

Información que los socios pueden usar:

Ajuste del monto del subsidio por bajos ingresos de acuerdo con la mejor evidencia disponible

Medicare usa datos provenientes de los estados y del Seguro Social para determinar los niveles de “Ayuda Adicional” (subsidio por bajos ingresos) para los que es elegible el beneficiario. Esta ayuda adicional puede incluir ayuda para pagar las primas mensuales y puede reducir o eliminar los copagos. Si Medicare no tiene la información correcta, sus sistemas pueden mostrar niveles de copago incorrectos, o puede que no muestren que a una persona elegible no se le ha otorgado la ayuda adicional. Estas discrepancias pueden ocurrir cuando el estado no ha informado todavía sobre el estatus de una persona institucionalizada o de Medicaid.

Los patrocinadores de los planes de medicamentos recetados de Medicare tienen que usar la “Mejor Evidencia Disponible” (BAE en inglés) para corregir la información sobre el nivel de ayuda adicional que debe recibir la persona. Una vez que los planes reciben la documentación de BAE, no pueden cobrarle al beneficiario más del costo compartido del nivel ayuda adicional de la persona. Para las personas que califiquen para la ayuda adicional completa, esa cantidad es de \$2.95 por cada medicamento genérico (o de marca que es considerado como si fuese genérico), o \$7.40 por cualquier otro medicamento de marca (en el 2016). Algunas personas con mayores ingresos reciben ayuda adicional parcial y hacen un pago reducido de las primas mensuales, deducibles y coseguros. Para las personas que califican para recibir la ayuda adicional parcial, el máximo es un coseguro del 15% para medicamentos en el formulario de su plan hasta que alcancen el límite de gastos de su bolsillo. Las personas que tienen Medicaid y viven en una institución (como un asilo de ancianos) no tienen que pagar por los medicamentos cubiertos.

Si una persona cree que reúne los requisitos para recibir la ayuda adicional debido a que tiene Medicaid, pero no tienen o no pueden encontrar la documentación BAE y solicita ayuda, el plan debe enviar la información de dicha persona a Medicare para confirmar que la persona es elegible.

Cómo Usar la BAE

Usted puede ayudar a que una persona pague la cantidad correcta por cada medicamento siguiendo los pasos a continuación. Asegúrese de que la persona tenga la siguiente información disponible:

- Nombre
- Fecha de nacimiento
- El número de reclamación de Medicare (número de Medicare)

Después siga estos pasos:

Paso 1. Busque los documentos que puedan considerarse como BAE (vea la tabla en la página siguiente).

Paso 2. Envíeselos al plan.

Paso 3. Si la persona no puede encontrar o no tiene dichos documentos, comuníquese con el plan y pídale que le ayuden a obtener la documentación.

1er Paso. Busque los documentos que puedan considerarse como BAE

Para demostrar la elegibilidad del beneficiario para recibir la ayuda adicional y ayudarle al plan a ajustar el nivel del subsidio por bajos ingresos o el del copago, puede presentarle al plan:

- Una carta de inscripción automática enviada por Medicare en papel amarillo o verde
- Una carta de Medicare en papel púrpura donde se indica que la persona es automáticamente elegible para la ayuda adicional
- Una carta de Medicare en papel naranja donde le avisan al beneficiario que cambiará el monto de su copago el año próximo
- Una carta del Seguro Social donde le avisan que le han otorgado la Ayuda Adicional
- Otra prueba de que la persona es elegible para recibir la ayuda adicional, como una carta del Seguro Social como prueba de que la persona recibe el beneficio de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI en inglés)

También puede presentar cualquiera de los documentos mencionados a continuación como prueba de que reúne los requisitos para recibir la ayuda adicional en 2016. Cada documento debe demostrar que la persona fue elegible para Medicaid un mes después de junio 2015.

| Comprobante de Medicaid, de un centro/institución, o servicios para el hogar y comunitarios | Comprobante de Medicaid |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">■ Una factura del centro en la que se indique que Medicaid ha pagado en nombre del beneficiario, por un mes completo■ Una copia de un documento estatal que confirma la elegibilidad para Medicaid y el recibo de los servicios para el hogar y comunitarios■ Una copia de un documento estatal que confirma que Medicaid ha hecho un pago en nombre del beneficiario por un mes completo■ Una copia impresa del sistema de Medicaid donde se indica que la persona ha vivido en un centro/institución por lo menos durante un mes completo y Medicaid pagó por la estadía | <ul style="list-style-type: none">■ Una copia de la tarjeta de Medicaid que incluya el nombre de la persona y la fecha de elegibilidad■ Una copia de un documento del estado que confirme que la persona tiene Medicaid actualmente■ Una copia impresa del sistema de inscripción estatal o del programa Medicaid de su estado en el que muestre que tiene Medicaid■ Otra documentación proporcionada por su oficina estatal de Medicaid en la que se demuestre que usted tiene Medicaid |

2do Paso. Envíe la BAE al plan

Llame al plan del beneficiario o visite el sitio web del plan para averiguar dónde debe enviar los documentos por correo o fax, o si los puede enviar por correo electrónico.

En cuanto el plan reciba dichos documentos, debe asegurarse de que la persona no pague más de la cantidad máxima que puede cobrarse, dependiendo de su nivel de ayuda adicional. Si los documentos demuestran que la persona tiene Medicaid y también vive en un centro/institución o recibe servicios en el hogar y comunitarios, el plan debe asegurarse de que la persona no pague por sus medicamentos.

El plan también debe trabajar con Medicare para corregir cualquier discrepancia que apareciera en sus sistemas. Hasta que el problema sea corregido, el plan tiene que asegurarse de que el beneficiario sólo pague el costo compartido correcto sin tener que enviar la documentación cada mes.

3er Paso. Si desea más ayuda, comuníquese con su plan

Si la persona no encuentra ninguno de estos documentos que demuestran que tiene Medicaid y ha vivido o vive en un centro, debe pedirle al plan que le ayude a obtenerlos. El plan le enviará a Medicare la información del beneficiario para que la verifique. Cuando se comunique con el plan asegúrese de decirle para cuántos días le quedan medicamentos. El plan incluirá esta información en su pedido a Medicare para que a su vez Medicare le envíe una respuesta antes de que se quede sin medicamentos, siempre que sea posible. El plan generalmente debe enviarle su pedido de documentación a Medicare al día laborable siguiente de haberlo recibido. Una vez que Medicare responda, el plan debe tratar de comunicarse con el beneficiario y darle la respuesta en el plazo de un día. La demora para procesar el pedido puede ser de unos cuantos días hasta 2 semanas, de acuerdo a la circunstancias entra las que se incluyen la urgencia con la que el beneficiario necesite los medicamentos.

Si el plan no soluciona el problema

Presente una queja ante Medicare si el plan:

- No corregir un problema para asegurarse de que la persona paga la cantidad correcta
- No colabora con el beneficiario para obtener prueba de elegibilidad para Medicaid o prueba de que está en una institución
- No responde dentro de los plazos normales

Para presentar una queja llame 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.

¿Me reembolsarán el dinero que haya pagado de más?

Si no estaba inscrito en un plan de recetas médicas de Medicare y estuvo pagando por sus medicamentos desde el día en que le otorgaron la ayuda adicional, tal vez le reembolsen parte de estos gastos. Guarde los recibos y llame a su plan o al Programa de Transición para Personas Recién Elegibles y de Ingresos Limitados (NET) al 1-800-783-1307. Los usuarios de TTY deberán llamar al 711.