

# 2013 National Training Program

## Módulo 9: La cobertura de Medicare de las recetas médicas



## Módulo 9: La cobertura de Medicare de las recetas médicas

### Índice

Introducción.....	<a href="#">1</a>
Objetivos de la sesión .....	<a href="#">2</a>
Lección 1 – Los conceptos básicos sobre la cobertura de Medicare de las recetas médicas .....	<a href="#">3</a>
Medicare tiene cuatro partes .....	<a href="#">4</a>
La cobertura de Medicare de las recetas médicas .....	<a href="#">5</a>
Los medicamentos cubiertos por la Parte A.....	<a href="#">6</a>
Los medicamentos cubierto por la Parte B .....	<a href="#">7</a>
Lección 2 – La Parte D de Medicare Beneficios y precios.....	<a href="#">11</a>
La cobertura de Medicare de las recetas médicas .....	<a href="#">12</a>
Planes Medicare de medicamentos.....	<a href="#">13</a>
Los precios de los planes de medicamentos recetados.....	<a href="#">14</a>
La estructura estándar del 2013 .....	<a href="#">15</a>
Cobertura mejorada durante la interrupción en la cobertura .....	<a href="#">16</a>
Gastos reales de su bolsillo (TrOOP).....	<a href="#">17</a>
¿Qué pagos cuentan para el límite de gastos de su bolsillo (TrOOP)? .....	<a href="#">18</a>
La prima de los planes Medicare de medicamentos recetados .....	<a href="#">19</a>
Ajuste mensual según su ingreso (IRMAA).....	<a href="#">20</a>
Lección 3 – Cobertura de medicamentos de la Parte D de Medicare .....	<a href="#">22</a>
Los medicamentos cubiertos por la Parte D.....	<a href="#">23</a>
Cobertura obligatoria.....	<a href="#">24</a>
Medicamentos excluidos de la Parte D por ley .....	<a href="#">25</a>
Formulario.....	<a href="#">26</a>
Cambios al formulario.....	<a href="#">27</a>
Las normas del plan para controlar el uso de los medicamentos .....	<a href="#">28</a>
Si sus recetas cambian .....	<a href="#">29</a>
Lección 4 – Elegibilidad e inscripción en la Parte D .....	<a href="#">31</a>
Requisitos de elegibilidad de la Parte D .....	<a href="#">32</a>
Cobertura válida de medicamentos.....	<a href="#">33</a>
¿Cuándo puede inscribirse o cambiar de plan?.....	<a href="#">34</a>
Período Especial de Inscripción (SEP) en un plan de cinco (5) estrellas.....	<a href="#">37</a>
Multa por inscripción tardía en la Parte D.....	<a href="#">38</a>

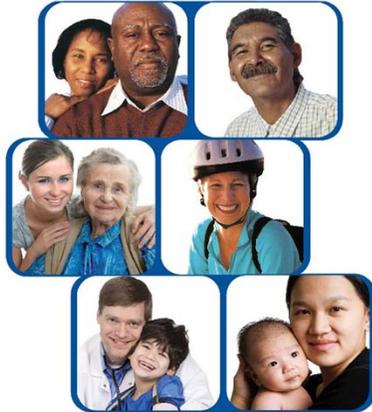
## Índice

Lección 5 – Ayuda Adicional para pagar la cobertura de las recetas médicas .....	<a href="#">40</a>
¿Qué es la “Ayuda Adicional”? .....	<a href="#">41</a>
Límites de ingresos y recursos para la Ayuda Adicional en el 2013 .....	<a href="#">42</a>
Elegibilidad para la Ayuda Adicional.....	<a href="#">43</a>
Continuación de la elegibilidad para la Ayuda Adicional.....	<a href="#">46</a>
Programa de Transición para Personas con Bajos Ingresos Elegibles Recientemente (NET).....	<a href="#">48</a>
Lección 6 – Compare y elija un plan .....	<a href="#">50</a>
Lo que debe tener en cuenta antes de escoger un plan .....	<a href="#">51</a>
Primer paso: Prepárese.....	<a href="#">52</a>
Segundo paso: Compare usando el buscador de planes de Medicare.....	<a href="#">53</a>
Tercer paso: Escoja e inscríbese .....	<a href="#">54</a>
Lo que pueden esperar los nuevos miembros.....	<a href="#">55</a>
Aviso Anual de Cambio (ANOC por su sigla en inglés).....	<a href="#">56</a>
Lección 7 – Las determinaciones de cobertura y las apelaciones .....	<a href="#">58</a>
Pedido de determinación de cobertura.....	<a href="#">59</a>
Pedido de excepción .....	<a href="#">60</a>
Pedido de apelación.....	<a href="#">61</a>
Guía de recursos acerca de la cobertura de Medicare de las recetas médicas .....	<a href="#">63</a>
Los medicamentos orales para el cáncer cubiertos por la Parte B* .....	<a href="#">65</a>
Apéndice B: Antieméticos orales cubiertos por la Parte B, para usarlos en las 48 horas siguientes a la quimioterapia.....	<a href="#">66</a>
Apéndice C: Medicamentos inmunosupresores* cubiertos por la Parte B.....	<a href="#">67</a>
Apéndice D: Beneficio estándar de medicamentos para el 2013.....	<a href="#">68</a>
Apéndice E: El precio de los planes si le otorgan la Ayuda Adicional automáticamente.....	<a href="#">69</a>
Apéndice F: Correspondencia con el consumidor .....	<a href="#">71</a>
Apéndice G: ¿Cómo acceder al Programa NET para personas con bajos ingresos de Medicare? .....	<a href="#">76</a>
Apéndice H: Niveles de apelación.....	<a href="#">78</a>
Información de contacto del Programa Nacional de Entrenamiento de CMS .....	<a href="#">79</a>
Hoja de respuestas.....	<a href="#">79</a>
Acrónimos .....	<a href="#">86</a>
Índice.....	<a href="#">87</a>

Este módulo puede presentarse en 1 hora. Destine  
aproximadamente 30 minutos más para discusión,  
preguntas y respuestas y para las actividades  
didácticas



## Programa de Entrenamiento Nacional



### Módulo 9 La cobertura de Medicare de las recetas médicas

Este módulo de entrenamiento le explica la cobertura de Medicare de las recetas médicas.

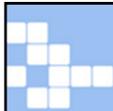
El módulo fue desarrollado y aprobado por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS por su sigla en inglés). Los CMS son la agencia federal que administra Medicare, Medicaid, el Programa de Seguro Médico para los Niños (CHIP por su sigla en inglés) y el Mercado de Seguros de Salud. La información de este módulo fue corregida en junio de 2013.

Para ver la versión más actualizada de este módulo de entrenamiento, visite <http://cms.gov/Outreach-and-Education/Training/CMSNationalTrainingProgram/index.html>

Si desea consultar las actualizaciones sobre la reforma sanitaria, visite [HealthCare.gov](http://HealthCare.gov)

Para información sobre la Ley de Atención Médica Asequible (a bajo costo) visite [HealthCare.gov/law/full/index.html](http://HealthCare.gov/law/full/index.html)

El material del Programa de Entrenamiento Nacional de Medicare no es un documento legal. Las normas oficiales del programa Medicare están descritas en las leyes, reglamentos y disposiciones correspondientes.



## Objetivos de la sesión

Esta sesión lo ayudará a:

- Entender la cobertura de los medicamentos recetados de la
  - Parte A de Medicare (seguro de hospital), Parte B (seguro médico) y de la Parte D
- Le brindará un resumen sobre la elegibilidad y la inscripción
- Le permitirá comparar y escoger un plan
- Describe la “Ayuda Adicional” para pagar por este plan de medicamentos
- Le explica las determinaciones de cobertura y apelaciones

Esta sesión lo ayudará a:

- Entender la cobertura de los medicamentos recetados de la
  - Parte A (seguro de hospital), Parte B (seguro médico) y de la Parte D
- Le brindará un resumen sobre la elegibilidad y la inscripción
- Le permitirá comparar y escoger un plan
- Describe la “Ayuda Adicional” para pagar por este plan de medicamentos
- Le explica las determinaciones de cobertura y apelaciones

 **Lección 1 – Los conceptos básicos sobre la cobertura de Medicare de las recetas médicas**

- Las generalidades de Medicare
- La cobertura de Medicare de las recetas médicas de la
  - Parte A (seguro de hospital)
  - Parte B (seguro médico)

Medicare Prescription Drug Coverage 3

Lección 1 – *Los conceptos básicos sobre la cobertura de Medicare de las recetas médicas* le brinda información sobre

- Las generalidades de Medicare
- La cobertura de Medicare de las recetas médicas de la
  - Parte A (seguro de hospital)
  - Parte B (seguro médico)

## Medicare tiene cuatro partes



Medicare Prescription Drug Coverage

4

Medicare cubre muchos tipos de servicios y usted tiene opciones para escoger la forma en que recibe la cobertura de Medicare. Medicare consta de cuatro partes:

- **Parte A (Seguro del Hospital)** lo ayuda a pagar la estadía en el hospital, en un centro de enfermería especializada, el cuidado de la salud en el hogar y el cuidado de hospicio.
- **Parte B (Seguro Médico)** lo ayuda a pagar los servicios necesarios por motivos médicos, como la consulta médica o la atención ambulatoria. La Parte B también cubre los servicios preventivos como las vacunas, exámenes para diagnóstico, algunas terapias y el equipo médico duradero, como las sillas de ruedas y andadores.
- **Parte C (Medicare Advantage)** es otra manera de recibir las prestaciones de Medicare. Combina las Partes A y B y a veces la Parte D (la cobertura de las recetas médicas). Los Planes Medicare Advantage son administrados por compañías privadas aprobadas por Medicare. Estos planes deben cubrir todos los servicios que sean necesarios por motivos médicos. Sin embargo, pueden cobrarle copagos, coseguros o deducibles diferentes de los que les cobra el Medicare Original.
- **Parte D (La cobertura de las recetas médicas de Medicare)** lo ayuda a pagar por los medicamentos recetados para los pacientes ambulatorios y pueden ayudarlo a disminuir los precios de sus medicamentos y a protegerlo contra el futuro aumento de los precios.

## La cobertura de Medicare de las recetas médicas

- La cobertura de recetas médicas de las Partes A, B o D dependerá de
  - Que sean necesarios por motivos médicos
  - Del lugar donde recibe el tratamiento
  - Las instrucciones médicas
  - Los requisitos de cobertura especiales

Que sus recetas médicas sean cubiertas por la Parte A, B o D de Medicare dependerá de varios factores:

- Que sean necesarios por motivos médicos
- Del lugar donde reciba la atención médica (por ejemplo en su hogar, hospital (como paciente internado o ambulatorio) o centro de cirugía donde se brinde la atención médica.
- Las instrucciones del médico o el motivo por el que necesita el medicamento (por ejemplo, para tratar el cáncer),
- Cualquier requisito especial de cobertura, como los requisitos para los medicamentos inmunosupresores.

Esta información es válida para los beneficiarios que tienen el Medicare Original, que es un seguro de pago-por-servicio en el que el gobierno les paga a los proveedores de la salud directamente por los beneficios de las Partes A y/o B. Si usted tiene un plan Medicare Advantage (MA) Parte C (como un HMO o PPO) que ofrezca la cobertura de las recetas médicas, recibirá todos los servicios de salud del plan cubiertos por Medicare, incluidas las recetas médicas cubiertas. Casi todos los planes Medicare Advantage ofrecen la cobertura de las recetas médicas.

## Los medicamentos cubierto por la Parte A

- La Parte A por lo general paga por todos los medicamentos durante una estadía cubierta
  - En un hospital o Centro de Enfermería Especializada (SNF)
    - Los medicamentos deben ser parte del tratamiento
  - Cuidado de hospicio
    - Solamente los medicamentos para el control de los síntomas y el dolor

Durante su estadía cubierta en un hospital o en un Centro de Enfermería Especializada (SNF), tal vez le den medicamentos para tratar su afección. La Parte A de Medicare generalmente le pagará al hospital o al SNF por todos los medicamentos que le administren durante su internación.

La Parte A de Medicare pagará los medicamentos para el control de los síntomas y el dolor mientras recibe los servicios de hospicio cubiertos por la Parte A. Le pueden cobrar hasta \$5 por cada receta que reciba como paciente ambulatorio para el control de los síntomas y el dolor.

**NOTA:** La Parte B de Medicare puede pagarle al hospital o al SNF por ciertas categorías de medicamentos cubiertos por la Parte B, si usted no tiene la cobertura de la Parte A, si ya usó la cobertura de la Parte A durante su estadía, o si la estadía no está cubierta por la Parte A.

## Los medicamentos cubiertos por la Parte B

- La Parte B cubre un grupo limitado de medicamentos para pacientes ambulatorios
  - Medicamentos inyectables y para infusión
    - Que generalmente no son de autoadministración
    - Administrados como parte del tratamiento brindado por un médico
  - Proporcionados a través del Equipo Médico Duradero (DME) cubierto por la Parte B
    - Como nebulizadores y bombas de infusión
    - Solo cuando se usan con un DME en su hogar

La Parte B de Medicare ofrece una cobertura limitada de recetas médicas. No cubre la mayoría de los medicamentos que usted compra en la farmacia. La Parte B cubre un grupo limitado de medicamentos para pacientes ambulatorios, incluidos:

- Los medicamentos inyectables o para infusión que generalmente no son de autoadministración y que se obtienen y proporcionan como parte del servicio médico (por ejemplo, un medicamento inyectable para tratar la anemia y que se lo dan al mismo tiempo que la quimioterapia). Sin embargo, si el medicamento puede ser autoadministrado (por ejemplo, Imitrex para la migraña) o no se suministra y se administra como parte del tratamiento médico, no será cubierto por la Parte B.
- Los medicamentos administrados a través de un Equipo Médico Duradero (DME) cubierto por la Parte B en su casa, como nebulizadores y bombas de infusión. Para obtener medicamentos cubiertos por la Parte B de Medicare elija una farmacia o suministrador que sea un proveedor de DME que participe en el programa de la Parte B de Medicare. Puede ser que tenga que usar un proveedor contratado en ciertas áreas y para determinados productos DME. Para más información o para encontrar un proveedor contratado en su área, visite el Directorio de Suministradores de Medicare en [www.medicare.gov/supplier](http://www.medicare.gov/supplier).

Para más información sobre la cobertura de medicamentos bajo las Partes A y B de Medicare, visite

<http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Training/NationalMedicareTrainingProgram/Downloads/2011-Medicare-Drug-Coverage-Part-A-Part-B-and-Part-D.pdf>

## Los medicamentos cubiertos por la Parte B

- La Parte B cubre un grupo limitado de medicamentos para pacientes ambulatorios
  - Algunos medicamentos orales con requisitos especiales de cobertura
    - Medicamentos contra el cáncer
    - Medicamentos antieméticos
    - Medicamentos inmunosupresores, en determinadas circunstancias
  - Ciertas vacunas
    - La de la gripe
    - Vacuna contra la neumonía neumocócica

La Parte B de Medicare cubre un grupo limitado de medicamentos para pacientes ambulatorios, entre ellos:

- Tres categorías de medicamentos orales con requisitos especiales de cobertura: medicamentos orales contra el cáncer, medicamentos orales antieméticos (para tratar las náuseas) y medicamentos inmunosupresores (en determinadas circunstancias).
- Ciertas vacunas, incluidas la vacuna contra el virus de la gripe, la vacuna contra la neumonía (neumocócica), la vacuna contra la hepatitis B (para personas con riesgo intermedio o alto), y otras vacunas (como la del tétanos) cuando se las administran para tratar una lesión y si usted ha estado expuesto directamente a una enfermedad o afección médica. Generalmente, los planes de medicamentos de Medicare cubren otras vacunas (como la vacuna contra el herpes zoster o culebrilla) necesarias para prevenir enfermedades.
- Un número limitado de otros tipos de medicamentos para pacientes ambulatorios. Puede haber diferencias regionales en las pólizas de cobertura de medicamentos de la Parte B locales en ausencia de una decisión de cobertura nacional.

**NOTA:** Para una lista de los medicamentos orales con requisitos especiales de cobertura, consulte los Apéndices A, B y C.

## Los medicamentos cubiertos por la Parte B

- Generalmente no cubre los medicamentos de autoadministración que recibe como paciente ambulatorio del hospital
  - A menos que sean parte del tratamiento que esté recibiendo en el hospital
- Si está inscrito en la Parte D, estos medicamentos podrían estar cubiertos
  - Si no lo internan en el hospital
  - Tal vez tenga que pagarlos y luego solicitar el reembolso

A veces puede ser que usted necesite “medicamentos de autoadministración” (los que toma por usted mismo) que no están relacionados con los servicios que está recibiendo como paciente ambulatorio de un hospital. La Parte A y la Parte B generalmente no cubren los medicamentos de autoadministración que usted recibe como paciente ambulatorio (como en una sala de emergencias, unidad de observación o centro de cirugía) a menos que usted necesite estos medicamentos para los servicios ambulatorios que esté recibiendo. Por ejemplo, puede ser que necesite medicamentos diarios para la presión arterial si está en la sala de emergencia porque tiene un esguince de tobillo. Las Partes A y B de Medicare no cubren el medicamento porque no está relacionado con los servicios ambulatorios que usted está recibiendo para tratarse el tobillo. Si como paciente ambulatorio del hospital usted necesita un medicamento de autoadministración y ni la Parte A ni la Parte B lo cubren, el hospital podría cobrarle por el medicamento. Sin embargo, si está inscrito en un plan de cobertura de medicamentos de Medicare (Parte D), estos medicamentos podrían estar cubiertos. Lo más probable es que tenga que pagar de su bolsillo por estos medicamentos y luego enviarle una reclamación a su plan para que le reembolse.

- Generalmente, su plan Medicare no pagará por los medicamentos de venta libre, como por ejemplo Tylenol®.
- El medicamento que usted necesita debe estar en el formulario del plan (lista de medicamentos cubiertos)
- Normalmente usted no podrá obtener los medicamentos de autoadministración en el departamento ambulatorio o en la sala de emergencia del hospital.
- Su plan de recetas médicas se fijará si usted podría haber obtenido los medicamentos de autoadministración en una farmacia de la red.
- Si la farmacia del hospital no participa en la Parte D de Medicare, usted tendrá que pagar el medicamento de su bolsillo y luego presentarle la reclamación a su plan de medicamentos de Medicare para que se lo reembolse.

Si desea más información, visite [www.medicare.gov/publications](http://www.medicare.gov/publications) para consultar la publicación “*Cómo cubre Medicare los medicamentos de autoadministración que recibe en el departamento ambulatorio del hospital*”, producto de CMS número 11333.

## Compruebe sus conocimientos – Lección 1

1. Máximo tiene el Medicare Original y un plan de la Parte D. Recientemente le administraron medicamentos por receta durante una estancia cubierta por el Medicare en un centro de enfermería especializada (SNF). ¿Medicare pagará por sus medicamentos recetados? Si es así, ¿qué parte se las cubrirá?

**Sí, la Parte A las cubrirá si son necesarias por razones médicas.**

2. ¿Cuál de estas vacunas podría NO estar cubierta por la Parte B de Medicare?
  - a. Vacuna contra la gripe
  - b. Vacuna contra la culebrilla
  - c. Vacuna contra la hepatitis B
  - d. Vacuna contra la neumonía neumocócica

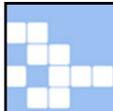


1. Máximo tiene el Medicare Original y un plan de la Parte D. Recientemente le administraron medicamentos por receta durante una estancia cubierta por el Medicare en un centro de enfermería especializada (SNF). ¿Medicare pagará por sus medicamentos recetados? Si es así, ¿qué parte se las cubrirá?

