda para llenar la solicitud.
- para verificar el estatus de su solicitud.
- para apelar la decisión.
- si desea una copia de su carta.
- si tiene cualquier pregunta relacionada con la carta.

Si la persona que llama dice que fue aprobado/a para la ayuda adicional, pero eso no aparece en nuestro sistema: Por favor guarde una copia de su carta. Quizás necesite enseñársela a su plan como prueba de que califica para la ayuda adicional.

Para volver a solicitar la ayuda adicional:

Si califica para la ayuda adicional, la recibirá mientras no haya cambios en su situación financiera. Su elegibilidad será revisada cada año y usted será informado/a si califica para recibir ayuda adicional el año siguiente. Si califica, no tendrá que volver a solicitarla. Sin embargo, si un año le dicen que no califica, pero usted cree que sí, tendrá que volver a solicitar la ayuda.

Tips:

TIP = You and your spouse can apply for the extra help on one application.

TIP = You must submit an original copy of the application.

TIP = You won't have to send any documents when you apply.

TIP = The application will ask for your level of income and resources.

REFERRAL = SSA

REFERRAL = Medicaid, if caller applied at the local Medicaid office.

SCRIPT = Drug Coverage Enrollment Disenrollment Probing Questions

FULFILLMENT = SSA LIS APP/Fact Sheet - (31020) (**Do NOT send to residents of U.S. Territories**)

REFERENCE MATERIAL = SSA LIS Determination- Denial

REFERENCE MATERIAL = SSA LIS Determination- Partial Subsidy

REFERENCE MATERIAL = SSA LIS Determination- Full Subsidy

Status: Active	Deactivated Date: n/a
Script: Lea si la persona que llama recibió una carta de Medicare sobre la ayuda adicional. ¿Me puede leer la segunda oración de su carta, la que comienza con "Nuestros archivos indican..."? Si la carta indica que la persona que llama tiene Medicare y Medicaid: Debido a que usted tiene los dos, Medicare y Medicaid, recibirá ayuda adicional con el pago de la cobertura de Medicare para recetas médicas. Por favor guarde la carta para tener comprobante. LEA EL GUIÓN: Drug Coverage LIS Medicaid Dual Eligible Spend Down. Si la carta indica que la persona que llama recibe ayuda con el pago de primas de Medicare: Nuestros archivos indican que usted recibe ayuda de parte de su estado (Medicaid) para pagar sus primas de Medicare. Debido a que recibe ayuda para sus primas de Medicare, también recibirá ayuda adicional para pagar por la cobertura de Medicare para recetas médicas. No tiene que presentar una solicitud para la ayuda adicional. Para aprovechar esta ayuda, tendrá que inscribirse en un plan Medicare para recetas médicas. Cuando comience su cobertura, gastará muy poco de su propio bolsillo. Por favor guarde la carta para tener comprobante. Yo puedo ayudarle hoy a solicitar la inscripción en un plan de medicamentos. Si la carta indica que la persona que llama recibe SSI: Nuestros archivos indican que actualmente recibe beneficios de Seguridad de Ingreso Suplementario. (Vea TIP Box si la persona que llama no está seguro/a de lo que son los beneficios de SSI.) Debido a que recibe SSI, recibirá ayuda adicional con el pago de la cobertura de Medicare para recetas médicas. No tiene que presentar una solicitud para la ayuda adicional. Para aprovechar esta ayuda, tendrá que inscribirse en un plan para recetas médicas. Cuando comience su cobertura, gastará muy poco de su propio bolsillo. Por favor guarde la carta para tener comprobante. Si la persona que llama ha perdido su carta: Lo lamento, pero no puedo enviarle otra copia de la carta. Medicare lleva un registro de todas las personas que deberían recibir la ayuda adicional. Cuando se inscriba en un plan, el plan sabrá automáticamente que usted debe recibir la ayuda adicional.	
Tips: TIP = SSI is a monthly benefit that is paid to people with limited income and resources who are disabled, blind, or age 65 or older. These benefits are not the same as Social Security benefits. SCRIPT = Drug Coverage LIS Deemed Letter Exceptions, if the caller states that they do not have Medicaid, get help with their premiums, or receive SSI, and feel that they got this letter in error. REFERENCE MATERIAL = Important Information from Medicare about Paying for Prescription Drugs (Dual Letter) REFERENCE MATERIAL = Important Information from Medicare about Paying for Prescription Drugs (MSP Letter) REFERENCE MATERIAL = Important Information from Medicare about Paying for Prescription Drugs (SSI Letter) REFERENCE MATERIAL = Monthly Deemed Notice English 11166 TIP = If caller received an English version of the letter from CMS and wants a Spanish copy, order the appropriate letter listed below. If caller is unsure which letter they need, have them check the "CMS Pub. No." in the lower right-hand corner of the letter. FULFILLMENT = Dual Letter (#11132-S), MSP Letter (#11133-S), or SSI Letter (#11134-S) FULFILLMENT = Quick Facts about Medicare's New Coverage for Prescription Drugs for People who get Supplemental Security Income (11116)	

Status: Active	Deactivated Date: N/A
-----------------------	------------------------------

Script:

Inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas es su decisión. Para obtener la cobertura de Medicare para recetas médicas, debe inscribirse en uno de los planes disponibles en su área durante el período de inscripción.

Para inscribirse, tiene que tener la Parte A y/o la Parte B de Medicare. Usted debe vivir en el área de servicio del plan al que desea inscribirse. Esto quiere decir que usted no puede inscribirse en un plan de recetas médicas si vive fuera de los Estados Unidos o sus territorios.

Antes de inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas, debe comparar las primas de cada plan, las farmacias participantes y la lista de medicamentos que cubre, para asegurarse de que el plan que escoja responda a sus necesidades.

Se quedará en el mismo plan para recetas médicas hasta que se cambie o se dé de baja. Si quiere, se puede cambiar a un plan diferente durante el período de inscripción. Será inscrito en el último plan que escoja.

Usted se puede inscribir de las siguientes maneras:

- 1. Llenando una solicitud**
Comuníquese con el plan de recetas médicas y pida una solicitud. Una vez que complete la solicitud, envíela por correo o fax a la compañía.
- 2. Visitando www.medicare.gov**
También puede inscribirse en un plan para medicamentos en www.medicare.gov, usando el centro de inscripción en línea.
- 3. Llamando al 1-800-MEDICARE**
Le puedo ayudar a inscribirse en un plan hoy.
- 4. Contactando al Plan**
Quizás se pueda inscribir en línea en la página Web del plan. Tal vez también pueda llamar al plan e inscribirse por teléfono.
- 5. Inscripción de Grupo para Planes para Recetas Médicas (PDP, por sus siglas en inglés) patrocinados por el Empleador/Sindicato**
Su empleador puede inscribirle en un Plan Patrocinado de Grupo o Sindicato.

Puede tardar hasta 30 días procesar su solicitud. Por eso, es buena idea inscribirse al principio del mes para asegurarse de recibir sus materiales antes de que la cobertura comience. Si no ha escuchado nada de su plan después de 30 días, por favor llame al plan para saber el estatus de su solicitud.

****NOTA AL CSR: Para planes de recetas médicas solamente – No lea esto al beneficiario****

Si un plan para medicamentos llama y quiere saber por qué no puede ver la inscripción del beneficiario:

Por favor contacte a su división de Servicios de Inscripción para que ellos puedan poner al día los archivos.

Tips:

TIP = If any of the required information on the enrollment form was missing or does not match Medicare's records, the plan may contact you to get the missing or incorrect information. This could delay the plan's ability to process your enrollment.

TIP = You and your spouse have to join a Medicare drug plan separately.

TIP = Not all plans offer enrollment over the phone.

SCRIPT = If the caller has Medicaid, gets help from the state to pay for their premiums, has SSI, or has applied and been approved for the extra help, read script Drug Coverage LIS Auto Enrollment How to Enroll.

SCRIPT = Drug Coverage LIS Intro, if caller is not sure if they qualify for the LIS.

SCRIPT = Drug Coverage Medicare Advantage, if the caller has questions regarding Prescription Drug Plans through Medicare Advantage Plans or other Medicare Health Plans.

SCRIPT = CS Drug Coverage Prescription Plan Finder PDPF Lead In Mcare D

SCRIPT = Drug Coverage Enrollment End of Month

SCRIPT = Drug Coverage Enrollment Disenrollment Periods Switching

FULFILLMENT = Comparing Medicare Prescription Drug Coverage # 11110

FULFILLMENT = Medicare Prescription Drug Coverage: How to Join # 11111

Status: Active	Deactivated Date: n/a
Script: **NOTA AL CSR: Lea este guión si la persona que llama le informa que sólo está inscrita en el Plan Original de Medicare.**	
<p>Medicare ofrece seguro para recetas médicas a través de planes aprobados por Medicare.</p> <p>Usted tiene dos opciones si quiere aprovechar esta cobertura:</p> <ul style="list-style-type: none">• Puede inscribirse en un plan Medicare para receta médicas solamente. Continuará recibiendo sus beneficios de salud de Medicare como hasta ahora.• También puede inscribirse en un plan Medicare Advantage o en otro Plan de Salud de Medicare que cubra su médico y cuidado de hospital al igual que sus recetas. <p>Si no se inscribe en un plan Medicare para recetas médicas, no perderá su Parte A o B de Medicare.</p> <p>Si tiene Enfermedad Renal en Etapa Final (ESRD, por sus siglas en inglés) y está inscrito en el Plan Original de Medicare, puede inscribirse en un plan Medicare para recetas médicas, pero generalmente no podrá inscribirse en un Plan Medicare Advantage u otro Plan de Salud de Medicare. Sin embargo, si ya tiene uno de estos planes, puede quedarse con el plan o inscribirse en otro que sea ofrecido por la misma compañía en el mismo estado. Si le han hecho un transplante de riñón con buenos resultados, quizás pueda inscribirse en un Plan Medicare Advantage u otro Plan de Salud de Medicare.</p>	
Tips: SCRIPT = Drug Coverage Enrollment How to Enroll SCRIPT = Drug Coverage Cost SCRIPT = EE Process Elig Mcare C SCRIPT = ESRD Intro TRANSFER = If Tier I, send to MBS/Tier II if caller wants to join a Medicare Advantage Prescription Drug (MA-PD) plan.	

Status: Active	Deactivated Date: n/a
<p>Script: Si su Plan Medicare Advantage ofrece un plan de Medicare para recetas médicas (MA-PD, por sus siglas en inglés), recibirá un aviso del plan sobre sus opciones. Lea con cuidado todos los materiales que reciba del plan.</p> <p>Si no tiene cobertura de recetas médicas y quiere añadirla, puede:</p> <ul style="list-style-type: none">• preguntar a su plan actual para averiguar si ofrecen un plan para recetas médicas. Si ofrecen cobertura de medicamentos, tendrá que recibir esa cobertura a través de su plan de salud actual, si decide quedarse con el plan. Usted será inscrito/a automáticamente en ese plan.• cambiarse a otro plan Plan Medicare Advantage en su área que ofrezca cobertura para recetas médicas o• cambiarse al Plan Original de Medicare e inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas. <p>Usted será dado de baja de su Plan Medicare Advantage si decide inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas (PDP, por sus siglas en inglés). Regresará al Plan Original de Medicare para su cobertura de salud.</p> <p>Si su plan actual no ofrece cobertura de medicamentos y usted no hace ningún cambio, tal vez tenga que pagar una penalidad si más tarde decide añadir la cobertura de medicamentos.</p> <p>Si está inscrito en un Plan Privado de Pago-por-Servicio de Medicare que no ofrece cobertura de medicamentos, puede añadir esta cobertura sin que eso afecte su inscripción en el plan. Si su plan ofrece cobertura de medicamentos, tendrá que tomar la cobertura del plan. No puede inscribirse en otro plan de medicamentos diferente.</p> <p>Si está en un Plan de Costo de Medicare que no ofrece cobertura de medicamentos, puede añadirla sin que esto afecte su inscripción en el plan. Si su plan ofrece cobertura de medicamentos, puede obtenerla a través de su plan de costo O puede comprar por separado un plan de Medicare para recetas médicas.</p> <p>Si la persona que llama tiene el Plan Original de Medicare y quiere inscribirse en un MA-PD, lea:</p> <p>Si la persona que llama no se ha inscrito en un PDP: Tendrá que esperar hasta enero para inscribirse en un plan MA-PD y tal vez tenga que pagar una penalidad.</p> <p>Si la persona que llama ya se ha inscrito en un PDP: Tal vez pueda cambiarse a un plan MA-PD durante el período de inscripción abierta para los planes Medicare Advantage (del 1ro de enero al 30 de junio de 2006).</p>	
<p>Tips: SCRIPT = Drug Coverage Enrollment Disenrollment Periods Switching</p>	

Status: Active	Deactivated Date: N/A
Script: (Maximum 1900 characters including spaces) Todos los planes de Medicare para recetas médicas cubren: <ul style="list-style-type: none">• Medicamentos recetados• Productos biológicos*• Insulina• Suministros relacionados con la aplicación de la insulina, como jeringas, agujas, paños con alcohol y gasa. (Tirillas de pruebas, lancetas y otros suministros diabéticos que están actualmente cubiertos por la Parte B seguirán siendo cubiertos por la Parte B.)** <p>Por ley, un medicamento sólo podrá ser cubierto por su plan, si:</p> <ul style="list-style-type: none">• sólo se vende con receta médica,• está aprobado por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA, por sus siglas en inglés),• se usa y vende en los Estados Unidos y• se usa por razones médicas. <p>La ley de Medicare excluye nueve (9) grupos de medicamentos de la cobertura de recetas médicas de Medicare:</p> <ol style="list-style-type: none">1. benzodiazepinas (ben-zo-dia-ze-pi-nas) (comúnmente conocidos como tranquilizantes, pastillas para dormir y pastillas para la ansiedad)2. barbitúricos (comúnmente conocidos como pastillas para dormir)3. medicamentos para aliviar el resfrío o la tos4. vitaminas y minerales recetados, excepto las vitaminas prenatales y las preparaciones con flúor5. medicamentos para la anorexia, pérdida o aumento de peso6. medicamentos sin receta (de venta libre)7. medicamentos para el crecimiento del cabello o para propósitos cosméticos8. medicamentos para la fertilidad9. medicamentos para pacientes ambulatorios cuando los fabricantes requieren que compre una prueba o servicio de monitoreo asociados exclusivamente de ellos <p>Su plan podría ofrecer cobertura adicional para algunos medicamentos excluidos. Por ejemplo, su plan podría cubrir las benzodiazepinas y podría cobrar una prima adicional. La cantidad que usted paga por estos medicamentos no cuenta para los gastos directos de su bolsillo de \$3,600. Además, usted no recibirá ninguna ayuda adicional para pagar por estos medicamentos.</p> <p>Si tiene Medicare y Medicaid y su estado pagaba por cualquiera de estos medicamentos excluidos, aún podría pagarlos.</p> <p>NOTA AL CSR: Si la persona que llama vive en Tennessee, LEA: Su estado no cubre ningún medicamento excluido.</p> <p>Puedo darle una lista de algunos de los medicamentos que su estado cubre. NOTA AL CSR: Use el Material de Referencia: State Medicaid Offices Covering Excluded Drugs</p>	
Tips: (Maximum 900 characters including spaces) *TIP = A biological product is usually a drug or vaccine made from a live product and used medically to diagnose, prevent or treat a medical condition. **TIP = The PDPF tool does not have pricing information for supplies related to the injection of insulin. Please refer the caller to the drug plan for this pricing information. TIP = If a pharmacist gets a "drug not covered" message for a drug that was previously covered by Medicaid but is excluded by Medicare (especially with regards to benzodiazepines and folic acid), they should bill Medicaid after they receive the rejection from the PDP. TIP = The message "plan limits exceeded" in many cases is because of Medicaid having covered a 31 day supply for reprocessing before calling the plan for help. TIP = Some common versions of benzodiazepines (ben-zoe-dye-AZ-e-peens) are Xanax, Valium, and Ativan. TIP = Some common types of biologicals are interferon, etanercept, and infliximab. SCRIPT = Part B Covered Diabetic Monitoring Supplies WEB = If caller has Internet access, s/he can view the list of the Medicaid-covered drugs here: http://new.cms.hhs.gov/States/EDC.list.asp .	

