★ ★ RESEÑA ★ ★

Información que pueden usar los socios sobre:

Reembolsos de Primas y Copagos

La Cobertura de Medicare para Recetas Médicas **Revisada en septiembre 2011**

Esta reseña explica cómo obtener un reembolso de su plan Medicare para recetas médicas por los copagos y/o primas que ha hecho en exceso.

Cómo obtener un reembolso de un plan de Medicare para recetas médicas

¿Qué debe hacer alguien si pagó de su bolsillo los costos de sus medicinas porque necesitó llenar una prescripción antes de recibir su tarjeta de membresía o carta de confirmación?

El plan Medicare para recetas médicas le reembolsará a la persona con Medicare por medicamentos recetados que el plan debe cubrir. Se debe tomar las siguientes medidas para conseguir un reembolso:

1) Guarde el recibo original de la compra de su medicamento. Si la persona no tiene el recibo original, puede comunicarse con la farmacia y pedir que le reemplacen el recibo o le brinden una prueba de compra.
2) Llame al número de su representante de servicio al cliente que está en su tarjeta de membresía, lea los materiales impresos del plan, visite el sitio web para los miembros del plan y consiga información sobre el proceso de reembolso.
3) Si es necesario, obtenga una copia del formulario para someter reclamos o reembolsos al plan.
4) Llene el formulario y someta la petición con el recibo original o de reemplazo.

¿Qué debe hacer alguien si calificó para el subsidio de bajo-ingreso (LIS por su sigla en inglés), pero no tiene prueba y se le cobra la cantidad incorrecta del deducible o copago?

Para evitar el pago de cantidades incorrectas, las personas con el subsidio (LIS) deben proveerle a la farmacia con los siguientes documentos como prueba de que califican:

- Una copia de su carta de inscripción automática de Medicare escrita en papel amarillo, verde o púrpura
- Su tarjeta de Medicaid (si tienen una) o cualquier documento que muestre que tiene Medicaid
- Su “Carta de Aprobación” del Seguro Social

Cómo obtener un reembolso de un plan de Medicare para recetas médicas (continuación)

¿Qué debe hacer alguien si calificó para el subsidio de bajo-ingreso (LIS por su sigla en inglés) pero no tiene prueba y se le cobra la cantidad incorrecta del deducible o copago? (continuación)

- La factura de una institución (como un asilo de ancianos) o copia de un documento que muestre que Medicaid le ha pagado a la institución por lo menos un mes
- Una copia impresa de los sistemas de Medicaid mostrando que ha estado viviendo en la institución por lo menos un mes
- Comenzando el 1 de enero de 2012, un documento mostrando que tiene Medicaid y recibe servicios comunitarios y para el hogar en un período de 45 días

Si no tiene la prueba disponible, la persona que califica para LIS debe llamar a su oficina Estatal de Asistencia Médica (Medicaid) o a la oficina del Seguro Social para obtener al menos uno de los documentos que se mencionan aquí. La persona puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para obtener el número de teléfono de su oficina local de Medicaid. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si a la persona elegible para LIS se le cobra la cantidad incorrecta del deducible o copago, la persona se debe comunicar con su plan para descubrir cómo someter un reclamo para un reembolso. La persona necesitará guardar el recibo original de compra en caso de que necesite someterlo con el reclamo. El plan Medicare de recetas médicas le reembolsará la cantidad debida. **Nota:** Cuando los expedientes de Medicare muestran que la elegibilidad de una persona para Medicaid o SSI es retroactiva a meses ya transcurridos, su LIS y cobertura automática para medicamentos recetados (si no se ha inscrito en un plan de recetas médicas) será retroactiva para el mismo período. Para más información, visite http://www.cms.gov/partnerships/downloads/11401-P-S.pdf y revise la reseña "El Programa Limited Income NET (Ingresos Limitados NET)

Para Personas con Elegibilidad Retroactiva para Medicaid y SSI".

Cómo obtener un reembolso por primas deducidas incorrectamente

¿Qué se debe hacer si se deduce la cantidad incorrecta de su prima de sus beneficios del Seguro Socia o Junta de Retiro Ferroviario (RRB por su sigla en inglés)l?

Si hay un sobrepago de su prima, por ejemplo cuando una persona cambia de planes y el cambio de prima no entra en efecto inmediatamente, el Seguro Social o RRB automáticamente reembolsará el sobrepago de la prima. La persona recibirá un cheque del reembolso aparte de su beneficio regular mensual. Puede tomar de 2-3 meses para recibir un reembolso. Después de 3 meses, la persona debe llamar al 1-800-MEDICARE.

¿Porqué se le cobraría a alguien dos primas en un sólo mes?