**RESPUESTA:** Sí, la Parte A de Medicare pagará por las recetas médicas que Máximo recibió durante su estancia en un centro de enfermería especializada (SNF) si son necesarias por razones médicas. Los pagos de la Parte A de Medicare hechos a hospitales y SNF generalmente cubren todos los medicamentos administrados durante la estancia de un paciente (p. 6).

2. ¿Cuál de estas vacunas podría NO estar cubierta por la Parte B de Medicare?
  - a. Vacuna contra la gripe
  - b. Vacuna contra la culebrilla
  - c. Vacuna contra la hepatitis B
  - d. Vacuna contra la neumonía neumocócica

**RESPUESTA:** La respuesta es b. La Parte B cubre ciertas inmunizaciones, incluida la vacuna contra la gripe (*flu*), la vacuna contra la neumonía neumocócica, la vacuna contra la hepatitis B (para personas con riesgos intermedios o altos) y otras vacunas (como la del tétanos) cuando se la administran para tratar una lesión o si usted ha estado expuesto directamente a una enfermedad o afección médica. Generalmente, los planes de medicamentos de Medicare cubren otras vacunas (como la vacuna contra la culebrilla o herpes zoster) necesarios para prevenir enfermedades (p. 7, 8).



## Lección 2 – La Parte D de Medicare Beneficios y precios

- La cobertura de Medicare de las recetas médicas
- Los precios y beneficios de los planes de medicamentos de Medicare

La lección 2, *La Parte D de Medicare Beneficios y precios*, brinda información sobre:  
La cobertura de Medicare de las recetas médicas  
Los precios y beneficios de los planes de medicamentos de Medicare

## La cobertura de Medicare de las recetas médicas

- También conocida como la Parte D de Medicare
- Planes de medicamentos aprobados por Medicare
- Administrados por compañías privadas
- Disponibles para todas las personas con Medicare
- Debe estar inscrito en un plan para recibir la cobertura
- Puede obtenerla a través de los
  - Planes de Medicare de medicamentos recetados (PDP por su sigla en inglés)
  - Planes Medicare Advantage (MA-PD por su sigla en inglés) con cobertura de las recetas médicas, y
    - Otros planes de salud de Medicare con cobertura de las recetas médicas

La cobertura de medicamentos recetados de Medicare (Parte D) se agrega a su cobertura de salud de Medicare y lo ayuda a pagar por medicamentos de marca y genéricos que sean necesarios por razones médicas. Los planes Medicare de medicamentos recetados están aprobados por Medicare y son administrados por compañías privadas. Todos los beneficiarios de Medicare pueden inscribirse en uno de estos planes. Para obtener la cobertura de las recetas médicas debe estar inscrito en un plan.

Usted puede obtener la cobertura de sus recetas médicas de dos maneras:

1. A través de un plan Medicare de medicamentos recetados de Medicare (PDP) que agregue esta cobertura al Medicare Original y a otros planes de Medicare.
2. Algunos planes Medicare Advantage (como un HMO o PPO) y otros planes de Medicare que ofrecen la cobertura de las recetas médicas.

El término “Plan de Medicare de medicamentos recetados” se usa a lo largo de esta presentación para referirse a los planes Medicare de medicamentos recetados (PDP) y a los planes Medicare Advantage (MA) u otros Planes de Medicare con cobertura de los medicamentos recetados.

**Nota:** Algunas pólizas Medigap (Seguro Suplementario a Medicare) ofrecían la cobertura de los medicamentos recetados antes del 1 de enero de 2006. Sin embargo, esta no es la cobertura de Medicare de los medicamentos recetados.

## Planes Medicare de medicamentos

- Tienen flexibilidad para diseñar los beneficios
- Deben ofrecer como mínimo el nivel estándar de cobertura
- Pueden ofrecer otros beneficios o beneficios mejorados
  - Deducibles más bajos
  - Diferentes categorías y/o niveles de copagos
  - Cobertura por medicamentos que normalmente no están cubiertos por la Parte D
- Los beneficios y los precios pueden cambiar cada año

Los planes de medicamentos de Medicare pueden ser diferentes en cuanto a los medicamentos recetados, cuánto usted tiene que pagar y qué farmacias puede usar. Todos los planes de medicamentos de Medicare deben ofrecer como mínimo el nivel estándar de cobertura determinado por Medicare. No obstante, los planes ofrecen diferentes combinaciones de coberturas y costos compartidos. Puede ser que los planes ofrezcan más cobertura y medicamentos adicionales, generalmente por una prima mensual más alta.

La mayoría de los planes ofrecen distintas estructuras de beneficios, incluidos los niveles o categorías, copagos y/o deducibles más bajos. Los planes mejorados pueden ofrecer la cobertura de los medicamentos durante la interrupción de la cobertura, y hasta podrían pagar por los medicamentos que no cubre la Parte D de Medicare.

Los beneficios y precios del plan pueden cambiar cada año, por lo que es importante ver y comparar sus opciones de planes cada año.

## Los precios de los planes de medicamentos recetados

- Los precios varían según el plan
- En el 2013, la mayoría de las personas pagarán
  - Una prima mensual
  - Un deducible anual
  - Los copagos o el coseguro
  - 47.5% para los medicamentos de marca cubiertos durante la interrupción en la cobertura
  - 79% para los medicamentos genéricos durante la interrupción en la cobertura
  - Muy poco después de haber gastado \$4,750 de su bolsillo

Los costos de su cobertura de medicamentos recetados variarán según el plan que elija y otros factores, como qué medicamentos usted toma, qué plan de medicamentos de Medicare usted tiene, si usa una farmacia de la red del plan y si recibe Ayuda Adicional para pagar por los costos de los medicamentos. La mayoría de los beneficiarios pagará una prima mensual por la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Usted también paga una parte del precio de los medicamentos, incluidos los deducibles, copagos y/o el coseguro.

La mayoría de los planes de Medicare tienen una interrupción en la cobertura (también llamada “donut hole”). Esto quiere decir que hay un límite temporal sobre los medicamentos que cubrirá el plan. Usted entrará en esta interrupción después que usted y su plan hayan gastado una cierta cantidad para medicamentos recetados. En el 2013, una vez que entre en la interrupción de la cobertura, pagará el 47.5% de los costos del plan para medicamentos de marca cubiertos y el 79% de los costos del plan para medicamentos genéricos cubiertos hasta que llegue al fin de la interrupción en la cobertura. No todos los beneficiarios pasarán por una interrupción en la cobertura.

Algunos costos se tienen en cuenta para que termine la interrupción en la cobertura, incluido su deducible anual, coseguro y copagos, el descuento que recibe para los medicamentos de marca recetados durante la interrupción en la cobertura, y lo que usted paga durante la interrupción en la cobertura. Sin embargo, la prima del plan de medicamentos, lo que usted paga por los medicamentos que no están cubiertos, y el descuento que recibe en los medicamentos genéricos cubiertos durante la interrupción en la cobertura no cuentan para que termine la interrupción en la cobertura.

En cada plan, una vez que usted haya pagado \$4,750 de su bolsillo por gastos en medicamentos en el 2013 (se tienen en cuenta los pagos de otras fuentes, incluido el descuento pagado por el plan durante la interrupción en la cobertura), terminará la interrupción en la cobertura y solamente tendrá que pagar el 5% (o un copago pequeño) por cada receta médica por el resto del año.

**NOTA:** Consulte el Apéndice D si desea más información sobre los costos de la Parte D y la estructura estándar de los beneficios.

## La estructura estándar del 2013

La Sra. Torres se inscribe en el plan Medicare de medicamentos recetados ABC. Su cobertura comienza el 1 de enero de 2013. No recibe la Ayuda Adicional y usa la tarjeta de su plan de medicamentos para comprar sus medicinas.

**Prima mensual – La Sra. Torres paga una prima mensual durante el año**

1. Deducible anual	2. Copago o coseguro (lo que paga en la farmacia)	3. Interrupción en la cobertura	4. Cobertura catastrófica
La Sra. Torres paga los primeros \$325 del costo de sus medicinas antes de que el plan comience a pagar su parte.	La Sra. Torres abona un copago, y el plan paga su parte de cada medicamento cubierto hasta que la cantidad <b>combinada</b> (más el deducible) alcance a \$2,970.	Una vez que la Sra. Torres y el plan hayan gastado \$2,970 en los medicamentos cubiertos, comenzará la interrupción en la cobertura. En el 2013, pagará el 47.5% de los costos del plan por los medicamentos de marca cubiertos y el 79% de los costos del plan por los medicamentos genéricos cubiertos. Lo que ella paga (y el descuento pagado por la compañía de medicamentos) cuenta como gastos de	Una vez que la Sra. Torres haya gastado \$4,750 de su bolsillo en el año, terminará la interrupción en su cobertura. Ahora solamente tendrá que pagar un pequeño copago o coseguro por cada medicamento hasta

Este es un ejemplo de lo que usted pagaría en un plan Medicare de medicamentos recetados estándar. Muy pocos planes siguen este diseño. Los precios de su plan podrían ser diferentes.

**Prima mensual**— La mayoría de los planes de medicamentos cobran un cargo mensual que varía de un plan a otro. Usted paga este cargo además de la prima de la Parte B (si tiene la Parte B). Si tiene un plan MA (como un HMO o un PPO) con la cobertura de las recetas médicas, la prima del plan puede incluir el costo de la cobertura de los medicamentos recetados.

**Deducible anual (usted pagará hasta \$325 en el 2013)**—Lo que paga por sus medicamentos recetados antes de que el plan comience a pagar. Ningún plan de medicamentos de Medicare puede tener un deducible de más de \$325 en el 2013. Algunos planes no cobran un deducible.

**Copagos o coseguro (usted paga aproximadamente el 25%)**—Lo que usted paga por cada medicamento después de que usted haya pagado el deducible (si el plan tiene deducible). El plan paga la parte que le corresponde por los medicamentos cubiertos y usted paga la suya.

**Interrupción en la cobertura**— La interrupción en la cobertura comienza desde que usted y su plan de medicamentos hayan gastado cierta cantidad en medicamentos cubiertos (\$2,970 in 2013). En el 2013 durante la interrupción, usted paga el 47.5% de los costos del plan por los medicamentos de marca cubiertos y el 79% de los costos del plan por los medicamentos genéricos cubiertos, hasta que llegue al final de la interrupción en la cobertura. Algunos costos se tienen en cuenta para que termine la interrupción en la cobertura, incluido su deducible anual, coseguro y copagos, el descuento que recibe para los medicamentos de marca recetados durante la interrupción en la cobertura, y lo que usted paga durante la interrupción en la cobertura. Sin embargo, la prima del plan de medicamentos, lo que usted paga por los medicamentos que no están cubiertos, y el descuento que recibe en los medicamentos genéricos cubiertos durante la interrupción en la cobertura no cuentan para que termine la interrupción en la cobertura.

**Cobertura catastrófica (usted paga el 5%)**—Una vez que haya llegado al límite de gastos de su bolsillo obtendrá la “cobertura catastrófica” y sólo pagará un pequeño coseguro o copago por cada medicamento cubierto por el resto del año.

## Cobertura mejorada durante la interrupción en la cobertura

Año	Lo que usted paga por medicamentos de marca durante la interrupción en la cobertura	Lo que usted paga por medicamentos genéricos durante la interrupción en la cobertura
2013	47.5%	79%
2014	47.5%	72%
2015	45%	65%
2016	45%	58%
2017	40%	51%
2018	35%	44%
2019	30%	37%
2020	25%	25%

Medicare Prescription Drug Coverage

16

El descuento en sus medicamentos aumentará cada año mientras dure la interrupción en su cobertura hasta 2020, cuando pagará aproximadamente el 25% tanto para los medicamentos recetados cubiertos como para los medicamentos genéricos mientras dure la interrupción en su cobertura.

**NOTA:** En 2013, usted paga el 47.5% de los cargos por venderle el medicamento y administración de vacunas durante la interrupción en la cobertura (a menos que usted reciba Ayuda Adicional). Los planes de medicamentos de Medicare pagarán por el 52.5% restante de los cargos. Los planes de medicamentos de Medicare pagarán una cantidad por estos cargos que irá en aumento hasta 2020. En 2013, usted también paga el 79% del costo del ingrediente, impuestos sobre las ventas y los cargos por dispensación y administración de vacunas por los medicamentos genéricos durante la interrupción en la cobertura.

## Gastos reales de su bolsillo (TrOOP)

- Gastos que se tienen en cuenta para el límite de los gastos de su bolsillo
  - \$4,750 en 2013
- Después que llega al límite, recibe la cobertura catastrófica
  - Paga solo un pequeño copago o coseguro por los medicamentos cubiertos
- En la Explicación de Beneficios (EOB) se muestran los gastos TrOOP hasta la fecha
- Los TrOOP se transfieren si usted cambia de plan a mediados de año

Los gastos reales de su bolsillo (TrOOP) son los gastos que se tienen en cuenta para el límite de \$4,750 (para 2013) de los gastos de su bolsillo de su plan de medicamentos de Medicare. Los gastos de TrOOP para determinar cuándo comienza la cobertura catastrófica. Su plan de medicamentos mantendrá un registro de los gastos TrOOP. Cada mes que usted compre medicamentos recetados cubiertos por su plan, su plan de medicamentos le enviará un correo electrónico con la Explicación de Beneficios (EOB) donde se muestran sus gastos TrOOP hasta la fecha.

Para que los pagos se tengan en cuenta para los gastos TrOOP, los pagos debe hacerlos usted o haber sido hechos en su nombre, no deben estar cubiertos por ningún otro tipo de seguro, y deben ser para ciertos tipos de costos, de acuerdo con las reglas del plan (por ejemplo, medicamentos que estén en el formulario del plan o que se dispensen en una farmacia de la red del plan).

Si cambia de plan durante el año, el saldo de su TrOOP se transfiere al nuevo plan de medicamentos de Medicare. Medicare ha implementado procesos para transferir el monto de TrOOP. Si usted cree que hay un error en el monto de TrOOP que se transfiere, puede ser que tenga que enviarle una copia de su más reciente EOB a su nuevo plan para mostrarle el monto actual de su TrOOP.

**NOTA:** Si desea obtener más información, consulte la hoja de consejos *Para comprender cuáles son los gastos reales de su bolsillo (TrOOP)*, Producto de los CMS No. 11223-P, que se encuentra en: <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Outreach/Partnerships/downloads/11223-P.pdf>

## ¿Qué pagos cuentan para el límite de gastos de su bolsillo (TrOOP)?

Lo que cuenta	Lo que NO cuenta
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pagos hechos por usted, sus familiares o amigos</li> <li>▪ Los Programas de Ayuda Farmacéutica cualificados (SPAP)</li> <li>▪ La “Ayuda Adicional” de Medicare</li> <li>▪ La mayoría de las caridades (no cuentan si están creadas/controladas por su empleador o sindicato)</li> <li>• Los Servicios de Salud para Indígenas</li> <li>• Programas de ayuda con los medicamentos para el SIDA</li> <li>▪ El descuento que recibe en medicamentos de marca cubiertos durante la brecha en la cobertura</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La prima mensual de su plan</li> <li>▪ La parte del costo de los medicamentos pagada por su plan de medicamentos de Medicare</li> <li>• Los planes de salud grupales (incluido el seguro de empleador o sindicato para jubilados)</li> <li>▪ Programas subsidiados por el gobierno (incluido Medicaid, TRICARE y VA)</li> <li>▪ Los programas de ayuda al paciente (PAP)</li> <li>• Otros pagos de terceros</li> <li>▪ Otros tipos de seguro</li> <li>▪ El descuento que recibe en medicamentos genéricos durante la brecha en la cobertura</li> </ul>

Medicare Prescription Drug Coverage

18

Los gastos que se tienen en cuenta para los gastos de su bolsillo (TrOOP) incluyen pagos por medicamentos que están cubiertos por el plan y hechos por:

- Usted, sus familiares o amigos
- Programas de Ayuda Farmacéutica cualificados (SPAP)
- La “Ayuda Adicional” de Medicare
- La mayoría de las caridades (no cuentan si están creadas/controladas por su empleador o sindicato)
- Los Servicios de Salud para Indígenas y los Programas de Ayuda con los medicamentos para el SIDA
- El programa de descuento de los fabricantes de medicamentos durante la brecha en la cobertura de Medicare (por ejemplo, el descuento que recibe en medicamentos de marca cubiertos durante la brecha en la cobertura)

Los gastos que no se tienen en cuenta para los gastos de su bolsillo (TrOOP) incluyen pagos hechos por:

- Su plan de medicamentos de Medicare (por ejemplo, la parte del costo de los medicamentos pagada por su plan)
- Los planes de salud grupales, incluido el seguro de empleador o sindicato para jubilados (y Cuentas de Ahorro personales para gastos de Salud cuando están estructuradas como un plan de salud grupal)
- Programas subsidiados por el gobierno, incluido Medicaid, TRICARE y VA
- Los programas de ayuda al paciente (PAP) que ofrecen medicamentos gratis o a un precio notablemente reducido pueden cobrarle un pequeño copago y puede ser que esta cantidad se tenga en cuenta para los gastos TrOOP. Usted deberá enviar una reclamación a su plan de medicamentos, junto con documentación del copago.
- Otros pagos de terceros o de seguros
- El descuento que recibe en medicamentos genéricos durante la brecha en la cobertura

**NOTA:** Los siguientes pagos no cuentan para TrOOP: la prima mensual de su plan, los medicamentos no cubiertos por el plan, medicamentos excluidos de la Parte D, medicamentos sin receta médica.

## La prima de los planes Medicare de medicamentos recetados

- Un pequeño grupo de beneficiarios pagarán una prima más cara
  - Según sus ingresos por encima de cierto límite
  - Menos del 5% de todas las personas con Medicare
  - Se utilizan los mismos parámetros usados para calcular la prima de la Parte B ajustada según el ingreso
    - Según la declaración de impuestos que presentó hace 2 años al IRS.
- Debe pagarla si tiene la Parte D.

Medicare Prescription Drug Coverage

19

Un grupo pequeño —menos del 5% de las personas con Medicare— podría pagar una prima más cara de acuerdo con sus ingresos. Si su ingreso está por encima de un cierto límite, usted pagará una cantidad extra además de la prima. La Administración del Seguro Social (SSA) usa la declaración de impuestos presentada al Servicio de Rentas Internas (IRS) para decidir si paga o no una prima más elevada. Los límites de ingresos son los mismos que se usan para el ajuste de la prima de la Parte B de acuerdo con sus ingresos (IRMAA).

Por lo general, este monto será deducido de su cheque de beneficio del Seguro Social. Si el monto del cheque no es suficiente, CMS o la Junta de Retiro Ferroviario (RRB) le enviará una factura mensual por la cantidad extra. Lo que significa que usted le pagará una prima mensual al plan y el monto del IRMAA a CMS o al RRB. (En otras palabras, el IRMAA de la Parte D se lo paga al gobierno directamente y no al plan.) Este también se aplica si usted tiene la Parte D patrocinada por su empleador (pero no se aplica al subsidio de medicamentos de los jubilados u otra cobertura válida de medicamentos).