Status: Active	Deactivated Date: n/a
Script: Lea este guión si la persona que llama se está quejando porque un medicamento estaba en el formulario del plan cuando se inscribió y ahora no lo cubren.	
La ley de Medicare excluye de la cobertura de recetas médicas, a 9 grupos de medicamentos. (Vea la lista en el GUIÓN: Drug Coverage Covered and Excluded Drugs).	
Algunos planes de Medicare para recetas médicas en un principio incluían algunos de estos medicamentos en sus formularios. Sin embargo, como son medicamentos que están excluidos por ley, de la cobertura de Medicare, ahora los planes los han quitado de sus formularios. Su plan no tenía que haberle dado aviso previo 60 días antes de quitar del formulario estos medicamentos excluidos.	
Algunos ejemplos de medicamentos excluidos que se pudieron haber incluido en el formulario de un plan por error son:	
<ul style="list-style-type: none">• Ácido fólico• Vitamina K• Vitamina B-12	
Si la persona que llama pregunta sobre Niaspan o Niacor:	
Los productos con Niacina (Niaspan y Niacor) NO están excluidos de la cobertura de medicamentos de Medicare. Sin embargo, su plan no está obligado a cubrir estos medicamentos. Debe comunicarse con su plan de recetas médicas para averiguar si están dentro de su formulario.	
(NOTA AL CSR: Si la persona que llama pregunta acerca del cambio de planes, vea el GUIÓN, Drug Coverage Enrollment Disenrollment Periods Switching, para más información.)	
POR FAVOR NO REGISTRE ESTAS LLAMADAS COMO QUEJAS.	
Tips:	
TIP = The AARP and Humana plans had mistakenly included these drugs on their formulary. They were directed by CMS to remove them as they are statutorily excluded drugs.	
SCRIPT = Drug Coverage Covered and Excluded Drugs	
SCRIPT = Drug Coverage Enrollment Disenrollment Periods Switching	

Status: Active	Deactivated Date: n/a
Script: Medicare está comprometido a protegerle a usted y a otras personas con Medicare contra el fraude y el robo de identidad. Estas son algunas cosas que usted debe saber para protegerse.	
Los Planes Medicare para recetas médicas: <ul style="list-style-type: none">• Pueden comercializar sus productos.• Comenzaron a inscribir a las personas con Medicare el 15 de noviembre del 2005.• Tendrán el sello "Aprobado por Medicare" en todos sus materiales.	
Las personas que trabajan para los planes Medicare para recetas médicas: <ul style="list-style-type: none">• No pueden presentarse en su casa sin aviso previo para vender o respaldar ningún producto relacionado con Medicare. Pueden llamarlo para hablarle sobre el plan. Deben cumplir con las normas del Registro Nacional "No llamar" (registro de las personas que no quieren recibir llamadas comerciales) y llamar solamente entre las 8 a.m. y las 9 p.m.• No pueden inscribirlo por teléfono en un plan de medicamentos, a menos que usted los llame y les diga que quiere inscribirse.• No pueden preguntarle sobre su historial clínico cuando lo inscriben en un plan.• No pueden solicitar un pago por teléfono o Internet. El plan debe enviarle una cuenta si usted se ha inscrito por teléfono o en el sitio Web.	
Mantenga su información personal segura: No dé su información personal hasta estar seguro de que la persona está trabajando para Medicare y de que su producto está aprobado por Medicare. Su información personal puede incluir su: <ul style="list-style-type: none">• Nombre• Número de Seguro Social• Número de Medicare• Número de cuenta(s) bancaria(s)• Número de tarjeta(s) de crédito	
Si la persona que llama quiere asegurarse de que es un plan Medicare para recetas médicas legítimo: Ingrese a la Herramienta PDPF para encontrar el plan. Si la herramienta no está funcionando: <ul style="list-style-type: none">• Pídale a la persona que llama que busque el sello "Aprobado por Medicare" en los materiales que tenga. Si tienen el sello, entonces es un plan Medicare para recetas médicas legítimo.• Si la persona que llama no tiene consigo materiales del plan o no encuentra el sello, haga clic en el mapa.	
Si la persona que llama sospecha o quiere denunciar un fraude, LEA EL GUIÓN: Drug Coverage Complaints Probing Questions.	
Si la persona que llama piensa que alguien está usando su información personal de manera indebida, LEA EL GUIÓN: Medicare Card Rights Preventing Identity Theft.	
TIPS: SCRIPT= Medicare Card Rights Preventing Identity Theft SCRIPT= If caller has questions about Prescription Drug Coverage, see script Drug Coverage Overview. REFERENCE MATERIAL = Medicare Approved Seal FULFILLMENT= Quick Facts About Medicare Prescription Drug Coverage and Protecting Your Personal Information (11147). See page 1 for sample of the "Medicare Approved" seal.	

Status: Active	Deactivated Date: N/A
Script: Si tiene cobertura completa a través de Medicaid y vive en un asilo de ancianos , se puede inscribir en el plan de medicamentos que usted escoja. Si no se inscribe, Medicare le inscribirá en un plan. Usted continuará recibiendo sus medicamentos como hasta ahora y no tendrá que pagar nada de su propio bolsillo (si ha estado en el asilo al menos por un mes). Si vive en otro lugar como un Centro de Cuidado de Vida o para Adultos, podrá inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas. Su plan funcionará igual que si estuviese viviendo en su hogar. NOTA AL CSR: Lea el guión apropiado, como Drug Coverage Enrollment How to Enroll. Para recibir sus medicamentos a través de Medicare necesitará inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas. Su farmacia del asilo de ancianos debería tener un contrato con todos los planes de Medicare en su área. Podrá recibir sus recetas médicas a través de esa farmacia. Si la farmacia del asilo no acepta su plan, puede cambiarse a un plan de medicamentos de Medicare que incluya a su farmacia. Puede averiguar qué planes de Medicare para recetas médicas trabajan con su farmacia comunicándose directamente con su asilo de ancianos. INFORMACIÓN ADICIONAL: Si vive en un asilo de ancianos y está inscrito en un plan de Medicare para recetas médicas, le darán una oportunidad especial para cambiar de planes si se va del asilo. Si ya está inscrito en un plan de Medicare para recetas médicas y decide mudarse a un asilo de ancianos u otro tipo de centro de cuidado a largo plazo, si necesita hacerlo, en ese momento le darán una oportunidad especial para cambiarse a otro plan de medicamentos. También puede cambiar de planes en cualquier momento mientras esté viviendo en el asilo. Si está en un centro de enfermería especializada y recibe cobertura de Medicare para cuidado especializado, generalmente sus medicamentos están cubiertos por la Parte A de Medicare mientras esté en ese centro, siempre y cuando Medicare aún cubra su estadía en el centro de enfermería especializada.	
Tips: SCRIPT = CS Drug Coverage Prescription Plan Finder PDPF Lead In Mcare D SCRIPT = Drug Coverage LIS Medicaid Dual Eligible Spend Down SCRIPT = Drug Coverage Enrollment How to Enroll REFERRAL = If caller is unsure if they have Medicaid, have them contact their state Medicaid office. If caller is sure that they have Medicaid, there is no need to refer them to the local Medicaid office. REFERRAL = SHIP (State Health Insurance Assistance Program) if the caller needs one-on-one counseling to decide which plan is best for them. FULFILLMENT = Quick Facts about Medicare's New Coverage for Prescription drugs for people who are Nursing Home Residents #11121	

Status: Active

Deactivated Date: n/a

Script:

Si usted recibe los beneficios de salud de VA, TRICARE o los Beneficios de Salud para Empleados Federales (FEHB, por sus siglas en inglés), su cobertura no cambiará. Si decide que la cobertura de VA, TRICARE o FEHB responde a sus necesidades, puede escoger no inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas. Puede quedarse con su cobertura actual.

En casi todos los casos será mejor que se quede con la cobertura que tiene sin hacer ningún cambio. Una excepción es si usted califica para recibir la ayuda adicional de Medicare. Podría beneficiarse solicitando esta ayuda adicional.

La cobertura de VA, TRICARE y FEHB para recetas médicas es considerada acreditable, lo que quiere decir que es por lo menos tan buena como la cobertura de Medicare para recetas médicas. Si decide inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas después de ser elegible por primera vez, no tendrá que pagar una penalidad por inscribirse tarde si se inscribe dentro de los 60 días de haber perdido su cobertura de VA, TRICARE o FEHB.

Comuníquese con su centro local de VA, con TRICARE o su asegurador de FEHB antes de hacer cualquier cambio en su cobertura de recetas médicas.

INFORMACIÓN ADICIONAL PARA TRICARE

A pesar de que puede tener TRICARE y un plan de Medicare para recetas médicas, el plan de Medicare siempre pagará primero por sus medicamentos cubiertos por Medicare. Luego, TRICARE pagará por los medicamentos cubiertos por TRICARE. Por favor comuníquese con el Programa de Farmacia de TRICARE para más información.

INFORMACIÓN ADICIONAL PARA VA

En base a los medicamentos que necesita, usted puede escoger tener **ambas**, la cobertura de VA y de Medicare para recetas médicas.

Si está pensando en inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas y tiene beneficios de VA, debe tener en cuenta:

- **Dónde vive:**
Podría beneficiarse con la cobertura de Medicare para recetas médicas si está en un asilo de ancianos que no le permite usar sus beneficios actuales de VA para medicamentos. También quizás quiera la cobertura de Medicare para recetas médicas si vive lejos de un centro de VA.
- **Dónde quiere comprar sus medicamentos:**
En la mayoría de los casos, con la cobertura de VA para medicamentos, usted debe comprar sus medicamentos en una farmacia de VA o pedirlos por correo. Si prefiere comprar sus recetas de las farmacias locales, entonces quizás deba considerar un plan de Medicare para recetas médicas.

Tips:

SCRIPT = Drug Coverage LIS Employer Retiree, if caller got an auto enrollment letter.

WEB = www.va.gov/healtheligibility

REFERRAL = VA Health Benefits Service Center at 1-877-222-VETS (8387)

REFERRAL = Federal Employee Health Benefits (FEHB) insurer: 1-888-767-6738

REFERRAL = TRICARE: 1-888-363-5433

REFERRAL = To use the TRICARE Mail Order Program, call 1-866-363-8667 or for the TRICARE Retail Network Pharmacy Program, call 1-866-363-8779.

REFERENCE MATERIAL = TRICARE Prescription Drug Creditable Coverage Letter

SCRIPT = Drug Coverage LIS Intro, for general information about LIS

SCRIPT = Drug Coverage LIS Application Process, for more information about filling out an application or to check the status of an application.

Status: Active	Deactivated Date: n/a
Script: Si la persona que llama pregunta si perderá su beneficio de cupones de alimentos, LEA: Si usted lo solicita y califica para la ayuda adicional de la nueva cobertura para recetas médicas de Medicare, tal vez sus beneficios de cupones de alimentos disminuyan porque gastará menos en medicamentos. La nueva cobertura de recetas médicas significa que le quedará más efectivo para gastar en comida dado que antes usaba ese dinero para pagar por sus medicinas. El valor de la ayuda adicional que recibirá para pagar por sus recetas médicas lo compensará ampliamente por cualquier pérdida en los beneficios de cupones para alimentos. Si la persona que llama pregunta si perderá la ayuda para la vivienda, LEA: Si usted lo solicita y califica para la ayuda adicional de la nueva cobertura para recetas médicas de Medicare, no perderá la ayuda para la vivienda. Sin embargo, la ayuda podría ser reducida dado que gastará menos en medicamentos. La nueva cobertura de recetas médicas significa que le quedará más efectivo para gastar en alquiler debido a que antes usaba ese dinero para pagar por sus medicinas. El valor de la ayuda adicional que recibirá para pagar por sus recetas médicas lo compensará ampliamente por la disminución de la ayuda para la vivienda. Si la persona que llama tiene preguntas sobre si perderá la ayuda para la energía, LEA: Si usted solicita y califica para la ayuda adicional de la nueva cobertura para recetas médicas de Medicare, no perderá la ayuda para energía. Usted aún podrá recibir ayuda para los gastos de calefacción y para el aire acondicionado a través del Programa para Asistencia de Energía para Hogares de Ingreso Limitado (LIHEAP por sus siglas en inglés). Los niveles de elegibilidad para asistencia de energía del hogar son basados en su ingreso sin considerar sus gastos médicos.	
Tips: TIP = If caller gets the \$10 minimum food stamp benefit, their benefits may end. REFERRAL = Local welfare office or USDA if they have further questions about food stamp benefits. This number can be found in the caller's local phone book in the blue pages under the State Government listings. REFERRAL = Local housing authority or HUD if they have further questions about housing assistance. This number can be found in the caller's local phone book in the blue pages under the State Government listings. REFERENCE MATERIAL = Drug Coverage Food Stamps REFERENCE MATERIAL = Drug Coverage Housing Assistance	

Status: Active	Deactivated Date: N/A
<p>Script: NOTA AL CSR: Si la persona que llama pregunta por PACENET (para el estado de Pensilvania), éste es un programa estatal de asistencia farmacéutica (SPAP, por sus siglas en inglés). Por favor lea: Drug Coverage Other Assistance Programs.</p> <p>Si está inscrito en un Programa de Cobertura Total de Salud para Ancianos (PACE, por sus siglas en inglés) y desea quedarse en su plan de PACE con cobertura de recetas médicas, no tiene que hacer nada para continuar recibiendo su cobertura para medicamentos a través de PACE, como lo está haciendo ahora. Su plan de PACE incluirá automáticamente la cobertura de Medicare para recetas médicas.</p> <p>Si se inscribe por separado en un plan de Medicare para recetas médicas, será dado de baja de su plan de PACE. Recuerde que su programa de PACE no sólo le brinda cobertura de recetas médicas sino también todos los servicios médicos. Esto significa que si se inscribe en un plan de Medicare para recetas médicas por separado, ya no recibirá otros servicios de atención médica de su plan de PACE.</p> <p>Si actualmente está en un plan de PACE y quiere cambiar a un plan de Medicare para recetas médicas diferente, debe inscribirse en uno de estos planes dentro de los 60 días de la fecha en que se dio de baja de PACE si no quiere pagar una penalidad. Recuerde que si se inscribe en un plan de Medicare para recetas médicas por separado, ya no recibirá otros servicios de salud de su plan de PACE.</p> <p>Si se inscribe en un plan de Medicare para recetas médicas pero más tarde decide inscribirse en PACE, puede darse de baja del Plan de Medicare para Recetas Médicas y cambiarse a un plan de PACE en cualquier momento, siempre y cuando usted califique para el beneficio de PACE.</p> <p>Si permanece en su plan de PACE y tiene Medicare pero no tiene Medicaid, pagará una prima mensual separada por su cobertura de Medicare para recetas médicas, así como otra prima por todos los otros servicios que recibe a través de PACE. Usted podría calificar para la ayuda adicional de Medicare con los costos de sus recetas médicas dependiendo de sus ingresos y recursos.</p> <p>Si permanece en su plan de PACE y tiene Medicare y Medicaid, no tiene que hacer nada. Usted seguirá recibiendo sus medicamentos como lo hace hasta ahora sin ningún gasto directo de su bolsillo. Usted califica automáticamente para la ayuda adicional para pagar por la cobertura de Medicare para recetas médicas.</p>	
<p>Tips: TIP = If you have questions about the Medicare prescription drug coverage or would like help completing an application for extra help paying for Medicare prescription drug coverage, talk to your social worker or any other staff person at your PACE organization. SCRIPT = Drug Coverage LIS Intro SCRIPT = Drug Coverage Cost Late Penalty SCRIPT = Drug Coverage Enrollment Disenrollment Probing Questions</p>	

Status: Active	Deactivated Date: n/a
Script: Llamadas de West Corporation: Un representante podría llamarle y preguntarle si ha recibido y completado la solicitud de ayuda adicional. Si todavía no lo ha hecho, podría aconsejarle que envíe una solicitud para esta ayuda. La Administración del Seguro Social (SSA, por sus siglas en inglés) tiene un contrato con NCS Pearson, Inc. y su socio West Corporation para hacer estas llamadas. La persona que se ponga en contacto con usted le dirá que llama de West Corporation, en nombre de la Administración del Seguro Social. No le pedirá ninguna información personal, como su número de Seguro Social, su fecha de nacimiento, sus ingresos o recursos, etc. Sin embargo, puede pedirle que confirme su dirección actual en caso de que usted quiera que le envíen otra solicitud. Llamadas de SSA: La SSA SOLO lo llamará por teléfono si: <ul style="list-style-type: none">• Usted envió la solicitud para la ayuda adicional y dejó preguntas sin responder.• Hay respuestas que no se pueden leer.• Hay diferencias entre las respuestas de su solicitud y la información que reciben de otras agencias federales.• Usted le dice a West Corporation que desea que alguien del Seguro Social le ayude a llenar la solicitud por teléfono.• Usted le dice a West Corporation que tiene preguntas que debe contestar la Administración del Seguro Social. Cuando la SSA llame, nunca le pedirá el número de póliza de su seguro de vida o de su tarjeta de crédito. La única vez que le pedirá su número de Seguro Social es si el número que puso en la solicitud no es válido y necesita el número correcto. Además, si la información que usted dio es distinta de la que tienen en sus archivos, tal vez le pidan información sobre su cuenta bancaria. Si tiene alguna sospecha: <ul style="list-style-type: none">• Pregúntele a la persona que lo llamó su nombre y teléfono y llámela.• Cuelgue y llame inmediatamente a la oficina del Seguro Social para asegurarse de que la llamada fue legítima.	
Tips: REFERRAL = SSA TIP = If you receive a call about this issue, enter the following information into the feedback application (1-800 CSRs Only): <ol style="list-style-type: none">1. Caller's zip code2. Date and time that the person with Medicare received the call3. Detailed information to describe caller's questions or concerns4. Was the caller just looking for verification that the call was legitimate?5. Was caller asked for their SSN or Medicare number, and if yes, did they provide it?6. Include any name(s) or call back number(s) left with them.	

Status: Active	Deactivated Date: n/a
Script: Cuando se inscriba en un plan de Medicare que cubre recetas médicas, el plan le enviará: <ol style="list-style-type: none">1. Evidencia de Cobertura (EOC) - Este folleto le brindará detalles sobre la cobertura de medicamentos y las normas del plan.2. Resumen de Beneficios - Este documento le explicará brevemente qué beneficios le ofrece su plan.3. Formulario - Tiene la lista de medicamentos cubiertos por su plan.4. Directorio de farmacias - Tiene la lista de las farmacias de la red de su plan.5. Tarjeta del plan - Es la tarjeta que utilizará cuando compre sus medicamentos. Si su nombre en la tarjeta está incorrecto o necesita que se la reemplacen, por favor comuníquese con el plan. Cada año, el plan le enviará: <ol style="list-style-type: none">1. Aviso anual de cambios - Su plan debe avisarle sobre los cambios que hará a partir del 1ro de enero del año siguiente. Debe enviarle este aviso antes del 31 de octubre del año actual.2. Evidencia de Cobertura3. Resumen de Beneficios4. Formulario Su plan también debe enviarle una Explicación de Beneficios (EOB) durante los meses en que usó su plan Medicare para recetas médicas. La EOB debe incluir: <ol style="list-style-type: none">1. Una lista de los artículos o servicios que se pagaron y cuánto se pagó por cada uno de ellos.2. Una notificación sobre su derecho a pedir una apelación o determinación de cobertura.3. El total de gastos de su bolsillo hasta la fecha por:<ul style="list-style-type: none">• Su deducible anual• La cantidad que paga por cada receta• Los gastos directos de su bolsillo en los que pagó el 100%• El total de gastos directos de su bolsillo (TROOP, por sus siglas en inglés) que cuentan para el límite que debe cubrirse antes de que el plan empiece a pagar la parte más grande (hasta 95% de sus costos)4. El total pagado por sus medicamentos hasta la fecha, por usted y por el plan.5. Una descripción de cualquier cambio negativo en el formulario que vaya a ocurrir dentro de 60 días en el futuro. INFORMACIÓN ADICIONAL: Su plan debe tener estos documentos disponibles en otros formatos como Braile, idiomas extranjeros, audio-casete o impresión en letra grande.	
Tips: TIP = If you get the extra help, your EOB may have information about the coverage gap. You do not have a coverage gap if you qualify for the extra help. SCRIPT = Drug Coverage LIS Cost SCRIPT = Drug Coverage Cost Out of Pocket TROOP REFERRAL = Medicare prescription drug plan REFERENCE MATERIAL = Drug Coverage Model Explanation of Benefits (EOB) TIP = When you join a drug plan, your red, white, and blue Medicare card will not change.	