Si una persona se inscribe en un plan de Medicare para recetas médicas al fin de mes, puede ser que se le cobre múltiples pagos de la prima en un mes. Por ejemplo, si alguien se inscribió en un plan de Medicare para recetas médicas en las últimas dos o tres semanas de diciembre con una fecha efectiva del 1 de enero, pueden ser facturados en febrero por las primas de enero y febrero. Dependiendo de qué método de pago seleccionaron, ocurrirá lo siguiente:

- Recibirán una factura por 2 meses de primas. **Nota:** Los planes envían generalmente las facturas al principio o al final del mes. Varía por plan.
- Tendrán 2 meses de primas retiradas de la cuenta seleccionada. Esto podría demostrarse como dos retiros separados, o un retiro de doble cantidad, dependiendo del plan. **Nota:** Estos retiros suceden generalmente al principio o al final del mes.
- Tendrán 2 meses de primas retenidas del cheque mensual del Seguro Social.

¿Qué sucede si se le cobra una prima a una persona que calificó para el subsidio de bajo-ingreso?

Las personas que han calificado para el subsidio completo de bajo ingreso generalmente no tienen que pagar una prima mensual. Sin embargo, algunas personas han seleccionado un plan que no tiene una prima de $0. Si éste es el caso, la persona tendrá que pagar una pequeña prima. Las personas que se inscriban en un plan de Medicare para recetas médicas con beneficios suplementales, pagarán la prima suplemental del plan. Los que califican para el subsidio parcial, dependiendo del ingreso, no tendrán que pagar una prima o pagarán una prima reducida por un plan básico.

Los patrocinadores de medicamentos han recibido instrucciones de esperar por la información correcta de primas antes de facturar a los nuevos miembros. Sin embargo, en algunos casos, los planes pueden equivocadamente enviar facturas con las cantidades de primas completas del plan a ciertos miembros que califican para el subsidio de bajo ingreso.

Los planes no deben tomar la acción de darle de baja a los miembros que no han pagado su prima, en caso de que la persona pueda calificar para el subsidio parcial o completo de bajo ingreso. La persona debe llamar a su plan si recibe un aviso que dice que será dado de baja por no haber pagado su prima.

Si el plan de medicamentos facturó a un miembro que debe tener una prima reducida o una prima de $0, y el miembro pagó, el plan reembolsará las cantidades correctas cuanto antes. El miembro puede llamar al número de servicio al cliente en su tarjeta de membresía, leer los materiales impresos del plan, o visitar en el sitio web del plan para miembros para obtener información sobre el proceso de reembolso.

¿Qué sucede si una persona elige que su prima sea deducida automáticamente, pero también tiene un seguro secundario que paga por parte de la prima del plan de medicamentos?

Las personas que tienen el beneficio de primas de un seguro secundario (de otro plan que no sea del plan Medicare para recetas médicas), por ejemplo un plan de salud de su empleador o un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP por su sigla en inglés), tendrán su prima completa deducida mensualmente si eligen la opción de retención de primas del Seguro Social. El plan de Medicare para medicamentos le reembolsará al miembro la cantidad que el plan de salud del empleador o SPAP habría pagado. Por ejemplo, si un miembro con una prima de $20 de su plan de medicamentos tiene el beneficio de primas de SPAP de $10 por mes y el miembro elige la retención de primas, el Seguro Social retendrá los $20. El plan Medicare de recetas médicas le reembolsará al miembro $10.

Los planes no deben cambiar a miembros con cobertura secundaria a la retención automática, a menos que el miembro lo solicite, pero pueden ofrecerles a los miembros este método de facturación. Si un miembro elige la retención automática, el miembro recibirá una factura por la cantidad correcta de su prima. El SPAP o el empleador pagará su parte directamente al plan.

¿Qué sucede si una persona está en un Plan Medicare Advantage que reduce las primas de la Parte B de Medicare, pero se les cobra la cantidad completa de la prima?

Algunos Planes Medicare Advantage reducen o cubren por completo las primas de sus miembros como parte de la inscripción del plan. Puede tomar hasta 2 meses para que los miembros vean el aumento en su cheque del Seguro Social igual a la cantidad de la reducción de la prima de la Parte B cubierto por el plan. Las cantidades incorrectas que han sido deducidas serán reembolsadas de una sola vez. Dependiendo de qué método de pago seleccionó, el miembro puede:

- Obtener el aumento en su cheque de beneficios que recibe mensualmente del Seguro Social.
- Recibir un cheque de reembolso del plan o del Seguro Social.

El miembro debe llamar a su plan si no ha recibido su aumento o su reembolso.