Si usted no paga la prima de la Parte D completa (incluido el monto extra), puede perder su plan de medicamentos de Medicare. Usted deberá pagar tanto la cantidad extra como la prima de su plan cada mes para poder tener la cobertura de medicamentos de Medicare.

Si tiene que pagar la cantidad extra y no está de acuerdo (por ejemplo porque su ingreso ha disminuido por alguna circunstancia especial), llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-800-325-0778. Si desea más información, visite [www.socialsecurity.gov](http://www.socialsecurity.gov).

Referencia: Administración del Seguro Social, SSA Publicación No. 05-10536 - marzo de 2012

## Ajuste mensual según su ingreso (IRMAA)

Si su ingreso anual en el 2011 fue		En el 2013 usted paga
Declaración individual	Declaración conjunta	
\$85,000 o menos	\$170,000 o menos	La prima de su plan (YPP)
\$85,000.01 – \$107,000	\$170,000.01 – \$214,000	YPP + \$11.60*
\$107,000.01 – \$160,000	\$214,000.01 – \$320,000	YPP + \$29.90*
\$160,000.01 – \$214,000	\$320,000.01 – \$428,000	YPP + \$48.30*
Más de \$214,000	Más de \$428,000	YPP + \$66.60*
*por mes		

Medicare Prescription Drug Coverage

20

Usted pagará solamente la prima del plan si su ingreso anual en el 2011 fue \$85,000 o menos para un individuo ó \$170,000 o menos para una pareja.

Si usted reportó un ingreso bruto ajustado modificado de más de \$85,000 (individuos y personas casadas que hacen declaración individual) ó \$170,000 (personas casadas que hacen declaración conjunta) en su declaración de impuestos al IRS hace dos años (la información de su declaración de impuestos más reciente proporcionada al IRS), usted pagará el ajuste por la cobertura de medicamentos recetados de Medicare, conocido como el ajuste mensual según su ingreso (IRMAA). Usted deberá pagar esta cantidad además de la prima mensual por su plan de medicamentos recetados de Medicare.

El monto del IRMAA se ajusta cada año y se calcula a partir de la prima básica nacional.

## Compruebe sus conocimientos– Lección 2

1. ¿Qué gasto se tiene en cuenta para salir de la interrupción en la cobertura? (Seleccione todos los que correspondan)

- a. Prima del plan de medicamentos
- b. Descuento en medicamentos genéricos cubiertos
- c. Descuento en medicamentos de marca cubiertos
- d. Copagos o coseguros
- e. Deducible anual



2. Los beneficios y costos del plan de medicamentos de Medicare son los mismos cada año.

- A. Verdadero
- B. Falso

Medicare Prescription Drug Coverage 21

1. ¿Qué gasto se tiene en cuenta para salir de la interrupción en la cobertura? (Seleccione todos los que correspondan)
- a. Prima del plan de medicamentos
  - b. Descuento en medicamentos genéricos cubiertos
  - c. Descuento en medicamentos de marca cubiertos
  - d. Copagos o coseguros
  - e. Deducible anual

**RESPUESTA:** c, d, y e. Determinados gastos se tienen en cuenta para salir de la interrupción en la cobertura, incluido su deducible anual, coseguro y copagos, el descuento que usted recibe en medicamentos de marca cubiertos durante la interrupción en la cobertura, y lo que paga durante la interrupción en la cobertura. Otros gastos no se tienen en cuenta para salir de la interrupción en la cobertura, entre ellos la prima del plan de medicamentos, lo que usted paga por los medicamento son cubiertos, el descuento que usted recibe en medicamentos genéricos cubiertos durante la interrupción en la cobertura (p. 14).

2. Los beneficios y costos del plan de medicamentos de Medicare son los mismos cada año.
- A. Verdadero
  - B. Falso

**RESPUESTA:** b. Falso. Los beneficios y costos del plan de medicamentos de Medicare pueden cambiar cada año (p. 13).



## Lección 3 – Cobertura de medicamentos de la Parte D de Medicare

- Medicamentos cubiertos y no cubiertos
- Acceso a medicamentos cubiertos

Lección 3 – La *Cobertura de medicamentos de la Parte D de Medicare* le brinda información sobre:

- Medicamentos cubiertos y no cubiertos
- Acceso a medicamentos cubiertos

## Los medicamentos cubiertos por la Parte D

- Medicamentos recetados de marca y genéricos
  - Aprobados por la Administración de Alimentos y Fármacos (FDA)
  - Vendidos para ser usados en los Estados Unidos
  - Recetados para tratar un problema médico aprobado
- Incluye los medicamentos, productos biológicos y la insulina
  - Insumos para inyección o inhalación
- Los planes deben cubrir un rango de los medicamentos en cada categoría
- La cobertura y las reglas varían según el plan

Los planes Medicare de medicamentos recetados cubren tanto los medicamentos de marca como los genéricos. Para que Medicare pague por ellos, los medicamentos deben ser recetados por un médico, aprobados por la Administración de Alimentos y Fármacos (FDA) y deben ser vendidos y usados en los Estados Unidos para tratar un problema médico aprobado.

Los medicamentos cubiertos incluyen las medicinas recetadas, los productos biológicos (como por ejemplo, anticuerpos, proteínas, células) y la insulina. Medicare también cubre los insumos para inyectarse la insulina, como las jeringas, agujas, alcohol, torundas y gasa, etc.

Para garantizar que las personas que tengan diferentes problemas médicos puedan recibir los medicamentos que necesitan, las listas de medicamentos de cada plan deben incluir un rango de medicamentos en las categorías más ampliamente recetadas. Todos los planes de medicamentos de Medicare generalmente tienen que cubrir al menos dos medicamentos por categoría, pero los planes pueden elegir qué medicamentos específicos cubrirán. La cobertura y las reglas varían según el plan, lo cual puede afectar cuánto usted paga.

Puede ser que la lista de medicamentos recetados de un plan no incluya el medicamento específico que usted necesita. No obstante, en la mayoría de los casos, debe haber un medicamento similar disponible. Si usted o la persona que se lo recetó (su médico u otro proveedor de atención médica que legalmente tenga permitido recetar medicamentos) cree que ninguno de los medicamentos de la lista de medicamentos de su plan le hará efecto para su problema, puede pedir una excepción.

**AVISO:** Hay ciertos medicamentos que nunca pasaron por el proceso de aprobación de la FDA. A medida que los planes revisan sus formularios y encuentran estos medicamentos, los van quitando de sus formularios.

## Cobertura obligatoria

- Todos los medicamentos de las seis categorías protegidas
  - Medicinas contra el cáncer
  - Tratamientos contra el VIH/SIDA
  - Antidepresivos
  - Antipsicóticos
  - Anticonvulsivos
  - Inmunosupresores
- Todas las vacunas disponibles en el mercado
  - Excepto por las cubiertas por la Parte B (como la de la gripe)

Los planes Medicare de medicamentos recetados tienen que cubrir todos los medicamentos de seis categorías para tratar ciertas enfermedades:

- Medicinas para el cáncer
- Tratamientos para el VIH/SIDA
- Antidepresivos
- Antipsicóticos
- Anticonvulsivos para la epilepsia y otros problemas de salud
- Inmunosupresores

También los planes Medicare de medicamentos recetados deben cubrir todas las vacunas disponibles comercialmente, incluida la vacuna para el herpes zoster (excepto la vacuna contra la gripe y la antineumocócica que están cubiertas por la Parte B). Usted o su médico pueden llamar al plan de medicamentos de Medicare para obtener más información sobre la cobertura de las vacunas y para otra información que el plan necesite.

## Medicamentos excluidos de la Parte D por ley

- Medicamentos para la anorexia, pérdida o aumento de peso
- Medicamentos para la disfunción eréctil cuando se usen para tratar un problema sexual o de disfunción eréctil
- Medicamentos para la fertilidad
- Medicamentos para propósitos cosméticos o de estilo de vida (por ejemplo, para el crecimiento del cabello)
- Medicamentos para la tos o resfrío
- Vitaminas o minerales (excepto las vitaminas prenatales o la preparación de fluoruro)
- Los medicamentos de venta libre

Medicare Prescription Drug Coverage

25

### Medicamentos excluidos por ley de la cobertura de Medicare

- Medicamentos para la anorexia, la pérdida o aumento de peso
- Medicamentos para la disfunción eréctil cuando se usen para tratar un problema sexual o de disfunción eréctil, a menos que los mismos se usen para tratar un problema médico que no sea un problema sexual o de disfunción eréctil y que el medicamento haya sido aprobado por la Administración de Alimentos y Fármacos para tratar dicho problema. Por ejemplo, un plan de Medicare podría cubrir un medicamento para la disfunción eréctil si se usa para tratar una próstata agrandada (conocida también como hiperplasia prostática benigna o BPH).
- Medicamentos para la fertilidad
- Medicamentos para propósitos cosméticos o estilo de vida (por ejemplo para el crecimiento del cabello)
- Medicamentos para la tos o resfrío
- Vitaminas recetadas o minerales (excepto las vitaminas prenatales o la preparación de fluoruro)
- Los medicamentos de venta libre

Los planes pueden decidir cubrir los medicamentos excluidos pagando el costo de los mismos o compartiéndolo con usted.

**NOTE:** Los barbitúricos y benzodiacepinas estaban anteriormente excluidas de la cobertura bajo la Parte D de Medicare. A partir del 1 de enero de 2013, la Parte D cubre los barbitúricos (usados en el tratamiento de epilepsia, cáncer o desórdenes de salud mental crónicos) y benzodiacepinas .

## Formulario

- La lista de medicamentos cubiertos por el plan
- Puede tener niveles/categorías con precios

### Ejemplo de un nivel/categoría

Nivel	Usted paga	Medicamentos recetados cubiertos
1	El copago más bajo	La mayoría de los genéricos
2	Un copago mediano	Medicamento de marca preferidos
3	Un copago más alto	Medicamentos de marca no preferidos
Especialidad	El copago o coseguro más alto de todos	Únicos, muy caros

Medicare Prescription Drug Coverage

26

Cada plan de recetas médicas de Medicare tiene una lista de los medicamentos cubiertos llamada formulario. Cada formulario debe incluir un rango de medicamentos en las categorías y clases recetadas. Para reducir los precios, muchos planes organizan sus medicamentos por “Niveles” o categorías que tienen diferentes precios. Cada plan forma sus niveles de distinta manera.

El siguiente es un ejemplo de cómo el plan puede organizar sus “Niveles”:

- **Nivel 1–Medicamentos genéricos** (son los que cuestan menos) – Los medicamentos genéricos son iguales a los de marca en cuanto a la, seguridad, potencia, calidad, el modo en que deben tomarse, el funcionamiento en su cuerpo y para lo que se usan. Los medicamentos genéricos tienen los mismos ingredientes activos que los de marca. Los fabricantes de medicamentos genéricos deben demostrar que sus productos actúan de la misma forma que el correspondiente medicamento de marca. Los medicamentos genéricos son más baratos debido a la competencia del mercado. Estos medicamentos han sido analizados cuidadosamente y deben estar aprobados por la FDA. Hoy en día, casi la mitad de los medicamentos de marca en los Estados Unidos tienen una versión genérica. En algunos casos puede ser que no haya una versión genérica del medicamento que usted toma. Hable con su médico.
- **Nivel 2–Medicamentos de marca preferidos.** Los medicamentos del Nivel 2 cuestan más que los del Nivel 1.
- **Nivel 3–Medicamentos de marca no preferidos.** Los medicamentos del Nivel 3 cuestan más que los del Nivel 2.
- **Especialidad.** Estos medicamentos son únicos en su tipo y son caros.

**NOTA:** En algunos casos, si el medicamento que usted toma está en un “nivel” más alto (o sea, es más caro) y su médico piensa que usted lo necesita en vez de otro similar de un “nivel” más bajo, puede pedir una excepción para que el plan le apruebe un copago más bajo.

## Cambios al formulario

- Los planes pueden cambiar las categorías y clases
  - Solamente al comienzo de cada año
  - Durante el año pueden hacer cambios de mantenimiento
    - Por ejemplo, reemplazar un medicamento de marca por uno genérico nuevo
- El plan debe notificarle el cambio 60 días antes de que entre en vigencia
  - Usted puede seguir usando el mismo medicamento hasta el final del año
  - Si el otro medicamento no le da los resultados deseados, puede pedir una excepción
- Los planes deben quitar de sus formularios los medicamentos que hayan sido retirados del mercado

Los planes de medicamentos por receta de Medicare solo pueden cambiar sus categorías y clases terapéuticas del formulario al inicio del año, excepto para explicar nuevos usos terapéuticos y nuevos medicamentos aprobados por la Parte D. Un año del plan es un año calendario, de enero a diciembre.

Los planes de medicamentos por receta de Medicare pueden realizar cambios de mantenimiento en sus formularios por ejemplo, pueden reemplazar un medicamento de marca con uno genérico o modificar el formulario como resultado de nueva información acerca de la seguridad o eficacia del medicamento. Estos cambios deben ser realizados de acuerdo con los procedimientos aprobados para recetar los medicamentos y con previo aviso de 60 días a CMS, SPAP, los médicos, las farmacias de la red, los farmacéuticos y las personas cubiertas por el plan.

CMS ha dado instrucciones a los planes de Medicare por las cuales, a ningún beneficiario de un plan se le debe terminar o reducir la cobertura de un medicamento que esté tomando hasta el final del año. Sin embargo, esto no se aplica a los medicamentos que fueron quitados del formulario por haber sido retirados del mercado por el fabricante o la Administración de Alimentos y Fármacos (FDA por su sigla en inglés). En esos casos, planes de medicamentos por receta de Medicare no tienen la obligación de obtener aprobación de CMS o dar 60 días de aviso.

## Las normas del plan para controlar el uso de los medicamentos

<b>Autorización previa</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ El médico debe obtener la autorización antes de que el plan cubra el medicamento               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Debe demostrar que lo necesita por motivos médicos</li> </ul> </li> </ul>
<b>Terapia en etapas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Es un tipo de autorización previa</li> <li>▪ Primero tiene que probar un medicamento similar más barato</li> <li>▪ El médico puede pedir una excepción si               <ul style="list-style-type: none"> <li>• El medicamento más barato no dio resultado</li> <li>• Si la terapia en pasos es necesaria por motivos médicos</li> </ul> </li> </ul>
<b>Límite de cantidad</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Por motivos de seguridad y costo el plan puede limitar la cantidad de pastillas que cubre en un período de tiempo.</li> <li>▪ El médico puede pedir una excepción si la necesita por motivos médicos.</li> </ul>

Medicare Prescription Drug Coverage

28

Los planes de medicamentos recetados de Medicare controlan el acceso a los medicamentos de varias formas, entre ellas, la autorización previa, terapia en etapas y límite de cantidad.

Puede ser que usted necesite medicamentos que requieran una autorización previa, lo que significa que antes de que el plan cubra una receta, su médico primero tiene que demostrarle al plan que usted necesita ese medicamento específico por motivos médicos. Los planes hacen esto para asegurarse de que los medicamentos sean usados de la manera correcta.

Usted puede pedirle al plan los requisitos para la autorización previa y darle dicha información a su médico.

La terapia en pasos es un tipo de autorización previa. En la mayoría de los casos, las personas tienen que probar un medicamento parecido, más barato cuya eficacia ha sido demostrada para tratar a las personas con un problema médico específico antes de que pueda pasar a tomar un medicamento más caro. Por ejemplo, algunos planes requieren que sus miembros prueben primero un medicamento genérico (si está disponible), luego un medicamento de marca más barato que esté en el formulario antes de cubrir el medicamento de marca más caro.

Sin embargo, si usted ya ha probado un medicamento parecido más barato que no le resultó, o si el médico cree que por motivos médicos es necesario que tome el medicamento de la terapia en pasos (el medicamento que le recetaron originalmente), usted (con la ayuda del médico) puede comunicarse con el plan para pedirle una excepción. Si le aprueban su solicitud, el plan cubrirá el medicamento de terapia en etapas recetado originalmente.

Por razones de seguridad y costo, los planes quizás limiten la cantidad de medicamentos que cubren a lo largo de cierto período de tiempo. Si su proveedor considera que, por razones médicas no es adecuado tener un límite en la cantidad de medicamentos, entonces usted o su médico tendrán que comunicarse con el plan para pedirle una excepción. Si se lo aprueban, el límite de cantidad no se aplicará a su medicamento recetado.

## Si sus recetas cambian

- Obtenga información actualizada de su plan
  - Por teléfono o en el sitio web del plan
- Entréguele a su médico una copia del formulario
- Si el nuevo medicamento no está en el formulario del plan
  - Puede pedirle al plan una determinación de cobertura
  - Y si el plan no cubre el medicamento, usted tendrá que pagarlo de su bolsillo

Puede ser que su médico tenga que cambiarle un medicamento o recetarle uno nuevo. Si su médico le receta de forma electrónica, puede revisar qué medicamentos cubre su plan a través del sistema electrónico de recetas. Si su médico no receta de forma electrónica, entréguele una copia actual del formulario de su plan de Medicare.

Si el médico tiene que recetarle un medicamento que no está en el formulario de su plan y usted no tiene otro seguro que cubra las recetas médicas, usted o su médico pueden solicitarle una excepción al plan.

Si aun así su plan no cubre un medicamento específico que usted necesite, puede apelar. Si quiere obtener el medicamento antes de que se decida la apelación, podría tener que pagarlo de su bolsillo. Guarde el recibo y dele una copia a la persona que vaya a decidir su apelación. Si gana la apelación, el plan le devolverá el dinero.

Los planes pueden cambiar la lista de medicamentos y los precios cada año. Llame al plan o consulte el sitio de Internet del plan para averiguar cuál es la lista de medicamentos y precios más actualizada de Medicare.

**Compruebe sus conocimientos– Lección 3**

- ¿Cuáles de los siguientes medicamentos NO están cubiertos por la Parte D de Medicare?
  - Insulina
  - Medicamentos contra el cáncer
  - Barbitúricos y benzodiazepinas
  - Vitaminas recetadas y productos minerales
- El médico de Sonia tiene que recetarle un medicamento que su plan de medicamentos de Medicare no cubre. ¿Ella tendrá que pagar de su bolsillo por el medicamento? ¿Sí o no y por qué?

Sonia o su médico pueden pedirle una excepción al plan. Si aun así el plan no cubre el medicamento, puede apelar.



Medicare Prescription Drug Coverage 30

- ¿Cuáles de los siguientes medicamentos NO están cubiertos por la Parte D de Medicare?
  - Insulina
  - Medicamentos contra el cáncer
  - Barbitúricos y benzodiazepinas
  - Vitaminas recetadas y productos minerales

**RESPUESTA:** d. Las vitaminas recetadas y productos minerales (excepto las vitaminas prenatales y las preparaciones de fluoruro) no están cubiertas por la Parte D de Medicare. Sin embargo, puede ser que los planes de medicamentos de Medicare decidan cubrir medicamentos excluidos a su propio costo o compartir el costo con usted (p. 25).

- El médico de Sonia tiene que recetarle un medicamento que su plan de medicamentos de Medicare no cubre. ¿Ella tendrá que pagar de su bolsillo por el medicamento? ¿Sí o no y por qué?