Status: Active	Deactivated Date: n/a
Script: Si la persona que llama tiene Medicare y Medicaid: Medicare cubre ahora sus medicamentos en vez de Medicaid. Si no se inscribió en un plan de Medicare para recetas médicas por su cuenta, Medicare le inscribió en un plan para asegurarse de que reciba cobertura. Usted debe haber recibido una carta en papel amarillo que indica el plan que Medicare le escogió. Aún puede comparar planes y escoger inscribirse en otro. Puede cambiarse a otro plan en cualquier momento.	
Si la persona que llama recibe ayuda de su estado para pagar sus primas de Medicare, tiene SSI o ha solicitado y ha sido aprobado para la ayuda adicional: Usted debe escoger un plan de Medicare para recetas médicas que responda a sus necesidades. Si no escoge un plan, Medicare le inscribirá en un plan para asegurarse de que tenga cobertura. Recibirá una carta indicando el nombre del plan que le escogieron y la fecha en que comienza. Aún puede comparar planes de Medicare para recetas médicas y cambiarse a otro plan. Si va a inscribir en un plan por su cuenta, es buena idea inscribirse a principios del mes para que reciba los materiales del plan antes de que comience su cobertura.	
Si la persona que llama fue inscrita por Medicare y quiere cambiar de planes: <ul style="list-style-type: none">• Si tiene SSI o si ha solicitado y ha sido aprobado para la ayuda adicional: Puede cambiar de planes una vez antes del 31 de diciembre del 2006.• Si tiene Medicaid o recibe ayuda para pagar sus primas de Medicare: Puede cambiar de planes en cualquier momento.	
Planes MA: Si califica para la ayuda adicional, puede recibir cobertura para recetas médicas como parte de un Plan Medicare Advantage (MA-PD). Si se inscribe en un MA-PD, recibirá toda su atención médica de Medicare a través de este plan, incluyendo recetas médicas. La ayuda adicional sólo cubrirá el costo de la prima básica para medicamentos y la parte de cobertura para recetas médicas de los costos de su plan. Usted tendrá que pagar cualquier diferencia. Usted sólo será inscrito automáticamente en un MA-PD si ya está en un Plan Medicare Advantage.	
INFORMACIÓN ADICIONAL: Después de que se inscriba, el plan sabrá automáticamente si usted debe recibir la ayuda adicional. La información se enviará a su plan a través de un sistema computarizado.	
Tips: SCRIPT = If caller has enrolled in a plan on their own, but then was auto-enrolled into a plan, read "Drug Coverage LIS Auto Facilitated Enrollment Plan Welcome Letter". TIP = The auto-enrollment process will be random. Medicare will choose among available prescription drug plans that have a premium at or below the premium for a standard plan in your region. TIP = If you are married, Medicare might not enroll you and your spouse in the same plan. If you or your spouse want to switch plans so you are both in the same plan, you can do this before the date your coverage starts or during one of the enrollment periods. SCRIPT = You may be given a Special Enrollment Period if you qualify for the extra help after May 15, 2006. See " Drug Coverage Enrollment Disenrollment Probing Questions". SCRIPT = Disenrollment Probing Questions Drug Coverage, if caller wants to opt out after being auto-enrolled or if caller wants to disenroll from a drug plan. SCRIPT = Drug Coverage LIS Mailings SCRIPT = Drug Coverage Enrollment How To Enroll. FULLFILLMENT = Comparing Medicare Prescription Drug Coverage # 11110 FULLFILLMENT = Medicare Prescription Drug Coverage: How to Join # 11111	

Status: Active	Deactivated Date: n/a
<p>Script: Aviso de inscripción automática: Las personas con Medicare y Medicaid, recibirán una carta de Medicare en papel amarillo. Esta carta le informa que Medicare está cubriendo sus medicamentos recetados en lugar de Medicaid. La carta también tiene el nombre del plan en el que Medicare le está inscribiendo y la fecha en que comenzó su cobertura.</p> <p>Aviso de inscripción facilitada ("facilitated enrollment"): Si usted recibe ayuda de su estado para pagar sus primas de Medicare, recibe beneficios de SSI, o solicitó la ayuda adicional y se la aprobaron, recibirá de Medicare una carta en papel verde. La carta tiene el nombre del plan en el que Medicare le inscribirá y la fecha en que comenzará su cobertura. En la carta también hay una lista de otros planes de su estado en que puede inscribirse. Usted puede rechazar que Medicare le inscriba en un plan.</p> <p>Si la persona quiere otra copia del Aviso de inscripción automática: Le enviaremos otra copia de la carta para sus archivos. Para hacer esto necesitaré alguna información de usted.</p> <p>Si la persona quiere otra copia del Aviso de inscripción facilitada: Lo siento, pero no me es posible enviarle otra copia de la carta. Sin embargo, puedo buscar el nombre del plan que Medicare le escogió. (Vaya al rótulo MA-PDP para ver el nombre del plan.)</p> <p>Una vez que se inscriba en un plan para recetas médicas, usted recibirá varios envíos del plan.</p> <p>Si la persona que llama decide rechazar la cobertura de Medicare para medicamentos, lea: Si quiere rechazar la cobertura de Medicare para medicamentos, lo que significa que no desea inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas y tampoco quiere que Medicare lo inscriba en un plan, Medicare le enviará una carta confirmando su pedido. Sin embargo, si quiere tener cobertura continua de recetas médicas a bajo costo o sin costo para usted, lo mejor es que se inscriba en un plan de Medicare para recetas médicas.</p> <p>INFORMACIÓN ADICIONAL: Si quiere cambiarse a otro plan de Medicare para recetas médicas o quedar fuera de (rechazar) la cobertura de Medicare para medicamentos, dependiendo de cuándo el plan de Medicare reciba su notificación, tal vez siga recibiendo documentos de ese plan. Puede ignorar esos documentos.</p>	
<p>Tips: TIP = Enrollments in one month are effective the first of the next month. SCRIPT = Drug Coverage Plan Mailings SCRIPT = Drug Coverage LIS Auto Enrollment How to Enroll SCRIPT = Disenrollment Probing Questions Drug Coverage REFERENCE MATERIAL = Drug Coverage Auto Enrollment Notice</p>	

Status: Active	Deactivated Date: N/A
-----------------------	------------------------------

Script:

Si no se inscribió en un plan para recetas médicas cuando fue elegible por primera vez, quizás tenga que pagar una penalidad si se inscribe más tarde. Su próxima oportunidad para inscribirse, cambiar o darse de baja de un plan será durante el período de elección anual (AEP, por sus siglas en inglés), del 15 de noviembre al 31 de diciembre. El cambio tendrá lugar a partir del 1ro de enero del año siguiente.

Medicare podría darle una oportunidad de inscribirse, cambiar o darse de baja de un plan fuera del AEP. A éste se le llama Período de Inscripción Especial (SEP, por sus siglas en inglés).

Si es miembro nuevo de Medicare:

Si es miembro nuevo de Medicare, puede inscribirse durante el período que empieza 3 meses antes del mes en que reciba Medicare y termina 3 meses después de que reciba Medicare. Éste es el Período de Inscripción Inicial. Si solicita inscribirse antes de que comience su Medicare, el plan de recetas médicas comenzará el mismo día que Medicare. Si solicita inscribirse después de que comience su Medicare, su plan comenzará el primer día del mes después de que su plan reciba la solicitud. Si no se inscribe cuando es elegible por primera vez, pero se inscribe más tarde, tal vez tenga que pagar una penalidad. Su próxima oportunidad de inscribirse será durante el AEP.

Medicare Advantage (MA)

Si es elegible para inscribirse o ya es miembro de un Plan MA, tal vez pueda inscribirse en un plan MA o cambiarse a otro, o bien retirarse de su plan y obtener el Plan Original de Medicare. Puede hacer un solo cambio durante el Período de Inscripción Abierta (del 1ro de enero al 30 de junio). No podrá añadir ni quitar la cobertura de medicamentos después del 15 de mayo de 2006. Por ejemplo, si ahora tiene un MA-PD, puede cambiarse a otro MA-PD o a Medicare Original con un Plan de Recetas Médicas. O, si ahora tiene un Plan MA, puede cambiarse al Plan Original de Medicare.

Para cambiar de planes:

Para cambiar de planes, necesita estar dentro de un período de inscripción válido. Si lo está, simplemente tiene que inscribirse en otro plan y eso le dará de baja automáticamente de su antiguo plan. Si cambia de planes, puede usar el plan que tenía hasta que comience su nuevo plan (generalmente, el primer día del siguiente mes).

Si cambia de planes, todos los gastos directos de su bolsillo (incluido el deducible) que ya pagó se transferirán a su nuevo plan.

Tips:

TIP = If you have both Medicare and full Medicaid coverage, or you get help with your Medicare premiums, you can join or switch plans at any time (SEP).

TIP = If you get SSI or you're approved for the extra help and Medicare picked a plan for you, you get a SEP to switch plans once until Dec 31. If you're approved for the extra help after May 15, 2006, you'll get a SEP to join a drug plan. If you don't join a plan on your own, Medicare will pick a plan for you. You'll then get a SEP to switch plans once. If you disenroll from the plan that Medicare picked or you opt out, your SEP ends and you have to wait until Nov 15 to join a plan.

TIP = If you joined a plan (either MA-PD or PDP), this counted as your IEP selection. If you switched plans (to either an MA-PD or PDP), this counted as your AEP selection. If you wish to switch to another plan (to either an MA-PD or PDP) you can do so only within the OEP guidelines, in the chart below, unless you qualify for a SEP.

Starting on May 15, 2006 through June 30, 2006 (OEP), the following changes can be made:

If you are already in:	You can only enroll in:
MA-PD	another MA-PDP or Original Medicare + PDP
MA only	another MA only or Original Medicare only
Original Medicare + PDP	MA-PDP
Original Medicare only	MA with no drug coverage

TIP = If you enroll, switch or disenroll but change your mind before the change goes into effect, you should call your plan to cancel the enrollment/disenrollment request.

SCRIPT = EE Enroll Per Gen and IEP (for detailed information on the Part B Initial Enrollment Period)

SCRIPT = **Disenrollment Probing Questions Drug Coverage (for disenrollment questions)**

SCRIPT = Drug Coverage LIS Auto Enrollment How to Enroll

SCRIPT = Drug Coverage Cost Late Penalty

Status: Active	Deactivated Date: n/a
Script: (Maximum 1900 characters including spaces) Usted puede inscribirse en UN SOLO plan de Medicare para recetas médicas. Sin embargo, en la mayoría de los casos, puede inscribirse en uno de estos planes aún si ya tiene cobertura de medicamentos de otro seguro. Tal vez no pueda tener la cobertura de recetas médicas de Medicare y la cobertura de medicamentos de empleador/jubilado si su empleador solicita por usted el subsidio de medicamentos de jubilados. Su empleador es responsable de explicarle cómo funciona su cobertura con la de Medicare. Coordinación de beneficios: Cuando se inscriba en un plan de Medicare para recetas médicas, en el formulario de inscripción, se le preguntará si tiene otra cobertura de medicamentos. Si responde que "sí", le harán una encuesta de seguimiento para averiguar qué otro(s) tipo(s) de cobertura tiene. Esta encuesta podría realizarse por teléfono, por correo o en persona. Medicare entonces trabajará con su otro seguro de medicamentos para ver quién pagará primero. Cuando compre su medicamento, la farmacia enviará una reclamación electrónica a su plan. Esa reclamación también se enviará a todos sus otros seguros que cubren recetas médicas. Después le informarán cuánto tendrá que pagarle a la farmacia. Este proceso se realizará mientras espera que le entreguen el medicamento. Quién paga primero: Su plan de Medicare para recetas médicas pagará primero si: <ol style="list-style-type: none">1. Usted está jubilado o no trabaja.2. Usted o su cónyuge trabajan, Y<ul style="list-style-type: none">• El lugar donde usted o su cónyuge trabajan tiene menos de 20 empleados (si usted tiene más de 65 años)• El lugar donde usted o su cónyuge trabajan tiene menos de 100 empleados (si usted es incapacitado)3. Su cobertura no está basada en su empleo. El seguro de compensación del trabajador y la cobertura de responsabilidad pública o de responsabilidad civil pagarán antes que el plan de Medicare para recetas médicas. TROOP: Otros planes pueden trabajar con Medicare y además ayudarle con sus copagos, deducible y gastos para cubrir las faltas de cobertura ("gaps"). Sin embargo, cualquier pago hecho por otra compañía de seguro, no será tomado en cuenta para llegar a su límite catastrófico. El límite catastrófico se alcanza cuando usted ha gastado \$3,600 de su bolsillo y entonces Medicare comienza a pagar el 95% del costo de sus medicamentos.	
Tips: (Maximum 900 characters including spaces) REFERRAL = Medicare prescription drug plan REFERRAL = Third Party Insurance Benefits Administrator SCRIPT = MSP Who Pays First Overview SCRIPT = Drug Coverage Cost Out of Pocket TROOP SCRIPT = Drug Coverage Cost SCRIPT = Drug Coverage Employer Retiree	

Status: Active	Deactivated Date: n/a
Script: Lea si la persona que llama vive en PA, tiene elegibilidad doble y recibió una carta de Medicare con fecha de febrero o marzo del 2006:	
Nota al CSR: Verifique el rótulo MA-PD para ver si la persona fue inscrita en forma pasiva (Enrollment Type C).	
Usted recibió una carta sobre cambios importantes en sus beneficios de Medicare. La misma también le explica las opciones que tiene relacionadas con esos beneficios. A partir del 1ro de enero del 2006, a usted le inscribieron en un plan Medicare Advantage diseñado especialmente para las personas que tienen Medicare y Medicaid para el cuidado de su salud y sus recetas médicas.	
¿Está usted conforme con su plan actual?	
SÍ: Entonces no tiene que cambiar nada. **NOTA AL CSR: Lea “Additional Information” en Tips.**	
NO: Si no quiere quedarse con su plan actual, puede:	
<ol style="list-style-type: none">1. Inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas. Regresará al Plan Original de Medicare para su cobertura de salud el primer día del mes siguiente. Hay planes de Medicare para recetas médicas en los que no pagará ninguna prima y muy poco por cada receta. (Si la persona que llama desea esta opción, vaya a la herramienta PDPF y compare los planes.)2. Inscribirse en otro plan de medicamentos de Medicare Advantage (Si la persona que llama desea esta opción, Tier 1 transfiera la llamada a Tier 2 para comparar los planes MA-PD.)3. Darse de baja de su plan actual y rechazar la cobertura de Medicare para recetas médicas. Recuerde que una vez que deje su plan actual, ni Medicare ni Medicaid pagarán por sus medicamentos. (Si la persona que llama desea esta opción, lea el guión: Disenrollment Probing Questions Drug Coverage.)	
(NOTA AL CSR: Si la persona que llama quiere que la inscripción comience antes, vea Tips.)	
NO ESTÁ SEGURO/A: Debe tener en cuenta si sus médicos, el hospital y otros proveedores de salud actuales están dentro de la red del plan. Si lo están, puede seguir atendiéndose con ellos. También debe averiguar si su plan cubre los medicamentos que ha estado tomando. Para obtener esta información, comuníquese con el plan.	
Puede cambiar de plan de salud o de recetas médicas de Medicare en cualquier momento si su plan no responde a sus necesidades. El cambio se hará efectivo el primer día del mes siguiente.	
Tips: ADDITIONAL INFO: <ul style="list-style-type: none">• You can see your usual doctors and other health care providers to receive Medicare-covered services until June 30, 2006, even if they are not in your plan's provider network. You do not need a referral. You should also be able to get the same prescriptions you're taking now without prior approval from your plan. You may want to take this letter to your doctors or pharmacist in case they have questions. After June 30, 2006, if you stay a member of this plan, you must use only doctors and providers who are part of this plan's network and follow their rules.	
TIP = The plans involved are Keystone/Mercy, Gateway, Three Rivers, University of Pittsburgh Medical Center (UPMC), Health Partners, or AmeriHealth.	
TIP = If caller states they are having trouble getting services: Follow the local protocol for entering complaints.	
TIP = If caller wants the enrollment to start earlier: **Complete the PA Retro Enrollment Template** Ask if they've seen a doctor, been hospitalized or had prescriptions filled this year. If so, returning them to Original Medicare and a PDP retroactively might make them responsible for some of the cost of Medicare covered services they've already received.	
REFERRAL = If caller feels that they received this letter in error and they were not passively enrolled into one of the plans listed above, tell them to call the plan's toll-free number that is listed in the letter. The plan will need to correct their records.	
REFERENCE MATERIAL = Sample Special Needs Plan Letter Pennsylvania	
REFERENCE MATERIAL = Sample Special Needs Plan Follow Up Letter Pennsylvania	

Status: Active	Deactivated Date: N/A
Script: <p>Todos los planes de Medicare para recetas médicas tienen un formulario, que es una lista de los medicamentos que cubre el plan. Generalmente, el plan cubre estos medicamentos siempre que sean necesarios por razones médicas, se compran en una farmacia de la red y cumplan con otras normas del plan.</p> <p>El formulario debe cumplir con los requisitos de Medicare. Todos los cambios deben ser aprobados por Medicare. En general, un plan no puede cambiar la cobertura para los medicamentos que está tomando durante el año. Pero, su plan podría, por ejemplo, quitar un medicamento del formulario si las investigaciones comprueban que ese medicamento no es seguro o si hay disponible un nuevo medicamento genérico similar que cuesta menos.</p> <p>El plan debe informarle por lo menos 60 días sobre cualquier cambio en el costo o la cobertura de sus medicamentos. Sin embargo, su plan puede quitar un medicamento inmediatamente del formulario si la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) considera que no es seguro o si se lo retira del mercado. Si esto ocurre, el plan le enviará una lista de otros medicamentos alternos que están en el formulario que podrían ser apropiados.</p> <p>Los medicamentos del formulario pueden estar agrupados en distintos "niveles" de preferencia. Cada plan crea sus propios niveles de distintas maneras. Por ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none">• Nivel 1 - Medicamentos genéricos. Son los que generalmente cuestan menos.• Nivel 2 - Medicamentos de marca preferidos. Estos generalmente cuestan más que los del Nivel 1.• Nivel 3 - Medicamentos de marca no preferidos. Estos generalmente cuestan más que los del Nivel 1 y 2. <p>Tenga en cuenta que esto es solo un ejemplo. El formulario de su plan podría tener más o menos niveles y podría marcarlos en forma distinta.</p> <p>Los planes de Medicare para recetas médicas tienen que ofrecer Programas de Control de Medicamentos para los miembros:</p> <ul style="list-style-type: none">• que tienen más de un problema médico.• los que toman muchos medicamentos.• los que tienen costos altos de medicamentos. <p>Un Programa de Control de Medicamentos puede ayudarle a asegurarse de que usa el medicamento apropiado para tratar su problema médico y a detectar posibles errores en los medicamentos. Si desea saber más sobre estos programas, o inscribirse en uno de ellos, comuníquese con su plan.</p>	
Tips: <p>TIP = Medicare drug plans must provide a formulary to their members. REFERRAL = If caller wants to know the formulary for a plan, go to the PDPF tool or refer the caller to the plan. TIP = Plans may allow you to get a 30, 60, or 90 day supply of medication. It will vary depending on the plan. REFERRAL = Medicare drug plan REFERENCE MATERIALS = Definitions (English) TIP = Generic drugs have the same active-ingredient formula as a brand-name drug and may cost less. TIP = Preferred brand-name drugs are drugs that the plan prefers and may be less expensive than non-preferred brand-name drugs. TIP = A non-preferred brand-name drug is a medication that usually has an alternative generic or preferred-brand-name drug. It may be more expensive than a preferred brand-name drug. SCRIPT = CS Drug Coverage Prescription Plan Finder PDPF Lead in Mcare D</p>	