**RESPUESTA:** No necesariamente. Si su médico tiene que recetarle un medicamento que está en el formulario del plan de medicamentos de Medicare y ella no tiene ningún otro seguro médico que cubra los medicamentos por receta como paciente ambulatorio, Sonia o su médico pueden pedirle una excepción al plan. Si aun así el plan no cubre el medicamento específico que ella necesita, puede apelar. (p. 29).



## Lección 4 – Elegibilidad e inscripción en la Parte D

- Requisitos
- Cuando puede inscribirse o cambiar de plan
- La cobertura válida de medicamentos
- La multa por inscripción tardía

La lección 4, *Elegibilidad e inscripción en la Parte D*, le brinda la información siguiente:

- Los requisitos para inscribirse
- Cuando puede inscribirse o cambiar de plan
- La cobertura válida de medicamentos
- La multa por inscripción tardía

## Requisitos de elegibilidad de la Parte D

- Para poder inscribirse en un plan de medicamentos recetados
  - Usted debe tener la Parte A **y** /o la Parte B
- Para poder inscribirse en un plan MA con cobertura de medicamentos recetados
  - Tiene que tener la Parte A **y** la Parte B
- Tiene que vivir en el área de servicio del plan
  - No debe estar en prisión
  - Ni vivir fuera de los Estados Unidos
- Para obtener la cobertura, **debe** estar inscrito en un plan

Para inscribirse en un plan Medicare de medicamentos recetados, tiene que tener la Parte A de Medicare y/o la Parte B. Para inscribirse en un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos recetados la persona tiene que tener la Parte A y la Parte B de Medicare. Para inscribirse en un plan de costo de Medicare con cobertura de medicamentos recetados, la persona tiene que tener la Parte A y la Parte B de Medicare, o tener solamente la Parte B de Medicare.

Cada plan tiene su propia zona de servicio y las personas tienen que vivir en esa zona para poder inscribirse en el plan. Las personas que viven en los territorios estadounidenses incluyendo la Islas Vírgenes, Guam, Samoa Americana, la Mancomunidad de Puerto Rico y la Mancomunidad de las Islas Marianas del Norte pueden inscribirse. Las personas que viven fuera de los Estados Unidos y sus territorios o que están presas no son elegibles para inscribirse en un plan, por lo tanto no pueden recibir esta cobertura.

La cobertura de Medicare de los medicamentos recetados no es automática. La mayoría de las personas deben inscribirse en un plan de medicamentos para tener cobertura. Por lo tanto, si bien todas las personas con Medicare pueden tener esta cobertura, la mayoría debe hacer algo para recibirla. Si usted califica para recibir la Ayuda Adicional para pagar por sus medicamentos recetados, Medicare lo inscribirá en un Plan de medicamentos recetados de Medicare a menos que usted rechace la cobertura o se inscriba usted mismo en un plan. Usted solamente puede inscribirse y ser miembro de un plan Medicare de medicamentos recetados a la vez.

## Cobertura válida de medicamentos

- Cobertura de las recetas médicas actual o anterior
- Se considera válida si paga, como promedio, tanto como la cobertura estándar para medicamentos de Medicare
- Con la cobertura válida de medicamentos
  - Tal vez no tenga que pagar la multa por inscripción tardía
- Los planes les informan a sus miembros cada año si la cobertura es válida
  - Por ejemplo; los planes médicos grupales, (EGHPs), planes para jubilados, VA, TRICARE y FEHB

Si usted tiene otra cobertura de sus recetas médicas, el plan le informará cada año si se espera que el plan pague, como promedio, al menos tanto como la cobertura estándar para medicamentos de Medicare. A esto se le conoce como “cobertura válida de medicamentos”. Si usted tiene esta clase de cobertura cuando es elegible para Medicare, generalmente puede quedarse con esa cobertura y no tendrá que pagar una multa por inscripción tardía si deciden inscribirse en un plan Medicare de medicamentos recetados más tarde, siempre que se inscriban en un plazo de 63 días a partir del momento en que termina su cobertura.

Algunos ejemplos de cobertura válida de medicamentos son: la cobertura de un antiguo empleador o sindicato, TRICARE, el Departamento de Asuntos para Veteranos o los Servicios de Salud para Indígenas.

Su plan deberá decirle cada año si su cobertura de medicamentos es una cobertura válida. Su plan debe enviarle esta información en una carta o incluirla en el su boletín. Guarde esa información, pues puede ser que la necesite si más tarde se inscribe en un plan de Medicare.

Si usted decide no inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare cuando es elegible por primera vez, y está sin cobertura de la Parte D o sin otra cobertura válida por 63 días o más, tendría que pagar una prima mayor (multa) por todo el tiempo que tenga cobertura de la Parte D si decide inscribirse más tarde.

**NOTA:** La mayoría de las pólizas Medigap (Seguro Suplementario a Medicare) no brindan una cobertura que cumpla con los estándares mínimos de Medicare. Si usted tiene una póliza Medigap que cubre sus recetas médicas, puede quedarse con la póliza pero si más tarde decide inscribirse en un plan Medicare de medicamentos recetados tendrán que pagar la multa por inscripción tardía. Si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, tienen que avisarle a su compañía de seguro Medigap cuándo comienza la cobertura, para que ellos quiten de la póliza Medigap la cobertura de las recetas médicas.

## ¿Cuándo puede inscribirse o cambiar de plan?

- Cuando sea elegible para obtener Medicare
  - Durante el Período Inicial de Inscripción (IEP por su sigla en inglés) en la Parte D de 7-meses

Si se inscribe	La cobertura comienza
3 meses antes de su elegibilidad	El día en que es elegible para Medicare
Durante el mes de su elegibilidad	El primer día del mes siguiente
3 meses después de su elegibilidad	El primer día del mes siguiente al que presentó su solicitud

Medicare Prescription Drug Coverage

34

Cuando cumpla los requisitos para inscribirse en Medicare, tendrá un Período Inicial de Inscripción (IEP) para la Parte D, que dura 7 meses:

- Usted puede inscribirse 3 meses antes de ser elegible para Medicare, y su cobertura comenzará el día en que sea elegible para Medicare.
- Si hace la solicitud durante el mes en que es elegible, su cobertura de medicamentos de Medicare comenzará el primer día del mes siguiente.
- O puede inscribirse 3 meses después de ser elegible, y su cobertura comenzará el primer día del mes siguiente al que presentó su solicitud.

Algunas personas que cumplen los requisitos para obtener Medicare serán inscritas por CMS en un plan Medicare de medicamentos recetados, a menos que lo haga usted mismo. En la lección 5 trataremos este tema.

**NOTA:** Si usted recibe beneficios del Seguro Social o de Retiro la Junta Ferroviaria, cuando cumpla 65, lo inscribirán automáticamente en la Parte A y Parte B de Medicare. Sin embargo, aun así tendrá que elegir e inscribirse en un plan de la Parte D durante su IEP si quiere tener la cobertura de medicamentos de Medicare.

## ¿Cuándo puede inscribirse o cambiar de plan?

<b>Durante el Período de Inscripción Abierta de Medicare</b> ("Inscripción abierta")	Del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año El cambio entra en vigencia el 1 de enero
Del 1 de enero al 14 de febrero	Si está inscrito en un plan Medicare Advantage, puede cancelarlo y regresar al Medicare Original. Si hace el cambio, tiene hasta el 14 de febrero para inscribirse en un plan Medicare de medicamentos recetados para agregar dicha cobertura. La cobertura entrará en vigor el primer día del mes siguiente al mes en que el plan recibe su solicitud.

Medicare Prescription Drug Coverage 35

Usted puede inscribirse, cambiar o cancelar un plan de medicamentos durante el Período de Inscripción Abierta de Medicare (conocido también como Inscripción abierta), el cual va del 15 de octubre al 7 de diciembre cada año. Los cambios entran en vigor el 1 de enero del año siguiente, siempre y cuando el plan reciba su solicitud de inscripción antes del 7 de diciembre.

Entre el 1 de enero y el 14 de febrero, puede cancelar un plan MA y cambiarse al Medicare Original. Si hace el cambio, también puede inscribirse en un plan Medicare de medicamentos recetados para agregar dicha cobertura. La cobertura comienza el primer día del mes siguiente al mes en que el plan recibe su solicitud.

## ¿Cuándo puede inscribirse o cambiar de plan?

### Período Especial de Inscripción (SEP)

- Si se muda permanentemente fuera del área de servicio del plan
- Si pierde su cobertura válida de medicamentos
- Si no le explicaron correctamente que su otra cobertura no era válida, o fue reducida y ya no se le considera válida
- Ingresó, vive o deja una dependencia de cuidado a largo plazo
- Si es elegible para la Ayuda Adicional, usted tendrá un SEP continuamente
- Si participa en un Programa de Ayuda Farmacéutica (SPAP)
- Si se inscribió o cambió a un plan que tiene una clasificación de 5 estrellas
- O en circunstancias especiales

Usted puede hacer cambios a su cobertura de medicamentos recetados de Medicare cuando ocurran ciertos sucesos en su vida, por ejemplo, si se muda permanentemente fuera del área de servicio del plan o si pierde su cobertura válida de medicamentos. Esta oportunidad de hacer cambios se llama Período Especial de Inscripción (SEP). Cada SEP tiene diferentes reglas sobre el momento en que usted puede hacer los cambios y el tipo de cambios que puede hacer. Esta oportunidad de hacer cambios existe además de los períodos regulares de inscripción que tienen lugar cada año. Los SEP enumerados a continuación son ejemplos. La lista no incluye todas las situaciones.

- Si se muda permanentemente fuera del área de servicio del plan
- Si pierde su cobertura válida de medicamentos
- Si no le explicaron correctamente que su otra cobertura no era válida, o fue reducida y ya no se le considera válida
- Ingresó, vive o deja una dependencia de cuidado a largo plazo
- Si es elegible para la Ayuda Adicional, usted tendrá un SEP continuamente y puede cambiar su plan de medicamentos recetados de Medicare en cualquier momento.
- Si participa en un Programa de Ayuda Farmacéutica (SPAP)
- Si se inscribió o cambió a un plan que tiene una clasificación de 5 estrellas
- O en circunstancias especiales, como por ejemplo si ya no cumple los requisitos para recibir la Ayuda Adicional.

**NOTA:** Usted podría ser elegible para un SEP en la Parte B de Medicare si tiene más de 65 años y usted (o su cónyuge) todavía están trabajando y tienen seguro de salud a través de un empleo activo. Es importante recordar que los SEP para las Partes B y D tienen diferentes períodos de tiempo para que usted solicite la cobertura. Su SEP de la Parte B dura 8 meses y comienza al mes siguiente de la fecha en que termine su empleo. No obstante, su SEP de la Parte D dura solo 2 meses completos después del mes en que termine su cobertura.

## Período Especial de Inscripción (SEP) en un plan de cinco (5) estrellas

- Se puede inscribir en un plan Medicare Advantage (MA), Plan de medicamentos recetados (PDP), MA-PD, o Plan de costo de cinco estrellas
- En cualquier momento del año
  - Una vez al año
- La cobertura empieza el primer día del mes siguiente a su inscripción
- Las calificaciones se les otorgan a los planes cada año
  - Se otorgan en el mes de octubre del año previo
  - Use el Buscador de planes para ver las calificaciones
    - Fíjese en la calificación general para ver cuáles son los planes elegibles.

Medicare Prescription Drug Coverage

37

Medicare utiliza información tomada de encuestas de satisfacción de los miembros, planes y proveedores de atención médica para otorgar las calificaciones generales de estrellas a los planes. Los planes reciben una calificación de 1 a 5 estrellas. Una calificación de 5 estrellas se considera excelente.

Usted puede utilizar el SEP de cinco estrellas para inscribirse en un plan Medicare Advantage de cinco estrellas solo, en un plan Medicare Advantage de cinco estrellas o con la cobertura de las recetas médicas (MA-PD), un plan Medicare de Medicamentos Recetados de 5 estrellas (PDP), o un Plan de Costo de 5 estrellas, siempre que cumpla los requisitos estipulados por el plan (por ejemplo, tiene que vivir en el área de servicio del plan, etc.) Si ya está inscrito en un plan de 5 estrellas, si lo desea, puede utilizar este SEP para cambiarse a otro plan de 5 estrellas.

CMS también ha creado un SEP para la coordinación con los planes de recetas médicas, para que los beneficiarios inscritos en ciertos planes de 5 estrellas sin la cobertura de los medicamentos, se inscriban en un plan Medicare de medicamentos recetados si dicha combinación está aprobada por el reglamento de CMS.

Usted puede usar el SEP de 5 estrellas para cambiar de plan una vez entre el 8 de diciembre y el 30 de noviembre del año siguiente. Después de que se haya inscrito en el plan, su SEP termina para ese plan por el resto del año y solamente podrá hacer cambios durante otros períodos autorizados.

La cobertura empieza el primer día del mes siguiente a que el plan reciba su solicitud de inscripción.

Las calificaciones se otorgan cada año en el mes de octubre del año previo. No obstante, el plan no tendrá acceso a ellas hasta el 1 de enero del año siguiente.

Para información sobre las calificaciones consulte el Buscador de planes de Medicare en [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov). Busque la calificación general para determinar cuáles son los planes de 5 estrellas a los que usted puede cambiarse durante este SEP. El folleto Medicare y Usted no contiene las calificaciones completas y actualizadas para este SEP.

Si desea más información, consulte la *Guía sobre el Período de Inscripción 5 estrellas* en su tarjeta de recursos.

**NOTA:** Usted podría perder la cobertura de sus recetas médicas si usa este SEP para cambiarse de un plan con cobertura de medicamentos a uno que no la ofrece. Entonces tendrá que esperar hasta el próximo período de inscripción para obtener la cobertura y tal vez tenga que pagar una multa por inscripción tardía.

## Multa por inscripción tardía en la Parte D

- Si espera para inscribirse, pagará una prima más cara
  - Un 1% más de la prima básica nacional
    - Por cada mes en que puedo haberse inscrito y no lo hizo
    - Durante todo el tiempo que tenga la cobertura de Medicare de las recetas médicas
  - La prima básica nacional que paga el beneficiario
    - \$31.17 en 2013
    - Puede cambiar cada año
  - Excepto si tenía una cobertura válida de medicamentos o recibe Ayuda Extra

Si usted decide no inscribirse en un plan de recetas médicas de Medicare cuando sea elegible por primera vez, tal vez tenga que pagar una prima mensual más cara (multa) si decide inscribirse más tarde. Esta multa se agrega al monto de su prima. Se calcula multiplicando el 1% de la prima básica nacional (\$31.17 in 2013) por el número de meses en que pudo inscribirse y no lo hizo y no tenía otra cobertura válida de medicamentos. El cálculo de la multa no se basa en la prima que cobra el plan en el que el beneficiario desea inscribirse. La cantidad final se redondea a los \$.10 más próximos y se agrega a su prima mensual. La prima básica nacional puede aumentar cada año, por lo que la cantidad de la multa también puede que aumente cada año. Puede ser que tenga que pagar esta multa mientras tenga un plan de medicamentos recetados de Medicare.

Si usted tiene una cobertura válida cuando es elegible para Medicare por primera vez, generalmente podrá quedarse con esa cobertura y no tendrá que pagar la multa si más tarde decide inscribirse en un plan Medicare de medicamentos recetados, siempre y cuando se inscriba dentro de los 63 días siguientes a la fecha en que termine su cobertura de medicamentos. Además, tampoco tendrá que pagar la multa si le otorgan la Ayuda Adicional para pagar por la cobertura de sus recetas médicas. Hablaremos de eso en la Lección 5.

Si está en desacuerdo con el pago de la multa, puede pedirle a Medicare que evalúe la decisión. Usted tendrá que llenar un formulario (que le enviará su plan) y podrá presentar pruebas que sustenten su caso.

**Ejemplo:** El Sr. Pinto no se inscribió en un plan cuando fue elegible por primera vez, antes del 15 de junio de 2009. Se inscribió en un plan Medicare de medicamentos recetados entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de 2011, efectivo el 1 de enero de 2012. Como el Sr. Pinto no se inscribió en un plan cuando fue elegible por primera vez, y estuvo 30 meses sin cobertura válida (desde julio de 2009 hasta diciembre de 2011), tendrá que pagar una multa mensual de \$9.40 en 2013 (prima básica nacional de \$31.17 x .01 de tasa de penalidad x 30 meses = \$9.35, redondeado a los más próximos \$.10 = \$9.40). Pagará esta penalidad todos los meses además de la prima mensual de su plan.

## Compruebe sus conocimientos– Lección 4

1. Marisa acaba de ser elegible para Medicare. ¿Cuánto dura el Período de Inscripción Inicial (IEP) en la Parte D de Medicare?

- a. 3 meses
- b. 5 meses
- c. 7 meses
- d. 9 meses



2. Javier tiene un plan de medicamentos recetados de Medicare. El próximo mes se mudará de la Florida a Arizona. ¿Puede cambiarse a un plan diferente? ¿Por qué sí o por qué no?

Sí. Tendrá un Período de Inscripción Especial.

1. Marisa acaba de ser elegible para Medicare. ¿Cuánto dura el Período de Inscripción Inicial (IEP) en la Parte D de Medicare?

- a. 3 meses
- b. 5 meses
- c. 7 meses
- d. 9 meses

**RESPUESTA:** c. 7 meses. Cuando Marisa sea elegible para Medicare por primera vez, tendrá un Período de Inscripción Inicial de 7 meses (IEP) en la Parte D de Medicare (p. 34).

2. Javier tiene un plan de medicamentos recetados de Medicare. El próximo mes se mudará de la Florida a Arizona. ¿Puede cambiarse a un plan diferente? ¿Por qué sí o por qué no?

**RESPUESTA:** Sí. Aunque el Período de Inscripción Abierta de Medicare es del 15 de octubre al 7 de diciembre, usted puede hacer cambios en su cobertura de medicamentos recetados de Medicare cuando ocurran ciertos sucesos como, si se muda permanentemente del área de servicio de su plan o si pierde otra cobertura de seguro válida. Estas oportunidades de hacer cambios se llaman Períodos de Inscripción Especiales (SEP) (p. 36).

 **Lección 5 – Ayuda Adicional para pagar la cobertura de las recetas médicas**

- ¿Qué es?
- ¿Cuáles son los requisitos?
- La inscripción
- Elegibilidad continua

Medicare Prescription Drug Coverage 40

Lección 5, *Ayuda Adicional para pagar la cobertura de las recetas médicas*, le explica:

- ¿Qué es?
- ¿Cuáles son los requisitos?
- La inscripción
- Elegibilidad continua

## ¿Qué es la “Ayuda Adicional”?

- Un programa para ayudar a los beneficiarios de Medicare a pagar por la cobertura de sus recetas médicas
  - También llamada Subsidio por Bajos Ingresos (LIS por su sigla en inglés)
- Las personas con los ingresos y recursos más bajos
  - No pagan primas ni deducibles y tal vez no se les cobre un copago o si lo cobran será muy pequeño
- Aquellas personas con ingresos y recursos un poco más altos
  - Pagan un deducible reducido y un poco más de su bolsillo
- Si le otorgan la Ayuda Adicional no tendrá una interrupción en la cobertura ni multa por inscripción tardía

Si usted tiene ingresos y recursos limitados, puede recibir la Ayuda Adicional para pagar por la cobertura de Medicare para sus recetas médicas. A esta ayuda adicional a veces se le conoce como Subsidio por Bajos Ingresos (LIS por su sigla en inglés). Si usted tiene los ingresos y recursos más bajos, no pagará primas o deducibles ni copago o si lo pagan, es un copago pequeño. Si usted tiene ingresos y recursos un poco más altos, tendrá que pagar un deducible reducido y un poco más de su bolsillo.

Si usted califica para la Ayuda Adicional, no tendrá interrupción en la cobertura ni le cobrarán la multa por inscripción tardía. También le otorgarán un Período Especial de Inscripción (SEP) continuo y podrá cambiar de plan en cualquier momento y la cobertura nueva entrará en vigencia el primer día del mes siguiente.

Para obtener información sobre los distintos niveles de la Ayuda Adicional, consulte el Apéndice E. También encontrará información sobre los requisitos de ingresos y recursos y los beneficios para cada nivel.

**NOTA:** Los residentes de los territorios de los Estados Unidos no son elegibles para recibir la Ayuda Adicional. Cada territorio les brinda ayuda a sus residentes para pagar por la cobertura de Medicare de las recetas médicas. Por lo general esta ayuda es para los residentes que son elegibles y están inscritos en Medicaid. Esta asistencia no es lo mismo que la Ayuda Adicional que se ofrece en el resto de los Estados Unidos.

## Límites de ingresos y recursos para la Ayuda Adicional en el 2013

- Ingresos
  - Por debajo del 150% del Nivel Federal de Pobreza (FPL por su sigla en inglés)
    - \$1,436.25 mensuales para un individuo\*, o
    - \$1,938.75 mensuales para un matrimonio\*
    - Basado en el número de integrantes de la familia
- Recursos
  - Hasta \$13,300 para un individuo, o
  - Hasta \$26,580 para un matrimonio
    - Incluye \$1,500/por persona para gastos de entierro y funeral
    - Se tienen en cuenta los ahorros e inversiones
    - No se tiene en cuenta su casa

\*Los límites son más altos en Alaska y Hawái

Usted podría recibir Ayuda Adicional si tiene Medicare, sus ingresos están por debajo del 150% del Nivel Federal de Pobreza (FPL por su sigla en inglés) y tiene recursos limitados. Si sus ingresos y recursos son menores a los límites fijados para el 2013, usted puede recibir la Ayuda Adicional. Estos límites pueden cambiar en el 2014.

Si usted está casado y vive con su cónyuge, Medicare tiene en cuenta ambos ingresos, independientemente de que solo uno de ustedes esté solicitando la Ayuda Adicional. Si usted está casado y no vive con su cónyuge cuando solicita la ayuda, solo cuentan los ingresos y los recursos de usted. El ingreso se compara al FPL para un individuo o para una pareja, según lo que corresponda. También se tiene en cuenta si usted y/o su cónyuge tienen dependientes que viven con usted o por los que paga al menos la mitad de la manutención. Un abuelo que cuida a su nieto podría ser elegible, pero la misma persona podría no ser elegible si la pide como un individuo sin dependientes.

Solamente se consideran dos tipos de recursos para ver si usted es elegible para la Ayuda Adicional:

- Dinero (como las cuentas de ahorro, acciones, bonos y cualquier bien que pueda canjearse por efectivo en 20 días) y
- Bienes raíces, pero no se incluyen ni su vivienda ni el terreno donde está construida.

Los bienes como las alianzas de matrimonio y las reliquias familiares no se tienen en cuenta para ver si usted califica para la Ayuda Adicional.

**NOTA:** Estos niveles de ingresos y recursos son para el 2013 y pueden aumentar cada año. Los niveles de ingresos son más altos si usted vive en Alaska o Hawái o si usted o su cónyuge pagan al menos la mitad de los gastos corrientes de familiares dependientes que vivan con usted, o si usted trabaja. Los límites actualizados para los recursos se divulgan generalmente en el otoño y son para el año siguiente. Los límites de ingresos actualizados se divulgan en febrero para el mismo año.

## Elegibilidad para la Ayuda Adicional

- Usted recibirá la Ayuda Adicional automáticamente si:
  - Recibe los beneficios completos de Medicaid
  - Recibe los beneficios de la Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)
  - Medicaid le ayuda a pagar las primas de Medicare
- El resto de los beneficiarios debe solicitarla
  - Por Internet en [www.socialsecurity.gov](http://www.socialsecurity.gov)
  - Llamando a SSA al **1-800-772-1213** (TTY 1-800-325-0778)
    - Pida una “Solicitud para ayuda con los costos del plan Medicare de medicamentos recetados” (SSA-1020)
  - Comunicándose con su agencia estatal Medicaid

Medicare Prescription Drug Coverage

43

Usted obtendrá la Ayuda Adicional automáticamente (y no necesita solicitarla) si tiene Medicare y recibe los beneficios completos de Medicaid, recibe los beneficios de la Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) o Medicaid lo ayuda a pagar las primas de la Parte B de Medicare (Programa Medicare de Ahorros)

Si usted no cumple los requisitos mencionados, puede ser que de todas maneras califique para la Ayuda Adicional, pero tendrá que solicitarla. Si cree que reúne los requisitos para la Ayuda Adicional pero no está seguro, igualmente debe solicitarla y si se la niegan y en el futuro sus circunstancias cambian, puede pedirla nuevamente. La elegibilidad la determina el Seguro Social o su agencia estatal Medicaid.

Usted puede solicitar la Ayuda Adicional

- Llenando una solicitud impresa. Pídsela al Seguro Social llamando al 1-800-772-1213. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778)
- En el sitio web del Seguro Social en [www.socialsecurity.gov](http://www.socialsecurity.gov)
- En su agencia estatal Medicaid
- A través de una organización, como el Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP)

Usted puede solicitarla usted mismo o alguien con autoridad para actuar en su nombre puede enviar la solicitud (por ejemplo, con un poder legal), o puede pedirle a otra persona que lo ayude a llenarla.

Si solicita la Ayuda Adicional, el Seguro Social le pasará la información a la agencia estatal Medicaid para dar inicio a una solicitud para los Programas Medicare de Ahorros (MSP) que pueden ayudarlo a pagar las primas de Medicare.

## Para calificar para Ayuda Adicional

Personas con Medicare y...	Bases para calificar	Fuente de datos	Inscripción
Beneficios completos de Medicaid	Califica automáticamente	Agencia estatal de Medicaid	Inscripción automática <ul style="list-style-type: none"> <li>Carta en papel amarillo</li> <li>La cobertura empieza el 1er mes en que es elegible para Medicare y Medicaid</li> </ul>
Programa Medicare de Ahorros			Inscripción facilitada <ul style="list-style-type: none"> <li>Carta en papel verde</li> <li>La cobertura empieza 2 meses después que los CMS reciban aviso de su elegibilidad.</li> </ul>
Beneficios del SSI		Seguro Social	
Ingresos y recursos limitados	Debe aplicar y calificar	Seguro Social (en su mayoría) o agencia estatal de Medicaid	

Medicare Prescription Drug Coverage

444

Los CMS usan los datos de Medicaid del estado para identificar a las personas con Medicare que tienen los beneficios completos de Medicaid y a las personas que reciben ayuda del programa de Medicaid de su estado para pagar sus primas de Medicare (en un Programa Medicare de Ahorros). Los CMS usan datos del Seguro Social para identificar a las personas que tienen Medicare y tienen derecho a la Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) pero no Medicaid, o que han solicitado y calificado para Ayuda Adicional.

Cuando usted califica por primera vez para la Ayuda Adicional, los CMS lo inscribirán en un plan de medicamentos recetados de Medicare si no se inscribe en un plan usted mismo para estar seguro de que tiene cobertura. Esto se aplica si usted califica automáticamente o si solicita la Ayuda Adicional y califica.

Cada mes, los CMS identifican y procesan nuevas inscripciones automáticas y facilitadas. Los CMS eligen planes al azar entre aquellos con primas al nivel o por debajo de la cantidad regional de la prima para personas con bajos ingresos para que usted no tenga que pagar una prima si califica para Ayuda Adicional completa. Si califica para Ayuda Adicional parcial, pagará una prima reducida o no pagará nada.

Si usted tiene Medicare y los beneficios completos de Medicaid y no elige ni se inscribe por usted mismo en un plan de medicamentos de Medicare, los CMS automáticamente lo inscribirán en un plan que entrará en efecto el primer día que usted tenga tanto Medicare como Medicaid. Usted recibirá un aviso de autoinscripción amarillo con el nombre del plan que le han asignado.

A otras personas que califiquen para la Ayuda Adicional se le facilitará la inscripción en un plan de medicamentos de Medicare. La inscripción facilitada entra en vigor en dos meses después de que los CMS reciban aviso de su elegibilidad. Usted recibirá una carta con la inscripción facilitada en un papel verde, en una o dos versiones: Ayuda Adicional completa o parcial.

**NOTA:** Ver el apéndice F si quiere consultar una lista de cartas enviadas a personas con Medicare acerca de la Ayuda Adicional.

## Elegibilidad para la Ayuda Adicional

- Si usted califica para la Ayuda Adicional, los CMS lo inscribirán en un plan de medicamentos de Medicare automáticamente, a menos que:
  - Ya esté inscrito en un plan de medicamentos de Medicare
  - Escoja y se inscriba en un plan
  - Esté inscrito en un plan de empleador o sindicato y recibe un subsidio
  - Llame al plan o al 1-800-MEDICARE para rechazar la inscripción (*opt out*)
- Tendrá un Período Especial de Inscripción continuo
  - Puede cambiarse de plan en cualquier momento
  - El nuevo plan entrará en vigor el 1er día del mes siguiente

Cuando usted califica por primera vez para la Ayuda Adicional, los CMS lo inscribirán en un plan de medicamentos de Medicare para garantizar que usted tenga cobertura. Los CMS lo inscribirán ya sea que usted califique automáticamente o si solicita y califica para la Ayuda Adicional. Los CMS lo inscribirán en un plan a menos que:

- Ya esté inscrito en un plan de medicamentos de Medicare
- Escoja y se inscriba en un plan
- Esté inscrito en un plan de empleador o sindicato y recibe un subsidio (llamado a veces subsidio para medicamentos para jubilados o RDS)
- Llame al plan o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o al plan CMS asignado a usted para rechazar la inscripción (*opt out*) en la cobertura de medicamentos

Si usted no quiere tener ningún plan de medicamentos de Medicare, puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o al plan en el que lo inscribieron los CMS y decirles que usted rechaza la inscripción en la cobertura de medicamentos de Medicare. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-469-2048. No obstante, Medicaid no pagará por los medicamentos que le hubiera cubierto Medicare.

Tendrá un Período Especial de Inscripción continuo (SEP) y puede cambiarse de plan en cualquier momento. El nuevo plan entrará en vigor el 1er día del mes siguiente

**NOTA:** Consulte el Apéndice F para ver una lista de cartas enviadas a beneficiarios de Medicare en relación con la Ayuda Adicional.

## Continuación de la elegibilidad para la Ayuda Adicional

- Si usted califica automáticamente
  - CMS redeterminará su elegibilidad cada otoño para el año siguiente
    - Si no califica automáticamente
      - CMS le enviará una carta en septiembre (en papel de color gris)
      - Incluye una solicitud de SSA
    - Si califica pero su copago ha cambiado
      - CMS le enviará una carta a principios de octubre (en papel de color naranja)

Every August, CMS reestablishes Extra Help eligibility for the next calendar year if you automatically qualify. Your Extra Help continues or changes depending on whether you're still eligible for full Medicaid coverage, get help from Medicaid paying Medicare premiums, or get Supplemental Security Income (SSI). Any changes go into effect the next January.

If you were automatically eligible in a year, then you continue to qualify for Extra Help through December of that year. If you become no longer eligible, your automatic status ends on December 31 of that year. If you no longer automatically qualify for Extra Help, you'll get a letter from Medicare on gray paper with an Extra Help application from SSA.

Also, you may continue to qualify automatically for Extra Help, but your copayment level may change due to a change from one of the following categories to another: you're institutionalized with Medicare and Medicaid, you have Medicare and full Medicaid coverage, you get help from Medicaid paying Medicare premiums (belong to a Medicare Savings Program), or you get Supplemental Security Income benefits but not Medicaid. In those cases, you'll get a letter from CMS on orange paper telling you about the change in your copayment level for the next year.

When people who no longer automatically qualify regain their eligibility for full Medicaid coverage, a Medicare Savings Program, or SSI, CMS mails them a new letter informing them that they now automatically qualify for Extra Help.

**NOTE:** Please see Appendix F for a list of the letters sent to people with Medicare regarding Extra Help.

## Continuación de la elegibilidad para la Ayuda Adicional

- Las personas que la solicitaron y se las otorgaron
  - Hay cuatro tipos de procesos de redeterminación
    - Inicial
    - Cíclico o recurrente
    - Cambio del subsidio por un evento (SCE)
    - Otro evento (que no sea el SCE)

Hay cuatro tipos de procesos de redeterminación para las personas que reciben la Ayuda Adicional:

- Redeterminación inicial- Para ello, SSA escoge un grupo de beneficiarios elegibles cuyas circunstancias hayan cambiado, y dicho cambio podría afectar su elegibilidad para la Ayuda Adicional. A estas personas se les envía por correo en septiembre un formulario que deben llenar y devolver en 30 días, aun si nada ha cambiado en sus circunstancias. Si no llenan y devuelven el formulario, SSA podría decidir si son elegibles y la decisión entrará en vigencia el 1 de enero del año siguiente.
- Cíclica o recurrente – Cada año, SSA también escoge al azar un grupo de beneficiarios que reciben la Ayuda Adicional para determinar si siguen cumpliendo los requisitos para recibirla al año siguiente. A estas personas se les envía por correo en septiembre, un formulario que deben llenar y devolver en 30 días, aun si nada ha cambiado en sus circunstancias. Si no llenan y devuelven el formulario, SSA podría poner fin a su elegibilidad y la decisión entrará en vigencia el 1 de enero del año siguiente.
- Cambio del subsidio por un evento (SCE) – Las personas que reciben la Ayuda Adicional podrían tener algún evento que cambie su elegibilidad, por ejemplo un matrimonio, divorcio, separación, anulación y/o fallecimiento del cónyuge. Deben notificar estos eventos a SSA y llenar el formulario especial de redeterminación de SCE o su elegibilidad para la Ayuda Adicional podría terminarse.
- Otros eventos – SSA podría determinar su elegibilidad para la Ayuda Adicional basándose en otros cambios, además de los eventos que hagan cambiar el subsidio, como una reducción reciente en los ingresos debido a recorte de horas laborales.

## Programa de Transición para Personas con Bajos Ingresos Elegibles Recientemente (NET)

- Diseñado para eliminar las faltas de cobertura para las personas de bajos ingresos que aún no tienen la Parte D
- Cubre las recetas médicas temporalmente si usted recibe ayuda adicional, pero no está inscrito en un plan Medicare de medicamentos recetados
- La cobertura puede ser inmediata, actual y/o retroactiva
- El programa NET de Medicare
  - Tiene un formulario abierto
  - No se requiere una autorización previa
  - No tiene restricciones si usa las farmacias de la red
  - Incluye normas estándar sobre seguridad y abuso

El Programa de Transición para las Personas con Bajos Ingresos Elegibles Recientemente de Medicare (NET) está diseñado para eliminar las faltas de cobertura para los beneficiarios de bajos ingresos que están por inscribirse en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Ha sido operado por un solo contratista Humana, Inc. en representación de CMS desde el 1 de enero de 2010.

La inscripción en el programa NET para personas con bajos ingresos de Medicare es temporal y termina antes de la fecha en la que la persona de bajos ingresos obtiene cobertura a través de un plan de medicamentos de Medicare.

El programa le brinda cobertura en el “lugar de venta” si usted recibe la Ayuda Adicional pero aún no tiene un plan de medicamentos de Medicare. Además, es retroactiva para los beneficiarios de elegibilidad doble que reciben los beneficios completos de Medicaid o los que reciben el beneficio de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) solamente.

Además, usted debe

- Tener un número válido de Medicare (HICN) que figura en su tarjeta de Medicare;
- Ser elegible para la Parte D;
- No debe estar inscrito en un plan de la Parte D;
- No debe tener un plan de subsidio de medicamentos para jubilados (RDS);
- No puede estar inscrito en un plan de la Parte C que no permita que se pueda inscribir en un plan de la Parte D;
- No tiene que haber rechazado la inscripción automática en un plan de la Parte D; y
- Debe vivir en uno de los 50 estados o en el Distrito de Columbia.

El programa NET para personas con bajos ingresos de Medicare tiene un formulario abierto (medicamentos cubiertos de la Parte D), no requiere una autorización previa, incluye los estándares sobre seguridad y abuso y no tiene restricciones si usa las farmacias de la red. Sin embargo, CMS no puede obligar a la farmacia a usar este programa.

 **Compruebe sus conocimientos– Lección 5**

1. David tiene Medicare y califica para Ayuda Adicional. Él quisiera cambiarse a un nuevo plan de medicamentos Medicare, pero en este momento no es el período de Inscripción Abierta de Medicare. ¿Puede cambiarse? ¿Por qué sí o por qué no?

Sí. Si usted califica para Ayuda Adicional, tendrá un Período Especial de Inscripción continuo.

2. Si quiere solicitar Ayuda Adicional, ¿cómo puede hacerlo?

- a. Completando una Solicitud del Seguro Social en papel
- b. Comunicándose con la agencia de Medicaid de su estado
- c. Comunicándose con el Programa de Asistencia con el Seguro Médico de su estado (SHIP)
- d. Haciendo la solicitud en línea en [www.socialsecurity.gov](http://www.socialsecurity.gov)
- e. **Todo lo anterior**



Medicare Prescription Drug Coverage 49

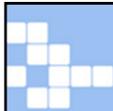
David tiene Medicare y califica para Ayuda Adicional. Él quisiera cambiarse a un nuevo plan de medicamentos Medicare, pero en este momento no es el período de Inscripción Abierto de Medicare. ¿Puede cambiarse? ¿Por qué sí o por qué no?

**RESPUESTA:** Sí. Si usted califica para Ayuda Adicional, tendrá un Período Especial de Inscripción continuo y puede cambiarse de plan en cualquier momento. El nuevo plan entrará en vigor el primer día del siguiente mes .

Si quiere solicitar Ayuda Adicional, ¿cómo puede hacerlo?

- a. Completando una Solicitud del Seguro Social en papel
- b. Comunicándose con la agencia de Medicaid de su estado
- c. Comunicándose con el Programa de Asistencia con el Seguro Médico de su estado (SHIP)
- d. Haciendo la solicitud en línea en [www.socialsecurity.gov](http://www.socialsecurity.gov)
- e. Todo lo anterior

**RESPUESTA:** e. Todo lo anterior. (p. 43)



## Lección 6 – Compare y elija un plan

- Lo que debe tener en cuenta
- Los pasos para escoger un plan Medicare de medicamentos recetados
- Lo que puede esperar

Lección 6, *Compare y elija un plan* ofrece la siguiente información:

Lo que debe tener en cuenta

Los pasos para escoger un plan Medicare de medicamentos recetados

Lo que puede esperar

## Lo que debe tener en cuenta antes de escoger un plan

- Preguntas importantes
  - ¿Tiene usted otro seguro médico?
  - ¿Tiene usted cobertura para sus recetas médicas?
    - ¿Es dicha cobertura tan buena como la cobertura de Medicare de los medicamentos recetados?
  - ¿Cómo trabaja su cobertura actual con Medicare?
    - ¿Podría afectar a su cobertura actual su inscripción en un plan Medicare de medicamentos recetados?
      - ¿Podría su inscripción en un plan afectar la cobertura de su familiar?