Status: Active	Deactivated Date: N/A
Script: Si un medicamento que usted toma no aparece en la lista del formulario de su plan, llame primero al plan y pregunte si está cubierto. Si su plan no cubre el medicamento, puede pedirles: <ul style="list-style-type: none">• una lista de medicamentos similares que estén cubiertos. Cuando reciba la lista, hable con su médico para ver si puede tomar alguno de ellos en lugar del medicamento que no está cubierto.• que hagan una excepción y cubran su medicamento. Usted puede pedir distintos tipos de excepciones. Puede pedirle a su plan: <ul style="list-style-type: none">• que cubran su medicamento incluso si no está en el formulario.• que lo eximan de las restricciones de cobertura tales como la autorización previa, terapia en etapas o límites a la cantidad de su medicamento.• que le provean una mayor cobertura para su medicamento (solo si está en el formulario). Esto reducirá la cantidad que debe pagar. Para obtener una excepción, debe comunicarse con su plan y pedir una decisión o determinación inicial de cobertura. Debe enviar una declaración de su médico apoyando su pedido. Generalmente, el plan debe tomar una decisión 72 horas luego de haber recibido su pedido. En la mayoría de los casos, si su plan aprueba, la excepción será válida por el resto del año. Si su plan no aprueba su pedido, en la mayoría de los casos podrá apelar la decisión. Tal vez pueda recibir un suministro temporal de ese medicamento. Puede recibirlo: <ul style="list-style-type: none">• Si usted fue inscrito automáticamente en el plan y no cubre su medicamento,• Si usted no sabía que el plan no cubría ese medicamento, O• Si usted no sabía que podía pedir una excepción al formulario. Después de recibir el suministro temporal, debe hablar con su médico para decidir: <ul style="list-style-type: none">• si hay otro medicamento cubierto por el plan que pueda tomar,• si quiere pedir una excepción, o• si quiere cambiar a otro plan para recetas médicas (durante el período de inscripción). READ: Drug Coverage Transition, for more about temporary supplies. **NOTA AL CSR: Vea Tip para más información.**	
Tips: TIP = Medicare drug plans must provide a formulary to their members. REFERRAL = Medicare drug plan TIP = You can choose to purchase the prescription and then submit an exceptions request. If you are in a long term care facility, your plan is required to give you an emergency supply of the drug, even if it is not on the formulary. TIP = If you cannot afford to purchase the entire prescription before requesting an exception, you may be able to get and pay for part of the prescription. Please talk with your pharmacist for more information. TIP = If you already purchased your prescription and later your exceptions request is approved, you can send your receipt to your plan for reimbursement. To find out how, you can look in your Evidence of Coverage book or call your plan directly. TIP = If you have Medicare and Medicaid, you can switch plans at any time. SCRIPT = Drug Coverage Formulary SCRIPT = Drug Coverage Formulary Restrictions SCRIPT = Drug Coverage Enrollment Disenrollment Periods Switching SCRIPT = RP Appeal Drug Coverage Denial CIm Enrollment Mcare D, if caller wants to file an appeal	

Status: Active	Deactivated Date: N/A
Script: (Maximum 1900 characters including spaces) <p>Si usted está inscrito en un plan de Medicare para recetas médicas, y está tomando un medicamento que no está en el formulario, el plan debe darle un tiempo de transición para que cambie su medicamento por otro del formulario, que sea similar al medicamento que está tomando, o para que solicite una excepción.</p> <p>Si se inscribió en los primeros meses del programa de recetas médicas de Medicare, tenía hasta el 31 de marzo para hacer la transición o para que se procesara el pedido de excepción, si era apropiado. Si se inscribió el 1ro de abril o después, tenía 30 días para hacer la transición u obtener la excepción.</p> <p>**Lea solamente a los recién inscritos:</p> <p>Si solo ha estado en su plan por los primeros 30 días, debe:</p> <ul style="list-style-type: none">• Comunicarse con su plan para asegurarse de que todos sus medicamentos estén cubiertos.• Renovar sus recetas antes de fin de mes.• Hablar con su farmacéutico o su médico si está tomando un medicamento que no está en el formulario del plan, para averiguar si hay algún medicamento similar para reemplazar el que usted toma.• Obtener una receta de su médico para el medicamento de reemplazo.• Solicitar una excepción a su plan. <p>Una vez que el período de transición haya terminado, su plan de Medicare para recetas médicas no tendrá obligación de darle un suministro temporal del medicamento que toma.</p> <p>Si no hizo la transición de su medicamento antes de que terminara el período de transición, puede:</p> <ul style="list-style-type: none">• Llamar a su plan para averiguar sobre la cobertura temporal de su medicamento mientras se completa el proceso de transición.• Preguntar al farmacéutico si hay un medicamento genérico.• Contactar a su médico para preguntarle sobre el medicamento similar cubierto por su plan.• Llamar a su plan para pedir una determinación de cobertura o una excepción si su médico no cree que el medicamento similar funcionará para usted. Si es una situación de urgencia, puede pedirle al plan una revisión rápida, que debe completarse en 24 horas.	
Tips: <p>TIP = If you pay for a drug that the plan does not cover, and then your exception or appeal is approved, the plan will be required to reimburse you up to the amount the plan would have paid if it covered the drug.</p> <p>SCRIPT = Drug Coverage Formulary Exceptions</p>	

Status: Active	Deactivated Date: N/A
Script: Ciertos medicamentos están cubiertos por su plan. Puede que haya ciertas normas sobre cómo obtenerlos, por ejemplo: <ul style="list-style-type: none">• Autorización previa - Lo que significa que necesita autorización de su plan antes de comprar el medicamento.• Límites de cantidad - Por razones de seguridad y costos, su plan puede limitar la cantidad que cubre de dicho medicamento en un determinado período de tiempo. Si usted se encuentra en una "zona de emergencia", podrían despacharle inmediatamente otra receta de sus medicamentos si se pierden o usted no sabe dónde están cuando ocurre una emergencia. Una "zona de emergencia" es un lugar donde se ha declarado un estado de emergencia bajo la Ley Stafford o la Ley de Emergencias Nacionales y una emergencia de salud pública.• Terapia en etapas - En algunos casos su plan le requiere que primero pruebe los medicamentos menos costosos, que han sido eficaces en la mayoría de las personas para tratar un problema como el suyo, antes de cubrir otra medicina para ese problema. Por ejemplo, si el medicamento A y el B pueden usarse para tratar su problema de salud, su plan podría negarse a cubrir el medicamento B hasta que haya probado el A. Si el medicamento A no funciona, entonces el plan cubrirá el B. Sin embargo, si ya ha probado el medicamento similar de menor costo y no funcionó, o si su médico cree que debido a su condición médica es médicamente necesario que usted esté en una medicina de terapia en etapas, la persona puede comunicarse con el plan y pedir una excepción. Si el pedido de su médico es aprobado, el medicamento será cubierto.• Sustitución por un medicamento genérico - Cuando haya disponible una alternativa genérica, las farmacias de la red del plan le venderán el medicamento genérico automáticamente, a menos que su médico haya indicado que usted debe tomar el medicamento de marca. Un medicamento genérico funciona igual que un medicamento de marca. Los medicamentos genéricos están aprobados por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) y por lo general cuestan menos que los de marca. <p>Usted puede averiguar si sus medicamentos tienen algún límite llamando al plan o fijándose en el formulario.</p>	
Tips: TIP = Medicare drug plans must provide a formulary to their members. REFERRAL = Medicare drug plan TIP = You can refer the doctor, pharmacist, or beneficiary to the drug plan for information about any of these restrictions, including prior authorization.	

Status: Active	Deactivated Date: N/A
<p>Script: Una farmacia de la red es una farmacia que tiene un contrato con su plan de Medicare para recetas médicas, para brindarle servicios. En la mayoría de los casos, sus medicamentos están cubiertos por su plan sólo si los compra en una farmacia de la red o a través de su servicio de pedido por correo.</p> <p>Su plan puede incluir farmacias preferidas. Tal vez pague copagos o coseguros más bajos si compra las recetas médicas cubiertas en estas farmacias.</p> <p>Los planes Medicare para recetas médicas deben proporcionar a sus miembros un directorio de farmacias si lo solicitan. Su plan puede agregar o quitar farmacias del directorio. Para obtener la información más actualizada, llame a su plan o visite su sitio Web.</p> <p>Si viaja a otro estado, puede llamar a su plan para averiguar si hay farmacias de la red en ese estado.</p> <p>Su plan podría ofrecer un servicio de pedido por correo. Tal vez pueda pedir por correo los medicamentos que toma regularmente para tratar una enfermedad crónica o un problema de salud que requiere tratamiento a largo plazo.</p> <p>No tiene la obligación de usar el servicio de pedido por correo. Siempre puede usar las farmacias de la red de su plan.</p> <p>**NOTA AL CSR: Si un plan ofrece servicios de pedido por correo, pero la herramienta PDPF no tiene la lista de precios, refiera a la persona que llama al plan.**</p> <p>Para comprar un medicamento en una farmacia de la red del plan, deber mostrar su tarjeta de miembro del plan o una carta de l plan indicando que recibieron su solici tud. Si no tiene ninguna de la s dos, tal vez tenga que pagar el costo total de la receta, aun si el medicamento está cubierto por el plan. Si esto ocurre, debe enviar una reclamación al plan para que le reembolsen el costo del medicamento cubierto. Para averiguar cómo presentar una reclamación, consulte la publicación "Evidencia de Cobertura" o llame al plan directamente.</p>	
<p>Tips: TIP = Medicare drug plans must provide a formulary to their members. REFERRAL = Medicare drug plan SCRIPT = Drug Coverage Out of Network Pharmacies</p>	

Status: Active	Deactivated Date: N/A
<p>Script: Una farmacia fuera de la red es una farmacia que no tiene un contrato con su plan Medicare para medicinas para brindarle servicios. Si compra sus medicamentos en una farmacia fuera de la red, tendrá que pagar el costo total de la receta. Después puede enviar una reclamación a su plan para que se lo reembolsen. Para averiguar cómo enviar la reclamación, consulte la publicación “Evidencia de Cobertura” o llame al plan directamente.</p> <p>Su plan de Medicare para medicinas sólo cubrirá las recetas compradas en una farmacia fuera de la red por los siguientes motivos, cuando no haya una farmacia de la red disponible:</p> <ul style="list-style-type: none">• Si está viajando dentro de los Estados Unidos o sus territorios y se enferma o pierde o se le acaba el medicamento.• Si los medicamentos son para tratar una emergencia médica o cuidado de urgencia .• Si no puede conseguir el medicamento cubierto a tiempo dentro del área de servicio del plan porque no hay una farmacia de la red cercana , que atienda las 24 horas.• Si intenta comprar un medicamento que normalmente no se guarda en la farmacia de la red o en la farmacia de pedido por correo. <p>Antes de comprar su medicamento, debe llamar a su plan para averiguar si hay una farmacia de la red en el área donde los compra.</p> <p>Usted tendrá que pagar la diferencia entre lo que pagará su plan en una farmacia de la red y lo que le cobre la farmacia que no pertenece a la red.</p> <p>El plan no pagará por los medicamentos comprados en farmacias fuera de los EE. UU. y sus Territorios, aunque se trate de una emergencia médica. Esto también es válido para farmacias que envían órdenes por correo.</p>	
<p>Tips: REFERRAL = Medicare prescription drug plan SCRIPT = Drug Coverage Plan Mailings SCRIPT = Drug Coverage Drug Importation</p>	

Status: Active	Deactivated Date: N/A
<p>Script: NOTA AL CSR: Lea si la persona que llama se identifica como un/a farmacéutico/a o de una farmacia. Las personas que tienen cobertura de medicamentos de Medicare solamente pueden usar farmacias que tengan contratos con planes Medicare para recetas médicas. Si usted tiene preguntas generales sobre estos planes, se puede conectar a través del:</p> <p>http://www.cms.hhs.gov/Pharmacy/</p> <p>Usted también puede ir a este sitio Web si su farmacia no tiene contrato con un plan de Medicare para recetas médicas y quiere más información sobre cómo hacer un contrato con un plan.</p> <p>Si su farmacia tiene contrato con un Plan de Medicare para Recetas Médicas y usted tiene preguntas sobre facturas/pagos u otros procesos generales, entonces tendrá que comunicarse con el patrocinador del plan de recetas médicas para que le dé respuestas a sus preguntas.</p> <p>NOTA AL CSR: Lea si la persona que llama se identifica como un empleador: Si usted tiene preguntas sobre el Subsidio para Medicamentos del Empleador puede llamar al 1-877-737-4357 o ir al sitio Web de RDS:</p> <p>http://rds.cms.hhs.gov/</p> <p>Si usted tiene preguntas sobre determinaciones de cobertura acreditable, divulgación de información u otros detalles sobre pólizas, puede ir a la página 'Employer Partner':</p> <p>http://www.cms.hhs.gov/EmplUnionPlanSponsorInfo/</p>	
Tips: (Maximum 900 characters including spaces)	

Status: Active	Deactivated Date: N/A
Script: <p>La inscripción en un plan de Medicare para recetas médicas es siempre su decisión. Si tiene CHAMPVA y se inscribe en un plan de Medicare para recetas médicas, Medicare será el pagador primario y CHAMPVA el secundario. Esto significa que Medicare pagará primero y CHAMPVA reembolsará su copago hasta el 75% de la cantidad autorizada por CHAMPVA para los medicamentos cubiertos. Usted será el responsable de pagar los costos que no estén cubiertos por ninguno de estos programas.</p> <p>La cobertura para recetas médicas de CHAMPVA se considera acreditable, lo que quiere decir que es por lo menos tan buena como la cobertura de Medicare para recetas médicas. Esto significa que si usted decide inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas después de ser elegible por primera vez, no tendrá que pagar una penalidad por inscribirse tarde.</p> <p>Si tiene ingresos y recursos limitados, tal vez pueda calificar para recibir ayuda adicional con los costos de su plan de Medicare para recetas médicas. Si piensa que califica, debe solicitar la ayuda adicional e inscribirse en uno de estos planes de Medicare. Puede quedarse también con su cobertura de CHAMPVA como pagador secundario.</p> <p>Si está inscrito en el programa <u>Meds by Mail</u> de CHAMPVA y se inscribe en un plan de Medicare para recetas médicas, ya no será elegible para <u>Meds by Mail</u>. Esto se debe a que <u>Meds by Mail</u> es sólo para aquellos que no tienen otro tipo de cobertura de medicamentos.</p> <p>Para más información, puede llamar a CHAMPVA al 1-800-733-8387 o visitar www.va.gov/hac en la Internet.</p>	
Tips: <p>TIP = You are not required to join a Medicare drug plan; it is optional. REFERRAL = CHAMPVA at 1-800-733-8387 or www.va.gov/hac SCRIPT = CHAMPVA</p>	

Status: Active	Deactivated Date: n/a
<p>Script: Todos los planes Medicare para medicinas incluyen cobertura para las personas que tienen costos de medicamentos demasiado altos. Después de que haya gastado \$3,600 de su bolsillo en sus recetas durante el año calendario, Medicare pagará el 95% del costo de sus medicamentos y usted el 5% por el resto del año. Su plan llevará un control de los gastos directos de su bolsillo y le avisará cuando haya llegado al límite de \$3,600. Por cada mes que compre medicamentos cubiertos, recibirá una Explicación de Beneficios que indica los gastos directos de su bolsillo hasta la fecha.</p> <p>Los siguientes pagos cuentan para el límite de gastos directos de su bolsillo:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Deducible anual2. Lo que paga por cada medicamento3. Todo pago que haga durante el período en que usted es responsable de pagar el 100% de los costos. Estos pagos sólo cuentan si los medicamentos:<ul style="list-style-type: none">• Están en el formulario de su plan• No estaban en el formulario del plan pero, por una determinación de cobertura, excepción o apelación especial, se autorizó que cuenten para el límite de gastos directos de su bolsillo• Se compraron en una farmacia fuera de la red con la autorización de su plan. <p>Los siguientes NUNCA contarán para el límite de gastos directos de su bolsillo:</p> <ul style="list-style-type: none">• Su prima• Medicamentos comprados fuera de los EE.UU. y sus territorios• Medicinas cubiertas por su plan que están excluidas por las leyes de Medicare• Medicamentos de venta libre o vitaminas (incluso si son requeridas por su plan como parte de la terapia en etapas) <p>Los pagos CONTARÁN para el límite de gastos directos de su bolsillo si fueron hechos por:</p> <ul style="list-style-type: none">• Familiares• Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica (SPAPs)• Ayuda adicional de Medicare• La mayoría de organizaciones caritativas (a menos que hayan sido establecidas, administradas o controladas por su actual o antiguo empleador o sindicato) <p>Los pagos NO CONTARÁN para el límite de gastos directos de su bolsillo si fueron hechos por:</p> <ul style="list-style-type: none">• Planes de salud grupales• Planes de seguro médico• Terceras partes como TRICARE y Compensación del Trabajador <p>Si tiene cobertura de terceras partes que paga parte de los gastos directos de su bolsillo, debe avisarle a su plan Medicare para medicinas.</p>	
<p>Tips: SCRIPT = Drug Coverage Other Assistance Programs</p>	

Status: Active	Deactivated Date: n/a
Script: ** NOTA AL CSR: Lea este gui3n si la persona que llama le indica que su empleador o sindicato dejar3 de brindar cobertura de salud o de medicamentos para jubilados en el 2006. **	
Lea si la persona que llama pregunta si los empleadores o sindicatos pueden legalmente dejar de brindar dicha cobertura: Medicare insta a los empleadores y sindicatos a continuar brindando cobertura de salud y/o de recetas m3dicas a sus jubilados. Sin embargo, Medicare no puede obligarlos a hacerlo si ellos deciden no brindarla.	
Lea si la persona que llama le pregunta d3nde pueden reportar la cancelaci3n de su cobertura: Medicare no supervisa la forma en que se manejan los planes de beneficios para los empleados. La Administraci3n para la Seguridad de Beneficios a los Empleados del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos (EBSA, por sus siglas en ingl3s) y el Servicio de Rentas Internas (IRS, por sus siglas en ingl3s) supervisan conjuntamente los planes de beneficios para empleados del sector privado. Usted puede hacer preguntas sobre su cobertura y sobre c3mo est3 cambiando, llamando a EBSA al 1-866-444-EBSA (1-866-444-3272). Un Asesor de Beneficios responder3 a sus preguntas y le explicar3 sus derechos de acuerdo a la ley.	
Lea si la persona que llama desea presentar una queja sobre la cancelaci3n de su cobertura: Usted puede hacer preguntas sobre su cobertura y sobre c3mo est3 cambiando, llamando a la Administraci3n para la Seguridad de Beneficios a los Empleados del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos (EBSA) al 1-866-444-EBSA (1-866-444-3272). Un Asesor de Beneficios registrar3 su queja y le explicar3 sus derechos de acuerdo a la ley.	
Tips: REFERRAL = United States Department of Labor Employee Benefits Security Administration (EBSA), 1-866-444-EBSA (1-866-444-3272)	

Status: Active	Deactivated Date: N/A
Script: (Maximum 1900 characters including spaces)	
**Utilice si la persona que llama es un indígena americano o nativo de Alaska Y recibe los beneficios del Programa de Salud para Indígenas.	
<p>Muchas farmacias del servicio de salud para indígenas ofrecen planes de Medicare para recetas médicas. Usted y su proveedor de servicios de salud para indígenas se beneficiarán si escoge uno de estos planes. Usted continuará recibiendo sus medicamentos del modo en que lo hace actualmente. Sin embargo, su proveedor de servicios de salud para indígenas ahorrará dinero y tal vez pueda aumentar los servicios para su comunidad, porque Medicare le pagará a la farmacia por sus medicamentos.</p> <p>Puede averiguar cuáles planes de Medicare para recetas médicas trabajan con su farmacia, llamando a su farmacia o, si lo desea, yo puedo ayudarle ahora.*</p> <p>Podría recibir ayuda para pagar por las primas, coseguro y deducible de su plan de Medicare para recetas médicas:</p> <ul style="list-style-type: none">• Cada Programa de Salud para Indígenas tiene normas diferentes. Comuníquese con su programa local.• Tal vez sea elegible para la ayuda adicional. Comuníquese con su proveedor de salud o con la Administración del Seguro Social. <p>Si tiene Medicare y Medicaid, será inscrito automáticamente en un plan de Medicare para recetas médicas. Recibirá una carta indicándole el nombre del plan que Medicare escogió para usted. Debe llamar a su proveedor de servicios de salud para indígenas o a Medicare para asegurarse si su proveedor participa en el plan de Medicare para recetas médicas. Si no participa, tendrá que escoger otro plan.</p> <p>La cobertura de recetas médicas del Servicio de Salud para Indígenas, Tribus, Organizaciones Tribales o el Programa de Salud para Indígenas Urbano (I/T/U) es por lo menos tan buena como la cobertura estándar de Medicare (cobertura de recetas médicas acreditable). Su proveedor de servicios de salud para indígenas le enviará una carta indicándole que su cobertura es por lo menos tan buena como la de Medicare. Si decide inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas después de ser elegible por primera vez, guarde esta carta y muéstrésela a su plan para evitar que le cobren la penalidad por inscribirse tarde.</p> <p>Si tiene preguntas o necesita ayuda para escoger un plan, comuníquese con su proveedor local de servicios de salud para indígenas.</p>	
Tips: (Maximum 900 characters including spaces)	
<p>*TIP = Access the PDPF tool and find a plan that contracts with the caller's network pharmacy. SCRIPT = CS Drug Coverage Prescription Plan Finder PDPF Lead In Mcare D TIP = Also use this script if caller identifies themselves in the following way: Indian, Native American, Indian elder, Indian Health Service, Tribe, Tribal member, Tribal health, or by a specific Tribe. REFERRAL = The Indian Health Service (IHS) is a federal agency under the Department of Health and Human Services that provides health care for American Indians and Alaska Natives. See Reference Materials document for contact information. REFERENCE MATERIAL = Drug Coverage - Indian Health Services Area Office Points of Contact REFERRAL = SSA SCRIPT = Drug Coverage LIS Enrollment How to Enroll, if caller wants more information on choosing another plan if they were automatically enrolled. SCRIPT = Drug Coverage Overview SCRIPT = Drug Coverage How to Enroll</p>	

Status: Active	Deactivated Date: N/A
Script:(Maximum 1900 characters including spaces) Tal vez se haya enterado de que hay una "ayuda adicional" para pagar por sus medicamentos recetados si usted tiene ingresos limitados. Este programa sólo está disponible en los Estados Unidos. **DEBE PREGUNTAR: ¿Tiene usted cobertura de Medicaid? Si responde "NO": A pesar de que no puede recibir la ayuda adicional, aún puede inscribirse en un plan para recetas médicas. **Lea el guión apropiado.** Si responde "SÍ": Su territorio podría brindarle ayuda adicional para pagar por la cobertura de Medicare para recetas médicas.	
Puerto Rico: Usted puede obtener cobertura de Medicare para medicinas de tres maneras. <ol style="list-style-type: none">1. Puede quedarse con su plan Reforma (Medicaid) y seguir con la cobertura de medicamentos de este plan. Si desea más información, llame a Medicare Platino al 787-294-8060 o al 1-866-596-4747.2. Puede inscribirse en un Plan Medicare Advantage con cobertura para Recetas Médicas que tenga un contrato con el Estado Libre Asociado de Puerto Rico (ASES). Este plan cubrirá toda su atención médica de Medicare, incluyendo las recetas médicas, la atención del médico y la del hospital. Si desea más información, llame a Medicare Platino al 787-294-8060 o al 1-866-596-4747.3. Puede inscribirse en un plan para recetas médicas que no tenga un contrato con ASES. Sin embargo, tendrá que pagar el costo adicional de la prima mensual y otros copagos, coseguro y deducibles de su bolsillo.	
Islas Vírgenes de EE.UU.: Usted puede inscribirse en uno de estos planes: <ul style="list-style-type: none">• Community Care Rx Basic• United Health Care	
Medicaid pagará por cualquier medicamento que no cubra su plan de Medicare para recetas médicas. Si desea más información, llame al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) al 340-772-7368.	
Guam: Medicaid continuará pagando por sus medicamentos. Usted no tendrá que hacer nada. Si desea más información, llame al SHIP al 671-735-7382.	
Samoa Americana: Medicaid continuará pagando por los medicamentos que cubre actualmente. Si necesita medicamentos especiales, tal vez pueda conseguirlos más fácilmente. Si desea más información, llame a la oficina de Medicaid del LBJ Tropical Medical Center, al 684-633-4590.	
CNMI (Islas Marianas del Norte): Medicaid continuará pagando por sus medicamentos. Usted no tendrá que hacer nada.	
Tips: (Maximum 900 characters including spaces) TIP = For residents of Puerto Rico: Reforma (Medicaid) drug coverage is considered to be creditable prescription drug coverage. This means that there will be no penalty to a person who is receiving drug coverage through Reforma, but decides to change to a MA-PD or PDP later. TIP = If caller lives in Puerto Rico and travels often to the United States, they can join a drug plan in the US in addition to keeping their Reforma (Medicaid) plan while in Puerto Rico. REFERENCE MATERIAL = 2005 State Medicaid Program Name, if caller doesn't know the name of the Medicaid program or isn't sure if they're in one.	

Status: Active	Deactivated Date: N/A
-----------------------	------------------------------

Script:
****Use este guión sólo si alguien de un asilo de ancianos llama para confirmar cuál es el plan de Medicare para recetas médicas en que está inscrito el residente.****

Entiendo que está llamando de un asilo de ancianos para averiguar en cuál plan de Medicare para recetas médicas está inscrito su residente. Puedo ayudarle ahora o puede enviar su pedido por fax (Vea Tip).

Para obtener esta información para **menos de** 100 residentes, puede enviar un fax al 1-785-830-2593 o enviar el pedido por correo a:

1-800-Medicare Nursing Home Requests
3833 Greenway Drive
Lawrence, KS 66046-5504

Para obtener esta información para **más de** 100 residentes, necesitará enviar el pedido a:

1-800 Medicare Nursing Home Requests
3833 Greenway Drive
Lawrence, KS 66046-5504

Por favor incluya en la carátula :

- la fecha en que envía el fax,
- el número de páginas,
- una dirección para enviarle los documentos,
- el nombre de una persona de contacto,
- un número de teléfono,
- las letras "NH" en la sección para comentarios, y
- la siguiente declaración firmada por un representante del asilo de ancianos:
Doy fe de que la información de inscripción en los planes Medicare para recetas médicas que será proporcionada por CMS sobre los pacientes incluidos en la lista adjunta será usada por el asilo de ancianos solamente para propósitos de la cobertura de Medicare para recetas médicas.

Por favor incluya la siguiente información con su pedido:

- el nombre del beneficiario,
- el número de Medicare ,
- la fecha de nacimiento,
- la dirección y
- si el beneficiario tiene la Part B de Medicare (sí o no).

El nombre del beneficiario y el plan en el que está inscrito se le enviarán por correo dentro de los próximos 10 días laborables a la dirección que indicó.

****NOTA AL CSR:** Si la persona que llama dice que han pasado más de 10 días, por favor envíe un correo electrónico (email) a David Escobar en Lawrence, KS (david.escobar@pearson.com). Debe incluir: el nombre del asilo de ancianos, la fecha del primer pedido, el nombre de quien llama y el número de teléfono.**

INFORMACIÓN ADICIONAL: Puede solicitar información sobre varias personas en un solo pedido.

Tips:

TIP = If caller is a nursing home representative and they have a "low income subsidy batch problem", you can provide LIS co-pay information from the LIS Tab if caller can pass disclosure.

TIP = **Remember that you can give the plan information over the phone. This script should only be used if the caller doesn't have time or if the caller specifically asks about the fax procedure.**

TIP = If the nursing home representative wants the information for **more than** 100 residents, they can **not** make the request by fax. They can only request it by mail.

SCRIPT = Drug Coverage Long Term Care LTC Nursing Home, if caller just wants information on how the Medicare drug coverage will work with people in Nursing Homes

Status: Active	Deactivated Date: n/a
Script: <p>Actualmente, es ilegal importar medicamentos que no estén aprobados por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA, por sus siglas en inglés). Ingresar medicamentos al país, ya sea para uso personal o cualquier otro uso, está en contra de la ley.</p> <p>Se ha estudiado la posibilidad de importar medicamentos seguros y eficaces desde Canadá. El Secretario de Salud y Servicios Humanos ha formado un Grupo Operativo sobre Importación de Medicamentos para brindar asesoría sobre esta cuestión. El grupo operativo presentó un informe que indica que la importación de medicamentos de otros países ofrece pocos ahorros y plantea problemas de seguridad. Sería muy difícil y costoso asegurar que los medicamentos que se traen al país son seguros y eficaces.</p> <p>La Administración de Drogas y Alimentos es responsable de garantizar que los medicamentos disponibles en los Estados Unidos sean seguros y eficaces. Los medicamentos recetados aprobados para la venta en los Estados Unidos pasan por pruebas muy cuidadosas para comprobar que son seguros y eficaces para el uso al cual son designados. La FDA considera que existe la posibilidad de que los medicamentos comprados fuera de los Estados Unidos pudieran presentar un riesgo para la salud de las personas que los usan. No todos los países tienen procedimientos de aprobación y controles similares a los de los Estados Unidos.</p> <p>Si tiene preguntas sobre el uso de cualquier medicamento recetado, La FDA le aconseja que consulte a su médico, su farmacéutico local o la Junta Farmacéutica de su estado.</p>	
Tips: <p>TIP = For more information on the legality of importing drugs into the United States please refer to: http://www.fda.gov/ora/import/pipinfo.htm or contact the Office of Regulatory Affairs at their main number: 1-301- 443-1240.</p> <p>TIP = The United States Federal Food, Drug and Cosmetic Act does not allow people to import drugs that lack Food and Drug Administration (FDA) approval into the United States.</p>	

Status: Active	Deactivated Date: N/A
<p>Script: **NOTA AL CSR: Use este guión si recibe una llamada de algún representante de una Organización Comunitaria (CBO, por sus siglas en inglés), un farmacéutico, SHIP, la Administración sobre el Envejecimiento (AOA, por sus siglas en inglés) o un representante del servicio TRIBAL.**</p> <p>Puedo confirmar si la persona es elegible para Medicare y darle el nombre del plan para recetas médicas en el que se le inscribió automáticamente.</p> <p>**NOTA AL CSR: Para dar esta información, use el rótulo del beneficiario ("Beneficiary tab") y la herramienta PDPF.**</p> <p>Si quien llama es un farmacéutico: Sólo puedo confirmar si la persona es elegible para Medicare y darle el nombre de su plan para recetas médicas.</p> <p>Si el farmacéutico indica que están teniendo problemas técnicos o le sale un mensaje de error al tratar de buscar E1: Tendrá que llamar a la Línea de Ayuda de TrOOP al 1-800-388-2316.</p> <p>**NOTA AL CSR: Las Organizaciones Comunitarias ayudan a las personas con Medicare a entender acerca de la cobertura de Medicare para recetas médicas. Estas organizaciones los ayudarán a escoger un plan de medicamentos, a obtener la ayuda adicional para pagar por la cobertura de recetas médicas y a entender la información en los documentos del plan, como por ejemplo, la Explicación de Beneficios (EOB, por sus siglas en Inglés).**</p>	
<p>Tips: REFERENCE MATERIAL = If you've been trained, give the BIN/PCN information from "CBO CSRs-Auto-Enroll Drug Plans BIN PCN". TIP = You can give the BIN/PCN information to beneficiaries.</p>	

Status: Active	Deactivated Date: N/A
Script: (Maximum 1900 characters including spaces) Si vive en más de un estado o viaja a menudo, tal vez le convenga inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas que ofrezca cobertura nacional. Esto significa que usted podrá comprar sus medicamentos recetados en las farmacias de la red de todo el país. También puede inscribirse en un plan local que tiene en su red farmacias nacionales. ¿Quiere que le ayude a buscar un plan de medicamentos que ofrezca cobertura en más de un estado? <ul style="list-style-type: none">• NOTA AL CSR: En la herramienta PDPF, haga "clic" en el nombre de cada plan y luego en "Ver notas importantes." Esta ventana le indicará si el plan ofrece cobertura nacional.• O• NOTA AL CSR: En la herramienta PDPF, haga "clic" en el nombre de cada plan y luego en "Información sobre farmacias"; puede hacer una búsqueda por códigos postales diferentes y localizar las farmacias de la red en esas áreas. Siempre puede llamar al plan para averiguar si hay farmacias de la red en su área. Si la persona que llama se muda en forma permanente a otro estado y desea cambiar de plan, LEA: Drug Coverage Enrollment Disenrollment Probing Questions. Si la persona que llama se muda en forma permanente y necesita un cambio de dirección: Por favor comuníquese con su plan de recetas médicas si hay algún cambio en su información personal, incluyendo su nombre, dirección o número de teléfono. Si la persona que llama fue elegible automáticamente para la ayuda adicional: Si califica para la ayuda adicional, la recibirá durante todo el tiempo que su situación financiera permanezca igual. Recibirá la ayuda adicional por lo menos hasta el final del año calendario. Si la persona que llama solicitó la ayuda adicional y fue aprobada: Si califica para la ayuda adicional, la recibirá por lo menos hasta el final del año calendario. Si se muda en forma permanente a otro estado y usted la había solicitado a su oficina estatal de Medicaid, tendrá que solicitarla otra vez comunicándose con la oficina de Medicaid del estado al que se ha mudado. Si hizo la solicitud a través de la Administración del Seguro Social, ellos le avisarán cuándo tiene que volver a solicitarla. NOTA AL CSR: Lea el guión: Drug Coverage LIS Application Process.	
Tips: (Maximum 900 characters including spaces) SCRIPT = CS Drug Coverage Prescription Plan Finder PDPF Lead In Mcare D SCRIPT = Drug Coverage Network Pharmacies Mail Order, if caller is traveling to another state and doesn't have a national plan. SCRIPT = Drug Coverage Out of Network Pharmacies REFERRAL = Medicare drug plan SCRIPT = CS TaR SSA, if caller needs to change address with Medicare (in addition to contacting drug plan)	