Hay varias preguntas que los beneficiarios de Medicare deben hacerse antes de inscribirse en un plan Medicare de medicamentos recetados. La consideración más importante para decidir si le conviene inscribirse, es analizar el tipo de cobertura que tiene actualmente y cómo puede afectar sus opciones.

Si usted tiene cobertura de medicamentos, necesita averiguar si es una cobertura válida. Cada año su plan le envía una carta informándole si su cobertura de medicamentos es válida. Si no recibe dicha información, debe llamarlos a ellos o al administrador de beneficios. Debería considerar si es preferible que se quede con su cobertura válida en vez de elegir un plan de medicamentos de Medicare. Es importante que sepa cómo afectaría la cobertura de Medicare a su cobertura médica actual, para asegurarse de no perder su médico o su cobertura médica y hospitalaria y la de su familia.

Si tiene cobertura a través de su empleador o sindicato, llame al administrador de beneficios antes de hacer cualquier cambio o de inscribirse en ninguna otra cobertura. Si deja el plan de su empleador o sindicato, tal vez no pueda recuperarlo. También es posible que no pueda cancelar la cobertura de medicamentos de su plan de empleador o sindicato, a menos que también cancele la cobertura médica y del hospital. Además si cancela su cobertura, tal vez tenga que cancelar la de su cónyuge y dependientes.

La información sobre cómo trabajan otras coberturas con la cobertura Medicare de medicamentos recetados está disponible en [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov), también puede obtenerla llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-469-2048.

## Primer paso: Prepárese

- Prepárese reuniendo toda la información
  - Su cobertura de medicamentos actual
  - Los medicamentos, dosis y la cantidad
  - Su farmacia
  - Su tarjeta de Medicare
  - Su código postal

**Primer paso:** Antes de elegir un plan Medicare, necesita reunir información sobre usted. Busque información sobre la cobertura que tiene actualmente, los medicamentos que toma, las dosis que toma. También necesitará su código postal, su tarjeta de Medicare y las farmacias que prefiere usar. Por último, busque los avisos que reciba de Medicare, el Seguro Social o su plan de medicamentos de Medicare actual sobre los cambios al plan.

## Segundo paso: Compare usando el buscador de planes de Medicare

- Busque planes de salud y de medicamentos
- Personalice su búsqueda para localizar los planes que se ajusten a sus necesidades
- Compare las calificaciones de calidad, los beneficios, los precios y más
- Inscribábase en un plan



Medicare Prescription Drug Coverage

53

**Segundo paso:** Use el buscador de planes de Medicare en [www.medicare.gov/find-a-plan](http://www.medicare.gov/find-a-plan):

- Busque los planes de salud y de medicamentos
- Personalice su búsqueda para encontrar planes que respondan a sus necesidades
- Compare las calificaciones de calidad, beneficios, precios de los planes y más
- Inscribábase en un plan

Debe comparar los planes de medicamentos de Medicare teniendo en cuenta lo que es más importante para su situación y los medicamentos que usted necesita. Debe hacerse las siguientes preguntas:

- ¿Qué plan(es) cubre(n) los medicamentos recetados que tomo?
- ¿Qué plan(es) me da(n) el mejor precio en general para todos los medicamentos recetados que tomo?
- ¿Cuál es la prima mensual, el deducible anual y los coseguros o copago(s)?
- ¿Qué plan(es) me permite(n) usar la farmacia que quiero o recibir los medicamentos por correo?
- ¿Qué plan(es) me ofrece(n) cobertura en varios estados si la necesito?
- ¿Qué calificación de calidad tiene(n) el / plan(es)?
- ¿Mi cobertura puede empezar cuando yo quiera?
- ¿Es probable que necesite protección contra costos inesperados de medicamentos en un futuro?

**NOTA:** Si desea más información para usar el localizador de planes de Medicare, fíjese en la Ayuda con el buscador y los videos en la biblioteca de entrenamiento de NTP en :

<http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Training/CMSNationalTrainingProgram/Training-Library.html>

## Tercer paso: Escoja e inscribbase

- Decida cuál es el mejor plan para usted e inscribbase
  - Electrónicamente en
    - [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)
    - El sitio web del plan
  - Por teléfono, llamando
    - Al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)
      - Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048
    - Al plan
  - Envíe el formulario de inscripción al plan por correo o fax

**Tercer paso:** Una vez que haya escogido un plan que satisfaga sus necesidades, llame a la compañía que lo ofrece y pregúnteles cómo inscribirse. Tal vez pueda hacerlo por Internet, por teléfono o llenando una solicitud impresa. Cuando se inscriba tendrá que proporcionarles el número de su tarjeta de Medicare.

Usted puede inscribirse en el plan directamente. Todos los planes deben tener formularios de inscripción impresos. Además, pueden ofrecerle la opción de que se inscriba a través del sitio web del plan o por teléfono. La mayoría de los planes participan y le permiten inscribirse a través del sitio web de Medicare [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov). También puede inscribirse llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Los planes deben procesar las solicitudes de manera oportuna y una vez que el beneficiario la haya enviado, el plan debe notificarle si la han aceptado o rechazado.

Le aconsejamos que guarde una copia de la solicitud, el número de confirmación y cualquier otro documento firmado, así como las cartas y materiales que le haya enviado el plan.

En *Su Guía sobre la Cobertura de las Recetas Médicas* (Pub. de CMS nro. 11109) encontrará la información sobre estos pasos a seguir, así como las hojas de trabajo para ayudarle con el proceso.

**NOTE:** Hay un pequeño número de planes que tienen opciones más limitadas de inscripción, incluidos algunos Planes para Necesidades Especiales (SNP por su sigla en inglés), Planes de Costo, y planes que han obtenido malas calificaciones de manera reiterada y han recibido una calificación de menos de 3 estrellas por tres años consecutivos. En estos casos, no podrá inscribirse por Internet, pero puede llamar al plan directamente para inscribirse.

## Lo que pueden esperar los nuevos miembros

- Usted recibirá
  - Una carta de inscripción
  - Los documentos del plan y la tarjeta
  - La información para comunicarse con el servicio al cliente
- Si el plan no cubre su medicamento
  - Usted puede obtener un suministro de transición (generalmente para 30-días)
  - Usted puede hablar con su médico para que le recete un medicamento que esté cubierto
  - Puede pedir una excepción si no hubiese una alternativa aceptable en el formulario

Cuando usted se inscribe en un plan o cuando Medicare lo inscribe en un plan, recibirá una carta de inscripción y los documentos del plan. Estos documentos incluyen la tarjeta del miembro, información sobre el servicio al cliente con el número de teléfono sin cargo y la dirección del sitio web del plan.

Los planes también tendrán un proceso de transición para aquellos miembros nuevos que toman un medicamento que no está en la lista del plan (formulario). El plan les dará un suministro temporal para 30 días del medicamento que necesitan (o para 90 días si el beneficiario vive en una dependencia de cuidado a largo plazo). Esto le dará tiempo suficiente para que su médico le recete otro medicamento que esté en el formulario del plan. Si no se encontrara otro medicamento aceptable, ellos o sus médicos pueden solicitarle una excepción al plan. Si la misma les es denegada, puede apelar.

## **Aviso Anual de Cambio (ANOC por su sigla en inglés)**

- Todos los planes de medicamentos de Medicare tienen que enviarle el ANOC a sus miembros para el 30 de septiembre
  - Puede llegar con la Evidencia de Cobertura
- Incluirá información para el año entrante
  - Resumen de beneficios
  - Formulario
  - Cambios a la prima mensual y/o costos compartidos
- Lea el ANOC cuidadosamente y compare su plan con otras opciones de planes

Cada año, los Planes Medicare de Medicamentos Recetados deben enviarle el Aviso Anual de Cambio (ANOC) a todos sus miembros. Deben enviarle esta carta junto con el Resumen de Beneficios y una copia del formulario para el año entrante para el 30 de septiembre.

Usted debe leerlo atentamente. En el aviso le explican los cambios a su plan actual, incluidos los cambios a las primas, copagos y coseguro.

Los planes deben enviarle la Evidencia de Cobertura a todos sus miembros para el 31 de enero de cada año. A través de la misma le proporcionan detalles sobre el área de servicio del plan, los beneficios, el formulario; cómo obtener información, la Ayuda Adicional y cómo apelar. El plan tal vez prefiera enviarle la Evidencia de Cobertura junto con el ANOC.

## Compruebe sus conocimientos– Lección 6

1. Carlos se inscribió recientemente en un plan de medicamentos de Medicare y recibió por correo los materiales del plan. ¿Qué debe estar incluido en esos materiales?



Debe recibir una tarjeta de identificación, e información sobre el servicio al cliente, un número de teléfono gratuito y la dirección del sitio de Internet.

2. Amy quiere inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare y sabe que hay varias formas de inscribirse. ¿Cuál de los métodos siguientes NO es un método que pueda usar para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare?

- Usar el Buscador de Planes de Medicare
- Llamar al 1-800-MEDICARE
- A través del sitio de Internet del Seguro Social
- Llamando al plan

57

Medicare Prescription Drug Coverage

1. Carlos se inscribió recientemente en un plan de medicamentos de Medicare y recibió por correo los materiales del plan. ¿Qué debe estar incluido en esos materiales?

**RESPUESTA:** Si usted se inscribe en un plan, recibirá una carta de inscripción y materiales relacionados con el plan. Los materiales contendrán una tarjeta de identificación e información sobre el servicio al cliente, incluido un número de teléfono gratuito y la dirección del sitio de Internet (p. 55).

2. Amy quiere inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare y sabe que hay varias formas de inscribirse. ¿Cuál de los métodos siguientes NO es un método que pueda usar para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare?
- Usar el Buscador de Planes de Medicare
  - Llamar al 1-800-MEDICARE
  - A través del sitio de Internet del Seguro Social
  - Llamando al plan

**RESPUESTA:** c. Usted no puede inscribirse en un plan de la Parte D a través del sitio de Internet del Seguro Social. Después que usted escoja un plan que satisfaga sus necesidades, llame a la compañía que lo ofrece y pregúntele cómo inscribirse. Puede ser que sea elegible para inscribirse por Internet, por teléfono o enviando una solicitud impresa. Todos los planes tienen que ofrecerle la inscripción impresa. Además, los planes pueden ser que le permitan inscribirse a través de su sitio de Internet o por teléfono. La mayoría de los planes también le permiten inscribirse a través del sitio de Internet de Medicare, [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov). También puede comunicarse con Medicare para inscribirse, llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048 (p. 54).



## Lección 7 – Las determinaciones de cobertura y las apelaciones

- Determinaciones de cobertura
  - Solicitudes de excepciones
- Apelaciones

Lección 7, *Las determinaciones de cobertura y las apelaciones*, le explica las:

- Determinaciones de cobertura
  - Solicitudes de excepciones
- Apelaciones

## Pedido de determinación de cobertura

- Decisión inicial del plan
  - Los beneficios que tiene derecho a recibir
  - Lo que el miembro debe pagar por el beneficio
  - La puede solicitar usted, su representante legal o su médico
- La determinación de cobertura puede ser:
  - Estándar (la decisión se toma en 72 horas)
  - Acelerada (la decisión se toma en 24 horas)
    - Si su vida o su salud corren peligro

Una determinación de cobertura es una decisión inicial que toma el plan Medicare (no la farmacia) sobre el beneficio de las recetas médicas. Incluye por ejemplo si un medicamento está cubierto o no, si ha cumplido los requisitos para recibirlo y cuánto tiene que pagar usted por el medicamento. Usted o su proveedor de la salud deberán comunicarse con el plan para pedir una determinación de cobertura.

Usted, su representante legal o su médico pueden solicitar la determinación de cobertura llamando al plan o enviándole una carta. Si le escribe al plan, puede enviarle una carta o usar el modelo de "Pedido de determinación de cobertura". Puede obtener este formulario en

<http://www.cms.gov/Medicare/Appeals-and-Grievances/MedPrescriptDrugApplGriev/Forms.html>

Las determinaciones de cobertura pueden ser estándar o aceleradas. La solicitud puede ser acelerada si el plan determina, o si el médico le indica al plan, que la vida o salud de la persona estaría en peligro si tiene que esperar hasta que se procese la solicitud estándar.

El plan debe notificarle la decisión tan pronto como lo requiera su estado de salud. Después de recibir su solicitud, el plan debe comunicarle su decisión a más tardar a las 72 horas (solicitud estándar) o 24 horas (solicitud acelerada). Si la determinación de cobertura incluye un pedido de excepción, el plazo comienza a contar a partir del momento en que el plan recibe la carta del médico.

Si el plan no cumple con estos plazos, el caso se enviará automáticamente a una Entidad Independiente de Revisión (IRE) para su evaluación, y el primer nivel de apelación (redeterminación del plan) se omitirá. La Entidad Independiente de Revisión es MAXIMUS. Encontrará la información de contacto en [www.medicarepartdappeals.com](http://www.medicarepartdappeals.com).

## Pedido de excepción

- Hay dos tipos de excepciones
  - Formulario
    - Un medicamento que no está en la lista del plan, o
    - Ciertos requisitos para obtenerlos (como la terapia en pasos)
  - Excepciones de nivel/categoría
    - Por ejemplo, para obtener un medicamento del Nivel 3 al precio de uno del Nivel 2
- Requiere una declaración del médico
- Usted, su representante legal o su médico pueden solicitarla
- La excepción es válida por el resto del año

Una excepción es un tipo de determinación de cobertura. Hay dos tipos de excepciones—al nivel (por ejemplo, para obtener un medicamento del Nivel 3 al precio de uno del Nivel 2) y una excepción al formulario (por ejemplo que aprueben un medicamento que no está en la lista/formulario del plan o que dejen de lado ciertos requisitos para su obtención).

Si quiere hacer un pedido de excepción, este debe estar acompañado por una declaración de apoyo de su médico. En general, la declaración debe indicar que hay un motivo médico por el que se solicita la excepción. La declaración del médico puede hacerse oralmente o por escrito.

Si le aprueban el pedido de excepción, la misma será válida por el resto del año siempre que usted siga inscrito en el plan, su médico le siga recetando el medicamento y el mismo siga siendo seguro para tratar su problema médico.

Puede ser que el plan decida extender la cobertura al nuevo año del plan. Si no lo hace, debe comunicarlo por escrito, ya sea al momento en que se aprueba la excepción o al menos 60 días antes de que termine el año del plan. Si su plan no le extiende la cobertura de excepción, debe considerar cambiarse a un medicamento que esté en el formulario del plan, pedir otra excepción o cambiarse a un plan que cubra ese medicamento durante el Período de Inscripción Abierta (conocido también como Inscripción Abierta), que va del 15 de octubre al 7 de diciembre cada año.

**Nota:** Si usted quiere designar un representante para que lo ayude con la determinación de cobertura o con una apelación, usted y la persona que usted quiere que lo ayude deben llenar el formulario de CMS nro. 1696 titulado “Nombramiento de un representante”. Puede obtenerlo en

<http://www.cms.gov/cmsforms/downloads/cms1696.pdf>. Otra manera de designar un representante es mandando una carta adjunta a su pedido de determinación de cobertura o de apelación, fechada y con la firma suya y de la persona designada, pero la carta tiene que contener la misma información que se requiere en el formulario titulado “Nombramiento de un representante”.

Debe enviar el formulario o carta junto con su pedido de determinación de cobertura o apelación.

## Pedido de apelación

- Si le deniegan su pedido de determinación de cobertura o de excepción, puede apelar la decisión
- En general las apelaciones deben solicitarse por escrito
  - Los planes pueden aceptar las solicitudes aceleradas oralmente
- La apelación puede hacerla
  - Usted
  - Su médico
  - Su representante designado
- Hay 5 niveles de apelación

Si usted no está de acuerdo con la decisión del plan de Medicare sobre la determinación de cobertura o la excepción, tiene derecho a apelar la decisión. En la decisión escrita del plan le explicarán cómo hacerlo. Lea la carta atentamente y si tiene preguntas, llame al plan.

En general, las apelaciones hay que solicitarlas por escrito. Sin embargo, los planes deben aceptar los pedidos de redeterminación acelerada que se hagan oralmente y por escrito. Además, los planes pueden decidir si aceptan los pedidos de apelación estándar orales. Fíjese en los documentos del plan o comuníquese con su plan para averiguar si puede solicitar una apelación estándar oralmente.

Usted o su representante autorizado pueden apelar a cualquier nivel. El médico u otra persona que le recete el medicamento puede pedir una apelación acelerada en nombre suyo.

**NOTA:** Consulte el Apéndice H si desea más información sobre los cinco niveles de apelación.

## Compruebe sus conocimientos – Lección 7

1. ¿Quién puede pedir una determinación de cobertura para cierto medicamento? (Seleccione los que correspondan)

- a. Usted
- b. El médico que se lo receta
- c. Su farmacéutico
- d. Su representante designado



2. El médico de Marta quiere recetarle un medicamento que no está en el formulario de su plan de Medicare. Su médico hace llegar un pedido de excepción al plan y se lo aprueban. ¿Por cuánto tiempo es válida la excepción?

Medicare Prescription Drug Coverage 62

1. ¿Quién puede pedir una determinación de cobertura para cierto medicamento? (Seleccione todos los que correspondan)
- a. Usted
  - b. El médico que se lo receta
  - c. Su farmacéutico
  - d. Su representante designado

**RESPUESTA:** a, b, and d. Usted, el médico que le receta el medicamento o su representante designado pueden pedir una determinación de cobertura, llamando al plan o escribiéndoles una carta. (p. 59)

1. El médico de Marta quiere recetarle un medicamento que no está en el formulario de su plan de Medicare. Su médico hace llegar un pedido de excepción al plan y se lo aprueban. ¿Por cuánto tiempo es válida la excepción?

**RESPUESTA:** Si se aprueba una solicitud de excepción, la excepción será válida para que le dispensen el medicamento por el resto del año del plan, siempre y cuando usted siga inscrito en el plan, su médico continúe recetándole el medicamento y el medicamento sea seguro para tratar su problema médico (p. 60).

# Guía de recursos acerca de la cobertura de Medicare de las recetas médicas

Recursos		Productos de Medicare
<p><a href="http://www.medicare.gov">www.medicare.gov</a>                      1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)                      (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-466-2048)</p> <p><b>Manual sobre el beneficio de las recetas médicas</b>  <a href="http://www.cms.gov/Medicare/Prescription-Drug-Coverage/PrescriptionDrugCovContra/PartDManuals.html">http://www.cms.gov/Medicare/Prescription-Drug-Coverage/PrescriptionDrugCovContra/PartDManuals.html</a></p> <p><b>Guía para la inscripción y la cancelación de los PDP</b>  <a href="http://www.cms.gov/Medicare/Eligibility-and-Enrollment/MedicarePresDrugEligEnrol/index.html">http://www.cms.gov/Medicare/Eligibility-and-Enrollment/MedicarePresDrugEligEnrol/index.html</a></p> <p>Programa Estatales de Seguro Médico  <a href="http://www.medicare.gov/contacts">www.medicare.gov/contacts</a></p> <p>Centros de Servicios de Medicare y Medicaid  <a href="http://www.cms.gov">www.cms.gov</a></p> <p>Seguro Social                      1-800-772-1213</p>	<p>Ley de Atención Médica Asequible  <a href="http://www.healthcare.gov/law/full/index.html">www.healthcare.gov/law/full/index.html</a></p> <p>RxAssist                      Un directorio de Programas de Ayuda al Paciente (PAP)  <a href="http://www.rxassist.org">www.rxassist.org</a></p> <p>Apelaciones de la Parte D de Medicare  <a href="http://www.medicarepartdappeals.com">www.medicarepartdappeals.com</a></p> <p>Determinación de la prima de la Parte B de acuerdo con sus ingresos – publicación de SSAnro. 10161 disponible en <a href="http://www.socialsecurity.gov/">http://www.socialsecurity.gov/</a></p>	<p><i>Manual Medicare y Usted</i>                      CMS (Producto No. 10050)</p> <p><i>Su Guía sobre la Cobertura de Medicare de las Recetas Médicas</i>                      (CMS Producto No. 11109)</p> <p><i>Sus Beneficios de Medicare</i>                      (CMS Producto No. 10116)</p> <p>Para obtener estos productos:                      Para ver o pedir una copia:  <a href="http://www.medicare.gov">www.medicare.gov</a></p> <p>Para pedir copias múltiples (solicítelas solamente):  <a href="http://productordering.cms.hhs.gov">productordering.cms.hhs.gov</a>                      (Usted debe registrar a su organización)</p>



Este módulo fue ofrecido por

**El Programa Nacional de Entrenamiento de CMS**

Si tiene preguntas sobre estos materiales de entrenamiento, envíe un correo electrónico a [Training@cms.hhs.gov](mailto:Training@cms.hhs.gov)

Para ver todos los materiales NTP o para suscribirse a nuestra listserv (lista de servicios), visite <http://cms.gov/Outreach-and-Education/Training/CMSNationalTrainingProgram>

Este módulo de entrenamiento lo facilita el Programa Nacional de Entrenamiento de los CMS. Si tiene preguntas sobre los productos de entrenamiento, envíe un correo electrónico a [training@cms.hhs.gov](mailto:training@cms.hhs.gov). Para ver todos los materiales del Programa Nacional de Entrenamiento de los CMS disponibles o para inscribirse a nuestra lista de correos, visite [www.cms.gov/Outreach-and-Education/Training/CMSNationalTrainingProgram](http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Training/CMSNationalTrainingProgram).

## Apéndice A: Los medicamentos orales para el cáncer cubiertos por la Parte B\*

- Busulfán
- Capecitabina
- Ciclofosfamida
- Etopósido
- Melfalán
- Metrotexato
- Temozolomida

\*La lista puede cambiar

Los medicamentos orales para el cáncer cubiertos por la Parte B, incluyen pero no se limitan a:

- Busulfán
- Capecitabina
- Ciclofosfamidea
- Etopósido
- Melfalán
- Metrotexato
- Temozolomida

**NOTA:** La lista puede cambiar

## **Apéndice B: Antieméticos orales cubiertos por la Parte B, para usarlos en las 48 horas siguientes a la quimioterapia**

- Combinación de 3 medicamentos orales
  - Aprepitán
  - Antagonista 5-HT3
  - Dexametasona
- Cloridrato de Clorpromacina
- Hidrocloruro de Difenidramina
- Dolasetrón (dentro de las 24 horas)
- Dronabinol
- Hidrocloruro de Granisetrón (dentro de las 24 horas)
- Hidroxicina Pamoate
- Hidrocloruro de Ondansetrón
- Nabilone
- Perfenacina
- Maleato de Proclorperacina
- Hidrocloruro de Prometacina
- Hidrocloruro de Trimetobenzamida

\*La lista puede cambiar

La lista siguiente de medicamentos antieméticos (antinaúsea) están cubiertos por la Parte B. Esta no es una lista detallada y puede cambiar con el tiempo.

- Combinación de 3 medicamentos orales
  - Aprepitán
  - Antagonista 5-HT3
  - Dexametasona
- Cloridrato de Clorpromacina
- Hidrocloruro de Difenidramina
- Dolasetrón (dentro de las 24 horas)
- Dronabinol
- Hidrocloruro de Granisetrón (dentro de las 24 horas)
- Hidroxicina Pamoate
- Hidrocloruro de Ondansetrón
- Nabilone
- Perfenacina
- Maleato de Proclorperacina
- Hidrocloruro de Prometacina
- Hidrocloruro de Trimetobenzamida

## Apéndice C: Medicamentos inmunosupresores\* cubiertos por la Parte B

- Azatioprina-oral
- Azatioprina-parenteral
- Ciclofosfamida-Oral
- Ciclosporina-Oral
- Ciclosporina-Parenteral
- Dacliximab-Parenteral
- Linfocito Inmunoglobulina
- Globulina Antitimocito -parenteral
- Metotrexato-oral
- Metilprednisolona-Oral
- Metilprednisolona Succinato de Sodio inyectable
- Muromonab-Cd3-Parenteral
- Ácido Micofelónico-Oral
- Mofetil Micofelonato-Oral
- Prednisolona-Oral
- Prednisona-Oral
- Sirolimo-Oral
- Tacrolimus-Oral
- Tacrolimus-Parenteral

\*La lista puede cambiar

Esta lista incluye algunos medicamentos inmunosupresores cubiertos por la Parte B. La lista puede cambiar.

- Azatioprina-oral
- Azatioprina-parenteral
- Ciclofosfamida-Oral
- Ciclosporina-Oral
- Ciclosporina-Parenteral
- Dacliximab-Parenteral
- Linfocito Inmunoglobulina
- Globulina Antitimocito -parenteral
- Metotrexato-oral
- Metilprednisolona-Oral
- Metilprednisolona Succinato de Sodio inyectable
- Muromonab-Cd3-Parenteral
- Ácido Micofelónico-Oral
- Mofetil Micofelonato-Oral
- Prednisolona-Oral
- Prednisona-Oral
- Sirolimo-Oral
- Tacrolimus-Oral
- Tacrolimus-Parenteral

**NOTA:** La Parte B podría cubrir estos medicamentos para los pacientes de Medicare que reciben un trasplante cubierto. Los medicamentos cubiertos incluyen las medicinas inmunosupresoras definidas como tal y aprobadas para su comercialización por la FDA. También se incluyen los medicamentos recetados, como la prednisona que se usa con los medicamentos inmunosupresores como parte del régimen de tratamiento. Los antibióticos, los medicamentos para la hipertensión y otros que no estén directamente relacionados con el rechazo al órgano trasplantado, no están cubiertos por la Parte B.

## Apéndice D: Beneficio estándar de medicamentos para el 2013

Parámetro de beneficios	2013	2014
Deducible	\$325	\$310
Límite inicial de cobertura	\$2,970.00	\$2,850.00
Límite de gastos de su bolsillo	\$4,750.00	\$4,550.00
Gasto total en medicamentos cubiertos para el límite de gastos del bolsillo (OOP)	\$6,954.52	\$6,690.77
Copago mínimo durante la cobertura catastrófica	\$2.65/\$6.60	\$2.55/\$6.35
Los copagos con la ayuda adicional	2013	2014
Si está en una institución de cuidado	\$0	\$0
Si recibe servicios en el hogar o en la comunidad	\$0	\$0
Hasta o al 100% del Nivel de Pobreza Federal (FPL)	\$1.15/\$3.50	\$1.20/\$3.60
Ayuda Adicional completa	\$2.65/\$6.60	\$2.55/\$6.35
Ayuda Adicional parcial (Deducible/Costo compartido)	\$66/15%	\$63/15%

## Apéndice E: El precio de los planes si le otorgan la Ayuda Adicional automáticamente

Si tiene Medicare y...	Su prima mensual	Su deducible anual	Lo que paga en la farmacia por su receta médica (hasta \$4,750*)	Lo que paga en la farmacia por cada receta (después de \$4,750*)
La cobertura completa de Medicaid por cada mes completo que haya vivido en una institución, como un asilo para ancianos	\$0	\$0	\$0	\$0
La cobertura completa de Medicaid y un ingreso anual de o por debajo de \$11,490 (individuo) \$15,510 (matrimonio)	\$0	\$0	<b>Genéricos y ciertos medicamentos preferidos</b> No más de \$1.15 <b>Medicamentos de marca:</b> No más de \$3.50	\$0
La cobertura completa de Medicaid y un ingreso anual por encima de \$11,490 (individuo) \$15,510 (matrimonio)	\$0	\$0	<b>Genéricos y ciertos medicamentos preferidos</b> No más de \$2.65 <b>Medicamentos de marca:</b> No más de \$6.60	\$0
Ayuda de Medicaid para pagar las primas de la Parte B de Medicare	\$0	\$0	<b>Genéricos y ciertos medicamentos preferidos</b> No más de \$2.65 <b>Medicamentos de marca:</b> No más de \$6.60	\$0
Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)	\$0	\$0	<b>Genéricos y ciertos medicamentos preferidos</b> No más de \$2.65 <b>Medicamentos de marca:</b> No más de \$6.60	\$0

**Nota:** Hay ciertos planes en los que puede inscribirse sin tener que pagar una prima. En otros tendrá que pagar una parte de la prima aun si califica automáticamente para la Ayuda Adicional. Dígale al plan que le han otorgado la Ayuda Adicional y pregúntele cuánto le costará la prima mensual.

\*\*El precio de cada receta médica por lo general disminuirá una vez que la suma de lo que usted ha pagado y de lo que pagó Medicare en ayuda adicional en el año llegue a \$4,750. Los costos compartidos, límites de ingresos y de recursos listados para el 2013, pueden aumentar cada año. Los límites de ingresos son más altos si usted vive en Alaska o Hawái, o si usted o su cónyuge paga por lo menos la mitad de los gastos de un dependiente que viva con usted, o si usted está trabajando.

## Apéndice E: Los costos de los planes Medicare si solicita y le aprueban la Ayuda Adicional

Si tiene Medicare y...	Su prima mensual	Su deducible anual	Lo que paga en la farmacia por su receta médica (hasta \$4,750*)	Lo que paga en la farmacia por cada receta (después de \$4,750*)
Un ingreso anual de \$15,511.50 (individuo) \$20,938.50 (matrimonio) Y recursos de no más de \$8,580 (siindividuo) \$13,620 (matrimonio)	\$0	\$0	Genéricos y ciertos medicamentos preferidos no más de \$2.65 Medicamentos de marca: no más de \$6.60	\$0
Un ingreso anual menor de \$15,511.50 (individuo) \$20,938.50 (matrimonio) y recursos entre \$8,580 and \$13,330 (individuo) \$13,620 and \$26,580 (matrimonio)	\$0	\$66	Hasta un 15% del precio del medicamento	Genéricos y ciertos medicamentos preferidos No más de \$2.65 Medicamentos de marca: No más de \$6.60
Un ingreso anual entre \$15,511.50 y \$16,086 (individuo) \$20,938.50 y \$21,714 (matrimonio) y recursos entre \$13,330 (individuo) \$26,580 (matrimonio)	25%	\$66	Hasta un 15% del precio del medicamento	Genéricos y ciertos medicamentos preferidos No más de \$2.65 Medicamentos de marca: No más de \$6.60
Un ingreso anual entre \$15,638 y \$16,660.50 (individuo) \$21,182 y \$22,489.50 (matrimonio) y recursos de \$13,330 (individuo) \$26,580 (matrimonio)	50%	\$66	Hasta un 15% del precio del medicamento	Genéricos y ciertos medicamentos preferidos No más de \$2.65 Medicamentos de marca: No más de \$6.60
Un ingreso anual entre \$16,660.50 y \$17,235 (individuo) \$21,938.50 y \$23,265 (matrimonio) y recursos de \$13,330 (individuo) \$26,580 (matrimonio)	75%	\$66	Hasta un 15% del precio del medicamento	Genéricos y ciertos medicamentos preferidos No más de \$2.65 Medicamentos de marca: No más de \$6.60

04/02/2012

La cobertura de Medicare de las recetas médicas

# Apéndice F: Correspondencia con el consumidor

Guía de la correspondencia de CMS, el Seguro Social y los Planes en el 2012/2013  
*(Todos los avisos disponibles en Internet tienen hipervínculos, pero tenga en cuenta que las versiones para el año en curso de muchos de esos avisos no se publican hasta el otoño)*



Fecha de envío	Remitente	Color de la carta	Mensaje principal	Lo que debe hacer el beneficiario
Mediados de mayo	Seguro Social	Aviso sobre LIS del Seguro Social y los Programas de Ahorro de Medicare (MSP) (Pub. De SSA Formularios L447 7 L448)	Informa a las personas que podrían ser elegibles sobre los programas de Ahorro de Medicare (MSP) y sobre la Ayuda Adicional para pagar por la cobertura de las recetas médicas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Si cree que es elegible para la Ayuda Adicional, debe solicitarla.</li> <li>Para hacerlo, debe llamar al Seguro Social.</li> </ul>
Principios de septiembre	Seguro Social	Aviso del Seguro Social para reevaluar la elegibilidad para la Ayuda Adicional (SSA Formulario No. 1026)	Les informa a los beneficiarios seleccionados para la reevaluación que deben fijarse si aún siguen siendo elegibles para recibir la Ayuda Adicional, incluye una hoja para el "Resumen de Ingresos y Recursos".	Si recibe este aviso, debe llenar y devolver el formulario en el sobre estampillado en un plazo de 30 días o la Ayuda Adicional será cancelada.
Septiembre	Planes	Aviso Anual de Cambio (ANOC) y Evidencia de Cobertura (EOC) Modelo de ANOC	Para el 30 de septiembre, los beneficiarios recibirán un aviso del plan explicando el formulario para el 2013, los beneficios y cambios a la prima.	Revise los cambios y decida si en el 2013 el plan sigue siendo lo que usted necesita.
Septiembre	Planes	Plan LIS Rider Modelo LIS Rider	Para el 30 de septiembre, los beneficiarios que califican para la Ayuda Adicional recibirán un aviso sobre LIS en el que les indican cual es el subsidio que recibirán en el 2013 para pagar las primas, copagos y deducible de la Parte D.	Guardar esta carta así como la Evidencia de Cobertura (EOC) para consultarlas cuando tenga preguntas sobre sus costos.
Septiembre	Planes de Empleador o Sindicato	Aviso de cobertura válida	Para el 30 de septiembre, los planes de empleador/sindicato y otros planes grupales deben informarles a los beneficiarios de Medicare si su cobertura de medicamentos es válida.	Guardar esta carta.
Septiembre	CMS	Aviso de pérdida de estatus (Producto No. 11198) (Color GRIS)	Informa a los beneficiarios que a partir del 1 de enero de 2013 ya no calificarán automáticamente para recibir la Ayuda Adicional.	Debe solicitarla a través del Seguro Social (se adjunta el formulario y un sobre estampillado) o de la oficina Estatal de Ayuda Médica (Medicaid).
Finales de septiembre	CMS	Folleto Medicare y Usted del 2013	Se envía por correo a los hogares de todos los beneficiarios de Medicare cada otoño. Incluye un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare; listas de los planes de salud y planes de medicamentos disponibles, y respuestas a preguntas más frecuentes sobre Medicare.	Tenga el folleto como referencia. También puede descargar una copia por Internet en <a href="http://www.medicare.gov">www.medicare.gov</a> .

# Apéndice F: Correspondencia con el consumidor

Fecha de envío	Remitente	Color de la carta	Mensaje principal	Lo que debe hacer el beneficiario
Octubre	Planes	Materiales de mercadeo del plan	El 1 de octubre los planes comienzan a enviar los materiales de comercialización para el 2013	Use esta información para comparar sus opciones para el 2013.
Octubre	Planes	Anuncio de que el plan se retira de Medicare	Para el 2 de octubre, los beneficiarios cuyos planes se retirarán del programa Medicare en el 2013 recibirán una carta de sus planes.	Usted debe buscar un plan nuevo para el 2013.
Octubre	CMS	Cambio del copago de la Ayuda Adicional (Producto NO. 11199) (Aviso de color NARANJA)	Les informa a los beneficiarios que continuarán siendo elegibles para la Ayuda Adicional automáticamente, pero los niveles de copago cambiarán a partir del 1 de enero de 2013	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Guardar el aviso</li> <li>• Nada, a menos que piense que hay un error</li> </ul>
Finales de octubre	CMS	Aviso de octubre a personas inscritas en planes con menos de 3 estrellas por 3 años consecutivos o más (Producto No. 11627)	Les informa a los beneficiarios que están inscritos en un plan que ha sido considerado como de desempleo pobre y los insta a buscar otras opciones de planes en su área	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Visite <a href="http://www.medicare.gov/find-a-plan">www.medicare.gov/find-a-plan</a> y compare los planes en su área</li> <li>• Usted puede cambiar los planes durante el Período de inscripción Abierto (Del 15 de octubre al 7 de diciembre). Llame al 1-800-Medicare para cambiar de plan fuera de este período.</li> </ul>
Finales de octubre	CMS	Aviso de reasignación (Producto No. 11208) (Aviso de color AZUL)	Les informa a los beneficiarios que su plan actual de medicamentos está retirándose del programa Medicare y que a partir del 1 de enero de 2013, se les reasignará otro plan, a menos que ellos se inscriban en un nuevo plan por su cuenta para el 31 de diciembre de 2012.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Guardar esta carta</li> <li>• Comparar los planes disponibles en el 2013 para ver cuál le conviene más.</li> <li>• Cambiar de plan para principios de diciembre, si es que decide hacerlo.</li> <li>• Si desea más información, puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048; consultar el Manual "Medicare y Usted" del 2012; visitar <a href="http://www.medicare.gov">www.medicare.gov</a>, o comunicarse con su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP) para que le brinden asesoría personalizada gratuita.</li> </ul>
Finales de octubre	CMS	Aviso de reasignación (Producto No. 11209) (Aviso de color AZUL)	Les informa a los beneficiarios que se han inscrito por cuenta propia que debido a que las primas de sus planes han aumentado por encima del límite estándar regional para el subsidio por bajos ingresos (LIS) que se les reasignará a otro plan a partir del 1 de enero de 2013, a menos que ellos se inscriban en un nuevo plan por su cuenta para el 31 de diciembre de 2012.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Guardar esta carta</li> <li>• Comparar los planes disponibles en el 2013 para ver cuál le conviene más.</li> <li>• Cambiar de plan para principios de diciembre, si es que decide hacerlo.</li> <li>• Si desea más información, puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048; consultar el Manual "Medicare y Usted" del 2012; visitar <a href="http://www.medicare.gov">www.medicare.gov</a>, o comunicarse con su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP) para que le brinden asesoría personalizada gratuita.</li> </ul>
Finales de octubre/ principio de noviembre	CMS	Aviso de reasignación de los planes MA (Producto NO. 11443) (Aviso de color AZUL)	Les recuerda a los beneficiarios que reciben Ayuda Adicional y cuyo plan Medicare Advantage (MA) se está retirando de Medicare, que se les reasignará a otro plan de medicamentos a partir del 1 de enero de 2013, a menos que ellos se inscriban en un nuevo plan MA o de medicamentos por su cuenta para el 31 de diciembre de 2012.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Guardar esta carta</li> <li>• Comparar los planes disponibles en el 2013 para ver cuál le conviene más.</li> <li>• Cambiar de plan para principios de diciembre, si es que decide hacerlo.</li> <li>• Si desea más información, puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048; consultar el Manual "Medicare y Usted" del 2012; visitar <a href="http://www.medicare.gov">www.medicare.gov</a>, o comunicarse con su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP) para que le brinden asesoría personalizada gratuita.</li> </ul>