Status: Active	Deactivated Date: n/a										
<p>Script: (Maximum 1900 characters including spaces) Si se considera que la persona que llama es elegible para la ayuda adicional o solicitó y le otorgaron el subsidio completo (100%) ("Part D Subsidy Level - Percentage", en el rótulo LIS), lea: Dado que califica para recibir la ayuda adicional, no tendrá que pagar el deducible o pagará un deducible de \$50 y una pequeña cantidad por cada medicamento cubierto que compre. Hay muchos planes disponibles en los cuales no paga una prima mensual. En otros planes tendría que pagar parte de la prima. Cuando esté comparando planes, asegúrese de preguntar sobre la prima.</p> <p>**Nota al CSR: Si la persona que llama quiere saber para qué cantidad le aprobaron, use el rótulo LIS. Si la persona que llama quiere saber exactamente cuánto tendrá que pagar en un plan específico, use la herramienta PDPF y autentique.**</p> <p>Si la persona lo solicitó y le otorgaron un subsidio parcial (25%, 50% o 75%) ("Part D Subsidy Level - Percentage", en el rótulo LIS), lea: Dado que fue aprobado para recibir la ayuda adicional, pagará una prima mensual más baja. Pagará una prima reducida según el porcentaje indicado en la carta en la que le otorgaron la ayuda.</p> <p>También tendrá un deducible y copago reducidos cuando compre sus medicamentos cubiertos. Estas cantidades pueden variar dependiendo en qué plan de Medicare para recetas médicas esté inscrito. Cuando compare los planes, pregunte cuánto serían su deducible y sus copagos para cada plan.</p> <p>**Nota al CSR: Si la persona que llama quiere saber para qué cantidad le aprobaron, use el rótulo LIS. Si la persona que llama quiere saber exactamente cuánto tendrá que pagar en un plan específico, use la herramienta PDPF y autentique.**</p> <p>INFORMACIÓN ADICIONAL: Si califica para la ayuda adicional, puede inscribirse en un plan Medicare Advantage u otro Plan de Salud de Medicare con cobertura para recetas médicas (MA-PD). Sin embargo, la ayuda adicional sólo se aplicará a los costos del plan de Medicare para recetas médicas.</p> <p>Si califica para la ayuda adicional, no tendrá una falta de cobertura ("gap").</p>											
<p>Tips: (Maximum 900 characters including spaces) TIP =</p> <table border="1" data-bbox="188 1417 787 1591"> <thead> <tr> <th>LIS Tab Value</th> <th>Co-Pay Level</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>HIGH (\$2.00/\$5.00)</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>LOW (\$1.00/\$3.00)</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>No Copay</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>15% Co-insurance</td> </tr> </tbody> </table> <p>REFERRAL = Medicare prescription drug plan, if caller feels that they are being charged the wrong co-payment amount or they have any other cost-related questions about their plan. TIP = Please be aware that the PDPF tool is going to show \$2-\$5 co-pay amounts for anyone with both Medicare and Medicaid. However, they may only have to pay a co-pay of \$0-\$3. Please check the LIS tab to verify the amount of the co-pay by looking at the field: "Limited Income Subsidy Copay Amount". TIP = If the caller takes a drug that is not on the plan's formulary, they will have to pay the full price for that drug, even if they are getting the extra help. SCRIPT = Drug Coverage LIS Auto Enrollment How to Enroll SCRIPT = Drug Coverage LIS Application Process, for information about the award letters.</p>		LIS Tab Value	Co-Pay Level	1	HIGH (\$2.00/\$5.00)	2	LOW (\$1.00/\$3.00)	3	No Copay	4	15% Co-insurance
LIS Tab Value	Co-Pay Level										
1	HIGH (\$2.00/\$5.00)										
2	LOW (\$1.00/\$3.00)										
3	No Copay										
4	15% Co-insurance										

Status: Active	Deactivated Date: N/A
<p>Script: Para que su cobertura comience el primer día del mes siguiente, tiene que tomar una de estas opciones hasta o antes del último día del mes:</p> <ul style="list-style-type: none">• inscribirse por Internet en Medicare.gov,• inscribirse en el sitio Web del plan,• llamar al plan directamente para inscribirse,• pedir a alguien del 1-800-Medicare que le ayude a enviar la solicitud por Internet. <p>Si envía una solicitud por correo, el plan para recetas médicas debe recibir su solicitud hasta el último día del mes para comenzar a cubrirle el primer día del mes siguiente. (Un sello de correo con la fecha no es suficiente.) Si usted no cumple con esta fecha límite, su cobertura comenzará el primer día del mes después de que el plan reciba su solicitud.</p> <p>Es importante inscribirse a principios de mes: Si se inscribe a principios de mes, Medicare y su plan para recetas médicas tendrán tiempo de poner al día sus sistemas y enviarle por correo su tarjeta de miembro, su carta de confirmación y el paquete de bienvenida, antes de que comience su cobertura.</p> <p>Si se inscribe más tarde en el mes:</p> <ul style="list-style-type: none">• Quizás su farmacia o plan no tengan toda la información necesaria para presentar la reclamación.• Tal vez no reciba su carta de confirmación o su tarjeta de miembro antes de que comience su cobertura. <p>Si la persona que llama pregunta cómo es que comenzará su cobertura si no ha recibido su tarjeta de miembro: Una vez que su plan reciba su solicitud, le enviarán una carta confirmando que la recibieron. Usted puede presentar esta carta en la farmacia como comprobante de inscripción y recoger sus recetas.</p> <p>Si no recibió esta carta, puede presentar la carta de bienvenida del plan.</p> <p>Si no recibió NINGÚN material de su plan, quizás tenga que pagar por la receta de su bolsillo. Debe guardar sus recibos y trabajar con su plan para que se los reembolsen.</p> <p>Si califica para la ayuda adicional, también debe presentar cualquiera de los siguientes comprobantes:</p> <ul style="list-style-type: none">• Copia de la carta de inscripción automática en papel amarillo,• La tarjeta de Medicaid,• Una carta de aprobación de la Administración del Seguro Social o• Cualquier otro comprobante de que califica para la ayuda adicional. <p>Tips: TIP = Plans do not have to wait for confirmation from Medicare to process an application. If caller states that their drug plan won't process the application until they hear from Medicare, tell them to call their plan and ask for an acknowledgement letter so they can fill their prescriptions. REFERRAL = Medicare drug plan SCRIPT = Drug Coverage Enrollment Plan Unknown</p>	

Status: Active	Deactivated Date: N/A
Script: **NOTA AL CSR: Utilice este guión si la persona que llama tiene interés en un plan de medicamentos que no aparece en la herramienta de Búsqueda de Planes Medicare para Recetas Médicas (PDPF tool).** En este momento, la información sobre precios no está inmediatamente disponible para este plan de Medicare para recetas médicas ya que se están actualizando los datos. La información se actualiza todos los lunes. Para más información, contáctese directamente con el plan. ¿Desea usted el número de teléfono del plan que le interesa? **Si la respuesta es SÍ, utilice el rótulo "Plans In Your State " en la herramienta PDPF para obtener el número de teléfono** Si la persona que llama pregunta si el plan está todavía disponible y es aprobado por Medicare, consulte la herramienta PDPF: <ul style="list-style-type: none">• Si el plan está incluido en el ‘Step 3: Review Plan Results & Options’, LEA: El plan que a usted le interesa es un plan para recetas médicas aprobado por Medicare. Usted aún podrá inscribirse en este plan. Lamento no poder ayudarle con su solicitud el día de hoy. Puede volver a llamarnos más tarde o puede llamar directamente al plan.• Si el plan NO está incluido en la herramienta PDPF, vea si está en el documento de Material de Referencia: "Excluded Drug Coverage Plan Contact List (Suppressed)".<ul style="list-style-type: none">○ SI LO ESTÁ, LEA: El plan que a usted le interesa es un plan a para recetas médicas aprobado por Medicare. Usted aún podrá inscribirse en este plan. Lamento no poder ayudarle con su solicitud el día de hoy. Puede volver a llamarnos más tarde o puede llamar directamente al plan.○ SI NO LO ESTÁ: Si la persona que llama insiste que es un plan de Medicare para recetas médicas, envíe ("escalate") la llamada al Centro de Referencia. A pesar de que la información sobre el plan que a usted le interesa no está disponible, yo le puedo ayudar a comparar otros planes de Medicare para recetas médicas disponibles en su área. **Si la persona que llama quiere comparar otros planes, LEA "CS Drug Coverage Prescription Plan Finder PDPF Lead in Mcare D" y vaya a la herramienta PDPF **	
Tips: SCRIPT = CS Drug Coverage Prescription Plan Finder PDPF Lead In Mcare D REFERRAL = Medicare drug plan REFERENCE MATERIALS = Excluded Drug Coverage Plan Contact List (Suppressed) SCRIPT = CS TaR Reference Center and Press Media Question Letter, if plan is not listed in above Reference Material document and caller thinks it should be	

Status: Active	Deactivated Date: N/A
Script: <u>Este gui3n debe leerse SOLAMENTE a los farmac3uticos que llaman con temas que no son por subsidio por bajos ingresos (LIS) relacionados a los planes de medicamentos de Humana:</u>	
El farmac3utico tiene problemas para comprobar la elegibilidad del miembro: Si el beneficiario no tiene su tarjeta de Humana o la carta que contiene su identificaci3n de miembro, siga con el procedimiento a continuaci3n:	
<ol style="list-style-type: none">1. Presentar la transacci3n E1 al Facilitador de Grupo de NDCHealth. Si se encuentra el miembro, por favor utilice esta informaci3n del plan para presentar la reclamaci3n.2. Si la transacci3n E1 no devuelve la informaci3n del plan, por favor presente la reclamaci3n a Argus utilizando la siguiente informaci3n:<ul style="list-style-type: none">• Nombre del miembro• N3mero de Seguro Social• Fecha de nacimiento• BIN: 610649• PCN: 03200000 (solo Medicare)• Grupo: N/A3. Si no tiene 3xito al presentar la reclamaci3n debido a que "no se encontr3 al miembro", usted deber3 contactarse con el Mostrador de Ayuda de Farmacia de Humana al 800-865-8715. Esto permitir3 una activaci3n inmediata en donde puede presentar reclamaciones por Internet. Ser3 necesario brindar la siguiente informaci3n a fin de completar el proceso de activaci3n:<ul style="list-style-type: none">• Nombre y apellido del miembro• Direcci3n (incluyendo ciudad, estado y c3digo postal)• N3mero de tel3fono• Fecha de nacimiento• Sexo• N3mero de Seguro Social• N3mero de Identificaci3n de Medicare (9 caracteres num3ricos y 1 alfab3tico)<ul style="list-style-type: none">▪ Cliente: Clase de plan que se encuentra en la solicitud de inscripci3n (PDP, MAPD)▪ Nombre del plan (opci3n de plan)	
Tips: TIP = The Medicare pharmacy line number is 1-866-835-7595. You may provide this to a beneficiary ONLY if he or she asks for it. You should stress that this number is only for the pharmacists to call.	

Status: Active	Deactivated Date: N/A
Script: <u>Este gui3n es para beneficiarios que se han inscrito en Humana pero no tienen ni la tarjeta ni la carta:</u> Si usted necesita comprar sus recetas m3dicas y todav3a no tiene la tarjeta de Humana, puede ir a su farmacia y ellos pueden verificar si tienen su informaci3n en sus sistemas. Usted deber3 proporcionar al farmac3utico la siguiente informaci3n: <ul style="list-style-type: none">• Nombre del miembro• N3mero de Seguro Social• Fecha de nacimiento• N3mero de BIN de Humana: 610649• N3mero de PCN de Humana: 03200000• (No es necesario tener el n3mero de Grupo para reclamaciones de Humana) El farmac3utico deber3 seguir las instrucciones del Bolet3n de Noticias de la Farmacia de Humana, con fecha del 28 de diciembre. El farmac3utico tambi3n puede llamar al Mostrador de Ayuda de la Farmacia de Humana o a la l3nea de Medicare para farmacias si 3l o ella necesita ayuda. Si el beneficiario solicita m3s informaci3n sobre lo que el farmac3utico necesita hacer: El bolet3n explica que el farmac3utico deber3 presentar primero una “Transacci3n E1” a NDCHealth. Si la informaci3n sobre usted no est3 incluida, el farmac3utico debe presentar la reclamaci3n a Argus utilizando la informaci3n arriba indicada. Si a3n no encuentra su informaci3n, el farmac3utico deber3 llamar al Mostrador de Ayuda de la Farmacia de Humana. El Mostrador de Ayuda podr3a necesitar m3s informaci3n, como por ejemplo su n3mero de Medicare, direcci3n, n3mero de tel3fono y sexo. Si el beneficiario dice que recib3: <ul style="list-style-type: none">• Una carta de confirmaci3n de Humana para un plan en el cual no se inscribi3 o• Un mensaje telef3nico automatizado de Humana, LEA: Humana le envi3 una carta incorrecta confirmando su inscripci3n en uno de sus planes Medicare Advantage (MA-PD) en lugar del plan para recetas m3dicas que usted escogi3. Es posible que haya recibido un mensaje telef3nico automatizado de Humana para avisarle que est3 inscrito en el plan para recetas m3dicas que usted escogi3. Sus beneficios para medicamentos son exactamente como le explicaron cuando se inscribi3 en el plan. No es necesario que haga nada m3s.	
Tips: TIP = The Medicare pharmacy line number is 1-866-835-7595. You may provide this to the beneficiary ONLY if he or she asks for it. You should stress that this number is only for the pharmacists to call.	

Status: Active	Deactivated Date: N/A
Script: <u>Este gui3n es para las personas con Medicare que viven en Kansas o Mississippi y que han recibido una carta de desafiliaci3n del Plan para Recetas M3dicas de Humana, pero indican que ellos no se desafiliaron:</u> Humana podr3a haberle enviado una carta incorrecta inform3ndole que le han dado de baja de su plan de Medicare para recetas m3dicas. Algunas de estas cartas se enviaron por error debido a un problema con el sistema de CMS. Los representantes de Humana le llamar3n por tel3fono para avisarle que se est3 arreglando el problema. Si tiene alguna pregunta sobre el estatus de su inscripci3n o no le llama ning3n representante de Humana y usted cree que podr3a haber recibido una carta por error, puede comunicarse con Humana al 1-800-706-0872. INFORMACI3N ADICIONAL: Si decidi3 que sus primas de Humana fueran deducidas de su cheque de SSA, tambi3n podr3a recibir una carta de SSA relacionada con un reembolso. No debe tomar en cuenta esta carta.	
Tips:	

Status: Active	Deactivated Date: N/A
<p>Script: Tal vez haya recibido una carta del plan de recetas médicas Humana sobre un incidente que ha afectado su información personal. Se ha informado a Humana recientemente que su información personal fue accesible a personas que no pertenecen a Humana. Dicha información incluye su nombre, dirección, número de teléfono, número de identificación de miembro del plan y su número de seguro social.</p> <p>Humana duda que personas ajenas al plan hayan accedido a la misma con la intención de obtener su información médica personal. Sin embargo, quieren ponerlo al tanto de la situación.</p> <p>La Ley federal sobre privacidad protege su información médica personal. Humana debe cumplir con la ley y garantizar la confidencialidad de su información personal. Usted puede hacer uso de sus derechos a la privacidad, preguntar sobre los mismos y presentar una queja si piensa que le han negado estos derechos o que su información médica personal no ha sido protegida. Si desea averiguar más sobre sus derechos de privacidad puede leer el Aviso de Prácticas sobre Confidencialidad HIPAA, que Humana le ha enviado por correo.</p> <p>Humana ha establecido con Equifax un servicio gratuito de control de crédito para su uso. Usted puede inscribirse en Internet para este servicio o puede llenar el formulario de inscripción que le mandó Humana y enviarlo por correo o por fax.</p> <p>Si tiene preguntas o si necesita más ayuda, envíe un correo electrónico a PrivacyOffice@Humana.com o llame a la oficina de Servicio al Cliente de Humana al 1-800-281-6918.</p>	
<p>Tips: REFERRAL = Humana</p>	

Status: Active	Deactivated Date: N/A
Script: <u>Este texto es para los beneficiarios que se han inscrito en el plan de Prescription Solutions de PacifiCare pero no tienen ni la tarjeta ni la carta:</u>	
<p>Si usted necesita comprar sus recetas médicas y todavía no tiene la tarjeta de Prescription Solutions de PacifiCare, puede ir a su farmacia y ellos pueden verificar si tienen su información en sus sistemas. Usted deberá proporcionarle al farmacéutico la siguiente información:</p> <ul style="list-style-type: none">• Nombre del miembro• Número de Seguro Social• Número de Medicare• Fecha de nacimiento• Número de teléfono del miembro <p>El farmacéutico también puede llamar a la línea de Asistencia Técnica de Prescription Solutions de PacifiCare al 1-800-797-9794 o a la línea de Medicare para farmacias si él o ella necesita ayuda adicional.</p> <p>Si el beneficiario solicita más información sobre lo que debe realizar el farmacéutico: El farmacéutico deberá presentar primero una "Transacción E1" a NDCHealth. Si la información sobre usted no está incluida, el farmacéutico debe llamar a la línea de Asistencia Técnica de Prescription Solutions de PacifiCare y, si no lo pueden encontrar en su sistema, lo agregarán a su sistema de reclamaciones hasta fin de mes. También puede llamar directamente a Prescription Solutions de PacifiCare al 1-800-797-9794 y ellos pueden trabajar con usted para incorporarlo a su sistema de reclamaciones hasta fin de mes. Ellos necesitarán más información sobre usted, como por ejemplo su número de Medicare, dirección, número de teléfono y sexo.</p>	
Tips: TIP = The Medicare pharmacy line number is 1-866-835-7595. You may provide this to the beneficiary ONLY if he or she asks for it. You should stress that this number is only for the pharmacists to call.	

Status: Active	Deactivated Date: N/A
<p>Script: <u>Este gui3n se debe leer SOLAMENTE a los farmac3uticos que llaman por temas que no son de subsidios por bajos ingresos (LIS) relacionados con los planes de medicamentos de Prescription Solutions de PacifiCare:</u></p> <p>El farmac3utico tiene problemas para verificar la elegibilidad del miembro: Si el beneficiario no tiene la tarjeta de Prescription Solutions de PacifiCare ni la carta que contiene la identificaci3n del miembro, siga los pasos a continuaci3n:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Presente una transacci3n E1 al Facilitador de NDCHealth/Troop. Si se encuentra al miembro, utilice esta informaci3n del plan para presentar la reclamaci3n.2. Si la transacci3n E1 no vuelve con la informaci3n del plan, comuníquese a la l3nea de ayuda de Asistencia T3cnica al 1-800-797-9794. Este n3mero es para farmacias y miembros. <p>Si la persona inscrita no se encuentra en el sistema de reclamaciones, Prescription Solutions de PacifiCare lo/a agregar3 a su sistema de reclamaciones hasta fin de mes, permiti3ndole a usted procesar la reclamaci3n de la persona. Para incorporar a la persona a su sistema, Prescription Solutions de PacifiCare necesitar3 la siguiente informaci3n:</p> <ul style="list-style-type: none">• Nombre del miembro• N3mero de tel3fono• N3mero de Seguro Social• Fecha de nacimiento• N3mero de Medicare <p>Asimismo, puede pedirle al miembro del plan que se comunique con el Centro de Asistencia al Cliente de Prescription Solutions de PacifiCare al 1-800-797-9794 y trabajaremos junto con el miembro del plan para agregar su informaci3n al sistema de reclamaciones hasta fin de mes.</p>	
Tips:	

Status: Active	Deactivated Date: N/A
<p>Script: Este gui3n se debe leer SOLAMENTE a los farmac3uticos que llaman con preguntas sobre la cobertura de medicamentos de transici3n relacionadas con los planes de medicamentos de Prescription Solutions de PacifiCare.</p> <p>Si la reclamaci3n del miembro del plan de Prescription Solutions de PacifiCare es denegada porque no es del formulario, Prescription Solutions de PacifiCare est3 dispuesto a emitir una excepci3n por 30 d3as para todos los medicamentos, excepto las exclusiones del plan o medicamentos con limitaciones. Usted puede llamar al 1-800-797-9794 para obtener una excepci3n. (NOTA AL CSR: Este tel3fono es s3lo para los farmac3uticos.)</p> <p>A fin de agilizar el proceso de transici3n para las personas inscritas, Prescription Solutions de PacifiCare puso en pr3ctica un procedimiento automatizado de autorizaci3n previa. Este proceso le permite al farmac3utico ingresar un c3digo de excepci3n en el punto de venta directamente dentro del sistema de reclamaciones para permitir que un medicamento que no aparece en el formulario del plan sea procesado con el monto de copago del formulario. La autorizaci3n es por tiempo limitado y da suficiente tiempo para que el m3dico eval3e si cambiar3 la receta m3dica a otro medicamento del formulario.</p> <p>Nota: Las farmacias contratadas recibir3n una notificaci3n por fax acerca de la disponibilidad del procedimiento automatizado de autorizaci3n previa. Adem3s, el Servicio al Cliente de Prescription Solutions podr3 asistir a las farmacias con el procedimiento.</p>	
Tips:	

Status: Active	Deactivated Date: n/a
Script: <u>Este guión es para los beneficiarios que se han inscrito en Community Care Rx (CCRx, por sus siglas en inglés) pero no tiene n una tarjeta:</u> CCRx le enviará después de su inscripción, un paquete con las tarjetas de miembro aproximadamente dos semanas después de que CMS les confirme que usted es elegible. Si necesita obtener sus medicamentos y aún no tiene la tarjeta de CCRx, debe: <ul style="list-style-type: none">• Localizar la carta de confirmación que CCRx le envió por correo cuando se inscribió. Esta carta contiene la información que necesita la farmacia para procesar su reclamación. La información aparece en la esquina superior derecha de la carta. Lleve la carta con usted cuando vaya a la farmacia a comprar sus recetas médicas.• Si no puede encontrar su carta de confirmación, pídale al farmacéutico que obtenga su información sobre facturación contactando al Centro de Apoyo para Farmacias de CCRx al 1-866-684-5395. El Centro de Apoyo está abierto para atenderle los 7 días de la semana. La farmacia necesitará la siguiente información para verificar que participa en el plan: su nombre, su número de Medicare (HICN) y su fecha de nacimiento. Si nunca recibió la carta de confirmación de CCRx, debe llamar al mostrador de ayuda para beneficiarios al 866-684-5353 para confirmar con CCRX que recibieron su inscripción y que la misma está completa.	
Tips:	

Status: Active	Deactivated Date: n/a
Script: <u>Este guión se debe leer SOLAMENTE a los farmacéuticos que llaman por temas que no son de subsidios por bajos ingresos (LIS) relacionados con los planes de medicamentos de Community Care Rx (CCRx):</u>	
El farmacéutico tiene problemas para verificar la elegibilidad del miembro:	
Si el beneficiario no tiene su tarjeta de CCRx:	
<ol style="list-style-type: none">1. Pregúntele si tiene la carta de confirmación que le fue enviada por CCRx después de la inscripción. Esta carta tendrá la información requerida para procesar una reclamación en la esquina superior derecha.2. Si el beneficiario no tiene la carta de confirmación de CCRx, presente una transacción E1 al Facilitador de NDCHealth/Troop. Si se encuentra al miembro, utilice esta información del plan para procesar la reclamación.3. Si aún no puede encontrar la información del miembro, debe llamar al Mostrador de Ayuda de la Farmacia de CCRx al 866-684-5395 o enviar por fax el formulario de verificación de identidad que encontrará en CCRx.net al 800-422-4740. Necesitará la información siguiente: Nombre, número de Medicare (HICN) y fecha de nacimiento.	
Tips:	

Status: Active	Deactivated Date: n/a
Script: <u>Este guión se refiere SOLAMENTE a los temas relacionados con los planes de medicamentos de United (AARP):</u> Si la persona que llama indica que el copago que tiene debe estar a nivel de subsidio por bajos ingresos (LIS), pero no lo está, LEA: Si su farmacéutico presentó o intentó presentar su reclamación anteriormente, usted deberá solicitarle que vuelva a presentar la reclamación. Si la reclamación todavía se realiza con la cantidad incorrecta, haga que su farmacéutico llame al 1-800-Medicare. Antes que su farmacéutico llame al 1-800 Medicare, usted deberá mostrarle prueba de que debe recibir la ayuda adicional. La prueba puede incluir una tarjeta Medicaid, una carta de adjudicación de la Administración de Seguro Social (SSA), o su carta amarilla de inscripción automática. <u>El resto de este guión se leerá EXCLUSIVAMENTE a farmacéuticos:</u> Si se procesa la reclamación con la cantidad incorrecta de copago, LEA: Si usted presentó la reclamación anteriormente, deberá volver a procesar la reclamación. Si la reclamación nueva u otra que se vuelve a tramitar continúa procesándose con la cantidad de copago incorrecta, necesitará llamar a la línea de ayuda de la farmacia del plan al 1-800-456-2226. Por favor no le dé este número al miembro del plan. Probablemente se le solicite que compruebe la elegibilidad para el subsidio por bajos ingresos (LIS). Esta prueba podría incluir una tarjeta Medicaid, una carta de adjudicación de la Administración de Seguro Social o una carta amarilla de inscripción automática. Si el miembro del plan le provee esta evidencia, United/AARP actualizará sus archivos. Luego usted podrá procesar la reclamación con la cantidad de copago correcta. Si el número de identificación del beneficiario no funciona, LEA: Usted deberá revisar dos cosas: <ol style="list-style-type: none">1. Si obtuvo el número de identificación del sistema E1, asegúrese de que sea de 10 caracteres numéricos. Si no lo es, usted deberá agregar ceros al comienzo de la identificación hasta que tenga 10 caracteres numéricos.2. Asegúrese de que estén utilizando los números correctos de BIN, PCN y Grupo. Los números correctos son: BIN – 610652 PCN – 82260000 Grupo – UARXPDP (a excepción de las farmacias Walgreens y CVS) El código de Walgreens es UHCMPD. El código de CVS es Condor # 23185.	
Tips: TIP = If the beneficiary's ID number is still not working after following steps above, the pharmacist should call the plan's pharmacy help line at 1-800-456-2226. Please do not give this number to the plan member. TIP = United (AARP) is making automated phone calls to beneficiaries who enrolled after the 15 th of the month. The phone call explains that you can use the acknowledgment letter until your membership card arrives. If you haven't received the letter yet, you can tell the pharmacist the name of your drug plan in order to fill your prescriptions. If you have any questions, please contact the drug plan. (Check PDPF tool for the number).	

Status: Active	Deactivated Date: n/a
Script: <u>Este guión se refiere SOLAMENTE a temas de subsidios por bajos ingresos (LIS) relacionados con los planes de medicamentos de Humana:</u> Si la persona que llama indica que el copago que tiene debe estar a nivel LIS, pero no lo está, LEA: Humana está procesando archivos diariamente. Si su farmacéutico presentó o intentó presentar su reclamación anteriormente, deberá solicitarles que vuelvan a presentar la reclamación. Si la reclamación todavía se realiza con la cantidad incorrecta, haga que su farmacéutico llame al Mostrador de Ayuda de la Farmacia de Humana o a la línea de Medicare para farmacias. Deberá mostrarle al farmacéutico prueba de que debe recibir la ayuda adicional. La prueba puede incluir una tarjeta de Medicaid, una carta de adjudicación de la Administración de Seguro Social (SSA), o su carta amarilla de inscripción automática. <u>El resto de este guión se leerá SOLAMENTE a farmacéuticos:</u> Si se procesa la reclamación con la cantidad incorrecta de copago, LEA: Humana está procesando archivos diariamente. Si presentó la reclamación anteriormente, deberá volver a tramitar la reclamación. Si una reclamación nueva u otra que se vuelve a tramitar, continúa procesándose con la cantidad de copago incorrecta, necesitará llamar al Mostrador de Ayuda de la Farmacia de Humana al 1-800-865-8715. Por favor no le dé este número al miembro del plan. Probablemente se le solicite que compruebe la elegibilidad para el subsidio por bajos ingresos (LIS). Esta prueba podría incluir una tarjeta de Medicaid, una carta de adjudicación de la Administración de Seguro Social o una carta amarilla de inscripción automática. Si el miembro del plan le puede proveer esta evidencia, Humana actualizará sus archivos. Luego usted podrá procesar la reclamación con la cantidad de copago correcta.	
Tips: SCRIPT = Drug Coverage Humana Plans Non LIS Beneficiary, if caller says that they received a confirmation letter from Humana for a plan they didn't join or they received an automated phone call from Humana. TIP = The Medicare pharmacy line number is 1-866-835-7595. You may provide this to the beneficiary ONLY if he or she asks for it. You should stress that this number is only for the pharmacists to call.	

Status: Active	Deactivated Date: n/a
Script: **Este guión sólo debe usarlo el CSR del programa piloto de Humana. Léalo si la persona que llama tiene inquietudes o preguntas sobre su plan de Medicare para recetas médicas de Humana o su plan Medicare Advantage de Humana.** **NOTA AL CSR: Ayude a la persona que llama lo más que pueda antes de transferir a Humana.** **Si la persona está llamando por un asunto relacionado con LIS: Fíjese en el rótulo de LIS para confirmar la elegibilidad y la cantidad del copago. LEA: Según la información de nuestros archivos, su copago es (insert co-pay amount from LIS tab). ¿Es ésta la cantidad que está pagando ahora? SI LA RESPUESTA ES "SÍ", LEA: Esta es la cantidad que se le ha aprobado para la ayuda adicional. **NOTA AL CSR: Si la persona que llama cree que tiene documentación que indica una cantidad aprobada diferente, complete "PDP Regional Office Referral".** SI LA RESPUESTA ES "NO": **NOTA AL CSR: Fíjese en PDPF. ¿Están en el formulario los medicamentos que toma la persona que llama y está la persona usando una farmacia de la red?* SI LA RESPUESTA ES "NO", LEA: Si compra un medicamento que no está en el formulario del plan o va a una farmacia que no pertenece a la red, su copago será más alto. SI LA RESPUESTA ES "SÍ", LEA: Por favor, permanezca en la línea mientras le comunico con su plan de recetas médicas de Humana. **NOTA AL CSR: Marque el código rápido *0193 para conectarse a Humana y quédese en la línea. Proporciónele al representante de Humana el HICN del beneficiario, nombre, código postal y el copago de LIS.** **Si la persona que llama tiene otras inquietudes o preguntas no relacionadas con LIS: Por favor permanezca en la línea mientras le comunico con su plan de recetas médicas de Humana. **NOTA AL CSR: Marque el código rápido *0193 para conectarse a Humana y quédese en la línea.	

Status: Active	Deactivated Date: n/a
Script: <u>Este guión se refiere SOLAMENTE a temas de subsidios por bajos ingresos (LIS) relacionados con los planes de medicamentos de Prescription Solutions (PacifiCare):</u>	
Si la persona que llama indica que el copago que tiene debe estar a nivel LIS, pero no lo está, LEA: Prescription Solutions de PacifiCare está procesando archivos diariamente. Si su farmacéutico presentó o intentó presentar su reclamación anteriormente, deberá solicitarle s que vuelvan a presentar la reclamación. Si la reclamación todavía se realiza con la cantidad incorrecta, haga que su farmacéutico llame a la línea de Asistencia Técnica de Prescription Solutions de PacifiCare o a la línea de Medicare para farmacias. Deberá mostrarle al farmacéutico prueba de que debe recibir la ayuda adicional. La prueba puede incluir una tarjeta de Medicaid, una carta de adjudicación de la Administración de Seguro Social (SSA), o su carta amarilla de inscripción automática.	
<u>El resto de este guión se leerá SOLAMENTE a farmacéuticos:</u>	
Si se procesa la reclamación con la cantidad incorrecta de copago, LEA: Prescription Solutions de PacifiCare está procesando archivos diariamente. Si presentó la reclamación anteriormente, deberá volver a presentarla. Si una reclamación nueva u otra que se vuelve a tramitar, continúa procesándose con la cantidad de copago incorrecta, necesitará llamar a la línea de Asistencia Técnica de Prescription Solutions de PacifiCare al 1-800-797-9794. Probablemente se le solicite que compruebe la elegibilidad para el subsidio por bajos ingresos (LIS). Esta prueba podría incluir una tarjeta de Medicaid, una carta de adjudicación de la Administración de Seguro Social o una carta amarilla de inscripción automática. Si el miembro del plan le puede proveer esta evidencia, Prescription Solutions de PacifiCare actualizará sus archivos. Luego usted podrá procesar la reclamación con la cantidad de copago correcta. Tenga en cuenta que CMS necesitará confirmar este nivel de copago a través de su proceso de reconciliación de pagos o la persona inscrita pasará a su nivel de beneficio original y aparecería en un nivel más alto para cuando presente reclamaciones en el futuro.	
Tips: TIP = The Medicare pharmacy line number is 1-866-835-7595. You may provide this to the beneficiary ONLY if he or she asks for it. You should stress that this number is only for the pharmacists to call.	

Status: Active	Deactivated Date: n/a
<p>Script: Si la persona que llama tiene el plan de medicamentos de Community Care Rx y le indica que su copago debería estar al nivel de LIS, pero no lo está, LEA: Si la reclamación se está procesando con la cantidad incorrecta, pídale a su farmacéutico que llame a la línea de ayuda de la farmacia de CCRx o a la línea de Medicare para farmacias. Deberá mostrarle al farmacéutico prueba de que debe recibir la ayuda adicional. La prueba puede incluir una tarjeta de Medicaid, la carta de adjudicación de la Administración del Seguro Social (SSA) o su carta amarilla de inscripción automática.</p> <p>El resto de este guión se leerá SOLAMENTE a farmacéuticos:</p> <p>Si la reclamación se está procesando con la cantidad incorrecta de copago, LEA: Si la reclamación se procesa con la cantidad incorrecta de copago, necesitará llamar a la línea de ayuda de la farmacia del plan al 866-684-5395 o enviar por fax el formulario de verificación de identidad que encontrará en CCRx.net al 800-422-4740.</p> <p>Probablemente se le solicite que compruebe la elegibilidad para el subsidio por bajos ingresos (LIS). Esta prueba podría incluir una tarjeta de Medicaid, una carta de adjudicación de la Administración de Seguro Social o una carta amarilla de inscripción automática. Si el miembro del plan le puede proveer esta evidencia, CCRx actualizará sus archivos. Luego usted podrá procesar la reclamación con la cantidad de copago correcta.</p>	
<p>Tips: TIP = The Medicare pharmacy line number is 1-866-835-7595. You may provide this to the beneficiary ONLY if he or she asks for it. You should stress that this number is only for the pharmacists to call.</p>	

Status: Active	Deactivated Date: n/a
Script: **Este guión debe leerse SOLAMENTE a los farmacéuticos que llaman con preguntas sobre subsidios por bajos ingresos (LIS). Puede proveer información de LIS a los farmacéuticos que tengan el SSN o el HICN del beneficiario.**	
Si una persona con Medicare y Medicaid no sabe en qué plan ha sido automáticamente inscrita: Usted debe consultar E1 para comprobar la inscripción al plan de medicamentos. Si en la búsqueda E1 aparece el RxBIN-RxPCN-RXGrp-RxID (los datos "4Rx") y el número 800, debe facturar a ese plan. Si en la búsqueda E1 sólo aparece el número 800 del plan, debe llamar a ese número para obtener la información sobre la facturación. Si el E1 no tiene una respuesta que corresponda a la búsqueda, deberá asegurarse de la elegibilidad para Medicare a través de una búsqueda E1 más amplia. También, debe revisar la elegibilidad para Medicaid a través de la historia clínica del paciente, una tarjeta de Medicaid o la carta actual de Medicaid. También puede comunicarse con la línea de elegibilidad de farmacias al 1-866-835-7595.	
Si se determina la elegibilidad de Medicare y Medicaid pero no se encuentra la inscripción al plan: Una vez que la búsqueda E1 no ha dado resultado y usted verifica que la persona tiene Medicare y Medicaid, debe enviar la factura al contratista de Punto de Servicio (POS Contractor) (Anthem). Esto permitirá que le despachen la receta médica y que comience el proceso de inscripción. (NOTA AL CSR: Si el farmacéutico no sabe cómo facturar al Contratista de Punto de Servicio, vea el Material de Referencia, Wellpoint Point of Sale Fact Sheet)	
Para cambiar de planes:	
Si la persona con Medicare y Medicaid fue inscrita automáticamente, pero dice que ha cambiado de planes: <ul style="list-style-type: none">• Tiene una carta del plan confirmando el recibo: Si la persona tiene consigo una carta del plan confirmando el recibo, esa carta debe incluir RxBin, RxPCN, RxGrp y RxID. Usted debe utilizar esta información para la facturación. Si la carta no la tiene, usted debe comunicarse con el plan para obtener la información necesaria para enviar una reclamación.• No tiene una carta del plan confirmando el recibo: Usted debe realizar una búsqueda E1 o llamar a la línea de elegibilidad de farmacias al 1-866-835-7595 para determinar la inscripción al plan.	
Tips: TIP = If a pharmacist gets a "drug not covered" message for a drug that was previously covered by Medicaid but is excluded by Medicare (especially with regards to benzodiazepines and folic acid), they should bill Medicaid after they receive the rejection from the PDP. TIP = The message "plan limits exceeded" in many cases is because of Medicaid having covered a 31 day supply while the PDP is only covering a 30 day supply. Pharmacists should change the quantity and days of supply for reprocessing before calling the plan for help. WEB = The pharmacist can read the "What If Scenarios for Pharmacy" on the CMS website for a more detailed list of FAQs. (http://www.cms.hhs.gov/PrescriptionDrugCovGenIn/Downloads/WhatIfScenariosPharm.pdf) REFERENCE MATERIAL = Wellpoint Point of Sale Fact Sheet Ask probing questions to find out what issues the caller is having before reading the document. If the pharmacist tried to complete the Point of Service process, but it did not work, read the appropriate section(s) of the document. If the pharmacist does not know anything about the Point of Service process, read the entire document. REFERENCE MATERIAL = Pharmacy Technical Help Desk Contacts, if the pharmacist needs the appropriate pharmacy help desk number for a Medicare drug plan.	