# Apéndice F: Correspondencia para el consumidor

Fecha de envío	Remitente	Color de la carta	Mensaje principal	Lo que debe hacer el beneficiario
Principios de noviembre	CMS	Aviso para los que reciben LIS (Producto no. 11267) (Aviso de color canela/marrón claro)	Les informa a los beneficiarios que reciben Ayuda Adicional y escogen un plan de medicamentos recetados de Medicare por ellos mismos, que la prima del plan cambiará en el 2013 y que tendrán que pagar una parte de la prima, a menos que se inscriban en otro plan con \$0 de prima.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Guardar este aviso</li> <li>• Tal vez deba buscar un plan nuevo para inscribirse en el 2013 con una prima menor al límite estándar regional para el subsidio por bajos ingresos. (El aviso también incluye los planes locales que no cobran una prima.)</li> <li>• Si decide cambiar de plan, hágalo a principios de diciembre.</li> </ul>
Noviembre	CMS	Recordatorio de CMS de que el plan se retira de Medicare (Productos No. 11433 y 11438)	Les recuerda a los beneficiarios que no reciben la Ayuda Adicional cuyos planes se retirarán del programa Medicare en el 2013 que deben escoger un nuevo plan.	Usted debe buscar un plan nuevo para el 2013
Noviembre	Seguro Social	Aviso del Seguro Social sobre el ajuste de las primas de las Partes B y D, de acuerdo con los ingresos	Les informa a los beneficiarios de ingresos más altos acerca de los ajustes a las primas de las Partes B y D. Incluye la información en los avisos de BRI de diciembre (vea más abajo)	Guardar esta carta
Noviembre	Seguro Social	El Seguro Social comienza a enviar las decisiones de redeterminación sobre LIS	El Seguro Social comienza a enviar por correo las cartas avisándoles a los beneficiarios si continúan siendo elegibles para recibir Ayuda Adicional el año entrante.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Guarde esta carta</li> <li>• Si piensa que la decisión es incorrecta, puede apelar. La carta le explicará cómo hacerlo.</li> <li>• Si tiene preguntas, llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778.)</li> </ul>
Finales de noviembre	Seguro Social	Cartas del Seguro Social sobre LIS y MSP (Formulario SSA-L441)	Les informa a los beneficiarios que podrían ser elegibles como Trabajadores Discapacitados Calificados (QDWT), sobre los Programas de Ahorros de Medicare y sobre la Ayuda Adicional para pagar por la cobertura de los medicamentos recetados.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si piensa que es elegible para recibir la Ayuda Adicional, solicítela.</li> <li>• Si desea más información sobre la Ayuda Adicional o quiere solicitarla, llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).</li> </ul>
Diciembre	Seguro Social	Aviso de Cambio del Monto del Beneficio (BRI)	Les avisa a las personas sobre los cambios en los pagos del beneficio para el año siguiente debido al aumento del costo de vida, a los cambios en el monto de las primas a deducir, etc.	Guardar esta carta.

# Apéndice F: Correspondencia con el consumidor

Fecha de envío	Remitente	Color de la carta	Mensaje principal	Lo que debe hacer el beneficiario
Diciembre	CMS	Aviso de reasignación del formulario (Producto No. 11475 y 11496) (Aviso de color AZUL)	Informa a los beneficiarios que reciben la Ayuda Adicional y que fueron reasignados cuáles medicamentos cubiertos en el 2012 estarán cubiertos en el nuevo plan de medicamentos de Medicare del 2013	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fijese si el plan le sirve o si hay otro que cubre más medicamentos.</li> <li>Compare este plan de Medicare con otros planes en su área</li> <li>Si desea más información, puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048; consultar el Manual "Medicare y Usted"; visitar <a href="http://www.medicare.gov">www.medicare.gov</a>; o comunicarse con su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP) para que le brinden asesoría personalizada gratuita</li> </ul>
Enero	CMS	Aviso de no renovación (Prod. No. 11452)	Informa a las personas que no reciben la Ayuda Adicional y cuyo plan se ha retirado de Medicare que tienen que inscribirse en un plan de medicamentos recetados nuevo si desean dicha cobertura en el 2013	Tendrá que inscribirse en un plan para el 28 de febrero si desea tener la cobertura de sus recetas médicas en el 2013.
Diariamente-continuo	CMS	Aviso de elegibilidad automática (Producto No. 11166) (aviso de color MORADO que se comienza a enviar en sept/oct)	Les informa a los beneficiarios que recibirán la Ayuda Adicional automáticamente, ellos incluyen a: 1) los que tiene Medicare y Medicaid, 2) los que están en un Programa Medicare de Ahorros, 3) los que reciben la Seguridad de Ingresos Suplementario (SSI)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Guardar esta carta.</li> <li>No necesita solicitar la Ayuda Adicional.</li> <li>Comparar los planes Medicare de medicamentos recetados para escoger el que le convenga más.</li> <li>Si desea más información, puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048; consultar el Manual "Medicare y Usted"; visitar <a href="http://www.medicare.gov">www.medicare.gov</a>; o comunicarse con su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP) para que le brinden asesoría personalizada gratuita</li> </ul>
Diariamente-continuo	CMS	Aviso de inscripción automática (Producto No. 11154) (Aviso de color AMARILLO)	Se les envía a las personas que son elegibles automáticamente para recibir la Ayuda Adicional porque califican para Medicare y Medicaid y actualmente reciben sus beneficios a través del Medicare Original. Estos beneficiarios serán inscritos automáticamente en un plan de medicamentos recetados a menos que ellos lo hagan por cuenta propia o que rechacen dicha cobertura.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Guardar esta carta.</li> <li>No necesita solicitar la Ayuda Adicional.</li> <li>Si no se inscribe en un plan de medicamentos, Medicare lo hará por usted.</li> <li>Comparar los planes Medicare de medicamentos recetados para escoger el que le convenga más.</li> <li>Si desea más información, puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048; consultar el Manual "Medicare y Usted"; visitar <a href="http://www.medicare.gov">www.medicare.gov</a>; o comunicarse con su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP) para que le brinden asesoría personalizada gratuita</li> </ul>

# Apéndice F: Correspondencia para el consumidor

Fecha de envío	Remitente	Color de la carta	Mensaje principal	Lo que debe hacer el beneficiario
Diariamente-continuo	CMS	Aviso de inscripción automática retroactiva (Producto No. 11429) (Aviso de color AMARILLO)	Se les envía a las personas que son elegibles automáticamente para recibir la Ayuda Adicional con fecha de vigencia retroactiva porque 1) son elegibles para Medicare y Medicaid o 2) reciben al Seguro de Ingreso Suplementario (SSI). Estos beneficiarios serán inscritos automáticamente en un plan de medicamentos recetados, a menos que ellos lo hagan por cuenta propia o que rechacen dicha cobertura.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Guardar esta carta.</li> <li>• No necesita solicitar la Ayuda Adicional.</li> <li>• Si no se inscribe en un plan de medicamentos, Medicare lo hará por usted.</li> <li>• Comparar los planes Medicare de medicamentos recetados para escoger el que le convenga más.</li> <li>• Si desea más información, puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048; consultar el Manual "Medicare y Usted"; visitar <a href="http://www.medicare.gov">www.medicare.gov</a>; o comunicarse con su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP) para que le brinden asesoría personalizada gratuita</li> </ul>
Diariamente-continuo	CMS	Inscripción facilitada (Productos No. 11186 y 11191) (Aviso de color VERDE)	Les informa a los beneficiarios que 1) están inscritos en un Programa de Ahorros de Medicare o 2) reciben la Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) o 3) solicitaron y les otorgaron la Ayuda Adicional, que serán inscritos automáticamente en un plan de medicamentos recetados, a menos que ellos lo hagan por cuenta propia o que rechacen dicha cobertura.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Guardar esta carta.</li> <li>• No necesita solicitar la Ayuda Adicional.</li> <li>• Si no se inscribe en un plan de medicamentos, Medicare lo hará por usted.</li> <li>• Comparar los planes Medicare de medicamentos recetados para escoger el que le convenga más.</li> <li>• Si desea más información, puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048; consultar el Manual "Medicare y Usted"; visitar <a href="http://www.medicare.gov">www.medicare.gov</a>; o comunicarse con su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP) para que le brinden asesoría personalizada gratuita</li> </ul>
Diariamente-continuo	CMS	Aviso sobre el RDS para los FBDE (Producto No. 11334)	Les informa a los beneficiarios que tienen Medicare y Medicaid y una cobertura válida de medicamentos a través de un empleador o sindicato que son elegibles automáticamente para recibir Ayuda Adicional, y si lo desean, pueden inscribirse en un plan Medicare de medicamentos recetados sin costo.	Comunicarse con el plan de su empleador o sindicato para averiguar cómo su inscripción en un plan Medicare de medicamentos recetados puede afectar su cobertura actual.
Diariamente-continuo	Seguro Social	Aviso inicial de determinación de IRMAA	Se les envía a los beneficiarios que tienen la Parte B y/o D cuando el Seguro Social determine que se puede aplicar alguna cantidad de IRMAA. El aviso incluye información sobre la determinación y cómo apelar.	Guardar esta carta.

## Apéndice G: ¿Cómo acceder al Programa NET para personas con bajos ingresos de Medicare?

### Inscripción automática por los CMS

- Los CMS lo inscribirán automáticamente si usted tiene Medicare y recibe ya sea la cobertura completa de Medicaid o los beneficios del SSI

### Uso en los Puntos de venta (POS)

- Usted puede usar el Programa NET para personas con bajos ingresos de Medicare en el mostrador de la farmacia (punto de venta)

### Envíe un recibo

- Usted puede enviar los recibos de la farmacia (no solo el de la registradora) para los medicamentos recetados por los que ya ha pagado durante los períodos que es elegible

Hay tres formas en las que puede acceder al programa NET para personas de ingresos limitados de Medicare:

- **Inscripción automática por los CMS.** Los CMS lo inscribirán automáticamente si usted tiene Medicare y recibe ya sea la cobertura completa de Medicaid o los beneficios del SSI. Usted no estará inscrito automáticamente si recibe ayuda de la agencia estatal de Medicaid que paga sus primas de la Parte B de Medicare (en un Programa de Ahorros de Medicare) o ha solicitado y calificado para la Ayuda Extra. Si los CMS lo inscribieron automáticamente, su cobertura del programa NET para personas de ingresos limitados de Medicare comienza cuando usted empieza con el Medicare y recibe ya sea cobertura completa de Medicaid o los beneficios del SSI, o durante el último mes que no esté cubierto, lo que ocurra después.
- **Uso en los Puntos de Venta (POS).** Si usted recibe la Ayuda Adicional, puede usar el Programa NET para personas con bajos ingresos de Medicare en el mostrador de la farmacia (punto de venta).
- **Envíe un recibo.** Usted puede enviar los recibos de la farmacia (no solo el recibo de la registradora) para los medicamentos recetados por los que ya ha pagado de su bolsillo durante los períodos que es elegible. Consulte el Apéndice G para la dirección de correo postal.

Si usted usa el Programa NET para personas con bajos ingresos de Medicare en un punto de venta (en el mostrador de la farmacia) o presentando un recibo de la farmacia, usted podría:

- Recibir cobertura retroactiva hasta por 36 meses si Medicare y recibe ya sea la cobertura completa de Medicaid o los beneficios del SSI (o desde el 1 de enero de 2006 si su determinación de Medicaid proviene de esa fecha).
- Reciba hasta 30 días de cobertura actual si recibe ayuda de la agencia estatal de Medicaid que paga sus primas de la Parte B de Medicare (en un Programa de Ahorros de Medicare) o ha solicitado y calificado para la Ayuda Extra.
- Reciba cobertura inmediata si muestra pruebas de su elegibilidad para la Ayuda Adicional en el punto de venta (POS) de la farmacia), incluso si el sistema de los CMS no puede confirmar su estatus de elegibilidad.

## Apéndice G: Programa de Transición para las Personas con Bajos Ingresos Elegibles Recientemente (NET)

- Recursos para ayudar a los farmacéuticos a hacer las reclamaciones
  - Teléfono del programa: 1-800-783-1307
  - Dirección: The Medicare Limited Income NET Program  
P.O. Box 14310  
Lexington, KY 40512-4310
  - Portales
    - <http://www.cms.gov/Medicare/Eligibility-and-Enrollment/LowIncSubMedicarePresCov/MedicareLimitedIncomeNET.html>
    - [http://www.humana.com/pharmacists/pharmacy\\_resources/information.aspx](http://www.humana.com/pharmacists/pharmacy_resources/information.aspx)
  - Casilla de correo de CMS : [MedicareLINET@cms.hhs.gov](mailto:MedicareLINET@cms.hhs.gov)

El Programa de Transición para las Personas con Bajos Ingresos Elegibles Recientemente (NET) está administrado por Humana.

Los beneficiarios de Medicare pueden enviar los recibos de los pagos que hicieron de sus bolsillos a:

The Medicare Limited Income NET Program

P.O. Box 14310

Lexington, KY 40512-4310

Los farmacéuticos que necesiten ayuda con el Programa de Transición para las Personas con Bajos Ingresos Elegibles Recientemente (NET) pueden llamar a:

Teléfono del programa: 1-800-783-1307

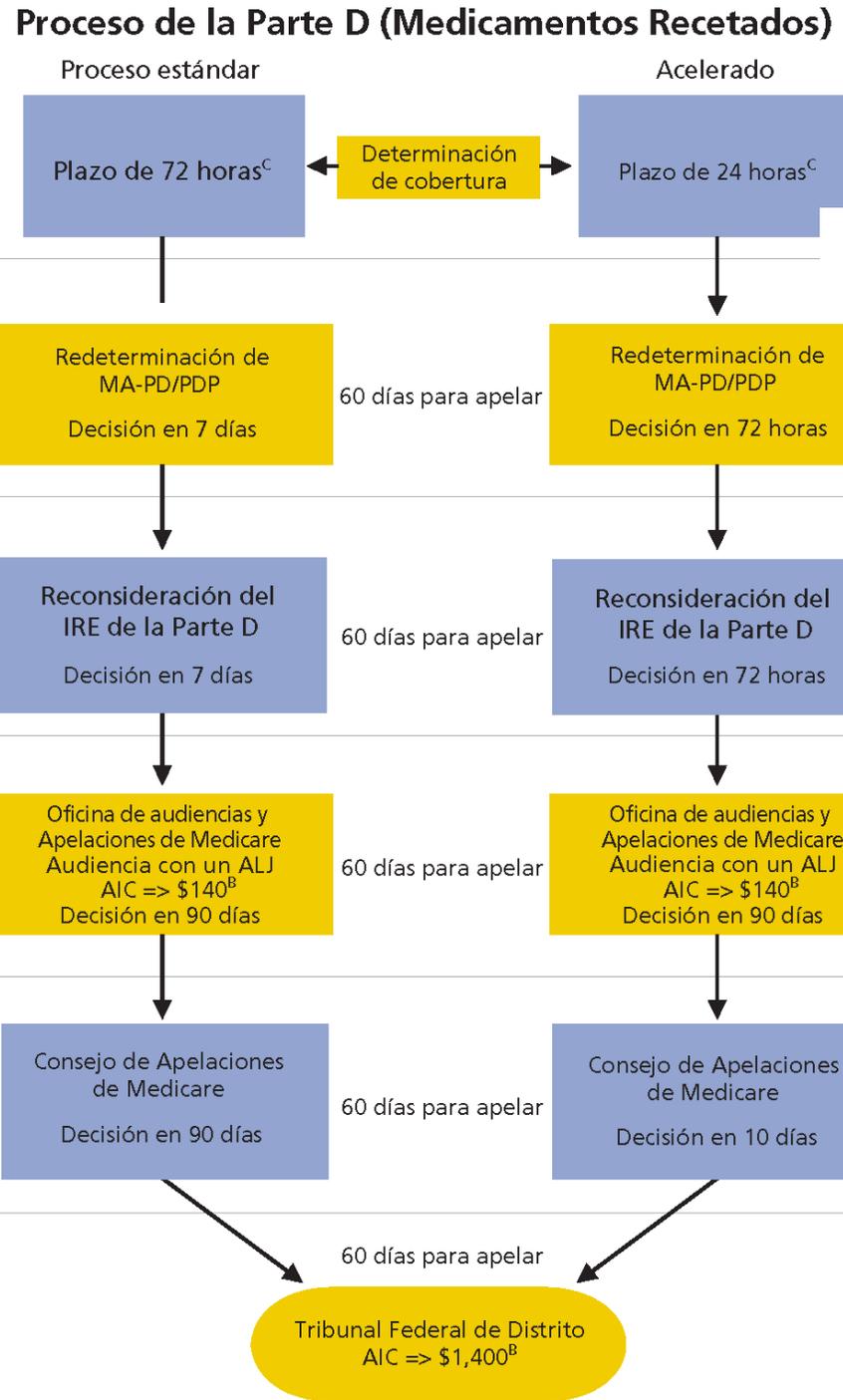
Portales

- CMS
  - <http://www.cms.gov/Medicare/Eligibility-and-Enrollment/LowIncSubMedicarePresCov/MedicareLimitedIncomeNET.html>
- Humana
  - [http://www.humana.com/pharmacists/pharmacy\\_resources/information.aspx](http://www.humana.com/pharmacists/pharmacy_resources/information.aspx)

Casilla de correo de CMS

- [MedicareLINET@cms.hhs.gov](mailto:MedicareLINET@cms.hhs.gov)

# Apéndice H: Niveles de apelación



**Acrónimos**

AIDS	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
ANOC	Aviso Anual de Cambio
BPH	Hiperplasia Prostática Benigna
CHIP	Seguro Médico para los Niños
CMS	Centros de Servicios de Medicare y Medicaid
DME	Equipo Médico Duradero
EOB	Explicación de los beneficios
FDA	Administración de Alimentos y Fármacos
FEHB	Seguro Médico para Empleados Federales
FPL	Nivel Federal de Pobreza
HICN	Número de reclamación
HIV	Virus de Inmunodeficiencia Humana
HSAs	Cuentas de Ahorros del Cuidado de la Salud
HMO	Organización para el Mantenimiento de la Salud
IEP	Período de Inscripción Inicial
IRMAA	Ajuste mensual por ingreso
IRS	Servicio de Rentas Internas
LIS	Subsidio por bajos ingresos
MA	Medicare Advantage
MA-PD	Planes Medicare Advantage con cobertura de las recetas médicas
MSP	Programa Medicare de Ahorros
NET	Transición para los elegibles recientemente
NTP	Programa Nacional de Entrenamiento
PAP	Programas de Ayuda al Paciente
PDP	Plan de medicamentos recetados
POS	Lugar de venta (Punto de servicio)
PPO	Organización de Proveedor Preferido
RDS	Subsidio de medicamentos para jubilados
RRB	Junta de Retiro Ferroviario
SCE	Subsidio por cambio en su situación
SEP	Período Especial de Inscripción
SHIP	Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico
SNF	Centro de Enfermería Especializada
SNPs	Plan para Necesidades Especiales
SPAP	Programa Estatal de Ayuda Farmacéutica
SSA	Administración del Seguro Social

SSI	Seguridad de Ingreso Suplementario
TrOOP	Gastos reales del bolsillo
TTY	Teletipo/Teléfono de texto
VA	Asuntos de Veteranos