Status: Active	Deactivated Date: n/a
Script: (Maximum 1900 characters including spaces) Use este guión cuando un beneficiario tiene que obtener el medicamento de manera URGENTE.	
<p>Si usted recibió por correo la carta de adjudicación que envió su plan, utilícela para obtener las recetas médicas hasta que reciba la tarjeta. También deberá llevar su tarjeta de Medicaid o la carta de inscripción automática. Si no recibió nada de su plan, deberá contactarlos directamente.</p>	
<p>NOTA AL CSR: Si la persona que llama informa que la farmacia no aceptará la carta de adjudicación o prueba de que ellos son elegibles para la ayuda adicional, LEA: Debe llamar primero a su plan para resolver este asunto. Si usted necesita una receta médica de inmediato, puede pagar el precio total del medicamento y presentar una reclamación a su plan para que se lo reembolsen.</p>	
<p>(NOTA AL CSR: Si la persona que llama ya ha hablado con su plan, lea el guión, Drug Coverage Complaints in the PDP Regional Office Referral.)</p>	
<p>NOTA AL CSR: Si la persona que llama informa que la cantidad del copago es incorrecta o no puede pagar sus medicamentos, LEA: Debe llamar primero a su plan para resolver este asunto. También puede preguntarle al farmacéutico o al médico si le pueden dar un suministro temporal de sus medicamentos.</p>	
<p>(NOTA AL CSR: Si la persona que llama ya ha hablado con su plan, lea el guión, Drug Coverage Complaints in the PDP Regional Office Referral.)</p>	
<p>NOTA AL CSR: Si la persona que llama informa que no le quedan medicamentos y tiene necesidad urgente de obtener ayuda, LEA: Si no tiene ninguna otra manera de que le despachen la receta médica y es muy importante que usted tome sus medicamentos, debe llamar primero a su plan para resolver este asunto. Tal vez también quiera llamar a su médico y solicitarle si le sugiere alguna otra alternativa.</p>	
<p>(NOTA AL CSR: Si la persona que llama ya ha hablado con su plan, lea el guión, Drug Coverage Complaints in the PDP Regional Office Referral.)</p>	
Tips: SCRIPT = Drug Coverage LIS United AARP Plans SCRIPT = Drug Coverage LIS Humana Plans SCRIPT = Drug Coverage LIS PacifiCare Plans SCRIPT = Drug Coverage LIS Community Care Rx Plan	

Status: Active	Deactivated Date: N/A
<p>Script: Cuando su médico le escribe una receta, puede comprar el medicamento en una de las farmacias de la red del plan o a través del servicio de pedido por correo del plan. Por favor comuníquese con su plan para ver si ofrecen el servicio de pedido por correo. **Vea el GUIÓN: Drug Coverage Network Pharmacies Mail Order**</p> <p>Quando vaya a su farmacia a comprar sus medicinas, tendrá que llevar su tarjeta del plan o una carta de su plan indicando que recibieron su solicitud. Si no lleva esta información, el farmacéutico quizás tenga que buscar en su sistema para verificar si es elegible e identificar en qué plan se ha inscrito. Si esa información no está disponible, tal vez tenga que pagar el costo total del medicamento, aun si el mismo está cubierto por el plan. Si esto sucede, debe enviar una reclamación a su plan para que le reembolsen el costo. Para averiguar cómo presentar una reclamación, fíjese en el folleto "Evidencia de Cobertura" o llame a su plan directamente.</p> <p>**NOTA AL CSR: Si la persona que llama fue inscrita en un plan automáticamente y todavía no ha recibido nada del plan, LEA: Drug Coverage Enrollment Plan Unknown.**</p> <p>El farmacéutico buscará en la computadora para averiguar si el plan cubre su medicamento. También averiguará si le otorgaron la ayuda adicional y si tiene algún otro tipo de cobertura que le ayude a pagar por sus medicamentos. Después le dirá cuánto tiene que pagar por la receta. Esto se hace mientras usted está en la farmacia.</p> <p>La cantidad que pague por los medicamentos cubiertos se tomará en cuenta automáticamente como parte del pago del deducible y otros beneficios del plan [**Si la persona que llama pregunta, esto incluye el límite inicial de cobertura, la falta de cobertura y/o la cobertura catastrófica.**] Su plan mantendrá un control de los gastos directos de su bolsillo.</p> <p>Si el farmacéutico le dice que su medicamento no está cubierto por el plan, usted puede:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Hablar con su médico para ver si puede reemplazarlo por otro medicamento que esté cubierto por su plan, O2. Llamar al plan y pedir una excepción. **Vea el GUIÓN: Drug Coverage Formulary Exceptions**	
<p>Tips: SCRIPT = Drug Coverage Network Pharmacies Mail Order SCRIPT = Drug Coverage Formulary SCRIPT = Drug Coverage Formulary Exceptions SCRIPT = Drug Coverage Cost SCRIPT = Drug Coverage Cost Out of Pocket TROOP SCRIPT = Drug Coverage Enrollment Plan Unknown SCRIPT = Drug Coverage Plan Mailings, for description of Evidence of Coverage REFERRAL = Medicare drug plan</p>	

Status: Active	Deactivated Date: N/A
Script: (Maximum 1900 characters including spaces) **Lea este guión si la persona que llama recibió un "Aviso Especial de Confirmación de Selección de un Plan de Medicare"***	
<p>El propósito de este aviso es asegurarnos que se ha inscrito en el plan que desea. El plan mencionado en el aviso ya ha arreglado con su farmacia para pagar por sus medicamentos.</p> <p>¿Desea permanecer en este plan?</p> <p>**Si responde "SÍ", LEA: Debe llamar al plan en la fecha indicada en el aviso que recibió. El número de teléfono debe estar indicado en el aviso. También puede encontrarlo en la parte de atrás de su tarjeta de miembro o yo puedo dárselo.</p> <p>**Nota al CSR: Vea "Aviso Especial de Confirmación de Selección de un Plan de Medicare" en Materiales de Referencia. El nombre del plan, el número de teléfono y la fecha en la que el beneficiario debe llamar para permanecer en el plan, están indicados en el enunciado número 1 del aviso.</p> <p>**Si responde "NO", fíjese en el rótulo MA-PDP para averiguar en qué plan está inscrito el beneficiario y LEA: Según la información en nuestros archivos, usted está inscrito en otro plan. El plan es [PLAN NAME]. O usted se ha inscrito en este nuevo plan por su cuenta, o alguien lo hizo en su representación, por ejemplo, su Estado o su plan de salud de jubilado. Si desea permanecer en este plan, no tiene que hacer nada. Le deben haber enviado su tarjeta de miembro del plan [PLAN NAME] que usted usará para comprar sus medicamentos. Puede tirar la tarjeta del antiguo plan.</p> <p>**Nota al CSR: Si la persona que llama no ha recibido la tarjeta de miembro del nuevo plan, lea el GUIÓN: Drug Coverage Enrollment End of Month.</p> <p>**Si la persona que llama no está segura sobre el plan en el que está inscrita o tiene preguntas sobre los planes en su área, LEA: Yo puedo proporcionarle dicha información.</p> <p>INFORMACIÓN ADICIONAL: No importa el plan en el que esté inscrito, usted tendrá la cobertura de Medicare para recetas médicas. Si el plan que ha escogido no responde a sus necesidades, puede cambiar de plan cuando llegue el período de inscripción. Si tiene Medicare y la cobertura completa de Medicaid, puede cambiar de planes en cualquier momento.</p>	
Tips: (Maximum 900 characters including spaces) REFERENCE MATERIAL = Special Notice to Confirm Medicare Plan Choice REFERRAL = Medicare prescription drug plan that is showing in MA-PDP tab, if caller has questions about the plan they are enrolled in. Do not refer callers to the plan to confirm their enrollment. REFERRAL = Medicare prescription drug plan shown in the Special Notice, if caller wants to stay in that plan. SCRIPT = Drug Coverage Enrollment Disenrollment Periods, if caller wants more information on how they can change plans.	

Status: Active	Deactivated Date: n/a
<p>Script: Lea este guión si la persona que llama indica que "Wellpoint Point of Service Solution" para facilitar la inscripción no está funcionando.</p> <p>Lea a los farmacéuticos: Ahora que a muchos de los beneficiarios iniciales que usaron "WellPoint POS Solution" en enero y febrero se les confirmó su doble elegibilidad, sus "cuentas POS" comenzaron a darse por terminadas. Aquellos que reunieron los requisitos de inscripción, fueron inscritos en un plan UNICARE. Si intentó re-enviar la factura a la cuenta de POS que usaba anteriormente para ese beneficiario, la transacción le será denegada. Muchos de estos individuos tendrán su tarjeta de identificación o habrán recibido una carta de aviso. Debe preguntarle al beneficiario si recibió algo de UNICARE. Si no lo recibió, infórmese usando "El query". La nueva información de UNICARE sobre facturación debe estar disponible.</p> <p>Algunas reclamaciones enviadas a "WellPoint POS Solution" tienen los números de identificación del beneficiario incorrectos y los mismos no corresponden a ningún beneficiario de Medicare. Estas cuentas POS también están terminando. Si trata de re-enviar la factura a la cuenta POS que usó anteriormente, la reclamación le será denegada. En estos casos, si no puede localizar un plan para enviar la reclamación usando los métodos disponibles, puede usar nuevamente "WellPoint POS Solution" si envía el número de HIC y el número de identificación de Medicaid correctos.</p> <p>Lea a los Beneficiarios: Después de comprobar que usted tiene tanto Medicare como Medicaid, Medicare debería haberlo inscrito en un plan de recetas médicas de UNICARE. ¿Recibió usted la tarjeta o una carta de UNICARE?</p> <p>Si la respuesta es "SÍ": Debe usar o la tarjeta o la carta que le envió UNICARE para comprar sus medicamentos. También puede cambiar de plan en cualquier momento.</p> <p>Si la respuesta es "NO": NOTA AL CSR: Fíjese en el rótulo MA-PD para averiguar si está en otro plan. Si lo está, proporcione la información de contacto. En caso contrario, LEA: Debe llamar a UNICARE al 1-866-892-5335 para averiguar sobre su inscripción.</p>	
<p>Tips: REFERENCE MATERIAL = Wellpoint Point of Sale Fact Sheet, for more information about the Point of Service Facilitated Enrollment Solution (Anthem/Wellpoint).</p>	

Status: Active	Deactivated Date: n/a
<p>Script: Lea si la persona que llama recibió carta en papel verde/amarillo de CMS, pero ya se inscribió en un plan.</p> <p>PREGUNTE: ¿Se inscribió en un plan por su cuenta?</p> <p>Si responde "SÍ": Verifique el rótulo MA-PDP en NGD.</p> <p>Si el tipo de inscripción = B, LEA: Veo que está inscrito en [PLAN]. Si éste es el plan que desea, puede ignorar la carta. Se quedará en el plan que eligió.</p> <p>Si el tipo de inscripción = A o C: No rechace la inscripción de la persona que llama (Do NOT Opt Out), LEA: Estamos enterados de este problema y vamos a actualizar el sistema. Usted se quedará en el plan que desea. Cuando vaya a la farmacia, use la tarjeta del plan en el que quiere quedarse. Si ese plan le niega cobertura, puede usar el plan que Medicare escogió para usted hasta que se actualice el sistema. **No registre como queja.**</p> <p>Si responde "NO": Verifique el rótulo MA-PDP para ver si la persona que llama está inscrita en un plan y asegúrese de que el tipo de inscripción = A o C. LEA LO SIGUIENTE:</p> <p>Como usted recibe ayuda para pagar sus primas de Medicare, recibe los beneficios de SSI o solicitó la ayuda adicional y se la aprobaron, será inscrito en [PLAN].</p> <p>Quizás haya recibido una carta en papel verde o amarillo de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés). En esa carta CMS le informó que lo iba a inscribir en un plan de Medicare para recetas médicas. La carta indica cuándo comenzará su cobertura. Si quiere estar inscrito en ese plan, guarde la carta que recibió.</p> <p>Usted no tiene que quedarse en ese plan de Medicare para recetas médicas. Puede inscribirse en un plan diferente.</p> <p>Si no desea la cobertura de Medicare para recetas médicas, debe rechazarla para que no lo inscriban automáticamente en otro plan de Medicare. Sin embargo, si quiere tener cobertura continua de medicamentos a un costo menor o sin costo, es mejor que se inscriba en un plan de Medicare.</p>	
<p>Tips: SCRIPT = Disenrollment Probing Questions Drug Coverage, if caller wants to opt out. If the caller wants Medicare drug coverage, do NOT opt them out. TIP = Auto enrollment notices are printed on yellow paper and facilitated enrollment notices are printed on green paper. TIP = SSI is a monthly benefit that is paid to people with limited income and resources who are disabled, blind, or age 65 or older. These benefits are not the same as Social Security benefits.</p>	

Status: Active	Deactivated Date: n/a
-----------------------	------------------------------

Script:

Formas de pago de la prima:

Usted tiene tres opciones para pagar las primas de su plan. Puede:

1. Autorizar a su plan para que deduzca la cantidad de la prima de su cuenta bancaria.
2. Enviar al plan un cheque o un giro bancario por correo.
3. Autorizar a que deduzcan la cantidad de la prima de su beneficio mensual del Seguro Social (SSA); de un modo similar al que son pagadas algunas primas de la Parte B.

Cuando se inscriba en un plan, le preguntarán cómo desea pagar las primas. Si quiere cambiar la forma de pago, comuníquese con su plan.

Si la persona que llama recibió una carta indicando que no pagó sus primas al plan de medicamentos:

Si recibió una carta de su plan de medicamentos indicando que no ha pagado su prima, pero usted cree que lo hizo, por favor contacte al plan. Ellos se encargarán de resolver el problema con usted. ****No registre esta llamada como queja.****

****NOTA AL CSR:** United (AARP) es uno de los planes que está enviando estas cartas.

Si la persona que llama le dice que:

- No están deduciendo las primas de sus beneficios de SSA
o
- Le avisó al plan que deje de deducir la prima de su beneficio de SSA y siguen haciéndolo.

PREGUNTE: ¿Hace cuánto tiempo que solicitó el cambio?

SI ES MÁS DE 3 MESES, LEA:

Su plan se comunicará con usted para aclarar este problema.

SI ES MENOS DE 3 MESES, LEA:

Puede demorar de 1-3 meses para que comiencen (o dejen de) a deducir las primas de sus beneficios de SSA. Cuando comiencen a hacerlo, SSA deducirá de su cheque la cantidad para cubrir las primas de ese mes y las de los meses anteriores.

Si la solicitud de la persona que llama para que sus primas se deduzcan de sus beneficios de SSA fue negada:

Si le negaron su solicitud para sus primas se deduzcan de sus beneficios de SSA, su plan se comunicará con usted y le explicará sus opciones para pagar las primas. Esto podría ocurrir, por ejemplo, si su cheque mensual del Seguro Social no fuera suficiente para cubrir las primas de su plan de recetas médicas.

Tips:

REFERRAL = Do not refer callers to SSA for questions about Medicare drug plan premiums. These questions should be referred to the drug plan.

TIP = If someone chooses option #1 or #2 above, they may be billed quarterly for their premiums. It is up to the plan to decide how often they will bill for their premiums.

TIP = If you disenroll or switch plans, your enrollment in a new plan will automatically stop the premium deduction from your old plan. However, premiums from the old plan may still be deducted from your SSA benefits. As soon as the systems are updated, SSA will refund any premiums paid to the first plan. You should get this refund within eight weeks after enrolling in a new plan. You do not need to do anything.

TIP = The premium cannot be taken out of Civil Service or Railroad Retirement Board benefits at this time.

Status: Active	Deactivated Date: n/a
Script: (Maximum 1900 characters including spaces) Lea si la persona que llama está inscrita en Blue Cross Blue Shield de Northern Plains Alliance (Medicare Blue Rx) y le indica que le han deducido una gran suma de dinero de su beneficio del Seguro Social o de su cuenta bancaria.	
<p>Si acaba de recibir su tarjeta de identificación del plan y el paquete de bienvenida, significa que su inscripción al plan ha sido confirmada oficialmente por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés).</p> <p>Ahora que su inscripción fue confirmada, el plan comenzará a cobrarle las primas retroactivas a la fecha original de su inscripción. Esto podría ser retroactivo al 1ro de enero del 2006.</p> <p>Si la persona que llama piensa que es injusto o que el plan no debería hacer esto, LEA:</p> <p>Su plan está siguiendo las normas de Medicare que estipulan que los planes no pueden cobrar las primas hasta que su inscripción haya sido oficialmente confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid.</p>	
Tips: REFERRAL = Do not refer callers to SSA for questions about Medicare drug plan premiums. These questions should be referred to the drug plan.	

Status: Active	Deactivated Date: N/A
Script: **Use este guión si la persona que llama recibió una llamada telefónica de un representante del Centro para Ayuda Adicional con los Costos de Recetas Médicas de Medicare.**	
<p>Es posible que le llame (o tal vez ya le haya llamado) un representante preguntándole si le interesa saber más sobre la solicitud de ayuda adicional para pagar los costos de sus recetas médicas de Medicare. Esta persona le informará que le está llamando del Centro para Ayuda Adicional con los Costos de Recetas Médicas de Medicare. Le animará a que solicite la ayuda adicional, si todavía no lo ha hecho, y le ofrecerá ayudarle a llenar la solicitud. El Centro está haciendo estas llamadas para ofrecer ayuda y apoyo a las personas con Medicare. Medicare está trabajando junto con ellos y otras fuentes de confianza en este programa, y le aconsejamos que aproveche este servicio, que es gratuito y confidencial.</p> <p>El Centro para Ayuda Adicional con los Costos de Recetas Médicas de Medicare le pedirá la información necesaria, incluyendo su número de Seguro Social, para llenar la solicitud de ayuda adicional. Luego, la enviarán electrónicamente a su nombre. Una vez que se haya enviado su solicitud, usted recibirá del Centro una carta de confirmación. El número de teléfono de ellos es 1-800-528-9594.</p>	
Tips:	